

AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT WASHINGTON, D. C. 20523 BIBLIOGRAPHIC INPUT SHEET	FOR AID USE ONLY <i>Batch 83</i>
---	-------------------------------------

1. SUBJECT CLASSIFICATION	A. PRIMARY Health	NH00-0000-G190
	B. SECONDARY Maternal and child health care—West Africa	

2. TITLE AND SUBTITLE
 Rapport du seminaire Francophone Ouest Africain

3. AUTHOR(S)
 (101) Francophone West African Working Party of the Int. Confederation of Midwives, Dakar, Senegal, 1974; Int. Confederation of Midwives, London

4. DOCUMENT DATE 1974	5. NUMBER OF PAGES 182p. 191p.	6. ARC NUMBER ARC
--------------------------	-----------------------------------	----------------------

7. REFERENCE ORGANIZATION NAME AND ADDRESS
 ICM

8. SUPPLEMENTARY NOTES (Sponsoring Organization, Publishers, Availability)
 (In English and French; English, 209p.:PN-AAF-461)

9. ABSTRACT

10. CONTROL NUMBER PN-AAF-462	11. PRICE OF DOCUMENT
12. DESCRIPTORS Family planning Gynecology Health education Medical education Medical personnel Midwife Meetings Obstetrics Personnel development West Africa	13. PROJECT NUMBER
	14. CONTRACT NUMBER CSD-3411
	15. TYPE OF DOCUMENT

LA SAGE FEMME ET LA SANTE FAMILIALE

Rapport
du
**SEMINAIRE
FRANCOPHONE OUEST AFRICAIN**

Dakar, Sénégal

17 - 23 Novembre 1974

U.S. AID Grant Number CSD 3411

**Organisé par
La Confédération Internationale Des Sages-Femmes
En coopération avec
La Fédération Internationale De Gynécologie Et D'Obstétrique**

SOMMAIRE

	PAGE
INTRODUCTION	4
OBJECTIFS	6
SEANCE D'OUVERTURE	7
METHODOLOGIE	8
RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL	9
RAPPORT FINAL ET RECOMMANDATIONS	24
EVALUATION	29
ANNEXES	
A. LISTE DES PARTICIPANTS	32
B. PROGRAMME	41
C. DISCOURS D'OUVERTURE:	
.par Mme Koné-Diabi, Représentante Régionale de l'ICM	45
.par Prof. Corréa, Titulaire de la Chaire OBS/GYN, faculté de Médecine et de Pharmacie de Dakar	47
.par Prof. Sankale, Doyen de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Dakar	49
.par Melle Bayes, Secrétaire Exécutive de l'ICM prononcé par Mme Denison	51
.Par Dr. Papa Gaye, Dir. de la Santé Publique, Représentant le Ministre de la Santé et des Affaires sociales du Sénégal	54
D. EXPOSES:	
Prof. Alihonou : Santé Maternelle et Infantile en Afrique de l'Ouest	57
Dr. Papa Gaye : Problèmes de santé Maternelle et infantile et état de priorités en Afrique l'Ouest	74
Dr. Thianar N'DOYE : Rôle de la Sage-Femme dans le cadre de la nutrition en Afrique de l'Ouest	78
Mr. Ibrahima Beye : Education Sanitaire	83
Mr. Landing Savane : Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest	88
Mme D'Erneville : Points de vue sur la Planification familiale	94
Abbé Léon Diouf : Point de vue catholique	97
Prof. Amar Samb : L'Islam et la Planification Familiale	100
Mme M. A. Savane : L'Education sexuelle au sein de la santé familiale	107

Mme Siga Sene	: Le point de vue de la Sage-Femme	.. 113
Dr. Leye Diop	: Intégration de la planification familiale dans les centres de P.M.I. et dans les programmes de santé Publique	.. 116
Prof. Bocar Sall	: Programme National de régulation des naissances au Mali	.. 120
Melle Pellegrin	: L'intégration de la planification familiale dans le programme de formation des sages-femmes	.. 124
Dr. Robert Castadot	: Intégration de la Planification familiale dans le programme de formation des sages-femmes de toutes catégories	.. 140
Dr. Jean Martin	: La Sage-Femme en santé familiale, à propos de l'évolution nécessaire de son rôle et de sa formation	.. 147
Mme Deves	: L'intégration de la planification de la famille dans la planification nationale	.. 156
Melle Susan Nalder	: L'expansion des services de la santé maternelle et infantile	.. 159
Mme Naassau	: Les accoucheuses rurale au Togo	.. 164

INTRODUCTION

Le séminaire d'Afrique Francophone de l'Ouest, portant sur le thème: "Rôle de la sage-femme dans les services de Santé familiale, intégrés aux structures de P.M.I.", a eu lieu du 17 au 23 novembre 1974, à Dakar. Organisé par le Groupe d'Etudes de la Confédération Internationale des Sages-Femmes, et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (ICM/FIGO), ce séminaire était le sixième d'une série de réunions qui ont lieu dans le monde entier, afin d'aider les nations à entreprendre des projets d'avenir, visés à atteindre le but de la Confédération Internationale des Sages-Femmes, à savoir:

"de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que d'améliorer la qualité des soins qui leurs sont dûs, en intégrant au travail des sages-femmes de toutes les catégories, les problèmes relatifs à la planification familiale".

Ce qui a motivé le Groupe d'Etudes à entreprendre un tel projet mondial, c'est la nécessité d'informer et de spécialiser le personnel sanitaire, et plus particulièrement les sages-femmes, en planification familiale, élément de plus en plus important dans les soins de la mère et de l'enfant. L'intimité qui existe entre la mère pendant sa grossesse, et la sage-femme, fait de cette dernière, un agent efficace dans les services de prévention, qui ont pour but de protéger la santé et d'améliorer la qualité des soins des mères et des enfants. Le séminaire de Dakar s'est surtout intéressé au rôle en expansion des sages-femmes, dans le cadre de la santé de la famille en accord avec les problèmes sanitaires, prioritaires en Afrique de l'Ouest.

Le séminaire comptait parmi ses participants, des sages-femmes et des obstétriciens, des sept pays suivants:

- la Côte d'Ivoire
- Le Dahomey
- Le Mali
- La Mauritanie
- Le Niger
- Le Sénégal
- Le Togo

Les participants étaient secondés par un groupe d'experts, principalement sélectionnés dans les pays participants, par des représentants des professions d'infirmiers et d'assistants sociaux, et par le personnel de la Confédération Internationale des Sages-Femmes.

Dans le cadre de la préparation du séminaire, des visites avaient été effectuées dans les différentes capitales de la région, afin de discuter avec les responsables, du contenu du programme, et de solliciter un appui gouvernemental. Parmi les pays invités, deux seulement, la Haute Volta et la République de Guinée, n'ont pas envoyé de délégués à cette rencontre.

Mme Koné-Diabi, représentante régionale de la Confédération Internationale des Sages-Femmes, était responsable de l'organisation du séminaire, et était assistée dans cette tâche par le personnel et les consultants de la Confédération Internationale des Sages-Femmes et par le Comité Organisateur, formé sur place, et composé de

Melle Pellegrin, Mme Siga Sene, Mme Rama Gueye, Mme Amanatou N'Daw. Le professeur Corr a, titulaire de la chaire d'obstétrique et de gynécologie, fut nommé président du séminaire.

OBJECTIFS

Les objectifs du séminaire de Dakar étaient les suivants:

- 1. La centralisation d'informations, concernant la situation actuelle des services de santé maternelle et de l'enfance, et de l'harmonisation des naissances, et la définition du domaine et de la formation professionnelle des sages-femmes de toutes les catégories, dans leurs pays.**
- 2. L'identification des problèmes communs et des besoins existants, mais sans ressource, au niveau de la santé maternelle et de l'enfance; ceci dans l'optique particulière de la nutrition, l'harmonisation des naissances, les soins de l'enfance et l'éducation sanitaire et la manière de joindre les populations, jusqu'ici démunies de ces services.**
- 3. De considérer quels domaines professionnels des sages-femmes de toutes les catégories peuvent être développés pour faire face à ces besoins.**
- 4. De définir en gros ce qui doit être incorporé dans le nouveau curriculum de formation professionnelle des sages-femmes de chaque catégorie.**
- 5. De considérer les réformes nécessaires à la mise à exécution d'un nouveau programme de formation professionnelle; à savoir:**
 - support gouvernemental des réformes proposées**
 - législation**
 - réglementation des études**
 - modification du curriculum**
 - stages ou cours de recyclage**
 - collaboration professionnelle avec les matrones traditionnelles**
- 6. Tracer un plan de travail pour mettre à exécution les recommandations formulées au séminaire dans chacun des pays.**

SEANCE D'OUVERTURE

A la séance d'ouverture, on notait la présence de personnalités, représentant le gouvernement, l'université, le corps médical et paramédical et les différents organismes internationaux, accrédités au Sénégal.

Dans son discours de bienvenue, Mme Korié-Diabi, représentante régionale francophone de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM), après avoir donné un aperçu des différents thèmes de discussions du séminaire a mis l'accent sur la complexité et la controverse d'un sujet comme la planification familiale, mais aussi l'intérêt des solutions à trouver, compte tenu de nos réalités traditionnelles socio-économiques, en vue de l'amélioration de la santé et du bien-être de la Famille.

Puis ce fut le tour du professeur Corrêa, gynécologue-obstétricien, président du séminaire, de féliciter l'ICM pour l'heureuse initiative qu'elle a eu d'organiser une telle rencontre, permettant ainsi à sept pays africains d'échanger leurs idées et leurs expériences respectives sur un certain nombre de thèmes ambitieux, passionnants et d'actualité, que sont la nutrition, la stérilité et l'harmonisation des naissances. Le Pr. Corrêa reste persuadé que les sages-femmes, bases de notre structure sanitaire, piliers de notre culture et de nos traditions, sauront ce qu'il faut prendre et rejeter des apports extérieurs.

Le professeur Sankale, au nom de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dakar, dans son discours de bienvenue, relève: "... nombreux sont les facteurs qui influencent la qualité de la vie mais parmi eux figurent en première place, dans l'ordre chronologique, comme dans l'ordre affectif, l'amour et les soins de la mère. La maman ne peut jouer son rôle que si elle en a le temps et les moyens, que si elle en a la force, que si elle est encore en vie. Tout ce qui améliore sa résistance physique et morale, constitue un gage d'avenir pour les enfants et pour les siens. L'harmonisation et même la limitation des naissances, puisqu'elles y concourent, s'identifient alors comme d'indiscutables facteurs de développement social et même économique, donc de vie..." "... mais cet espacement des naissances est aussi un problème difficile, qu'il faut aborder avec lucidité et mesure..."

Puis Mme Denison, au nom de Melle Bayes, secrétaire Exécutive de la Confédération Internationale des Sages-Femmes, fit pour l'assistance un bref historique de cette organisation, ainsi que de ses objectifs et de ses projets mondiaux, dans le but d'élever la qualité des soins dispensés à la mère et l'enfant en insistant particulièrement sur la formation des accoucheuses traditionnelles.

Pour mettre fin à cette séance d'ouverture, le Dr. Pape Gaye représentant le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales du Sénégal, reconnaît dans son discours l'intérêt à apporter au groupe le plus vulnérable de notre société: la mère et l'enfant. Il ne doute pas du rôle bénéfique de l'harmonisation des naissances, mais insiste sur l'éthique professionnelle et aussi sur la responsabilité des pouvoirs publics qui ont à décider de la politique à suivre.

METHODOLOGIE

Le programme du séminaire comportait cinq thèmes, comme suit:

1. Problèmes et priorités en santé maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest.
2. Recherche d'un concept commun de la planification familiale en Afrique de l'Ouest.
3. Organisation et développement des services de santé familiale, comprenant la planification familiale, et le rôle de la sage-femme dans ce contexte.
4. Intégration de la planification familiale dans les programmes de formation des sages-femmes de toutes les catégories.
5. Place et rôle des accoucheuses traditionnelles.

Après l'ouverture du séminaire, les cinq thèmes retenus ont été répartis du lundi 18 au vendredi 22 novembre, chaque jour étant consacré à un sujet.

La répartition de la journée a été faite en deux parties:

- la première partie étant réservée aux exposés faits par les experts, et à deux visites de projets réalisés au Sénégal.
- la deuxième partie aux discussions de groupe, portant sur le thème de la journée.

Compte tenu du nombre des participants et des observateurs, trois groupes de travail, composés de participants de pays différents, ont été formés. (Notons que des assistants sociaux et des infirmiers ont participé à ces groupes de travail, dans le but de maintenir l'équipe de santé, qui existe dans nos régions.)

Les rapporteurs de chaque groupe élus journalièrement, après exposé de leurs rapports respectifs en séance plénière, remettaient ces documents au secrétariat du séminaire, qui en faisait les synthèses; celles-ci formant les rapports journaliers des discussions de groupe.

Le rapport final et les recommandations du séminaire furent rédigés par le secrétariat. Ils sont basés sur les rapports journaliers des groupes de travail. Ils furent présentés aux participants lors de la séance plénière du dernier jour du séminaire, et furent adoptés à l'unanimité.

Le secrétariat du séminaire, élu par les participants, était formé de Mme Koné-Djabi, Melle Marcelle Pellegrin et Mme Siga Sene.

RAPPORT DE SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE GROUPES

sur

Les problèmes et les priorités en Afrique de l'Ouest

En présentant son document sur les problèmes de santé maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest, le professeur ALIHONOU a souligné la place prépondérante que la santé de la mère et des enfants occupe au sein des services de santé de base. Il a considéré les problèmes qui se posent à ce niveau sous des angles différents:

ANGLES COMMUNS

Ce sont les problèmes de:

- sous-nutrition et de malnutrition
- les maladies transmissibles
- les parasites
- les anémies
- l'absence de données statistiques valables
- un revenu faible particulièrement dans les zones rurales
- une hygiène défectueuse.

ANGLE MATERNEL

Le taux de natalité et de morbidité maternelle est important bien que l'absence de données exactes ne permettent pas de donner un pourcentage précis. Cependant le taux de mortalité est estimé très approximativement à 1% contre 0,6% en Europe.

ANGLE INFANTILE

Les principaux problèmes de santé qui se posent à ce niveau concernent les tétanos néo-nataux, les affections respiratoires, le traumatisme obstétrical, la rougeole. Il a souligné que dans la notion de grossesse à haut risque, il s'agit bien plus de mortalité périnatale que de mortalité maternelle. Le docteur Papa GAYE complétant l'exposé du professeur ALIHONOU a mis l'accent sur le fait que la santé des mères et des enfants était un problème du tiers monde en raison de:

- la faiblesse du revenu national
- l'archaïsme des méthodes de travail
- la dépendance économique à l'égard des pays développés
- la misère et l'ignorance.

Le taux élevé de mortalité et de morbidité maternel et infantile vient du fait que:

- les accouchements sont faits sans assistance valable
- les enfants nés dans ces conditions ne reçoivent pas les soins adéquats
- la solution des problèmes entre dans le cadre d'un problème

global: création de maternités à la portée de la population, formation d'un personnel adéquat, éducation et information de la population, planification sanitaire. Il a cependant insisté sur la difficulté d'établir des priorités et la nécessité de faire un choix, l'important étant l'utilisation au mieux de ce qui existe.

S'agissant de la planification familiale, le professeur VOVOR considère que, bien que nécessaire, elle ne constitue pas encore une priorité dans nos pays. Il existe des demandes mais c'est un problème individuel.

Au cours des travaux de groupe qui ont suivi, les participants se sont mis d'accord sur le fait que les principaux problèmes de santé de la mère et de l'enfant en Afrique de l'Ouest se rejoignent bien qu'il existe certaines caractéristiques locales.

Il ressort des différents groupes les traits communs comme:

1. Caractéristiques socio-économiques et culturelles

- ignorance des populations rurales en matière de santé
- des traditions solides qui gênent l'éducation sanitaire
- une scolarisation très faible des masses rurales
- une influence des ressources et un faible pouvoir d'achat
- une dépendance économique.

2. Caractéristiques sanitaires

- quadrillage sanitaire très lâche particulièrement en zone rurale
- une insuffisance du personnel mais surtout une répartition inégale de ce même personnel dont la plus forte concentration est dans les grandes villes alors que la fraction la plus importante de la population est rurale (70 à 80%)
- une insuffisance des produits pharmaceutiques
- un accueil dans les formations sanitaires qui laisse à désirer, amenant les femmes à préférer les services de la matrone
- une insuffisance des moyens de transport et souvent un mauvais état des véhicules par défaut d'entretien
- manque de supervision.

LA PRESTATION DE SERVICE

La prestation des services est généralement gratuite dans les centres de santé et la plupart du temps payante dans les hôpitaux urbains.

Les soins sont assurés:

- dans les formations fixes
- dans les maternités
- dans les centres de P.M.I.
- dans les dispensaires
- dans les formations itinérantes ou équipes mobiles

La nature des services consiste:

- en soins gynécologiques
- en soins prénatals
- en soins aux nourrissons
- en vaccinations
- en accouchements
- en services sociaux.

Les soins sont assurés par:

- les médecins
- les sages-femmes
- les infirmiers
- les assistantes sociales
- les monitrices rurales
- les matrones.

Concernant le personnel, les participants ont estimé qu'il était indispensable que l'accoucheuse traditionnelle reçoive une formation et soit l'objet d'une plus grande supervision puisque c'est à elle que revient la plus grande partie des accouchements en zone rurale. Le Togo a essayé de résoudre le problème en formant des jeunes filles d'un niveau primaire par 18 mois, chargées de servir en zones rurales.

LES GROUPES LES PLUS DÉMUNIS

Les groupes les plus démunis sont:

- les populations rurales
- les économiquement faibles
- les enfants de 0 à 5 ans
- les mères.

Les participants ont souligné le fait que même dans les zones où il existe des formations sanitaires, une partie de la population préfère recourir aux services de la matrone en raison de sa plus grande disponibilité.

LA SOLUTION DES PROBLÈMES

Pour contribuer à la solution des problèmes:

1. la sage-femme doit être représentée dans les organismes nationaux de décision.
2. elle doit recevoir une formation polyvalente.
3. la supervision doit être faite de manière effective.
4. la sage-femme doit être formée en matière d'éducation, d'organisation et d'administration.
5. il est nécessaire qu'il y ait une collaboration étroite entre tous les membres de l'équipe.
6. que la matrone soit intégrée à l'équipe sanitaire.

RAPPORT DE SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE GROUPES'

sur

La recherche d'un concept commun de la planification familiale en Afrique de l'Ouest

Après avoir entendu le point de vue:

- d'un statisticien démographe
- de représentants des deux principales religions: chrétienne et islamique
- d'une journaliste: (indicateur et faiseur d'opinions)
- d'un sociologue
- de spécialistes tels que: l'obstétricien, la sage-femme, le pédiatre

Le séminaire à la recherche d'un concept commun, a d'abord fait les constatations suivantes:

1. Face à la croissance démographique rapide de notre zone (2,6% par an) la planification familiale comprise dans son sens restrictif de contrôle ou de limitation des naissances, n'est pas une solution efficace d'autant plus que les effets de retour d'une telle politique ne seront perceptibles qu'à long terme.
2. Il est reconnu que l'augmentation du niveau de vie des populations, l'amélioration de la condition de la femme, s'accompagnent d'une réduction de la taille de la famille.

Le séminaire a ensuite procédé à l'analyse des fondements et caractéristiques de la famille africaine:

1. D'une façon générale, l'Afrique a une attitude pronataliste; elle tient à la fécondité du couple et à la maternité — la survenue d'une grossesse est signe de stabilité du ménage — La stérilité est une des causes de la polygamie voire du divorce.
2. l'éducation traditionnelle comportait une phase d'éducation sexuelle pratiquée sous forme de rites initiatiques.
3. la planification familiale dans le sens de l'espacement des naissances et de traitement de la stérilité, est pratiquée par nos sociétés dites traditionnelles.
4. La croyance religieuse ou animiste dicte des règles de conduite admises par tous.

Les points positifs relevés, partant de ces caractéristiques de la famille africaine, sont:

1. L'allaitement maternel, du fait de la symbiose qu'il réalise entre la mère et l'enfant doit être encouragé.

2. Du point de vue religieux, il est reconnu à la planification familiale des aspects positifs dans la mesure où elle vise l'épanouissement de l'homme, de la famille; le problème réside dans les moyens techniques appliqués, qui relèvent de la morale individuelle du praticien.
3. La planification familiale acceptée par la famille africaine sous l'optique:
 - a. du traitement de la stérilité
 - b. de l'espacement des naissances, apparaît comme un élément faisant partie intégrante de la santé familiale.

La planification familiale doit permettre de moduler la fécondité partant, la maternité, mais ne doit jamais les supprimer sauf si l'état de santé de la mère l'exige.

- Elle doit permettre de lutter contre la stérilité
- de respecter le rythme biologique de la famille
- de revaloriser l'allaitement maternel
- de favoriser une meilleure participation du père de famille à la vie du foyer
- d'éduquer les jeunes et adolescents dans le sens d'une meilleure prise de conscience dans le domaine sexuel.

S'inspirant de toutes ces données, le séminaire a essayé de définir ce concept comme suit:

La planification familiale apparaît pour la sage-femme comme la somme des moyens: culturels, psychologiques, éducatifs, socio-économiques, technico-scientifiques, mis librement à la disposition du couple, de la communauté, afin d'améliorer sa qualité de vie, son épanouissement et son harmonie, par la venue au monde d'enfants désirés.

Au cours des discussions qui ont suivi, un participant pose la question à savoir si nos gouvernements africains doivent adopter une attitude face à la croissance démographique. Monsieur SAVANE estime qu'il est difficile de parler d'un point de vue africain, chaque pays ayant son propre point de vue. Il est plus facile de vouloir limiter que de limiter réellement et les résultats ne peuvent être vraiment observables qu'au bout de 20 ans. Les pays qui ont voulu imposer leur limitation n'ont eu que des déceptions tels l'Égypte, le Pakistan, le Ghana, le Kenya. Les problèmes du développement ont une autre origine que l'accroissement. Ce sont la pauvreté, l'analphabétisation. Il faut une approche nouvelle des problèmes de développement pour trouver des solutions vraiment efficaces. Le Cameroun estime qu'il peut encore laisser sa population s'accroître. Le Ghana avait une politique démographique mais a révisé ses programmes. Au Nigéria le planning familial et la limitation sont tolérés mais pas de politique nationale en vue de limiter. On ne préconise pas une politique de limitation. Les problèmes doivent être appréhendés dans un sens large pour qu'il y ait une signification.

Concernant l'aspect la question s'est posée de savoir s'il pouvait se dégager une attitude moyenne entre l'Islam et le Catholicisme. Monsieur SAMB met

l'accent sur le fait que les deux religions ont des responsabilités très lourdes. Pour l'Abbé DIOUF, la divergence vient des moyens à promouvoir la vie.

Madame d'ERNEVILLE insiste sur le fait que le planning familial a été mal introduit en Afrique, sur un terrain mal préparé. Elle souligne la nécessité d'utiliser la radio pour informer la population. Radio-sénégal a essayé de vulgariser des thèmes en faisant appel à des techniciens: sages-femmes, médecins etc... pour aborder certaines questions tabous. Il faut cependant diffuser et vulgariser avec prudence quand il s'agit de problèmes délicats comme l'éducation sexuelle et la planification familiale.

Les participants ont estimé qu'il était nécessaire que l'éducation sexuelle se fasse à l'École. Madame SAVANE pense que le milieu scolaire ne touche qu'une partie de la population. Seuls les pouvoirs publics pourront faire quelque chose de positif. L'éducation sexuelle ne peut être conçue qu'en fonction de la manière dont elle a été comprise. Il faut une prise de position aux mains de pouvoirs publics. Il y a un problème de psychologie, de méthodes pédagogiques adéquates car les jeunes bien souvent en Afrique ne sont pas habitués à entendre dire certaines choses d'une façon naturelle.

RAPPORT DE SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE GROUPES

sur

L'organisation des services de Santé Familiale, comprenant la planification familiale et le rôle de la Sage-femme dans ce contexte

Le thème de la Troisième journée du séminaire a été centré sur l'organisation des services de planification familiale et leur intégration au sein des structures de protection maternelle et infantile.

Le docteur Sassoum Lèye DIOP devait donner les arguments en faveur de l'intégration dans les structures de protection maternelle et infantile. Il a, à ce propos, évoqué trois groupes de raisons:

1. *Raisons d'ordre médical.* Il existe une relation étroite entre le nombre de grossesses et le taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile.
2. *Raisons d'efficacité.* Les soins de maternité constituent la meilleure occasion de motivation.
3. *Raisons d'ordre psychologique.* L'intégration au sein des structures existantes, permet de sauvegarder l'anonymat.

Le Docteur Bocar SALL nous a donné l'expérience d'un programme national de régulation des naissances au Mali. Il a expliqué les raisons qui ont amené le Gouvernement malien à envisager un programme de planification familiale: forte demande dans la population.

- multiplication des avortements criminels et clandestins
- les sommes exorbitantes demandées par les praticiens limitaient la planification familiale aux femmes les plus fortunées.

Il s'agit d'une expansion qui n'a que deux ans d'application pratique et qui ne permet pas encore de faire une évaluation très valable.

Mademoiselle NALDER, dans son exposé, a mis l'accent sur la nécessité de faire l'inventaire des moyens existants. Il faut en effet, dans la situation précise de nos pays utiliser au maximum les ressources.

Les discussions de groupe de la 3ème journée du séminaire étaient consacrées au "Rôle de la sage-femme au sein des structures de santé familiale".

Tenant compte des trois rapports de groupe, à la première lecture, il apparaît que les sages-femmes ont d'abord abordé leurs rôles respectifs avant de déterminer l'organisation des différents services.

Si nous examinons en détail les trois rapports, nous notons:

1. *Sur le rôle de la sage-femme.* Que les sages-femmes ont exprimé

différemment les rôles, mais nous pouvons retenir les six points suivants:

- information — éducation
- administration
- prestation des services cliniques et paracliniques
- recherche
- évaluation.

2. *En ce qui concerne l'organisation.* Dans le souci d'une plus grande efficacité et compte tenu des faibles moyens financiers, d'infrastructure de nos pays, les sages-femmes ont préconisé l'intégration du service de santé familiale dans les structures existantes dans nos régions.
3. *En ce qui concerne la législation.* Il ressort de ces rapports que les sages-femmes souhaiteraient que les pays représentés à ce séminaire accordent une place prépondérante à la législation assurant aussi la sauvegarde de la mère et de l'enfant en codifiant les responsabilités de chaque membre de l'équipe; et aussi elles souhaiteraient qu'il soit institué des assurances pour protéger les praticiens en cas de complications.

RAPPORT DE SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE GROUPES

sur

L'intégration de la planification familiale dans les programmes de formation

Le thème de la 4^{ème}. journée des travaux a été centrée sur la formation.

Mademoiselle Pellegrin a présenté un programme intégré de planification familiale pour les sages-femmes. Elle a donné les raisons qui expliquaient la nécessité de cette formation: évolution de nos sociétés avec un accroissement de la demande de contraception; évolution de la notion de protection maternelle et infantile vers une notion plus large de protection familiale; évolution du rôle de la sage-femme qui ne se limite plus à l'accouchement.

Après avoir défini les objectifs qui devaient guider la formation, elle a donné l'exemple de la formation qui est donnée à Dakar. L'objectif de l'enseignement n'est pas la planification familiale mais, il a été réparti en regroupant les thèmes par centre d'intérêt pour essayer de sensibiliser l'élève aux problèmes de la famille.

1^{ère}. année: l'être humain sous l'angle anatomique, physiologique, relationnel, psychologique etc...)

2^{ème}. année: la famille cellule fondamentale de la collectivité où l'être humain est replacé. Elle est vue sous l'angle obstétrical et pédiatrique, législatif, psycho-sociologique.

3^{ème}. année: santé publique: prévention, éducation, information. C'est au cours de cette 3^{ème}. année que sont abordés les problèmes de la contraception et de la stérilité dans le cadre de l'obstétrique et de la pédiatrie sociale.

Elle devait conclure sur la nécessité du perfectionnement et de la formation continue sociale. Elle a également souligné la difficulté à trouver les méthodes enfantines en matière d'enseignement, d'où la nécessité d'évaluation fréquente.

Le Docteur CASTADOT en présentant son document devant donner les lignes directrices de l'élaboration d'un programme d'enseignement pour les sages-femmes de toutes catégories.

Ce qui importe c'est de fournir à la population les soins nécessaires dans les délais les plus courts et avec les ressources budgétaires existantes. C'est à chaque pays qu'il appartient de résoudre l'équation en fonction de ses caractéristiques et de ses besoins et en fonction de la catégorie professionnelle qu'il désire obtenir, tâches qui leur seront confiées, des conditions de travail qui seront les siennes.

Il insiste sur la nécessité d'utiliser des méthodes dynamiques qui font plus appel à la réflexion et au jugement qu'à la mémorisation. Il importe de redonner au stage une valeur pédagogique pour que l'élève ne soit pas considéré comme une main-d'oeuvre gratuite.

L'évaluation reste le point important de la formation. C'est un processus

permanent qui débute avec l'enseignement à l'école et se continue lorsque l'agent a rejoint son poste d'affectation. Elle doit mesurer les connaissances, les techniques et les comportements. Mais elle doit aussi concerner les enseignants.

Le Docteur Jean MARTIN déplore la confession qui existe entre santé familiale et planification familiale. L'accent doit être mis sur les zones rurales. Il souligne la nécessité de former des sages-femmes polyvalentes pour répondre aux besoins de l'Afrique. Cependant il a tenu à mettre en garde contre la recherche d'une polyvalence trop poussée. Formation plus étendue ne signifie pas formation diluée; la polyvalence a des limites sous peine d'être superficielle. Puis il a donné les résultats d'un programme pilote réalisé à Lagos auquel un programme de santé familiale a été adjoint au programme de base. Il signale l'importance d'aller à la communauté et de créer des écoles "sans murs".

Au cours des discussions qui ont suivi, l'un des points soulevé était de savoir si l'enseignement de la planification familiale devait être considéré comme une discipline indépendante ou s'il devait être intégré aux autres disciplines. Tous les participants se sont mis d'accord sur la nécessité d'un programme intégré, réparti sur toute la durée de la formation.

Des divergences sont apparues en ce qui concerne la formation des auxiliaires. Pour certains participants, la formation d'agents de différentes catégories pour une même fonction représente un danger. D'autre part le problème de leur reconversion ne manquerait de se poser le jour où le pays disposerait d'un personnel qualifié, en nombre suffisant. Le Docteur CASTADOT estime quant à lui, qu'un pays peut se passer d'auxiliaires s'il a la possibilité d'assurer la couverture sanitaire totale, ce qui n'est pas le cas de nos pays. Dans le cas contraire, il est préférable de former des auxiliaires qui pourront assurer certaines tâches. C'est un problème d'option pour chaque pays.

S'agissant des programmes un participant a souligné le danger que représentait l'adjonction de matières dans les programmes existants et estime que la partie encyclopédique soit limitée au profit de la partie pratique. Ce point de vue est partagé mais avec quelques restrictions. S'il importe en effet d'alourdir les programmes d'enseignement, il importe aussi de ne pas négliger les connaissances théoriques car il est nécessaire de former des cadres. L'important, c'est la variation des connaissances en fonction des catégories à fournir l'enseignement des auxiliaires, se limitant à des techniques et à la répétition de ces techniques: par exemple les vaccinations.

La tendance s'est manifestée par l'élaboration d'un tronc commun et d'un regroupement des élèves infirmiers et sages-femmes pendant une durée déterminée de leur formation, ce qui assurerait une économie notable et favoriserait l'esprit d'équipe. Certains ont estimé que le regroupement des élèves ne favorisait pas nécessairement l'esprit d'équipe et qu'il y avait un danger à avoir des effectifs trop importants.

Il a été également souligné la nécessité d'élaborer des manuels pédagogiques africains notamment des manuels de pratique de soins, comme cela a été fait au Niger par un groupe de moniteurs.

Lors des travaux de groupe les participants ont eu à examiner ensemble le problème de la formation continue et du perfectionnement. Tous les groupes ont estimé que c'est en fonction des besoins de la communauté que les tâches de la sage-femme devaient être considérées. Or il s'avère que la sage-femme avait accompli certaines tâches pour lesquelles elle n'était pas préparée. D'où la nécessité de compléter la formation en fonction des ces tâches:

- Intensifier la formation en gynécologie
- adjonction d'un enseignement d'éducation sexuelle
- prévoir un enseignement en administration et en organisation
- donner une formation pédagogique
- intensifier l'enseignement de la psycho-sociologie et d'envelopper l'enseignement des méthodes d'approche et de communication
- former les sages-femmes dans le domaine de la planification familiale, y compris les techniques
- inclure une éducation civique
- renforcer sa formation pratique
- développer le sens des responsabilités et celui de la notion d'équipe de santé.

Tous les pays ont déploré l'absence de formation continue et de perfectionnement. Une formation ne peut prétendre tout apporter à l'élève. Les participants ont souligné le rôle important que devait jouer l'élève dans le désir de perfectionnement qui est avant tout individuel. Il s'avère nécessaire que ce perfectionnement soit systématisé et institutionnalisé:

- cours de perfectionnement, recyclages périodiques
- réunions de services
- conférences, séminaires, voyages d'études, colloques
- revus périodiques
- participation à l'élaboration de revues, de journaux

Ce perfectionnement est avant tout l'affaire des sages-femmes qui doivent la prendre en charge avec l'appui des médecins et des pouvoirs publics: au niveau des services, des écoles, des départements, des régions et au niveau national.

Les groupes ont également insisté sur l'importance d'une évaluation permanente: au cours des études par la méthode de l'observation continue au cours d'emploi:

- observation directe sur la terre
- questionnaire
- rapports d'activités
- bulletins de notes individuels
- dossier disciplinaire

Les groupes ont émis le voeu de voir se créer une fédération Africaine de Gynécologues — accoucheurs — sages-femmes à partir des associations nationales existantes ou à créer.

Il s'est posé la question de savoir s'il fallait relever le service de recrutement

des sages-femmes et y introduire des tests psycho-techniques? Les réponses ont été unanimement affirmatives.

RAPPORT DE SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE GROUPE

sur

La place et le rôle des accoucheuses traditionnelles

Le vendredi 22 novembre, tous les participants et observateurs se sont rendus à Touba Toul, petit village relevant de la circonscription médicale de Khombole, à 100 km environ de Dakar.

L'originalité de Touba Toul relève du fait qu'il existe dans ce village une maternité rurale, faite de cases d'accouchements réalisées par les populations elles-mêmes, et dont le fonctionnement est assuré par des matrones traditionnelles, recensées et recyclées périodiquement par le Gouvernement, qui a fait l'un de ses objectifs principaux, la baisse du taux de mortalité infantile dû au tétanos ombilical, jusqu'alors très élevé en zone rurale.

Après avoir entendu les exposés de Mademoiselle Koate, assistante sociale, sur "les accoucheuses traditionnelles au Sénégal" et Madame Naassou, sur "les accoucheuses auxiliaires du Togo", les discussions de groupes ont permis de relever:

1. *L'expérience Sénégalaise*, illustrée par la visite de la Maternité de Touba-Toul, s'inspire d'une réalité:
 - les matrones traditionnelles existent dans nos villages; elles bénéficient de la confiance des femmes et les assistent dans plus de 80% des cas.
 - exerçant d'une façon empirique, ignorant les règles élémentaires d'aseptie, elles peuvent souvent être à l'origine de graves conséquences de dystocies et d'infection.
 - nécessité donc de les connaître, de les former par des gestes simples, de les encadrer et de les superviser.

Le premier résultat positif constaté est la baisse du taux de Tétanos néonatal dans des proportions très importantes.

2. *L'expérience Togolaise*. Former un personnel auxiliaire intermédiaire pour la zone rurale:
 - recruter des jeunes, ayant le niveau de C.E.P.E., les former aux tâches de routine (Accouchements normaux, surveillance des femmes enceintes et des nourrissons, activités préventives, recueil de données statistiques).
 - les buts recherchés semblent être:
 - a. d'éliminer les matrones traditionnelles, âgées, donc non préalables aux concepts modernes.

- b. atténuer la pénurie en personnel qualifié et réaliser au plus vite la couverture du pays en matière d'assistance à la parturiente.
- c. se réserver ainsi le temps de former des sages-femmes valables en élevant le niveau de recrutement et en formant un nombre raisonnable chaque année.

Le séminaire a fait remarquer que cette solution pourrait être valable dans la conjoncture actuelle mais que plus tard, quand il y aura beaucoup de sages-femmes qualifiées, le problème de la reconversion de ce personnel se posera au niveau des accoucheuses rurales qui n'auraient pas pu se perfectionner.

Les discussions de groupe ont permis d'aboutir à ces conclusions:

- Les accoucheuses traditionnelles existent dans tous nos pays; elles assistent les mères dans plus de 50% des cas.
- Elles exercent une influence certaine sur leur communauté.
- Elles sont utiles pour informer sur les méthodes et pratiques traditionnelles de conception ou de contraception.
- On peut les utiliser, après formation, pour faire passer des concepts nouveaux de santé dans leur milieu.

On doit les intégrer à l'équipe de santé familiale à un niveau inférieur et autant que faire se peut, ne pas institutionaliser leur carrière

Les objectifs de leur formation viseront:

- a. Leur enlever toute pratique novice
- b. Leur donner des notions d'Hygiène élémentaire et de puériculture
- c. Leur fixer des paramètres simples pour surveiller:
 - la grossesse
 - le travail
 - les suites de couches
- d. Etre capable d'assister la femme à la phase d'expulsion
- e. Donner des soins élémentaires au nouveau-né et à l'accouchée (section cordon, soins des yeux, pansements ombilicaux, toilette vulvaires)
- f. faire enregistrer les naissances et les décès dans leur village.

Leur terrain d'évolution doit être leur propre village.

La supervision doit s'effectuer par les équipes itinérantes de santé.

L'évaluation de leur formation se fera par cette équipe et sur place selon certains indices.

- Nombre de naissances normales
- Absence de complications pendant l'accouchement et les suites de

couches

- Absence de Tétanos Ombilical**
- Observation directe surprise.**

Le séminaire pense que les solutions d'avenir semblent être:

- 1. Pour certains, former un corps intermédiaire d'accoucheuses auxiliaires évoluant en zone rurale.**
- 2. Pour d'autres, augmenter les effectifs dans les écoles de formation de sages-femmes pour obtenir au plus vite la couverture sanitaire.**

RAPPORT ET RECOMMANDATIONS

Adoptés par les participants en séance plénière à la clôture du séminaire.

Le séminaire francophone de l'Afrique de l'Ouest, organisé par la Confédération Internationale des Sages-Femmes, sur le thème "Rôle de la Sage-Femme dans les services de Santé Familiale intégrés aux structures de P.M.I.", s'est tenu à Dakar du 17 au 23 novembre 1974.

Ce séminaire, présidé par le Professeur Paul Corréa, titulaire de la chaire d'Obstétrique de l'Université de Dakar, regroupait Gynécologues-accoucheurs et Sages-Femmes venus des pays suivants:

Côte d'Ivoire – Dahomey – Mali – Mauritanie – Niger – Sénégal – Togo.

Durant une semaine, les présentations, travaux de groupe et discussions ont porté sur:

1. la santé maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest, ses problèmes et ses priorités
2. la recherche d'un concept commun de planification familiale
3. L'organisation et le développement des services de santé familiale et rôle de la sage-femme
4. formation et perfectionnement de la sage-femme
5. Place et rôle des accoucheuse traditionnelles

1. Problèmes et priorités

Le séminaire a mis en évidence les traits communs qui caractérisent nos Etats:

- a. *géo-physiques*: Hostilité de l'environnement
- b. *politiques*: Balkanisation en micro-Etats
- c. *sur la population*: Sous-peuplement (106 millions d'habitants pour 6 200 000 km²)
 - taux d'accroissement annuel élevé: 2,6%
 - les mères et les enfants constituent 65 à 70% de la population
 - les groupes les plus démunis sont: la population rurale, les économiquement faibles, les enfants de 0 à 5 ans, les mères.
- d. *socio-économiques et culturelles*: économie fortement dépendante des pays industrialisés:
 - revenu faible
 - méthodes archaïques de travail
 - misère, ignorance, analphabétisme, taux faible de scolarisation
- e. *caractéristiques sanitaires*: taux élevé de la morbidité et de la mortalité

- insuffisance de la couverture sanitaire
- insuffisance du personnel aggravée par sa mauvaise répartition (zone rurale défavorisée)
- insuffisance des produits pharmaceutiques
- insuffisance des moyens de transport
- absence de supervision

Les problèmes de santé qui se posent peuvent se résumer ainsi:

- hygiène défectueuse
- prédominance des maladies transmissibles
- sous-nutrition et malnutrition
- parasites
- les anémies
- absence des données statistiques valables.

Les participants ont fait remarquer qu'il était difficile de dissocier les problèmes et de dégager des priorités, chaque pays ayant ses particularités propres. Ils ont reconnu que la lutte contre tous ces facteurs négatifs, cherche à promouvoir la santé familiale.

Pour contribuer à la solution de ces problèmes de santé, la sage-femme, membre de l'équipe de santé, doit recevoir une formation adéquate dont nous verrons les éléments plus tard.

II Recherche d'un concept commun de planification familiale

Pour ce faire, les participants ont fait les constatations suivantes:

1. La planification familiale, comprise dans le sens restrictif de contrôle ou limitation des naissances, ne peut être un facteur positif immédiat de baisse de notre taux d'accroissement annuel, jugé galopant. Les retombées d'une telle politique sont ressenties à long terme (20 ans), au moment où les données qui avaient motivé une telle politique sont dépassées.
2. L'augmentation du niveau de vie des populations, l'amélioration de la condition de la femme, s'accompagnent d'une réduction de la taille de la famille.

Sous un autre aspect, l'analyse des caractéristiques et fondement de la famille africaine, a abouti à ces conclusions:

1. la fécondité reste une valeur très élevée de notre culture.
2. la croyance animiste ou religieuse dicte des règles de conduite par tout le groupe.
3. L'éducation traditionnelle comportait une phase d'éducation sexuelle pratiquée sous forme de rites initiatiques.
4. La planification familiale sous l'aspect de l'espacement des naissances et de traitement de la stérilité, est pratiquée jusqu'à nos jours par la médecine traditionnelle.

La planification familiale, au sens des participants doit permettre:

- de lutter contre la stérilité
- de respecter le rythme biologique de la famille
- de revaloriser l'allaitement maternel
- de favoriser une meilleure participation du père à la vie du foyer
- d'éduquer les jeunes et adolescents dans le sens d'une meilleure prise de conscience dans le domaine sexuel.

L'emploi des méthodes contraceptives modernes librement consenties par le couple, appelle de la part de la sage-femme, une compétence acquise par une formation technique, mais surtout par la relation psychologique et morale qu'elle créera entre elle et ses consultantes.

III Organisation et développement des services de santé familiale — rôle de la sage-femme

Pour l'organisation et le développement des services de santé familiale, les participants se sont prononcés pour deux options:

1. dans un souci d'efficacité, compte-tenu de nos faiblesses en ressources humaines et financières, ne pas créer de nouvelles structures.
2. développer les prestations négligées ou manquantes, par exemple: consultations prénuptiales systématiques, consultations post-natales, activités de planification familiale; les intégrer dans celles déjà existantes.

Les rôles de la sage-femme peuvent s'exprimer ainsi:

- a. information-éducation
- b. administration
- c. prestations de services cliniques et para-cliniques
- d. recherche
- e. évaluation

Le séminaire recommande, dans un cadre législatif, l'étude et l'élaboration d'un document codifiant les responsabilités de chaque membre de l'équipe, et d'une technique standard fixant le minimum de travail qu'une sage-femme doit faire.

Le séminaire souhaiterait qu'il soit étudié, un système d'assurance pour protéger les praticiennes que nous sommes en cas de complication.

IV Formation et perfectionnement de la sage-femme

Les participants ont estimé que c'est en fonction des besoins de la communauté que les tâches de la sage-femme devraient être considérées. Ils ont en outre constaté que la sage-femme n'était pas préparée pour en accomplir certaines d'où la nécessité de compléter sa formation.

- intensifier sa formation en gynécologie

- adjoindre un enseignement d'éducation sexuelle
- prévoir un enseignement en administration et organisation
- donner une formation pédagogique
- intensifier l'enseignement de la psycho-sociologie et développer l'enseignement des méthodes d'approche et de communication
- former la sage-femme dans le domaine de la planification familiale, y compris les techniques contraceptives
- inclure une éducation civique
- renforcer sa formation pratique
- développer le sens des responsabilités et celui de la notion d'équipe de santé.

Tous les pays ont déploré l'absence de formation continue et de perfectionnement.

Il s'avère nécessaire de rendre le perfectionnement systématique et de l'institutionnaliser.

Ce perfectionnement est avant tout l'affaire des sages-femmes qui devront le prendre en charge avec l'appui des médecins et des pouvoirs publics. Le perfectionnement se fera au niveau des services, des écoles, des départements, des régions et au niveau national.

Les participants ont également insisté sur l'importance de l'évaluation permanente pendant la formation et en cours d'emploi. Ils ont émis le vœu de voir se créer une Fédération Africaine de Gynécologues-Accoucheurs-Sages-Femmes, à partir des associations nationales existantes ou à créer.

1. Le séminaire recommande à nos gouvernements de réformer les programmes, compte-tenu des objectifs ainsi définis.
2. d'associer les sages-femmes aux organismes centraux de conception.
3. il émet le vœu de voir se réunir une conférence régionale qui étudiera le problème de l'harmonisation des programmes et de la validité des diplômes.

Les participants ont posé la question de savoir s'il fallait relever le niveau de recrutement des sages-femmes et y introduire des tests psycho-techniques. Les réponses ont été unanimement affirmatives.

Les problèmes de revalorisation de la profession ont été débattus.

V Place et rôle des accoucheuses traditionnelles

Le séminaire a constaté que les matrones traditionnelles ont existé et existent dans tous nos pays. Elles assistent les mères dans plus de 50% des cas. D'un âge avancé, elles sont d'une grande influence sur les communautés qu'elles servent.

Cependant, les participants souhaiteraient que la carrière de la matrone ne soit pas institutionnalisée car leur nombre reflète le degré de civilisation obstétricale d'un pays.

Dans nos conditions actuelles, la nécessité de les recenser, de les former à des tâches simples (éducatives et techniques) de les superviser, s'avère indispensable pour la majorité des pays participants.

LES SOLUTIONS D'AVENIR SEMBLENT ETRE:

1. Pour certains, former un corps intermédiaire d'accoucheuses auxiliaires, devant principalement évoluer en zone rurale.
2. Pour d'autres, augmenter les effectifs dans les écoles de formation de sages-femmes, pour atteindre des objectifs précis assignés à l'avance dans le cadre d'une planification nationale, et rendre la zone rurale plus vivable.

Le séminaire pense qu'il appartient à chaque pays, d'expérimenter, d'appliquer les solutions qui leur semblent mieux convenir à leurs besoins.

Les participants du séminaire remercient les autres membres de l'équipe de santé: assistantes sociales, infirmiers et infirmières d'Etat, de leur participation efficace aux travaux.

Une motion spéciale est décernée au Pr. Corrêa, qui une semaine durant, a su diriger nos débats avec objectivité, clairvoyance et réalisme. Nous avons reconnu en lui, pour la plupart des participantes, le maître, qui derrière son sourire paternel, sait motiver et faire réagir son élève.

Nos remerciements vont à la Confédération Internationale des Sages-Femmes, qui nous a offert cette belle occasion de nous confronter pour mieux nous entendre.

Merci au Doyen de la Faculté de Médecine, qui nous a mis dans de bonnes conditions de travail.

Merci au Ministre de la Santé, qui a autorisé ce séminaire et a permis aux sages-femmes, de mettre à jour leurs connaissances pour mieux agir.

EVALUATION

Avant la clôture du séminaire, nous avons demandé à chaque participant de donner ses impressions personnelles, et aussi d'évaluer si les objectifs de la rencontre ont été atteints. Ce qui suit, est un bref résumé des évaluations des participants.

1 Estimez-vous que ce séminaire a atteint ses objectifs

OUI 19 NON 0 PARTIELLEMENT 3

Commentaires

Plusieurs participants ont mentionné l'importance de se réunir et d'échanger des vues; les discussions ont traité un sujet nouveau et important; La richesse des discussions sur le concept de la planification familiale et la nouvelle dimension de la sage-femme dans nos pays; Un personne a dit qu'il n'y avait pas assez de sages-femmes au séminaire et une autre, qu'on a essayé d'imposer la planification familiale.

2 Quelles sont les sessions qui vous ont paru

Les plus intéressantes	Intéressantes	Indifférentes
Concept de la Planification familiale (15)	Matrones traditionnelles (4)	Aucune (22)
Intégration de la Planification Familiale dans la formation des sages-femmes (11)	Sages-femmes Auxiliaires (3) Nutrition (3)	
Problèmes et priorités (12) Rôle de la Sage-Femme (10)	Formation (3) Toutes (3)	

Expliquez votre choix:

Les commentaires les plus fréquents étaient la richesse des discussions sur le concept de planification familiale; les sessions ont répondu à nos réalités et à nos besoins; la planification familiale est un sujet nouveau, controversé et important; Les accoucheuses traditionnelles sont une réalité, et posent des problèmes d'intégration. Un participant a dit que la contraception est un problème individuel et non pas un problème général.

3 Estimez-vous que le contenu du programme était relatif à la situation de votre pays?

OUI 20 NON 1 OUI ET NON 1

8 Commentaires généraux:

Presque tous ont dit que le programme était trop chargé (Il aurait fallu dix jours – l'emploi du temps aurait pu être mieux réparti). Autres commentaires: Haut niveau des discussions; un vrai recyclage; Les recommandations doivent être envoyées à nos Gouvernements; Un séminaire de ce type doit être renouvelé tous les trois ou quatre ans au niveau africain anglophone et francophone réunis, et avec inclusion d'autres catégories de personnel; pas assez de préparation des participants avant le séminaire; Les publications ont trop influencé les discussions.

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS

PARTICIPANTS

COTE D'IVOIRE

Dr. KOUADIO BOHOUSSOU
Gynécologue-Accoucheur

Chef de Clinique à la
Faculté de MEDECINE

B.P. 20043 ABIDJAN

Mme. CAMARA KONE
Sage-Femme Monitrice

Ecole Nationale des
SAGES-FEMMES

B.P. 4793 ABIDJAN

Mme. SUZANE AMAND
Sage-Femme à la
Consultation GYNECOLOGUE

Hôpital TREICHVILLE

B.P. 5773 ABIDJAN

DAHOMY

Prof. EUSEBE ALIHONOU
Gynécologue-Accoucheur

Chef du Service de la
Clinique Universitaire de
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

B.P. 188 COTONOU

Mme. ELEONORE COCO
Sage-Femme Monitrice

Université du DAHOMEY

B.P. 1340 COTONOU

Mme. JUSTINE KOUASSI
Sage-Femme

Caisse Nationale de Sécurité
Sociale de DANTOKPA

Caisse Nationale de Sécurité
Sociale de DANTOKPA COTONOU

MALI

Prof. BOCAR SALL
Prof. Agrégé-Chirurgie

Chef de Service
Hôpital du POINT G.

Hôpital du POINT G.
BAMAKO

Mme. DIAWARA
Sage-femme Monitrice

Ecole Secondaire de
la Santé

Ecole Secondaire de
la Santé BAMAKO

Mme. SY
Maîtresse Sage-Femme

Hôpital GABRIEL TOURE

Hôpital GABRIEL TOURE
BAMAKO

MAURITANIE

Mme. BA née Khady SY
Sage-Femme Puéricultrice

Chef du Service
Protection Maternelle et
Infantile

Chef Service P.M.I. au
Ministère de la Santé et des
Affaires Sociales NOUAKCHOTT

Mme. GUISSÉ
Maîtresse Sage-Femme

Maternité de NOUAKCHOTT

Direction des Postes et
Télécommunications. NOUAKCHOTT

NIGER

Dr. HALIMA GARBA
Gynécologue-Accoucheuse

Maternité Centrale

Maternité Centrale
NIAMEY

Mme. AMSOU MAIGA
Sage-Femme Monitrice

E.N.S.P. B.P. 290
NIAMEY

Mme. RAMATOU NIGNON
Sage-Femme

Maternité Centrale

Maternité Centrale
NIAMEY

TOGO

Prof. MAWUPE VOVOR
Prof. de Gynécologie et
Obstétrique et Directeur de
l'Ecole des Sages-Femmes

Université du BENIN

B.P. 1358 LOME

Mme. MARIE LOUISE NAASSOU
Sage-Femme P.M.I. Santé
Familiale

Centre Social
Santé Familiale

B.P. 2659 LOME

SENEGAL

Prof. CORREA

Titulaire de la Chaire
D'obstétrique et Gynécologie
et Président du Séminaire

Faculté de Médecine
et Pharmacie de Dakar

Director de la Maternité
Africaine, Dakar, Sénégal

Dr. DIOP LEYE

Gynécologue-obstétricien

Hôpital LUBKE

Hôpital LUBKE Diourbel (Sénégal)
ou B.P. 2672 DAKAR

Mme. RAMA GUEYE

Sage-Femme au Repos MANDEL

Chargée de la Banlieue

Ouakam Quartier
BOULGA DAKAR

Mme. FATOU M'BENGUE

Sage-Femme Africaine
PRINCIPALE

P.M.I. de Médina

Ecole de la Rue THIERS
DAKAR

Mme. AMANATOU N'DAW

Sage-Femme MONITRICE

Ecole des Sages-Femmes

L'Ecole des Sages-Femmes
Hôpital Aristique le Dantec DAKAR

Mme. MARCELLE PELLEGRIN

Sage-Femme Directrice

L'Ecole des Sages-Femmes

" " "

Mme. SIGA SENE

Maîtresse Sage-Femme

Vice Présidente du Conseil
Economique et Social

B.P. 1738 DAKAR

Mme. AMINATA SENE

Maîtresse Sage-Femme

Maternité Rufisque

Maternité Rufisque

**INFIRMIERS ET ASSISTANTES SOCIALES
DU SENEGAL**

Mr. LAMINE DRAME
Directeur Agt. Ecole
Infirmières d'Etat du
SENEGAL

Hôpital A. LE DANTEC – DAKAR

Mr. DIENG IBRAHIMA
Infirmier d'Etat

B.P. 353 – DAKAR – (SENEGAL)

Mme. TOURE née NIANG
Assistante Sociale

Villa 4321 – Sicap Amitié (3) – DAKAR –

Mme. LILIANE NIANG
As. Sociale

Centre P.M.I.
Ouagou Niayes – DAKAR –

OBSERVATEURS ET EXPOSANTS

Melle. Susan NALDER Sage-Femme Infirmière de la Santé Publique	Projet santé maternelle et Infantile de l'Université de Californie au Dahomey	B.P. 2012 Ambassade Américaine COTONOU
Dr. Roger CASTADOT Expert en Formation Population Council		Population Council 245 Park Avenue, New York, N.Y. 10017 U.S.A.
Dr. Jean MARTIN	Projet Centres Africains de l'Enseignement des Sciences de la Santé (C.U.S.S.)	Centre Universitaire des Sciences de la Santé, B.P. 1364 Yaoundé CAMEROUN
Dr. Pape GAYE Directeur de la Santé Publique	Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales	DAKAR
Prof. Agrégé Fall MOHAMADOU Pédiatre	Hôpital A. Le Dantec	DAKAR
Prof. Agrégé Fadel DIEDHIOU Gynécologue-obstétricien	Maternité H. Le Dantec	DAKAR
M. Leon DIOUF Vicaire Général	Diocèse Cathédrale	DAKAR
Mr. Amar SAMB Directeur IFAN		DAKAR
Mr. Landing SAVANE Statisticien Démographe	Direction Statistique	DAKAR

Mme. Annette DERNEVILLE
Journaliste

Direction ORTS

DAKAR

Mme. M.S. SAVANE
Licenciée es lettres

Rédactrice en chef
"Famille et Développement"

C.R.D.I.
Avenue République
DAKAR

Mr. BEYE

Direction Service Sanitaire
Ministère Santé et Affaires Sociales

DAKAR

Mme. Madeleine DEVES
Juriste

Direction du Cabinet
Président Conseil Economique et Social

DAKAR

Melle. Astou KOATE
Assistante Sociale

Centre Pédiatrie Sociale

KHOMBOLE

OBSERVATEURS DE L'O.M.S.

Mlle. ELIZABETH BARTON
Infirmière Santé Publique/SF
Division de la Santé de la Famille

O.M.S. Avenue APPIA – 1211 Genève 27 – SUISSE –

Mr. Le Représentant de l'O.M.S.
le Dr. ATAYI

O.M.S. – B.P. 4039 – Dakar – SENEGAL –

Dr. LIGUETTI MARTHA

" " "

Mlle. N'GUYEN THI KY
Infirmière/SF

" " "

Mlle. JEANNINE LABRACHERIE
Infirmière Monitrice

" " "

Mme. DELAHAYE M. CLAIRE

CESSI OMS. B.P. 4039 – DAKAR –

Mlle. DOREGO ITALIA

" " "

Mlle. GUIMOND MARIE

" " "

Mlle. PERROU JACQUELINE

" " "

PERSONNEL DE L'I.C.M.

Mme. A. KONE DIABI
Représentante Régionale I'I.C.M.

Villa 3038 Sicap Amitié I
– DAKAR –

Mme. MICHLINE DENISON
Représentante du Secrétariat
Général de l'I.C.M.

47 Victoria Street
LONDON SW1H 0EQ ENGLAND

Mr. ROGER FENNEY

Centre MIDWIVES BOARD
39 HARRINGTON GARDENS
LONDON S.W. 7 ENGLAND

Mlle. ELIZABETH HILBORN
Conseillère Technique
au Séminaire

6902 BRENNOU LANE
CHEVY CHASE MARYLAND 20015
U.S.A.

Mme. MARTINE DAY
Secrétaire

Confédération Internationale Des Sages-Femmes
47 VICTORIA STREET
LONDON SW1H 0EQ ENGLAND

COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

GROUPE A

Prof. Vovor
Docteur Barba
Madame Sy
Madame Coco
Madame Amand
Madame Ba
Madame Aminata Sene
Mademoiselle Pellegrin
Madame Toure Assistant Sociale
Monsieur Dieng Infirmier d'Etat

GROUPE B

Prof. Bocar Sall
Docteur Bohoussou
Madame Naassou
Madame Kouassi
Madame Maiga
Madame Guisse
Madame Rama Rueye
Madame N'Daw
Madame Niang Assistante Sociale
Monsieur Drame Infirmier d'Etat

GROUPE C

Prof. Alihonou
Docteur Leye Diop
Madame Diawara
Madame Nignon
Madame Kone-Camara
Madame Niga Sene
Madame M'Bengue
Madame Nubukpo
Madame Yerebi Hane Assistante Sociale
Mademoiselle M'Boup Infirmière d'Etat

PROGRAMME

SEMINAIRE FRANCOPHONE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

Faculté de Médecine et de Pharmacie

DAKAR

du 17 au 23 novembre 1974

**ROLE DE LA SAGE FEMME DANS LES SERVICES
DE SANTE FAMILIALE INTEGRES AUX
STRUCTURES DE P.M.I.**

Dimanche 17 novembre

10.00

OUVERTURE DU SEMINAIRE

Discours prononcés par:

- Représentante régionale de la Confédération Internationale des Sages-femmes – Mme. Koné DIABI.
- Professeur CORREA – Titulaire chaire obstétricien gynécologue – Président du séminaire.
- Professeur SANKALE – Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie.
- Madame DENISON – Secrétariat Général de la Confédération Internationale des Sages-femmes.
- Docteur Pape GAYE – Directeur de la Santé Publique Représentant le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales du Sénégal.

11.30

MESSAGES DE BIENVENUE ET RAPPORTS DES PAYS PARTICIPANTS

Méthodologie du Séminaire

Lundi 18 novembre

8.30 – 9.30

"Santé maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest"
CONFERENCIER: Professeur Agrégé Alihonou - Dahomey

9.30 – 10.30

"Problèmes et Etats de priorite en Afrique de l'Ouest"
CONFERENCIER: Dr. Pape Gaye – Sénégal.

10.30 – 11.00

Pause Café

11.00 – 12.00

"Nutrition"
CONFERENCIER: Dr. Thianar N'Doye – Sénégal.
Médecin-chef bureau Alimentation Nutrition, appliquees

au Sénégal.

"Education Sanitaire Prévention"

CONFERENCIER: Mr. Beye -- Sénégal.

Adjoint au médecin-chef éducation sanitaire au Sénégal.

"Santé Familiale"

CONFERENCIER: Pr. Mawupé Vovor -- Togo

Gynécologue obstétricien -- Directeur de l'Ecole des Sages-Femmes du Togo.

12.00 -- 14.00

Discussion de groupe: "Problèmes et priorités en Santé maternelle et infantile, en Afrique de l'Ouest"

Soir

Réception.

Mardi 19 novembre

8.30 -- 9.30

"Recherche d'un concept commun de la planification Familiale En Afrique de l'Ouest"

SEANCE PLENIERE

Points de vue de:

– Mr. Savané: Statisticien démographe -- Sénégal
Institut africain de développement et de Planification

– Mr. Léon Diouf: Vicaire Général -- Sénégal

– Mme. Derneville: journaliste -- Sénégal

– Mr. Amar Samb: Islamologue -- Sénégal
Directeur IFAN, Professeur Faculté de lettres et Sciences humaines. Directeur Institut Islamique du Sénégal.

11.00 -- 11.30

Pause café

11.30 -- 14.00

Points de vue de:

– Mme. Savane: Rédactrice en chef de la revue:
"Famille et développement" -- Sénégal

– Professeur Agrégé Mohamadou Fall: Pédiatre

– Professeur Agrégé Fadel Diedhiou: Obstétricien

– Mme. Siga Sène: Sage-Femme

15.30 -- 17.30

Discussion de groupe: "Adoption d'un concept commun et Objectifs Planification Familiale en Afrique de l'Ouest"

Soir	Films
Mercredi 20 novembre	
8.30 – 9.30	SEANCE PLENIERE: Synthèse des rapports de groupe
9.30 – 10.00	“Organisation et développement des services de Santé familiale, intégrés aux structures de PMI” CONFERENCIER: Dr. Diop Leye, Gynécologue/Obstétricienne (Sénégal)
10.00 – 10.30	“Programme gouvernemental de l’espacement des naissances” CONFERENCIER: Dr. Bocar Sall (Mali)
10.30 – 11.00	“Expansion des services de Santé maternelle et infantile” CONFERENCIER: Melle Nalder (Dahomey)
11.00 – 11.30	Pause café
11.30	Viste Croix Bleue
15.30 – 17.30	Discussion de groupe: “Rôle de la Sage-Femme dans les services de Santé familiale, comprenant la planification familiale”
8.30 – 9.30	SEANCE PLENIERE: Synthèse des rapports de groupe
9.30 – 10.00	“Intégration de la Planification Familiale dans le programme d’études des sages-femmes” CONFERENCIER: Melle Pellegrin – Sénégal Directrice adjointe de l’Ecole des Sages-Femmes de Dakar
10.00 – 10.30	“Programme de formation – Perfectionnement du personnel de Santé” CONFERENCIER: Dr. Jean Martin – Expert de la Caroline du Nord
10.30 – 11.00	Pause café
11.00 – 11.30	“Intégration de la Planification Familiale dans le programme de la formation des sages-femmes de toutes les catégories” CONFERENCIER: Dr. P.G. Castadot – Expert en formation – New York
11.20 – 11.40	“Formation des Sages-Femmes en Côte d’Ivoire” CONFERENCIER: Mme. Koné – Sage-Femme monitrice – Ecole des Sages-Femmes d’Abidjan
11.40 – 12.00	“Intégration de la Planification Familiale dans un pro-

gramme de développement et social"

CONFERENCIER: Mme. Deves – Juriste Conseil
Economique et Social du Sénégal

12.00 – 14.00

Discussion de groupe: "Intégration de la santé familiale
dans la formation des sages-femmes"

Vendredi 22 novembre

8.30 – 9.30

SEANCE PLENIERE: Synthèse des rapports de groupe

9.30

Départ Khombole

Visite de la maternité Touba Toul

"Accoucheuses traditionnelles au Sénégal"

CONFERENCIER: Melle Koate – Assistante Sociale

"Accoucheuses rurales au Togo"

CONFERENCIER: Mme. Naassou – Sage-Femme P.M.I.
de Lomé

12.30

Déjeuner

14.30 – 16.30

Discussion de groupe: "Place et Rôle des accoucheuses
traditionnelles"

Samedi 23 novembre

8.30 – 9.30

SEANCE PLENIERE: Synthèse des rapports de groupe

9.30

Evaluation du Séminaire

Débat d'adoption projet rapport final

Discussion en groupe par pays, sur leurs plans d'action

16.00

CLOTURE

DISCOURS D'OUVERTURE

DISCOURS D'OUVERTURE

de

Mme Koné-Diabi
Représentante Régionale de la Confédération Internationale
des Sages-Femmes

En tant que représentante régionale de la Confédération Internationale des Sages Femmes, je suis honorée d'avoir à vous accueillir ce matin à la faculté de Médecine et de Pharmacie de Dakar, à l'ouverture du Séminaire qui a pour thème: "Rôle de la Sage femme dans les services de Santé familiale intégrés aux structures de protection maternelle et Infantile".

Permettez-moi de souhaiter la bienvenue à tous les participants et observateurs étrangers.

Pendant six jours, vingt huit délégués composés de sages-femmes d'obstétriciens-gynécologues appartenant à sept pays de l'Afrique de l'Ouest: Côte d'Ivoire, Dahomey, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo discuteront des priorités sanitaires, de la santé familiale, de la planification familiale et de ses implications directes dans notre région.

Nous sommes tous conscients de la complexité et de la controverse d'un sujet comme la planification familiale mais aussi de l'intérêt des solutions à trouver.

Le but de la Confédération Internationale des Sages femmes n'est ni de se substituer à la politique nationale des pays ni de préconiser une méthode quelconque de planification familiale mais d'aider tout gouvernement qui le désire, à la formation des sages-femmes de toutes les catégories, afin d'élever la qualité des soins dispensés aux groupes vulnérables de notre région, dans le souci constant d'amener l'état de santé de la mère et de l'enfant au niveau le plus élevé.

En ce qui concerne le déroulement pratique de ce séminaire qui débutera demain lundi 18 novembre nous avons adopté un procédé dynamique de travail, à savoir, tous les exposés importants seront suivis de discussions de groupes qui porteront sur les cinq thèmes suivants:

1. Définition des problèmes et priorités en Afrique de l'Ouest.
2. La recherche d'un concept commun de la planification et ses objectifs en Afrique de l'Ouest.
3. L'organisation et le développement des services de Santé familiale concernant la planification familiale compte tenu des objectifs définis et le rôle de la sage femme dans ce contexte.
4. Intégration de la planification dans un programme d'études de Sages femmes et dans un programme de perfectionnement de la Sage-femme diplômée.
5. Et enfin place et rôle des accoucheuses traditionnelles.

**Monsieur le Directeur de la Santé Publique,
Mesdames,
Messieurs,**

La confédération Internationale des Sage-femme remercie:

- le Gouvernement sénégalais, le Ministre de la Santé Publique et des Affaires sociales, le Directeur de la Santé Publique d'avoir autorisé une telle rencontre au Sénégal.
- le Professeur SANKALE doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dakar et ses collaborateurs.
- le Professeur CORREA, Président du séminaire et ses collaborateurs.
- tous les experts nationaux et internationaux.
- toutes les organisations nationales et internationales.
- toutes les personnes ici présentes.
- toutes mes collègues sages-femmes qui ont par leur temps et leur encouragement contribué à la réalisation de ce séminaire.

En dernier ressort, il nous appartiendra à nous séminaristes de l'Afrique de l'Ouest d'analyser la situation actuelle de la Santé familiale et de la planification familiale dans notre région, de trouver des solutions originales adaptées à nos réalités traditionnelles socio-économiques et de déterminer les moyens en ayant bien en vue l'amélioration de la santé et du bien-être de la famille.

A vous tous séminaristes, j'adresse mes meilleures vœux de pleine réussite dans les travaux et un heureux séjour au Sénégal.

Merci de votre aimable attention.

DISCOURS D'OUVERTURE

du

Professeur Correa
Titulaire Chaire Obstetricien Gynecologue

La Confédération Internationale des Sages-femmes mérite très sincèrement des félicitations pour cette heureuse initiative qu'elle a eue de réunir à Dakar durant une semaine, leurs membres, pour échanger leurs idées et faire part de leurs expériences respectives, à côté des Médecins Spécialistes, sur un certain nombre de Thèmes aussi intéressants les uns que les autres – Les Organismes de toutes nations qui ont favorisé et permis cette rencontre méritent les remerciements de tous ceux, Africains en particulier, qui s'intéressent de près ou de loin à la Santé de la Mère et de l'Enfant.

Je voudrais dire à Madame Antoinette DIABI, Présidente de la Section Africaine de l'I.C.M., combien je suis sensible à l'honneur qui n'est fait d'avoir été choisi pour présider vos travaux. Je sais que je le dois essentiellement à mon ancienneté dans notre discipline qui fait de moi le Doyen d'Age de Gynécologue Accoucheur de Notre Région Africaine, et aussi à cette sorte de fidélité généreuse à l'égard d'un ancien Maître – Soyez, Madame, mon interprète auprès des membres de votre Confédération, pour leur exprimer toute ma gratitude et mon admiration.

Les Thèmes principaux de vos assises sont:

- La P.M.I.
- La Santé Familiale.
- Formation et le perfectionnement des Sages-femmes au regard de ces deux problèmes.

Trois Thèmes Donc ambitieux, passionnants et d'actualité à propos desquels beaucoup de choses, trop de choses peut-être, ont été dites et faites au cours des quinze dernières années dans le monde.

Qu'il s'agisse de la nutrition, de la stérilité et de la mortalité, ou de "l'harmonisation des Naissances", tout concourt au bien-être de la famille et à son épanouissement, à sa Santé selon la définition de l'O.M.S.

Je n'ai pas l'intention de vous infliger une dissertation qui serait pour le moins inopportune, sur ce grave et cuisant problème de la Santé Familiale, mais je voudrais très brièvement vous livrer quelques réflexions, de l'Africain et du Gynécologue Accoucheur que je suis, après plus de VINGT ANNEES au cours desquelles j'ai réellement côtoyé et vécu tous les problèmes sous tous les aspects:

1. La nécessité apparaît de plus en plus évidente, de respecter l'indépendance et la liberté d'option de chaque Pays, de chaque individu, en excluant toute intension coercitive, et même toute pression extérieure. Car en cette matière, chaque Peuple doit penser et agir pour lui et par lui, en toute souveraineté, selon ses options propres (politique ou sociale) et selon sa culture.

2. L'Information, d'où qu'elle vienne, est nécessaire, précisément pour déterminer librement notre choix, afin d'agir en connaissance de cause, sans contrainte. C'est pour cela que des Réunions comme celle-ci, qu'elles soient Régionales ou Internationales, ont nécessairement une grande portée et une efficacité réelle.
3. La planification Familiale en Afrique, à mon avis, n'a de chance de succès qu'à deux conditions:
 - a. qu'elle comporte réellement et honnêtement un programme de planification de la famille, c'est-à-dire, aussi bien la lutte contre la stérilité (tant réclamée par nos populations) que l'espacement des naissances, selon le cas.
 - b. que nos Gouvernements Africains d'abord, les pays donateurs en la matière, ensuite, ne perdent jamais de vue que la régulation des Naissances, en soi, ne réglera pas le grave problème de notre sous-développement, car elle doit nécessairement et avant tout, être soutenue, par une politique rationnelle, de développement économique et social et un minimum de justice et de solidarité internationale. Il s'agit d'élever le niveau de vie de nos populations d'abord, comme l'a dit Baulor "Le seuil de la natalité correspond au seuil de la misère; L'ont fait moins d'enfants quand on cesse d'être misérable".

Je suis persuadé que nos Sages-femmes, base de notre structure Sanitaire, pilier de notre culture et de nos traditions, saurons discerner ce qu'il faut prendre de ce qu'il faut rejeter de tout cela en particulier des apports extérieurs, avec cette sage-femme et cette maturité qui les caractérisent.

Mesdames, je souhaite plein succès à vos travaux, persuadé qu'ils seront le prélude à d'autres rencontres et confrontations, à tous les niveaux de notre grande famille médicale.

DISCOURS D'OUVERTURE

du

**Professeur Sankale
Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie**

Au nom de notre Université, au nom de notre Faculté de Médecine et de Pharmacie, j'ai le plaisir de vous souhaiter la bienvenue, en vous accueillant dans notre maison. Nous espérons que vous y effectuerez un séjour fructueux et agréable car nous sommes heureux que notre ville ait été choisie pour organiser ce séminaire. Nous en exprimons notre profonde gratitude aux deux promoteurs et organisateurs: la Fédération Internationale de gynécologie et d'obstétrique d'une part, la Confédération Internationale des Sages-femmes d'autre part et aussi notre représentante régionale madame Koné DIABI.

Nos travaux seront consacrés à un sujet assurément franc et difficile, tout à la fois: l'intégration de la planification familiale dans les activités des sages-femmes et ce, dans le but de promouvoir la Santé de la mère et de l'enfant.

Le propre de la médecine étant d'être au service de la vie, de la défendre sous toutes les formes, de la multiplier, on pourrait presque considérer comme un paradoxe, comme une aberration de vouloir demander au personnel médical de réduire la procréation en limitant les naissances. Mais le progrès scientifique n'est pas dépourvu de ce genre de fausses contradictions.

Pour démasquer celle qui nous préoccupe, il faut préférer aux aspects quantitatifs ou numériques de l'existence, des critères qualitatifs tout en se gardant de tomber dans les excès d'une certaine engénierie. Il faut aussi prendre conscience du fait que le médecin doit s'occuper à la fois de la vie et de son cadre. Or les vies humaines ne peuvent être multipliées sans que l'on ait défini auparavant les chances et conditions d'une survie acceptable. La santé devient alors un état d'équilibre entre l'individu et son environnement, donc entre lui et ses semblables.

Nombreux sont les facteurs qui influencent la qualité de la vie mais parmi eux figurent en première place, dans l'ordre chronologique comme dans l'ordre affectif, l'amour et les soins de la mère. La maman ne peut jouer son rôle que si elle en a le temps et les moyens, que si elle en a la force, que si elle est encore en vie. Tout ce qui améliore sa résistance physique et morale constitue un gage d'avenir pour les enfants et pour tous les siens. L'harmonisation et même la limitation des naissances puisqu'elles y concourent, s'identifient alors comme d'indiscutables facteurs de développement social et même économique, donc de VIE.

Mais cet espacement des naissances est aussi un problème difficile qu'il faut aborder avec lucidité et mesure. D'abord parce que la situation n'est pas la même partout dans ce monde, ni même partout en Afrique de l'Ouest. Mais surtout parce qu'il met en jeu une série de critères très divers concernant l'homme et la société: critères biologiques, médicaux, religieux, moraux, économiques, socio-économiques. Donner la vie est un acte si franc, si lourd de conséquences, donc de responsabilités que les éducateurs doivent sans cesse rappeler l'obligation morale de la "paternité et de la maternité responsables". C'est dans le secret de sa conscience que chacun, que chaque couple élude et résout le problème de sa progéniture.

Une telle intimité, en dehors des intéressés, qui peut la connaître mieux que les sages-femmes et les obstétriciens, leurs confidentes naturels? Vous seuls savez ce que pensent les Africains de la planification familiale. On les dit réticents ou même opposants. Cependant dans les services de Médecine Générale, nous sommes de plus en plus sollicités dans ce but. Quels sont les objectifs à atteindre? Quelle est en définitive l'ampleur de la demande? Quelle est son évolution? Quelles en sont les motivations? Les méthodes les mieux acceptées? Les résultats à court et long termes? Comment sera assurée l'indispensable collaboration entre la sage-femme et le médecin? Autant de réponses inédites que nous attendons de ce séminaire. Vous ferez ainsi entendre la voix propre de notre région dans une scène internationale où trop souvent on parle pour elle, sans la consulter, où trop souvent l'Economique prime la Morale et la Religion.

Mes collègues et moi-même nous sommes convaincus du succès de vos travaux parce qu'il ne manquera pas de faire honneur à notre Université. Mais surtout parce que du mieux être de la Mère et de l'Enfant dépend bien la survie de l'Afrique, donc l'avenir de toute la planète.

Nos vœux les plus sincères vous accompagnent.

DISCOURS D'OUVERTURE

de

**Miss Marjorie Bayes
Secrétaire Exécutive de la Confédération
Internationale des Sages-Femmes**

PRONONCE par

**Mme Micheline Denison
Représentant la Confédération Internationale des Sages-Femmes**

Je vous parle ce matin au nom de Mademoiselle Bayes, qui est le secrétaire Exécutive de la Confédération Internationale des sages-femmes, et que je suis chargée de représenter au cours de ce séminaire.

Représentant la CISF avec moi sont:

Madame KONE DIABI notre Représentante Régionale
Mademoiselle HILBORN notre Consultante
Et Monsieur FENNEY notre Directeur des Finances

La Confédération Internationale des Sages-Femmes a célébré son jubilé au Congrès International qui fut tenu à Washington en 1972. Nos activités collectives sont encore plus anciennes, puisqu'elles datent du premier Congrès Mondial des Sages-Femmes, qui fut tenu à Londres en 1954.

A ce congrès, un éminent obstétricien américain, le Docteur Nicolson Eastman, fit un compte-rendu touchant de la situation mondiale existant dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. Son appel fut resenti profondément comme un déficit à notre profession par toutes les sages-femmes présentes, et surtout un déficit jeté à notre organisation, qui prenait un nouvel essor après la longue restriction imposée par la deuxième guerre mondiale.

Dr. Eastman nous révéla que, dans certains pays, 90% des femmes ne recevaient aucun soin professionnel pendant leur grossesse et qu'elles étaient accouchées soit par des matrones traditionnelles, soit un membre de leur famille, soit seulement par une des vieilles femmes du village.

En ne considérant que le continent africain il apparaît qu'environ 65 à 70% des femmes sont encore traitées de cette manière à la naissance de leurs bébés. Dans d'autres coins du monde, ces chiffres montent jusqu'à 80 ou 90%. Ceci s'applique particulièrement aux philippines.

Le Dr. Eastman enjoignit les sages-femmes diplômées de se tenir prêtes à faire tout ce qui était en leur pouvoir pour maintenir et créer des standards supérieurs de formation et de pratique professionnelle dans l'intérêt ultime des mères et des enfants qui leur sont confiés. Dans ce but, elles devaient aussi accepter de pratiquer à la formation et guider leurs collègues moins favorisées qui ont eu peu, ou pas de formation: ceci dans toutes les régions du monde.

Par bonheur, il s'est trouvé qu'au même moment, la fédération internationale

de Gynécologie et d'obstétrique était préoccupée par le même problème. Lors de son assemblée générale, tenue à Vienne en 1960, elle avait déjà créé un groupe d'étude dont la tâche était d'étudier en détail, la formation et la pratique des sages-femmes: La CISF entra en contact avec l'organisation mondiale de la santé pour considérer ce qui pourrait être fait pour améliorer la santé et la condition des femmes pendant leurs grossesses et leurs accouchements, ainsi que la santé de leurs enfants.

Notre premier effort en commun fut de recueillir tous les détails sur la formation et la pratique des sages-femmes et des infirmières à travers le monde. A l'issue de recherches intensives, un rapport fut publié en 1966 sous le titre "Soins de la Maternité dans le Monde", nous donnant les informations sur 174 pays et représentant 75% de la population mondiale. C'était la première fois qu'un tel recueil d'informations sur la profession des sages-femmes, était publié.

Le Groupe d'Etudes est un corps représentatif, composé d'un nombre égal de sages-femmes et d'obstétriciens embrassant toutes les parties du monde et où chaque continent est dûment représenté. Dès le début, en 1960, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a demandé à y être représentée, suivie plus tard par la Fédération Internationale du Planning Familial (IPPF). Plus récemment l'Association Internationale de Pédiatrie s'est jointe à nous. L'UNICEF (United Nations Children's Fund) ayant exprimé le désir d'être représentée dans notre Groupe d'Etudes, nous avons maintenant le plaisir de compter cette organisation, que nous admirons beaucoup, parmi nous.

Le rapport "Soins de la Maternité dans le Monde" fut présenté au 14ème. Congrès International des Sages-femmes à Berlin-Ouest en 1966, où il fut très bien reçu.

Une Conférence Européenne fut tenue à Londres en mars 1969. Vingt-et-un pays y furent représentés par des obstétriciens, des sages-femmes, des membres de différents corps d'état, des pédiatres, etc. Bien que le thème de la Conférence ne fût pas dédié à la planification Familiale, dans presque tous les exposés qui furent présentés, la planification familiale eut une position prédominante, nous indiquant clairement que nos espoirs, de voir ce sujet intégré au programme des sages-femmes, étaient parfaitement justifiés.

En Afrique et en Asie les matrones traditionnelles inspirent un haut degré d'estime dans la communauté qu'elles servent, et elles ont une influence considérable sur les habitants. Ce respect ne pourrait qu'être rehaussé si leur valeur était reconnue officiellement.

Leur travail est extrêmement important à la communauté et à la nation. Dans l'intérêt général des mères et des enfants qui en dépendent, le personnel diplômé doit accepter d'aider et d'instruire celles dont la formation professionnelle est quasiment inexistante. Ceci, au moins pour pallier à la situation, jusqu'à ce qu'il y ait suffisamment de personnel qualifié pour servir tout le monde.

Il serait souhaitable que les matrones traditionnelles soient englobées dans l'expression "Sages-femmes de toutes les catégories, car ce personnel joue un rôle primordial dans la santé de la mère et de l'enfant, en ce moment et pour longtemps

encore.

Il est extrêmement important au bien collectif que toutes les catégories de sages-femmes soient instruites sur les méthodes de la Planification Familiale et des services disponibles dans ce secteur.

Conjugons donc nos efforts, dès maintenant, avec le personnel existant, qualifié et autre, pour donner aux familles qui nous sont confiées les meilleurs soins possibles et le bénéfice de l'harmonisation des naissances.

On a beaucoup entendu parler, cette année, de l'explosion de la population dans le monde. Nous avons tous ici un rôle à jouer dans ce problème. Un excès de population apporte, inévitablement, des malheurs sociaux, du chômage, des restrictions sur les denrées alimentaires. Ces conditions s'appliquent partout dans le monde et, invariablement, ce sont les mères et les enfants qui souffrent le plus de ces fléaux.

Plusieurs séminaires ont été tenus depuis notre séminaire en Europe, il y en a eu un au Ghana pour les pays anglophones de l'Afrique de l'Ouest, un à Costa Rica pour les pays de l'Amérique Centrale, au Cameroun pour les pays francophones de l'Afrique Centrale et au Kenya pour les pays anglophones de l'Afrique de l'Est. En 1975 nous aurons le grand plaisir d'aller en Colombie pour y tenir un séminaire consacré aux pays sud-Américains.

Notre prochain Congrès International des Sages-femmes aura lieu à Lausanne, en Suisse, du 21 au 28 juin 1975. Le thème choisi pour ce congrès est "La Sage-Femme et la Famille dans le Monde d'Aujourd'hui". Tous les aspects de ce thème seront couverts et nous aurons ainsi l'opportunité de débattre à fond des avantages réels de la planification Familiale au sein même de la famille.

L'année 1975 sera aussi l'année de la célébration internationale de "La Femme". J'espère que nous aurons l'occasion d'attirer l'attention sur son rôle suprême, celui de "mère", car c'est là son rôle le plus important dans le monde. J'espère que ce séminaire sera l'occasion pour toutes les associations reconnues par leurs gouvernements de s'affilier à la CISF afin que les efforts communs de tous les pays, contribuent à l'amélioration de la santé et de la qualité de la vie des mères et des enfants dans le Monde.

Je vous remercie de votre attention.

DISCOURS D'OUVERTURE

du

Dr. Papa Gaye

Directeur de la Santé Publique

Représentant le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales

En ce début d'année universitaire, la Ville de Dakar aura été pendant quinze jours, le haut-lieu de la pensée médicale. Oui! c'est bien pendant la semaine écoulée que s'est tenue ici-même, dans ce bel amphithéâtre de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, la Première Session de Perfectionnement en Pédagogie Médicale pour les Enseignants de Langue Française, laquelle n'a pas manqué d'intriguer nos populations, toujours attentives aux connotations des disciples d'Esculape.

Prenant immédiatement la relève, voici que Sages-Femmes et Gynécologues-accoucheurs de l'Ouest Africain, décident de se concerter à partir d'aujourd'hui, pour mieux rentabiliser leur action professionnelle, afin que la mère et l'enfant, la famille et la société, tous ensemble confondus dans la même pieuse sollicitude, connaissent plus de sécurité et plus de bonheur.

Une fois de plus, le Sénégal, communément appelé "terre de rencontre et de dialogue", aura répondu à sa vocation.

La Confédération Internationale des Sages-Femmes a déjà tenu les mêmes assises du 7 au 16 Décembre 1972 à ACCRA pour les pays de l'Ouest Africain Anglophones et du 28 Septembre au 6 Octobre 1973 à Yaounde pour les pays Francophones d'Afrique Centrale.

La réunion qui s'ouvre aujourd'hui parachève pour ainsi dire, une vaste entreprise de mobilisation d'un corps professionnel dont les activités sont déterminantes dans la société.

Le Président de la République disait en substance, l'autre année, au Conseil de l'Europe: ". . . au milieu des cyclones qui montent de tous les horizons, le destin du monde est entre nos mains d'apparence si fragile, . . . Il n'est que de croire — et de vouloir".

Croire et vouloir! Mesdames, Messieurs les participants votre croyance en la primauté de l'homme et votre volonté d'oeuvrer courageusement pour que ses souffrances connaissent enfin la rémission et la rédemption des terres promises, voilà ce qui vous rassemble aujourd'hui et qui vous ennoblit.

La Sage-Femme est en effet, avant tout, élite féminine africaine; ce qui lui impose le devoir de jouer un rôle civique et social exemplaire. Productrice de soins médicaux, elle constitue un maillon solide et irremplaçable dans notre chaîne de travail, une pièce maîtresse de nos dispositifs d'intervention. Confidente respectée, accoucheuse et puéricultrice tout à la fois, la Sage-Femme est l'agent incomparable qui prépare la venue du futur citoyen et qui s'évertue à affermir ses premiers pas dans la vie.

Le point d'application essentiel de ses activités se trouve ainsi être la famille, autour d'individus aussi fragiles que la mère et l'enfant. N'avons-nous pas reconnu très tôt et quasi-unanimement dans le Tiers-Monde que la mère et l'enfant formaient le groupe le plus vulnérable dont la protection devait constituer notre préoccupation première, afin que les taux de morbidité et de mortalité qui l'affectent, soient rapidement abaissés.

Mesdames, Messieurs, tout laisse croire que c'est en réfléchissant sur les voies et moyens de résoudre rationnellement ce problème de santé publique, c'est-à-dire le plus efficacement possible avec des ressources limitées et un potentiel d'intervention forcément modeste, qu'est né le concept de Santé Familiale. Je dirai tout de suite que le terme laisse entrevoir sans ambages une action pluridisciplinaire à quatre dimensions: curative, bien sûr, mais aussi préventive, éducative et sociale. Il importe cependant de souligner qu'une notion nouvelle est venue s'introduire dans l'approche de la réalisation d'une meilleure santé familiale dont l'objectif ultime réside, somme toute, dans un total épanouissement de cette importante cellule sociale qu'est la famille. Cette notion nouvelle est liée aux problèmes délicats de génétique humaine et d'expansion démographique. Mais ceci mérite explication: Si nous essayons de recenser les maux qui affectent le groupe vulnérable dont je parlais tout à l'heure et qui est représenté par la mère et l'enfant, que constatons-nous habituellement? Des risques obstétricaux et des complications gravidiques pour la mère. Pour l'enfant: des accidents distociques, toute la série des maladies transmissibles du jeune âge ainsi que les problèmes si préoccupants dans nos pays, du sevrage et de la malnutrition. Jusqu'à ces temps derniers, on oubliait souvent, peut-être parce que c'est plus compliqué et, il faut le dire, un tantinet sacro-saint — on oubliait dis-je, les graves problèmes qui entravent parfois douloureusement l'épanouissement de certaines familles et qui sont inhérentes soit à la stérilité, soit à un trop grand nombre d'enfants (je pense aux pauvres mères de huit, dix enfants et plus), si ce ne sont des naissances trop rapprochées qui ruinent la santé de la mère et compromettent la survie des rejetons. Je passe sous silence toute la série tragique des grossesses non désirées qui mènent, vous le savez, à l'avortement illégal, au crime, au suicide . . . que sais-je?

Cette question de reproduction humaine, considérée au niveau de l'individu et de la famille, a des retentissements énormes sur le bonheur et le bien-être de nos concitoyens. Le phénomène prend des dimensions accrues, vu sur le plan national et international, quand interviennent ce que l'on considère volontiers comme des menaces apocalyptiques de surpeuplement de la terre dont le chiffre de population qui est de 3 milliards et demi actuellement, doublera dans 30 ans.

Il ne m'appartient pas d'ouvrir ici des débats pro ou antinatalistes. Je laisse cela à des voix plus autorisées. Je constate simplement que l'humanité toute entière se pose des questions à ce propos. Le fait que les Nations-Unies aient fait de 1974, l'Année Mondiale de la Population et qu'elles aient organisé récemment à Bucarest la Première Conférence Mondiale de la Population, constituent, s'il en est besoin, des preuves tangibles de l'inquiétude qui hantent les esprits.

Mon propos, notre propos — puisque nous ouvrons une semaine de réflexions pour les sages-femmes, — notre propos est de revenir en arrière et de nous arrêter sur les préoccupations des membres de la famille, cette cellule sociale sacrée qui doit faire l'objet de notre entière et affectueuse sollicitude. Comment l'assister

efficacement soit pour vaincre une stérilité aborhée et contribuer ainsi à consolider certaines unions en aidant à faire naître les enfants attendus, soit en permettant à certaines mères d'espacer des naissances enclinées à être trop rapprochées, soit enfin, à faire disparaître chez bien des épouses épuisées, le cauchemar lancinant des huitième, neuvième ou dixième grossesses.

Mesdames, Messieurs, nos vaillantes collaboratrices, sous l'impulsion dynamique de la Confédération Internationale des Sages-Femmes vont réfléchir et se concerter sur la meilleure manière d'élaborer ce programme, lequel ne peut pas, ne pas emporter l'adhésion du médecin, gardien par excellence de la santé physique et de l'équilibre mental de ses concitoyens. Car il s'agit bien d'une sorte d'harmonisation des naissances pouvant contribuer au bien-être de la famille et partant, à un réel épanouissement de cette cellule de base qui est le creuset inestimable de nos valeurs sociales et de nos idéaux les plus chers.

Durant vos journées de réflexion et de concertation et, plus tard, au moment de l'exécution des programmes que nos gouvernements respectifs auront arrêtés, deux considérations fondamentales devront accompagner constamment votre pensée et guider votre action. La première est d'ordre moral: jamais la puissance nouvelle que confèrent à notre profession l'évolution de nos moyens et de nos techniques d'intervention pour modifier le Rythme de naissances, ne devra servir à entraîner la dissolution des mœurs. Il s'agit là, tout simplement d'un principe d'éthique professionnelle.

La deuxième considération, quant à elle, participe du niveau de responsabilité: votre action ne sera pas au service d'une politique de réduction de la natalité, tant qu'il ne s'agira pas d'une politique arrêtée au niveau national, en toute connaissance de cause, et prescrite par ceux qui ont le pouvoir d'en décider officiellement.

Il appartiendra, je n'en doute pas, aux responsables des services de santé, aidés par les associations bénévoles pour le bien-être de la famille, de veiller au respect de ces principes de loyauté et de conscience professionnelle.

Mesdames, Messieurs, c'est sur ces recommandations, qu'au nom du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, je déclare ouvert le Séminaire Francophone de l'Afrique de l'Ouest sur: "Le Rôle de la Sage-Femme dans les Services de Santé Familiale, Intégrés dans les Services de Protection Maternelle et Infantile".

Je vous remercie.

Dakar, le 17 Novembre 1974

Docteur Papa Gaye

EXPOSES

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE EN AFRIQUE DE L'OUEST

**Professeur Agrégé Aiihounou
Chef du Service de la Clinique Universitaire de
Gynécologie-Obstétrique, Cotonou, Dahomey**

1. Notion de Santé

Honorables délégués, "la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale", et je vous rappelle que "La Santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

Dans cette même constitution de l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.), dans laquelle j'ai puisé les premières phrases que je viens de livrer à votre méditation, l'une des vingt-deux fonctions assignées à l'organisation mondiale de la santé est, et je cite: "faire progresser l'action en faveur de la santé et du bien-être de la mère et de l'enfant et favoriser leur aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation".

2. Intérêt de la Santé Maternelle et Infantile (SMI)

Parmi les préoccupations des services de santé de tout pays, la SMI occupe une place de choix; elle devrait du moins l'occuper et ce, pour plusieurs raisons:

- a. Pour que les enfants d'aujourd'hui soient les adultes de demain, capables de rendre à la société les services qu'elle attend d'eux, il faut que l'état s'organise pour les en rendre capables physiquement et mentalement, le capital humain est, et demeure un puissant moyen de développement économique, le capital humain est, et demeure, la première richesse d'un pays. Et ceci nous fait aborder le deuxième groupe de raisons qui militent en faveur de la prépondérance de la place de la santé maternelle et infantile dans les services de santé.
- b. Il existe et il persiste dans nos pays un gaspillage des ressources humaines dû à la morbidité et la mortalité infantiles, que celles-ci soient primitives ou secondaires à la morbidité maternelles.

Il suffit pour s'en convaincre de regarder la figure 1, sur laquelle est répartie la population en classe d'âge (partie supérieure de la figure) et en taux spécifique de mortalité par ages (partie inférieure du graphique).

A la lecture de ce graphique (ce que je vous invite à faire avec moi) nous nous apercevons que:

- 28% du nombre total des décès sont dûs aux enfants de moins de 1 an (0-11 mois) qui ne représentent que 4% environ de la population.
- 13% de la mortalité générale sont dûs aux enfants de 1 à 4 ans qui

représentent 12% de la population.

Ainsi plus de 40% de la mortalité générale sont le fait des enfants de, soit de 0 à 4 ans, soit 16% de la population.

D'autres sources statistiques nous affirment que sur 1.000 enfants nés vivants, 300 peuvent décéder avant 5 ans et les 4/5 de ceux qui passent ce cap risquent de traîner toute leur vie les séquelles d'une malnutrition ou d'une parasitose.

Troisième raison: Elle découle de la constatation des faits signalés tantôt:

- les enfants ont des chances de survie faibles dans les pays en voie de développement, en Afrique de l'Ouest en particulier. Le groupe d'âge de moins de un an est un groupe très fragile, fortement sujet à des maladies, aux séquelles et aux décès que celles-ci entraînent. Mais si les enfants constituent la classe d'âge de la population la plus vulnérable, les femmes, les gestantes, les accouchées, les mères, constituent elles aussi la fraction de la population la plus vulnérable; pensons un instant au lourd fardeau qu'imposent à l'organisme la grossesse et l'allaitement. La mère et l'enfant passent par certaines périodes critiques de la vie au cours desquelles il faut les suivre davantage:
 - Période de sevrage, 1—4 ans.
 - Période d'âge scolaire, 5—14 ans, décisif pour le développement physique et mental de l'individu.
 - Période de l'adolescence, 15—19 ans, marquée par les perturbations hormonales.
 - Période de pleine activité professionnelle, domestique et sexuelle, 20—44 ans, (naissances, avortements, maladies vénériennes).
 - Période de ménopause plus critique chez les femmes que l'andropause ne l'est chez l'homme, 45—49 ans.

Quatrième raison enfin: c'est que l'une des caractéristiques des populations de nos régions consiste en la forte prépondérance des jeunes et des femmes.

Les mères et les enfants constituent les 2/3 et même les 3/4 de la population de certains états africains.

Signalons enfin, que les enfants, groupe d'âge de la population vulnérable, les femmes, fraction de la population particulièrement fragile à certaines périodes de leur existence sont soumises pour la plupart, à des conditions de vie très rudes, imposées souvent par un environnement physique et parfois humain, peu clément.

Toutes ces raisons, toutes ces caractéristiques, font qu'en Afrique et plus qu'ailleurs, la Santé maternelle et infantile doit être reconnue comme une entité bien distincte avec ses besoins spéciaux qu'on s'attachera à définir, à évaluer afin de mettre sur pied, développer et entretenir des services capables de satisfaire ces besoins, qui peuvent se résumer en ceci:

assurer à la mère les meilleures conditions d'une maternité heureuse.
mettre fin aux pertes évitables des ressources humaines.

Honorables délégués, Mesdames, Messieurs, après cette introduction, un peu longue peut-être, pour situer l'importance de la santé maternelle et infantile et sa place dans les services de santé, je vais maintenant aborder la troisième partie de mon exposé, à savoir:

3. Les Problèmes de Santé Maternelle et de l'Enfance en Afrique de l'Ouest ou, les caractéristiques de la S.M.I. en Afrique de l'Ouest

Je donnerai les caractéristiques générales, laissant le soin à chaque délégation de nous faire part, au cours des discussions de groupe, des caractéristiques propres à leur pays.

La mère et l'enfant, bien qu'ayant des traits spécifiques qui les singularisent du reste de la population, participent néanmoins aux problèmes de santé de celle-ci, et ainsi nous envisagerons les problèmes de santé communs à la population:

- les problèmes de santé maternelle.
- les problèmes de santé infantile.
- les facteurs ayant une influence sur l'issue de la grossesse.

1. Les problèmes de santé communs à toutes les fractions de la population sont constitués par:

a. La sous-alimentation et la malnutrition.

La nutrition joue un rôle fondamental pour la santé; les nouveau-nés, les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et les nourrices sont particulièrement sensibles aux effets de la malnutrition et de la sous-alimentation.

La majeure partie des décès évitables peut être attribuée à l'action combinée de la malnutrition et des maladies infectieuses.

b. Les maladies transmissibles comme:

- Le paludisme, qui favorise la prématurité en débilitant la femme.
- la tuberculose à laquelle font lit la rougeole et la coqueluche et dont le diagnostic est plus difficile chez l'enfant.
- les parasitoses intestinales.

c. L'état dentaire des populations.

d. Autre aspect des problèmes sanitaires de la région, communs à toute la population, est l'absence de données statistiques valables, où la résolution des problèmes passe nécessairement par la connaissance exacte de la situation; c'est déjà souligner ici l'importance que nous devons accorder à la collecte de données et à la place que doit occuper le service intéressé.

Outre l'absence de données valables pour juger de la situation sur le terrain il faut ajouter:

- les conditions d'existence de nos populations.

La majeure partie de notre population vit en zone rurale avec un revenu faible, un niveau d'instruction rudimentaire et dans des conditions d'hygiène très déficientes.

- l'insuffisance de notre infrastructure sanitaire.
- l'insuffisance de nos ressources en personnel sanitaire (il s'agit bien d'une insuffisance aussi bien quantitative que qualitative).

2. *Les problèmes de santé maternelle*

Ce sont:

- la mortalité maternelle
- la morbidité maternelle

a. La Morbidité Maternelle

Elle est constituée par les maladies liées à la grossesse et les états morbides liés à la puerpéralité.

Etats morbides liés à la gravidité:

- les vomissements de la grossesse
- les syndromes vasculo-renaux de la grossesse
- les hémorragies de la grossesse
- les états de choc
- les infections
- les affections associées à la grossesse (anémie — maladies transmissibles)

Etats morbides consécutifs à la puerpéralité (accouchements dystociques et accouchements entociques) mal surveillés, suites de couches pathologiques).

Ce sont, pour n'en citer que les plus courants dans nos régions:

- les complications traumatiques de l'accouchement:
 - . ruptures utérines
 - . déchirures vulvo-vaginales
 - . accidents urinaires traumatiques
- les complications de la délivrance
- les aspects de la pathologie des suites de couches
- les accidents d'anesthésie et de l'insuffisance de la réanimation.

Tous ces états morbides peuvent aboutir soit à la guérison, soit à des séquelles, soit à la mort et ceci nous amène au second problème de santé maternelle.

b. La Mortalité Maternelle (D mat)

Elle se définit comme le rapport du nombre de femmes mortes des suites de grossesse et des suites d'accouchement sur le nombre de naissances vivantes (NV)

$$T \text{ mat} = \frac{D \text{ mat}}{NV} \times 1000$$

il est exprimé en pour mille (‰). Nous ne disposons pas de chiffres concernant le taux de mortalité maternelle en Afrique; signalons pour mémoire qu'il était de 1,4 pour mille en 1936 en France et qu'actuellement il est de 0,26 pour mille. En Afrique, il est certainement supérieur au taux de 1,4 pour mille.

3. Problèmes de santé infantile

a. La Morbidité Infantile

Dans la région, les six principales causes de morbidité chez l'enfant sont:

- les infections respiratoires
- les gastro entérites
- le paludisme
- les parasitoses intestinales
- la rougeole et autres maladies transmissibles
- la malnutrition protéino-calorique, qui compromet le développement intellectuel et la croissance de l'enfant.

Pour être complet, nous devons signaler les risques représentés par les médicaments et les radiations ionisantes.

b. La Mortalité Infantile

Elle se définit comme le rapport du nombre de décès d'enfants de moins d'un an sur le nombre de naissances vivantes pendant l'année en cause; il s'exprime en pour mille:

$$T \text{ in} = \frac{D (0-11 \text{ mois})}{NV} \times 1000$$

Le taux de mortalité infantile est estimé à 24‰ en moyenne en Afrique de l'Ouest francophone (en 1973). Il est estimé à 12,6 pour mille en Suède et 21,7 pour mille en France.

Le taux de mortalité infantile est utilisé comme un indicateur de l'état de santé et d'hygiène d'une population donnée.

La mortalité infantile se décompose en mortalité néo-natale couvrant la période allant de la naissance à l'âge de 28 jours et en mortalité post-néo-natale jusqu'à l'âge d'un an.

Les affections les plus meurtrières pendant cette (période néo-natale et post-néo-natale) sont le:

- tétanos néo-natal qui est responsable de plus de la moitié de la mortalité néo-natale dans certains pays de notre région.
- le traumatisme obstétrical.
- la prématurité.
- les infections respiratoires.
- les gastro entérites.
- les maladies transmissibles comme la rougeole et la coqueluche.

Entre un et quatre ans, l'ordre des causes de mortalité s'établit comme suit:

- maladies respiratoires.
- paludisme.
- malnutrition.
- gastro entérites.
- tuberculose.
- accidents.

A l'heure actuelle si la mortalité infantile a diminué dans les pays industrialisés, c'est qu'ils ont réussi à juguler ces affections, à améliorer l'hygiène du milieu et l'alimentation des enfants. Le taux résiduel de mortalité infantile est dû en partie à la mortalité périnatale à laquelle ces pays s'attaquent actuellement. La mortalité périnatale interesse la période qui s'étend de la 28ème semaine de gestion au 7ème jour de la vie du nouveau-né, c'est la somme de la mortinatalité (naissances de mort-nés) et la mortalité de la première semaine. Dans les pays industrialisés, à niveau socio-sanitaire élevé, c'est le nombre des décès périnatals plutôt que celui des décès maternels qui est utilisé comme indice de la qualité des soins de maternité.

C'est pour cela que nous avons assisté ces dernières années, à la définition de la notion de grossesse à risque foetal élevé. Dans nos pays nous n'en sommes pas encore là malheureusement; le taux de mortalité infantile est encore grevé lourdement de sa composante tardive, c'est-à-dire post-natale. Néanmoins, nous devons faire nôtre aussi, cette nouvelle conception qui nous permet d'identifier les cas de grossesses justiciables d'un traitement de routine et ceux qui exigent une attention plus soutenue et immédiate.

Une telle conception a aussi l'avantage de rappeler que la santé de l'enfant est étroitement liée à celle de la mère, et que c'est en donnant à la mère les soins nécessaires, que l'on peut résoudre les problèmes de santé qui se posent chez le nouveau-né et le nourrisson et ce même, avant la naissance de ce dernier.

Le taux de mortalité périnatale (TMP) signalé en 1965, varie selon les pays

entre 18,3 pour mille (Bulgarie) et 82 pour mille naissances vivantes (Ile Maurice). Dans notre région un TMP de 67,9 pour mille a été signalé pour la Gambie.

Les taux de 40 à 80 pour mille naissances vivantes sont les taux couramment rencontrés dans les pays en voie de développement, alors que 18 à 30 pour mille sont ceux rencontrés dans les pays industrialisés.

Mesdames, Messieurs, Honorables délégués, nous allons maintenant aborder le 4ème élément des problèmes de santé maternelle et infantile.

Ce sont: 4. *Les facteurs influant sur l'issue de la grossesse*

Les techniques statistiques de l'analyse à plusieurs variables, ont permis d'isoler les facteurs suivants, comme des éléments qui influent sur la morbidité et la mortalité périnatale ainsi que sur la mortalité. Ce sont:

- les caractéristiques socio-biologiques de la mère (taille, âge, parité, conditions socio économiques).
- les antécédents obstétricaux.
- le poids du fœtus au moment de la naissance.
- l'évolution de la gestation.

A Les Caractéristiques Socio-Biologiques de la Mère

Ce sont essentiellement:

- la taille - l'âge - la parité et les conditions socio-economiques.

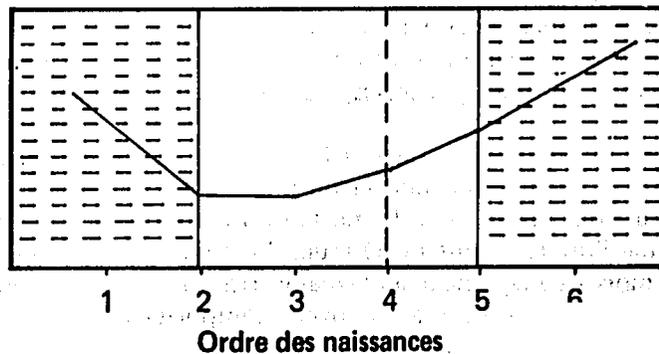
LA TAILLE

Le risque de décès périnatal est beaucoup plus élevé pour les enfants de mère de petite taille.

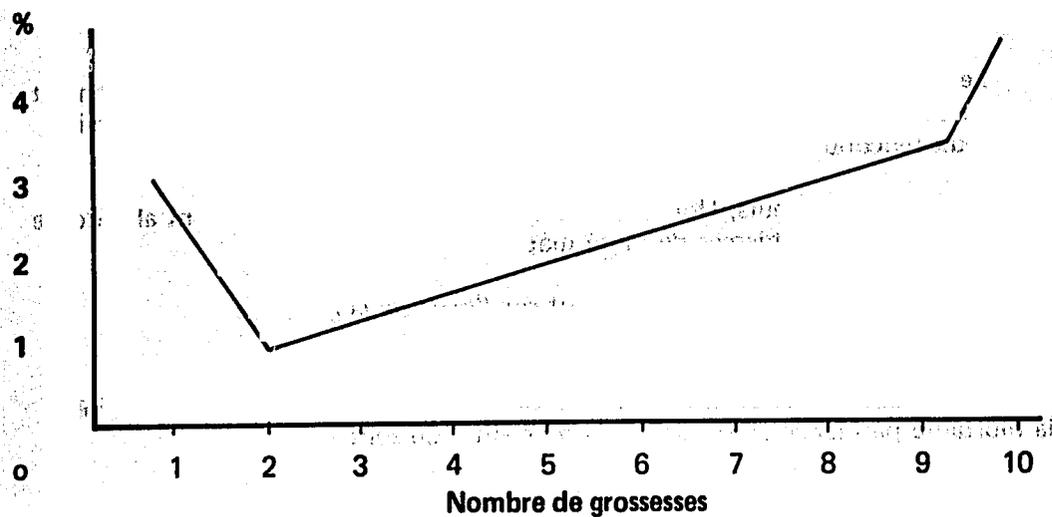
LA PARITE

A âge égal, le risque périnatal est plus bas pour la deuxième et la troisième grossesse; il est plus élevé pour la quatrième et les suivantes (sauf dans les classes socio-économiques les plus élevées), il occupe un niveau intermédiaire entre ces deux positions pour la première grossesse.

RISQUE



Tiré dans "Santé du monde" de janvier 1974



MORTALITÉ PERINATALE EN FONCTION DU NOMBRE DE GRESSESSES (Merger)

En Grande Bretagne, on a montré que la mortalité périnatale augmentait de 54% à partir de la 5ème grossesse; cela s'explique en partie par la plus forte proportion d'accouchements prématurés.

En Corée, le taux de mortalité périnatale passe de 68 pour mille à la deuxième naissance, à 168 pour mille à la neuvième naissance. Au Canada, on a montré que le taux de mortalité croît régulièrement avec le rang de naissance.

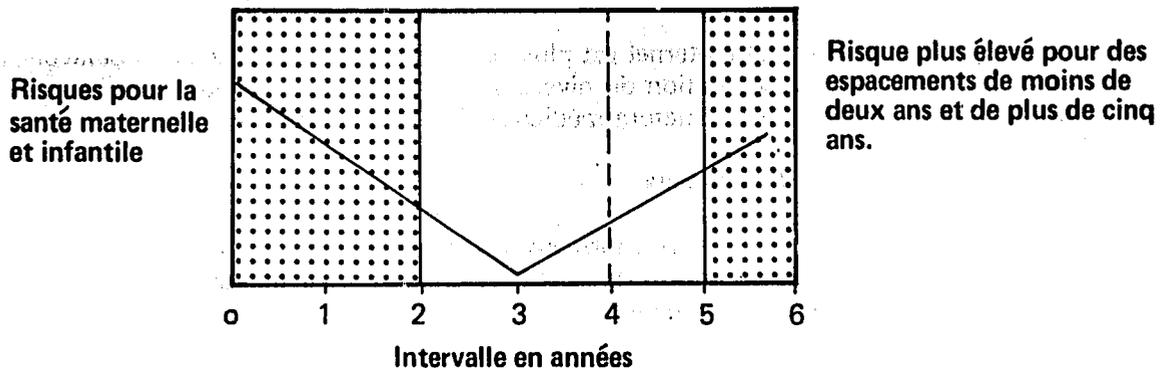
Le risque maternel est aussi aggravé par le nombre de naissances; ce risque est légèrement plus élevé au cours de la première grossesse que pendant les deux suivantes; il augmente pour chacune des grossesses ultérieures, et très rapidement à partir de la sixième.

On a montré aussi qu'il existe une corrélation entre une parité élevée et les complications suivantes de la gravido-puerpéralité = Placenta previa, hémorragies; les complications traumatiques de l'accouchement, procidence du cordon, attitude ou présentation vicieuse du fœtus.

L'incidence de certaines maladies comme le diabète sucré, augmenterait avec la parité, de même que les carences nutritionnelles et les difficultés d'allaitement, l'intervalle entre les grossesses, ou l'Intervalle Intergénérique.

La mortalité périnatale et la mortalité infantile atteignent leurs taux minimum lorsque l'intervalle séparant la fin d'une grossesse du début de la suivante est de deux à trois ans; le taux de mortalité infantile augmente au fur et à mesure que diminue l'intervalle intergénérique; il est maximal lorsque l'intervalle est inférieur à 24 mois (sevrage inadéquat, malnutrition). D'autres études ont montré que des intervalles de plus de 6 ans peuvent comporter des risques plus élevés.

(Santé du Monde — Janvier 1974)



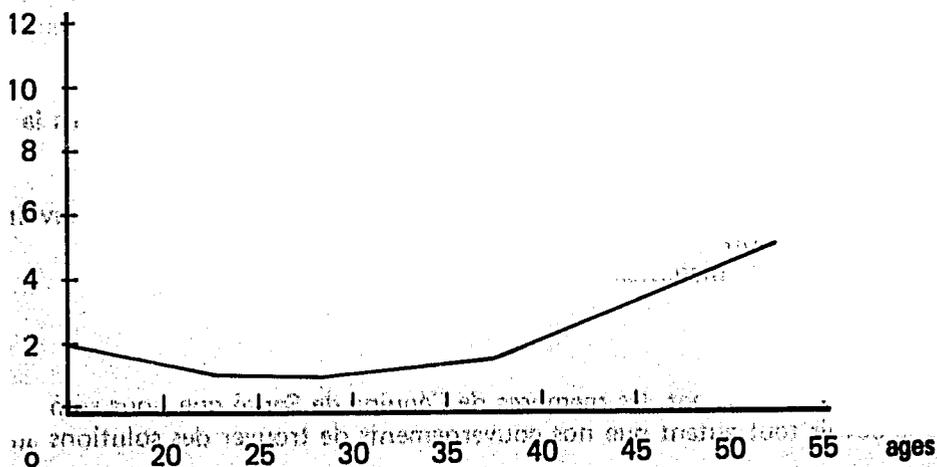
Il existe ainsi une corrélation statistiquement significative entre le nombre de grossesses et le taux de mortalité maternelle et infantile. Le taux de mortalité infantile élevé est associé à des grossesses trop fréquentes; cette forte mortalité entraînant le désir d'accroître la fréquence des grossesses; ce qui affaiblit les mères et les expose davantage; il apparait un cercle vicieux qu'il faut nécessairement briser.

L'âge de la mère

A parité égale, le risque périnatal augmente rapidement lorsque la mère a plus de 30 ans.

La mortalité infantile est plus élevée lorsque les mères ont moins de 20 ans et plus de 34 ans. Quelle que soit la parité, le taux de mortalité intra-utérine tardive augmente avec l'âge de la mère.

Certaines anomalies congénitales sont associées à un âge relativement avancé. Le mongolisme ou syndrome de Down, dont l'incidence moyenne est de 1 cas pour 2000 à 2500 naissances vivantes, s'observe une fois sur 300 dans le cas de femmes de 35 —à 39 ans, et une fois sur 50 dans les cas de femmes particulièrement âgées.



CONDITIONS SOCIO-ECONOMIQUES

Le risque périnatal et maternel est plus élevé dans les couches sociales défavorisées; il décroît avec l'amélioration du niveau socio-économique et sous l'influence du développement de l'infrastructure médico-sociale et administrative.

B Les Antécédents Obstétricaux

Les antécédents obstétricaux anormaux (avortement, mort foetale, toxémie, insuffisance du poids de naissance) doivent faire craindre pour une grossesse ultérieure le risque de mortalité périnatale.

C L'Evolution de la Gestation Actuelle

- Les complications survenant au cours de la gestation augmentent le risque de mortalité périnatale (toxémie gravidique, hémorragies).
- la prématurité et la post-maturité sont des facteurs qui augmentent le risque périnatal.
- un milieu intra-utérin défavorable (infection maternelle, intoxication maternelle) prédispose le fœtus au risque périnatal et ce, d'autant qu'il sera soumis aux difficultés supplémentaires de travail.

D Le Poids de l'Enfant à la Naissance

La mortalité périnatale des enfants de 2500g et moins, est de 30–35 fois supérieure à celle des enfants de plus de 2500g.

Mesdames, Messieurs, Membres de l'équipe de Santé, au terme de cette troisième partie de mon propos, il apparaît que les problèmes de Santé Maternelle et Infantile sont nombreux et d'importance variable. Les taux de mortalité maternelle et infantile que nous observons résultent de causes évitables, comme la malnutrition, la sous-alimentation, les complications liées à la gravido-puerpéralité.

Le taux élevé de la mortalité infantile est encore dû à sa composante tardive; que les pays industrialisés ont déjà réussi à réduire. Dans ceux-ci, on s'attaque maintenant aux problèmes périnatals liés aux malformations congénitales, aux problèmes génétiques.

Ceci nous fait apparaître l'ordre de priorité qui doit être la notre dans la recherche des solutions à ces problèmes.

L'étude des facteurs influant sur l'issue de la grossesse, nous fait entrevoir et comprendre l'amélioration que peut apporter sur le taux de morbidité et mortalité infantile et maternelle, le contrôle des naissances.

4 Solutions

Monsieur le Président, les membres de l'équipe de Santé que nous sommes, avons le devoir tout autant que nos gouvernements de trouver des solutions aux

problèmes de santé maternelle et infantile que voilà.

Ces solutions consisteront en l'ensemble des moyens qui permettent d'atteindre les objectifs de santé maternelle et infantile, à savoir: d'une part améliorer l'issue des grossesses et la santé des femmes à l'âge de procréation, et d'autre part, augmenter les chances de survie, de croissance et de développement des enfants. Nous abordons ainsi la quatrième partie de notre exposé, que nous envisageons comme suit:

- Les activités de santé maternelle et infantile.
- L'organisation des services de santé maternelle et infantile surtout sous l'angle de la rentabilité et des meilleures conditions de succès.

Les Activités de Protection Maternelle et Infantile

Ce sont des activités spécifiques classiques, c'est-à-dire, déjà rentrées dans les mœurs, mais aussi les activités communes à plusieurs secteurs sanitaires et des activités plus récentes.

Activités spécifiques et classiques

Ce sont:

- les soins et surveillance de la gestante
- la surveillance des accouchements
- les soins du post-partum
- l'immunisation contre certaines maladies transmissibles
- la surveillance de la croissance et du développement de l'enfant
- les soins aux malades
- l'évacuation des malades vers les centres les mieux équipés
- la tenue d'un fichier.

SOINS ET SURVEILLANCE PENDANT LA GROSSESSE

Les soins et surveillance de la gestation sont réalisés au cours des consultations prénatales qui doivent être, si possible, mensuelles et même bimensuelles à la fin et au début de la gestation. Ils consisteront à dépister et à traiter les complications de la grossesse, les anémies, les menaces d'interruption, et les maladies transmissibles.

SURVEILLANCE DES ACCOUCHEMENTS

Les accouchements doivent se faire en maternité, mais ceci constitue la condition optimum à laquelle nous devons tendre au fur et à mesure que les programmes socio-économiques le permettront, mais actuellement nous en sommes loin; force nous est donc d'admettre que les accouchements sans risque prévu soient effectués à domicile par un personnel auxiliaire, intégré à l'équipe de santé, entraîné et contrôlé. Les lits de maternité seront réservés en priorité, aux cas où les risques sont à craindre; rappelons que les facteurs de risque étant: l'âge, la parité, le poids de la mère (risque moindre entre 50 et 70 kg) taille de la mère (risque élevé si la taille est inférieure à 1m50), facteurs socio-économiques; les

antécédents obstétricaux défavorables, la pathologie associée à la grossesse, complications survenant au cours de la grossesse.

Poursuivant notre énumération des activités de P.M.I., nous citerons:

L'IMMUNISATION CONTRE CERTAINES MALADIES TRANSMISSIBLES,

il s'agit aussi bien de primo vaccination que de revaccination. C'est l'administration de BCC qu'on peut associer au vaccin antivariolique. L'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite au 3ème mois de la vie; c'est aussi l'immunisation contre la rougeole et la fièvre jaune.

Ce service de vaccination s'intéresse à la mère dans le cas du tétanos.

LA SURVEILLANCE DE LA CROISSANCE ET DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT,

constitue une des activités de la SMI. Elle consistera à surveiller la courbe du poids.

Toutes les activités que nous venons d'énumérer, constituent des activités de prévention; elles doivent être associées:

AUX SOINS DU MALADE,

car ce sont les soins aux malades qui entraînent la fréquentation des formations sanitaires.

LA TENUE D'UN FICHER

permet de suivre rationnellement les mères et les enfants; le fichier doit être simple, à la portée du personnel; il est essentiel car il permet une planification des activités futures.

Ces activités spécifiques essentielles, ne doivent pas nous faire oublier quelques aspects particuliers des activités de santé maternelle et infantile. Ce sont:

- le développement d'un programme d'information sanitaire qui permettra d'identifier les problèmes des mères et des enfants, de planifier, de mettre en pratique et d'évaluer les activités en cours.
 - l'hygiène scolaire.
 - les institutions communes: les crèches, les oeuvres pour enfants handicapés et l'adoption.
- b. *Les activités sanitaires communes à plusieurs secteurs*

La santé maternelle et infantile bénéficie d'activités qui servent à résoudre des problèmes de santé de toute la population.

Ce sont:

— L'éducation sanitaire

L'éducation sanitaire de la famille est un des instruments les plus efficaces pour modifier favorablement les taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile. Elle se pose sous toutes les formes possibles (intégration dans différents programmes scolaires, ou sous la forme d'animation des groupes sociaux. Je dois souligner que dans nos régions, ce sont les contacts personnels qui permettent le mieux d'influencer les conceptions; les attitudes et les comportements, les moyens d'information des masses n'ont qu'une efficacité limitée.

Elle sera axée principalement sur la nutrition, l'allaitement maternel, l'hygiène du milieu (habitat, eau, évacuation des déchets) la lutte contre les maladies transmissibles.

Je me permets d'insister au risque de vous ennuyer, sur l'éducation sanitaire qui constitue un raccourci pour nous, elle nous permettra d'atteindre le niveau de santé minimal dans un temps minime, compte tenu de nos moyens limités.

Autres activités dont bénéficie la santé maternelle et infantile:

— LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES EN PERSONNEL; il faut développer les écoles de formation; augmenter le nombre du personnel; le diversifier, compte tenu de nos ressources (on ne doit pas hésiter à former et à intégrer dans l'équipe de santé, les accoucheuses traditionnelles) il faut instituer et encourager la formation en cours d'emploi; il faut que la formation donnée aux membres de l'équipe de santé, les oriente directement vers les problèmes de santé publique, en particulier ceux de leur pays.

La recherche doit tendre à trouver des solutions immédiates applicables à notre problème de santé.

Parmi les services communs à plusieurs secteurs sanitaires, citons enfin:

— LE SERVICE DE LEGISLATION qui doit améliorer en le renforçant, la qualité des services.

La législation afférente à la santé maternelle et infantile couvre les domaines suivants:

— Enregistrement des faits de l'Etat Civil (naissances et décès) et la notification des cas de maladies.

— la qualification du personnel et les autorisations d'exercer, ou l'agrément des établissements de soins.

— les mesures de santé publique visant à protéger la population (examen médical à la rentrée scolaire, législation du travail des femmes).

Honorables, vous me permettrez de clore ce chapitre des activités de SMI, en

effleurant les activités récentes de santé maternelle et infantile.

Je veux parler des aspects sanitaires de la planification familiale.

c. *Activités récentes de P.M.I.* (aspect sanitaire de la planification familiale)

J'ai dénommé activités de santé maternelle et infantile, les aspects sanitaires de la planification familiale et les services qui en découlent. Les aspects sanitaires de la planification familiale sont liés à la modification des taux de reproduction; grâce à elle certaines grossesses sont évitées ou différées, d'autres rendues possibles par le traitement de l'infécondité.

En effet, les aspects sanitaires de la planification familiale, embrassent des activités qui sont:

- la régulation des naissances qui doit tenir compte aussi bien de la santé de la mère que celle du père et des autres enfants.
- l'infécondité.
- la préparation à la maternité et à la parternité.
- l'éducation sexuelle.

Et autres prestations, dont peuvent bénéficier les membres de la famille au cours des consultations de planification familiale (dépistage de certaines maladies génitales; orientation des malades vers des centres spécialisés; consultation de génétique).

2. Organisation des Services de S.M.I.

Honorable auditoire, citer les activités de santé maternelle et infantile, créer les activités de santé maternelle et infantile, sans les assortir d'une bonne organisation, serait vain.

Je n'entrerai pas dans le détail de l'organisation, je me bornerai simplement à mettre en exergue les conditions d'une bonne organisation, c'est-à-dire les conditions de réussite des activités de santé maternelle et infantile ce sont:

- a. la nécessité d'un inventaire préalable des ressources, du potentiel dont dispose le pays ainsi que l'identification des besoins ressentis par les familles.
- b. Conditions d'adaptabilité des services du pays; elles découlent de la précédente.

Les services sanitaires destinés aux mères et aux enfants auront davantage de chances d'être accueillis favorablement par la population, s'ils sont adaptés à son patrimoine socio-culturel.

Il faut toujours essayer de choisir les types de services les plus aptes à satisfaire les besoins inventoriés, tout en restant dans les limites budgétaires, ce qui entraîne la nécessité et donc la 3ème condition.

La nécessité d'une planification qui s'attachera à déterminer les priorités d'où seront tirés les objectifs à court, moyen et long terme. Objectifs qu'on traduira avec le plus de précision en termes quantitatifs.

- d. Nécessité de réviser périodiquement les structures, afin de les adapter constamment au niveau socio-économique du pays, et partant aux besoins nouveaux qui se feront jour dans la population.

La recherche permanente et systématique des meilleurs moyens d'actions possibles, en fonction des différentes situations, est une garantie de succès.

- e. Nécessité d'une approche multidisciplinaire des problèmes de santé maternelle et infantile.

Cette approche multidisciplinaire doit être réalisée aussi bien au sein des services de santé qu'avec les autres secteurs de la nation; on peut la réaliser en créant des groupes consultatifs comprenant les membres des différentes spécialités médicales (pédiatres, gynécologues, infirmières, sages-femmes, travailleurs sociaux) et les membres des divers services gouvernementaux (service du ministère de l'éducation, de l'agriculture, de l'information du plan et des finances).

- f. Nécessité d'une intégration des services de services de santé maternelle et infantile aux services de santé; les services de S.M.I. ne doivent pas être isolés des autres services sanitaires dont ils doivent constituer le noyau.

C'est au sein des services de santé existants, qu'on doit organiser les activités de santé maternelle et infantile; le faisant, on évitera le gaspillage des maigres ressources humaines et matérielles disponibles; ce faisant on peut utiliser de façon la plus économique et la plus totale, un réseau unique d'équipement, de personnel et de transports.

Ce même souci d'intégration pour un meilleur rendement, entraîne la fusion des services curatifs et préventifs, des services de santé maternelle avec ceux de santé infantile.

Les deux dernières conditions citées, s'expliquent aisément par le fait que les problèmes de santé maternelle et infantile débordent le cadre de la gynécologie, de l'obstétrique, de la pédiatrie, de la puériculture et de la génétique. La mère et l'enfant, bien qu'ayant des traits spécifiques, participent aux problèmes de santé de toute la communauté.

- g. Nécessité de travailler en équipe et d'avoir une bonne direction de l'équipe de santé.

Les fonctions de chaque membre doivent être bien définies afin que les différents membres de l'équipe ne se gênent pas et se sentent aussi utiles les uns que les autres. Chaque membre de l'équipe doit pouvoir assumer la pleine responsabilité de son travail et prendre les mesures voulues, lorsque le problème qui se pose intéresse son domaine; ainsi conçue, l'équipe de santé est formée de partenaires égaux.

- h. **Nécessité de disposer des ressources en personnel polyvalent capable de répondre aussi bien aux besoins des mères qu'à ceux des enfants.**
- i. **Nécessité d'une bonne organisation administrative des services avec des fonctions bien définies, au niveau central, intermédiaire et périphérique.**

5. Les Résultats

Mesdames, Messieurs, reconnaître les problèmes de santé, leur trouver des solutions, fussent-elles les meilleurs possibles, n'est pas suffisant, il faut toujours chercher à apprécier les résultats qu'on obtient. Sans leur évaluation, il n'est pas possible de savoir si les objectifs passés ont été atteints, les paramètres qui nous permettent d'évaluer les activités sont:

- l'extension de la couverture sanitaire: cela désigne aussi bien l'étendue géographique de l'action sanitaire que le nombre d'individus qui bénéficient des services.

- Les taux de morbidité et de mortalité infantile et maternelle. Pour apprécier ces paramètres, on peut utiliser l'observation empirique, des données provenant des systèmes de relevés (enregistrement des naissances et des décès). Ces données doivent être fournies par des rapports établis régulièrement. On peut utiliser des données recueillies par échantillonnage dont la confection doit répondre à des normes de viabilité et de validité.

On peut enfin pratiquer des études contrôlées. C'est le seul moyen qui permette de continuer avec certitude les hypothèses élaborées. (On applique une mesure de santé publique à une situation donnée, étudiée dans la zone expérimentale et dans les zones non soumises à l'expérience.)

Monsieur le Président, honorables délégués, membres de l'équipe de santé, que conclure au terme de ce survol d'un sujet aussi vaste et aussi spécifique?

Dans notre région, l'identification des problèmes de santé maternelle et infantile est pratiquement réalisée; même si elle n'est précise.

La solution pour les résoudre sont aussi entrevues. Ce qui nous manque c'est des données sûres, dû à l'absence de services de statistiques bien organisées, mais c'est aussi les moyens; mais utilisons-nous rationnellement ceux dont nous disposons? Il semble que non. C'est pour cela qu'il est urgent à l'étape actuelle de faire nôtres les conditions d'un meilleur rendement des prestations sanitaires. Une autre lacune grave de notre système c'est l'absence d'évaluation.

Honorables délégués, l'instauration d'un ordre sanitaire qui doit satisfaire les besoins minimaux de la majeure partie de la population, doit être notre souci constant et nous ne devons rien négliger pour protéger notre capital. Nous devons rechercher tous les apports nouveaux, toutes les activités nouvelles qui peuvent nous aider à améliorer le niveau de santé de la tranche d'âge et de la fraction de la population la plus vulnérable, je veux dire la mère et l'enfant.

Mendouse a dit, et je cite:

“La valeur d’un peuple varie en proportion de la somme de dévouement qu’on y dépense pour la jeunesse” fin de citation.

Monsieur le Président, honorables délégués, faisons en sorte que nos gouvernements, et nous même, rapprochions chaque jour davantage nos services de santé maternelle et infantile vers l’idéal fixé, et je cite:

“Que dans toute la mesure disponible, chaque enfant vive et grandisse dans un milieu familial, qu’il se sente aimé et en sécurité dans un cadre sain, qu’il soit nourri convenablement, qu’on veille sur sa santé en lui assurant notamment les soins médicaux nécessaires et qu’on lui inculque les indispensables notions d’hygiène de vie”. Fin de citation.

Vous me permettez d’ajouter, que dans la mesure du possible, toute grossesse attendue soit une grossesse désirée et bien menée.

Je vous remercie de votre attention.

PROBLEMES DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET ETAT DES PRIORITES EN AFRIQUE DE L'OUEST

Docteur Papa Gaye
Directeur De La Santé Publique, Du Sénégal

INTRODUCTION

En guise d'introduction, faisons quelques remarques:

1. L'Afrique de l'Ouest fait partie du tiers-Monde que l'on présente souvent avec les caractéristiques suivantes:
 - revenu national faible
 - analphabétisme de la majorité de la population
 - utilisation d'instruments et de méthodes de travail
 - dépendance économique des pays plus développés, etc, etc.

Cette situation se traduit assez souvent sur le plan médico-social par la persistance de la triade patidique:

Misère — Ignorance — Λ

2. L'Afrique de l'Ouest est composée d'environ 16 états avec 6.200.000 Km² de superficie et 106.000.000 d'habitants.
3. Les Etats d'Afrique de l'Ouest présentent certains traits communs:
 - a. *le milieu physique*: la nature y est encore agreste en maints endroits, à peine transformés par la main de l'homme; l'environnement y est favorable à la pullulation des agents vecteurs de maladies transmissibles.
 - b. *la vie politique*: il s'agit d'un ensemble de petites républiques, les unes territorialement vastes, les autres d'étendue plutôt moyenne mais presque toutes, le Nigéria excepté, peu peuplées et ayant accédé récemment à l'indépendance (sauf le Libéria).
 - c. *la vie socio-économique*: tous les états accusent un grand retard sur le plan social (éducation, santé) et sur le plan économique: niveau de vie très bas, production des matières premières exportées au prix faible et importation de produits manufacturés au prix fort.
 - d. *les mères et les enfants* forment un groupe très vulnérable qui constitue de 65 à 70% de la population. C'est à travers cet éclairage qu'il faut examiner les problèmes sanitaires. S'il s'agit d'identifier ces problèmes dans leur ensemble afin de déterminer le niveau de santé global national, on utilise les indicateurs de santé qui sont nombreux et variés. On peut les classer en trois catégories: indicateurs de moyens, indicateurs de résultats, indicateurs socio-économiques.

a. *Indicateurs de moyens*

Indicateurs de nutrition	(- ration alimentaire (indicateur quantitatif)
	(- pourcentage des protéines animales par rapport aux protéines totales (indicateur qualitatif)
	(- pourcentage dans la consommation totale des calories fournies par céréales-féculents (indicateur qualitatif).
	(
Indicateurs d'équipement médical	(- pourcentage de la population desservie par distribution d'eau potable (indicateur d'équipement)
	(- nombre d'habitants par médecin (taux de médicalisation)
	(- nombre de lits d'hôpital pour 1000 habitants
	(- dépense de santé publique par habitant
Indicateurs d'utilisation des services de santé	(- pourcentage des naissances ayant lieu en maternité
	(
	(- pourcentage des décès médicalement constatés

b. *Indicateurs de résultats (ou de situation)*

Indicateurs de santé proprement dits	(- taux de mortalité spécifique par maladie
	(- taux de morbidité par maladie
	(- indice parasitaire
	(- indices pondérés de gravité du trachum (classification en T2, I, II, III MacCallen)
	(- et classification de Assaad et Maxwell - Lyons.
Indicateurs de l'état de nutrition	(- poids moyen à la naissance
	(- taux brut de mortalité
	(- gain de poids moyen de la femme pendant le grossesse
	(- taux de mortalité infantile
	(- taux de mortinatalité et de mortalité infantile de 0 à 27 jours (ou taux de mortalité néonatale)
	(- taux de mortalité infantile post-néonatale (28 jours à 12 mois)
	(- taux de mortalité de 1 à moins de 5 ans.
	(- pourcentage des décès déclarés survenant chez des enfants de 1 à moins de 5 ans
	(- taux de mortalité par maladies transmissibles
	(- taux de mortalité proportionnelle (indice de Swaroop)
(- espérance de vie à la naissance	
(- espérance de vie à un âge donné	
(- indicateur sanitaire de mortalité.	

Les plus simples et les plus importants en pays sous-développés sont:

- le taux de mortalité infantile (complété si possible par le taux de mortalité de 1 à moins de 5 ans)

c. Indicateurs socio-économiques et culturels

- revenu national par habitant
- taux de scolarisation
- pourcentage de la population sachant lire et écrire
- pourcentage de la population masculine employé dans l'agriculture.

I Santé Maternelle et Infantile: Les Problèmes

Mais puisqu'il ne faut considérer dans cet exposé qu'un secteur de l'activité médico-sanitaire, à savoir la santé de la mère et de l'enfant, on se limitera quelques uns seulement. Nous pourrions retenir par exemple les taux de morbidité et de mortalité. Nos statistiques ne sont pas encore parfaites (pas de services organisés rationnellement). Mais nous savons tous que ces taux sont élevés, chez la mère comme chez l'enfant. Ces faits constituent donc des problèmes qu'il faut résoudre.

Pour cela, il faut en connaître la cause. Il importe donc de se poser une série de questions qui nous faciliteront la Tâche:

1. Morbidité et mortalité sont fortes

- Pourquoi?
- parce que:
 - a. la plupart des mères accouchent sans assistance valable. Pourquoi?
 - b. les enfants qui naissent dans ces conditions ne sont pas, non plus assistés convenablement. Pourquoi?
 - c. des fautes graves d'hygiène corporelle et alimentaire sont commises à longueur de journée. Pourquoi?

2. Répondons à ces trois questions:

- a. et b. parce que notre couverture sanitaire est mauvaise.

On appelle couverture sanitaire l'ensemble des infrastructures fixes, des moyens mobiles, du personnel mis en oeuvre pour assurer le fonctionnement des services. Cela aboutit à la provision de soins, à la prestation de services.

Ici, il faut expliquer par des S.S.U. et la restructuration.

- c. les fautes graves sont commises parce que:
 - d'une part les parents sont ignorants
 - d'autre part, ils ne sont pas informés.

Ainsi il se dégage immédiatement et clairement la voie à suivre. Il faut:

- a. assurer une couverture médico-sanitaire convenable

b. éduquer et informer les populations.

II Santé Maternelle et Infantile: Les Priorités

C'est maintenant que tout devient difficile. Une fois les problèmes posés, il faut agir, et pour agir il faut des moyens. Il importe par conséquent de bien recenser les moyens dont on dispose et d'établir une hiérarchie des problèmes à résoudre (ce que nous appelons dégager les priorités). A ces priorités iront l'essentiel des moyens disponibles.

En matière de santé maternelle et infantile, il semble difficile de dégager les priorités d'une manière formelle car les problèmes sont connexes et interfèrent presque toujours.

Proposons un ordre de priorité:

- permettre que le maximum des accouchements soit surveillés:
ce qui implique:
 - maternité à portée des femmes (Touba-toul)
 - personnel adéquat (sages-femmes, matrones, UNICEF formation des matrones)
 - éducation sanitaire et médecine, prévention
- vaccination
- diététique
- conseils de planification de la famille
- Elevation du Standing de vie.

CONCLUSION

Mais il se trouve que tous ces faits doivent être menés concomitamment, car un programme doit être harmonieux, particulièrement dans le domaine médico-sanitaire.

Ceci nous mène au recours d'une démarche relativement nouvelle, mais qui se trouve être la seule à pouvoir résoudre nos problèmes. Il s'agit de la planification.

- planification dans l'espace
- planification dans le temps.

Vous pensez bien que chacun de nos pays africains a un programme d'actions approprié dont il est jaloux. Je vous y renvoie.

ROLE DE LA SAGE-FEMME DANS LE CADRE DE LA NUTRITION EN AFRIQUE DE L'OUEST

Dr. Thianar N'Doye
Directeur De La B.A.N.A.S. Du Sénégal

I Nature Du Sujet

A. De la Nutrition: Nous ne retiendrons dans cet exposé que la nutrition appliquée, ses activités, ses programmes dits de nutrition appliquée (PNA) écartant donc les recherches menées depuis bientôt vingt ans pour faire de la nutrition la discipline si fonctionnelle et si opérationnelle qu'elle est devenue dans cette partie ouest de notre continent. Cependant la nutrition appliquée continue de procéder d'une action expérimentale qui fait appeler au concours de la Sage-Femme, femme Sage, épouse, mère, praticienne. L'enseignement, de même à écarter, n'a pas jusqu'ici donné, pour des raisons par contre sur lesquelles nous reviendrons, tous les résultats que nous étions en devoir d'en attendre. Du reste, comme la recherche appliquée et l'action expérimentale il n'exclut pas la participation de la Sage-Femme. Pour tout dire, l'acte de routine, purement gestuel est un des coefficients de servitude qui pèsent le plus sur notre sous-développement.

Mon propos ne sera pas de vous faire un cours de nutrition. Il ne répondrait pas au sujet dont je vous félicite de la pertinence du choix. Il me semble seulement utile de lier aux activités qui édifient votre rôle, les notions qui les soutiennent. Les activités de nutrition appliquée sont nombreuses et diverses et se diversifient de plus en plus. Dans les domaines qui nous préoccupent le plus actuellement, elles comprennent pour ne citer que les plus courantes:

Les investigations et enquêtes: de consommation alimentaire et sur les habitudes alimentaires, leur évolution et leurs tendances, de mercuriale des prix et minimum vital alimentaire, cliniques nutritionnelles. Ces investigations et enquêtes sont les plus précieuses. Menées sur le thème précis de la conduite de l'alimentation de l'enfant par exemple, elles ont été à la base de notre ouvrage intitulé "GUIDE DE REGIME DU SEVRAGE AU SENEGAL" réalisé avec l'inappréciable collaboration de Mme Aïcha N'DOYE, Sage-Femme d'Etat, Mlles Diatou et Fatou CAMARA, Infirmières d'Etat, Mr. Alphonse COULIBALY, Secrétaire Enquêteur Alimentaire. Elles nous donnent surtout l'occasion de nous instruire davantage pour pouvoir instruire.

La leçon en effet n'est pas à sens unique. Ce que j'ai appris de meilleur pour ma part en nutrition n'est pas tellement différent de ce qui s'est toujours fait au village. Que ne l'ai-je au plus tôt, car le tout était de le savoir. J'ai appris à le savoir.

L'action expérimentale: portant en priorité sur l'étude des efforts de l'éducation et de la complémentation calorico-azotée sur la grossesse de sa vie d'adulte, pour parfaire donc nos techniques de surveillance nutritionnelle des fins de grossesse particulièrement, de conduite de l'alimentation de l'enfant durant les trois premières années plus spécialement, de récupération nutritionnelle, de prévention. Songez que la courbe de croissance de l'enfant de son développement psychomoteur procède de la trajectoire d'une mise sur orbite avec les mêmes chances de succès et

les mêmes risques d'échec, tenant à la force initiale de lancement; la force de fision à la base. Grand'mère avait recours au "n diao" à côté duquel le "bourget" est bien peu. Cette action expérimentale a permis la réalisation de notre fiche technique nationale de nutrition appliquée à la protection maternelle et infantile au Sénégal toujours avec votre indispensable collaboration.

La technologie alimentaire: domestique d'expérimentation, de rationalisation des recettes traditionnelles, pré-industrielle et artisanale de mise au point d'aliments nouveaux, locaux pour enfants tels que le "ferelin" en cours de réalisation au Sénégal, la supéramine, le fifa ailleurs, le but poursuivi étant, une fois la valeur de son contenu scientifique prouvée, de réhabiliter en la matière notre génie, votre génie traditionnel sans lequel il est vain d'espérer sauvegarder la santé de la famille africaine.

Nous ne ferons qu'énumérer les autres activités: de formation des formateurs, d'éducation populaire à la radio; à la télévision, d'étude et d'élaboration d'outils audio-visuels adaptés, dépliants, films, dispositifs, etc. . . d'éducation nutritionnelle d'autant que faute de plus amples données de base avec les habitudes et moeurs alimentaires des populations, les méthodes pédagogiques utilisées jusqu'ici demeurent insuffisantes. Cette remarque a fait l'objet de l'une de mes interventions à la session de l'UNESCO qui vient de prendre fin.

Nous aurons plus vite fait de les citer que de les mener à bon terme réellement

Des programmes de nutrition appliquée (PNA) qui groupent ces activités, nous retiendrons:

- Le programme de protection nutritionnelle et sanitaire des groupes vulnérables au Sénégal PPNS-GVS.
- Les programmes; Femmes - Mères - Enfants "UNICEF au Sénégal dans la Région de Thiès, UNICEF-TOGO.
- Santé Sécheresse Nutrition UNICEF-OMS-CILS Mme Marie T. est consultante UNICEF en nutrition m'assistant auparavant au BANAS.
- Nutrition-Service de Santé de base au Sénégal (Fatick) Nutrition (SSP).
- Récupération Nutritionnelle IPS-BANAS au Sénégal. Hôpital Aristide LE DANTEC
- Alimentation Scolaire (jardins et cantines) au Sénégal.
- De collectivisme: internats, clubs sportifs, prisons, etc: requérant de la Sage-Femme le rôle de collectiviste.

Le nombre croissant de ces programmes dans beaucoup de nos Etats explique et justifie la politique de nos Gouvernements respectifs tendant à les fonder en un seul national, coordonné sous la même supervision technique comme c'est le cas au Sénégal. Relations avec les populations: une de ces relations la plus essentielle que nous avons retenu à Boston il y'a 3 ans et que, le meilleur argument pour

amener une mère à renoncer à une nouvelle grossesse, est la vue rassurante des 2 ou 3 enfants qu'elle a déjà eus en bon état de nutrition et de santé.

B. Du Cadre: Afrique de l'Ouest: Si la division en forêt et savane, les micros-écologies, la diversité ethnique et des mœurs alimentaires s'opposent à l'unicité et à la l'identité absolues des activités et des programmes il n'en est pas moins constatable l'uniformation progressive de nos méthodes, facilitée par les échanges techniques entre nos Etats et les rapports excellents qui se tissent et se développent entre les nutritionnistes de notre zone et même de toute l'Afrique, au cours de rencontres déjà fréquentes. En réalité, la nutrition africaine est une, L'Afrique une. Il n'existe que des variances.

Tout de même sur le plan de l'intérêt accordé à la nutrition, des efforts consentis et des moyens mis en oeuvre, les pays anglophones marquent une nette avance sur les pays francophones pris en général. Cela est d'autant plus à souligner que ces derniers occupent le Sahel. Les six pays sont concernés qui se partagent l'immense Sahel, les six dont les populations récemment assoiffées et affamées dépendaient parfois de l'aide alimentaire et dont les enfants succombaient en masse de marasme. Il a plu, grâce au ciel, et les enfants continueront de succomber de déshydratation au bord des fleuves qui débordent; ironie du sort! Et pourquoi?

Déjà à notre niveau, si nous sommes avertis de la nécessité de donner à boire à l'enfant nous ignorons plus encore que les populations elles mêmes, que l'économie hydrique pure est si peu efficiente sous les tropiques.

Certes la complémentation calorique azotée de la ration de savane est plus aisée que celle de la ration de forêt du fait que les céréales sont quatre à cinq fois plus riches que les tubercules en protides, mais les sauces plus expertes et plus riches en pays de forêt compensent le désavantage. Les sauces dahoméennes sont les plus évoluées du monde. Tout compte fait vaudrait-il mieux vivre en forêt.

II La Sage-Femme

A. Femme-Epouse-Mère: L'image est à mon maître Le Professeur Tremoliepes "que la famille réunit autour du père pourvoyeur, la mère nourricière, les enfants essentiellement consommateurs" – c'est moi qui l'ajoute – Encore qu'en Afrique la mère est trop souvent pourvoyeuse, le père peu nourricier et les enfants producteurs.

L'Afrique modernisante connaît tout autant cette inversion des rôles, mère devenant pourvoyeuse, père peu nourricier et enfants encore plus consommateurs. Il reste que la vocation de la femme est d'être nourricière, de ses seins, de ses mains, de son coeur, de son amour. Et la mise en garde suffira qui fait de l'enfant non pas objet mais signe d'amour. Il y va de son comportement alimentaire, de son comportement tout court, présent et avenir. Le cri de bébé qui appelle est moins de faim de lait que d'amour. Spitz baptise ce double . . . contenu de diade. Mesurons-nous toujours toutes les conséquences de cette scène de tétée alliée, de fessée, donnée par une mère, un terme invectivant un père en colère. Qu'en pourrai-je dire de plus? Sinon que la femme enceinte qui pleure souvent verra son enfant toute la vie gémir.

B. Praticienne: Il suffira de noter dans ce paragraphe que tout bon pédiatre est nutritionniste. Que l'inverse ne soit pas vrai n'est qu'à l'avantage des pédiatres. Dans tous les cas toute Sage-Femme est pédiatre et nutritionniste de vocation.

III Rôle de la Sage-Femme

A. Son Poste Médico-Sanitaire: Les activités et programmes cités ci-dessus vous l'indiquent au niveau des services spécialisés de l'hôpital, des services de santé de base, des centres de PMI où elle ne confond plus biberonnerie et cuisine de sevrage et de récupération biberon et repas supplémentaire. Sans doute reste-t-il beaucoup à faire pour multiplier ces postes et y affecter dûment la Sage-Femme. tarde que l'hôpital, la maternité, épousent le profile nosologique de nos pays et cessent d'être des excroissances à nos univers nationaux. Rendons-nous compte que le terrain même de la grossesse est nutritionnellement gravé de dénutrition, anémie, si ce n'est d'immaturité, celle-là même de la jeune fille mariée précocement sans donner toutes les preuves physiques et physiologiques de sa nubilité. La conséquence en est les nombreux avortements observés chez les primi gestes et aussi les nombreux décès d'enfants de première et seconde naissances. Nous prévenons ces avortements avec de l'Ephynal Roche et du Luctogylen oubliant l'appartenance de ces produits avec les acides gras essentiels. Je passe sur les indications de vitaminothérapie préventive. C'est bien avant, dans l'alimentation que se trouvait le remède. Il s'agit comme on le voit de la préparation et de la surveillance nutritionnelle de la grossesse. Sur ce point, le sacrifice du pélican serait trop et pas assez.

Notre prise de conscience est sur ce point telle que désormais c'est de l'intérieur que nous envisageons d'observer nos multiples maux pour leur trouver remèdes en retournant d'abord puiser à la source inépuisable de notre médecine africaine.

B. Collaboration Extérieure: C'est dire que rien de ce que touche la famille ne doit vous être étranger. La meilleure collaboration doit vous lier aux assistants et éducateurs sociaux en priorité, aux grand'mères gardiennes de tant de savoir ancestral et dont nous nous défions par trop de l'intervention, aux animateurs, aux instituteurs, aux agents du développement rural, bref à bien d'autres agents sinon à tous.

C. Formation Nécessaire: Nous en sommes loin. Alors que la Sage-Femme demeure aux yeux des populations la femme de référence, la cheville ouvrière elle est en passe de devenir la moins formée en nutrition. La palme ici va aux éducateurs et assistants sociaux qui comptent dans leur scolarité près de trente heures par année et par promotion à côté d'une dizaine aux Sages-Femmes. Heureusement que la pédiatrie atténue à cette distorsion. La palme ira aussi aux institutrices ménagères aux monitrices rurales.

A l'heure de la formation permanente les recyclages devraient être mieux appréciés par les plus responsables que sont les maîtresses Sages-Femmes. Les exceptions sont cependant là, trop connues, pour être citées, assez nombreuses même pour "infirmer" la règle.

D. Réformes Envisagées et Perspectives: De l'état de fait ci-dessus rapporté, les autorités compétentes sont actuellement bien averties. Trois chapitres retiendront

notre attention: la réforme des programmes, la spécialisation, la formation post-universitaire.

1. **Réformes des Programmes:** Rien ne résiste aujourd'hui à la nécessité de cette réforme ni veilles de classicisme, ni attachement à l'égalité des diplômes. Le problème est de bien penser d'abord cette réforme avant de la promouvoir. En effet les contenus de rechange qu'elle implique ne s'offrent pas d'eux-mêmes. Il faut les élaborer patiemment. Ils commencent à prendre forme dans le domaine qui nous concerne. Nous venons de vous en livrer bonne matière.

2. **La spécialisation:** La nutrition comporte une variante diététique de base de plus en plus élevée. Le modèle ici est latino-américain avec l'école de nutrition, de l'INCAP au Guatemala qui forme des nutritionnistes diététiciens de niveau licence, en trois ans. Pour la Sage-Femme il s'agirait d'une reconversion que les besoins en personnel nous décommandent. Les cours réguliers de nutrition dont les possibilités lui sont offertes manquent. Il existe à ma connaissance le cours d'un an des Pays-Bas, celui de deux ans de l'Université d'Ibadan au Nigeria pour les anglophones, le court stage de neuf mois d'Israël dont un pays comme le Sénégal pourrait prendre la relève. Reste la possibilité souvent méconnue des stages programmés à l'extérieur, possibilité fort avantageuse à condition que les stagiaires se soient au préalable bien imprégnés des problèmes dans un service spécialisé de leurs pays d'origine.

3. **La Formation Post-Universitaire:** Elle est à différencier de la spécialisation en ce sens que pour nos pays elle doit répondre davantage à des besoins d'utilisation bien définis. Les formations, ad hoc regard de ces besoins, manquent précisément de chaire déterminée, ailleurs comme chez nous. Ainsi la nutrition pluri disciplinaire, devenue si fonctionnelle dans nos pays, garde encore sa chaire fondamentale dans les facultés de sciences, plutôt comme en Sorbonne que de médecine. Certaines Facultés de Médecine en France disposent d'une "unité de nutrition" comme celle de Nancy.

La notre offre un module optionnel aux étudiants de cinquième année. Il faut s'en féliciter.

IV Conclusion

J'ai conscience que nous nous serons tenus en fin de compte à la limite de la théorie et de la pratique. Ne le fallait-il pas pour être clair et explicite sur le rôle de la Sage-Femme en nutrition dans le cadre de l'Afrique de l'Ouest? Toutefois les questions et réponses auxquelles nous allons procéder seront j'en suis sûr plus édifiantes.

Je vous remercie.

L'EDUCATION SANITAIRE

Monsieur Ibrahima Beye
Adjoint au Médecin-Chef du Bureau de L'Education Sanitaire
du Ministère de la Santé Publique et des Affaires
Sociales du Sénégal

1. Introduction

Il m'a été demandé, dans un temps relativement court, de préparer un exposé sur l'Education Sanitaire à votre intention. Malgré le risque de paraître incomplet dans cette préparation, je ne pouvais décliner une telle offre qui est la preuve d'une certaine prise de conscience sur l'importance de l'aspect éducatif de la médecine, de l'Education Sanitaire.

L'expression n'est pas nouvelle; au cours des décennies qui ont précédé nos indépendances nationales, les détenteurs du pouvoir de l'époque avaient pris des dispositions pour la sauvegarde de leur santé.

L'on se souvient des interminables tournées des équipes du service général d'hygiène mobile et de prophylaxie (SGHMP), dont la vocation était spécifiquement orientée vers la prospection et le traitement de certaines grandes endémies qui ont décimé des populations de notre région africaine: paludisme, trypanosomiase, ochocercose, méningite cérébro-spinale, variole, plan, tuberculose . . .

L'on se souvient aussi de cet agent d'hygiène des agglomérations urbaines, investi de pouvoir coercitif, visitant les maisons pour infliger une amende à telle femme qui a négligé de récurer le canari ou de combler une flaque d'eau dans lesquels se débattent quelques larves de moustiques.

L'on se souvient enfin de cette infirmière visiteuse sans formation appropriée, parcourant les quartiers et semant le désarroi dans les familles.

L'on ne peut totalement condamner les actions de ces équipes, de cet agent, de cette infirmière, qui, à des moments critiques de l'existence de nos sociétés, ont apporté à celles-ci dans des conditions que l'on sait, une assistance non négligeable.

A travers ces notions, on entrevoyait déjà une nouvelle forme d'intervention des services sanitaires, non plus pour assurer la protection de la santé de quelques privilégiés, mais pour dispenser à toute une communauté l'éducation sanitaire nécessaire à sa survie.

2. Définition de l'Education Sanitaire

Cette éducation sanitaire, qu'est-ce que c'est?

Pierre DELORE, l'un des pionniers de cette science, la définissait ainsi: "l'Education Sanitaire n'est pas tant une transmission de certaines notions, une documentation . . . qu'une intégration des données de l'hygiène dans la vie de chaque jour; c'est un comportement, une attitude devant la vie".

Elle est partie intégrante de l'Education générale et se place, par son import-

ance, au premier plan de celle-ci, car il faut d'abord vivre et surtout apprendre à vivre avant même de commencer sa formation intellectuelle. C'est donc toujours, selon DELORE: "l'apprentissage des lois de la vie saine", pour faire l'Homme total celui dont les composantes somatiques et les traits psychologiques ne trahissent nullement la conception de l'Organisation Mondiale de la Santé sur la santé totale: bien-être physique, mental et social.

Pour ma part, je la définirai comme étant un processus dont le but final est d'apporter un changement d'attitude, de comportement pour acquérir le bien-être physique, mental et social.

3. Justifications

La justification de l'Education Sanitaire comporte un quadruple aspect:

3.1 Du point de vue économique, les dépenses effectuées pour la sauvegarde de la santé constituent un fructueux investissement et la meilleure des épargnes car il s'agit de protéger l'homme contre les agressions qui peuvent affecter son bien-être et réduire ainsi ses possibilités de développement économique. Songeons à ce pays qui, pour avoir ignoré les bienfaits de la chloroquinisation préventive, est sujet à d'incessants accès palustres qui l'immobilisent pendant plusieurs jours, l'empêchant ainsi de participer effectivement à l'essor économique du pays.

Songeons aussi à cette femme continuellement préoccupée par l'état de santé de son enfant frappé par la redoutable rougeole évoluant sur un terrain malnourri. Son apport au développement économique se trouve ainsi annihilé par le fait même qu'elle consacre tout son temps à veiller sur cet enfant.

3.2 L'Education Sanitaire se justifie en outre par son efficacité, car par une propagande judicieusement menée, elle entraîne les individus à vouloir améliorer leur attitude, leur comportement.

3.3 Elle se justifie encore parce que la médecine préventive qui est sa matière essentielle est moins onéreuse que la médecine curative. Georges DUHAMEL a formulé cette idée en ces termes saisissants et imagés: "Tout acte thérapeutique est une bataille et une bataille coûte cher, même à celui qui la gagne. Pour détruire l'ennemi, c'est-à-dire le germe infectieux, il est parfois nécessaire de ravager le territoire envahi. La plupart des médicaments actifs sont terribles: ils apportent le calme et le salut, mais à quel prix! Certains réveillent toutes nos misères avant de nous délivrer; ils traversent l'organisme à la poursuite de l'adversaire, pillant, brûlant et dévorant tout sur leur passage, comme une troupe de soudards. Il y aura toujours des malades à soigner, toutefois l'avenir des sciences médicales est dans la prévention des maladies . . . La prévention ne tire aucune traite sur l'organisme, c'est une victoire remportée hors des frontières, elle satisfait en même temps la science et la morale".

3.4 Enfin pour nos pays, elle se justifie par les insuffisances enregistrées dans tous les domaines: budget, personnel, infrastructures sanitaires, médicaments.

Il est évident que dans les contextes actuels de ces pays, tout un budget national mis à la seule disposition du département de la santé ne suffirait pas pour

venir à bout des maladies qui nous assaillent. Ce qui importe donc, c'est moins le volume de l'enveloppe budgétaire affectée aux services de santé, que les dispositions prises par ces services pour pratiquer une politique de médecine préventive judicieusement conçue; ce qui importe, c'est d'amener l'individu à changer d'attitude et de comportement, parce que l'on sait qu'il ne sert à rien de le soigner à grands frais, s'il faut qu'une fois guéri, il retourne dans les mêmes conditions qui ont été à l'origine de sa maladie.

4. Principes

L'Education sanitaire obéit à des règles, a des principes dont la violation conduit fatalement à l'échec:

4.1 Elle doit avoir un caractère réaliste et pratique puisqu'elle concerne la vie de l'homme; elle est faite de vérité, même si celle-ci doit heurter quelques intérêts particuliers. C'est une science en action qui refuse de se confiner dans la routine, le conformisme aliénant et la démagogie stérile.

4.2 L'Education Sanitaire a pour mission de conférer à l'individu une mentalité positive de santé, de lui inculquer la notion de responsabilité de sa propre santé et de celle des autres, la notion de solidarité pour l'amener finalement à participer activement à la protection de la santé de la communauté dont il est membre.

4.3 Elle n'est pas "révolutionnaire"; elle tient compte des valeurs traditionnelles, exploite ce qu'elles ont de positif pour essayer de transformer les conditions de vie des populations.

4.4 Elle s'appuie sur des méthodes et moyens adaptés aux conditions du milieu, à sa psychologie et à son degré d'instruction. Il s'agit d'apprendre, de faire comprendre en expliquant autant de fois que cela est nécessaire. Il faut persuader, transformer les mentalités pour obtenir de la population sa participation. Cela exige de l'éducateur sanitaire une connaissance profonde du milieu et de la psychologie de la collectivité à éduquer.

L'on se doute bien qu'un tel travail n'est pas des plus faciles les résultats ne sont ni immédiats, ni spectaculaires. Il faut faire face à des difficultés nombreuses qui s'appellent: ignorance, scepticisme, indifférence, routine, préjugés, intérêts égoïstes. C'est donc une oeuvre de longue haleine dont le but est de bâtir une société saine pour l'avenir.

5. Objectifs

Pour atteindre ce but, l'Educateur Sanitaire se propose comme objectifs:

5.1 De faire acquérir aux individus qui les ignorent ou de rappeler à ceux qui les ont oubliées, des connaissances suffisantes sur le corps humain et son fonctionnement harmonieux; les principales maladies et leurs causes; les moyens de se maintenir en bonne santé, de rendre son organisme résistant, de lutter contre les causes de maladies.

5.2 De créer au sein de la collectivité une mentalité nouvelle vis-à-vis de la santé et

de la maladie.

5.3 D'amener finalement chacun à modifier son comportement, à changer ses habitudes, à faire le geste qu'il faut pour se maintenir en bonne santé et participer à l'amélioration du capital santé du pays grâce à l'observation des règles élémentaires de vie saine.

6. Les Agents de l'Education Sanitaire

Cette mission éducative pour la santé incombe à toutes personnes qui vivent au contact de la population et qui ont auprès d'elle un rôle éducatif découlant de leurs activités: médecins, sages-femmes, personnels infirmiers, instituteurs, cadres intermédiaires, cadres des mouvements de jeunesse, des structures de développement communautaire, tous sont intéressés et doivent assumer leur rôle dans lequel seront intégrées les activités éducatives.

C'est à l'hôpital, au centre de santé, à la maternité, à la P.M.I. où l'on enregistre la plus grande réceptivité des malades et des accompagnants; c'est là aussi où médecins, sages-femmes et infirmiers peuvent avoir une influence certaine sur ceux qui ont placé en eux toute leur confiance.

Ici, nous abordons le thème de votre séminaire: Place et rôle de la sage-femme dans les services de Santé Maternelle et Infantile et dans les services de santé familiale. Cette place et ce rôle se définissent en fonction des besoins du moment, du point de vue sanitaire.

La plus ancienne des professions médicales est probablement celle de sage-femme puisqu'elle est contemporaine de la venue de l'Homme sur terre. Des accoucheuses traditionnelles imbues de leurs connaissances empiriques associées à une dextérité étonnante ont parfois réussi à remédier à des cas d'accouchement dystocique qui seraient actuellement justiciables de la chirurgie spécialisée.

Avec l'avènement de la médecine moderne, leurs soeurs cadettes, les sages-femmes ont pris la relève en apportant les bouleversements souhaités dans l'assistance aux parturientes. Mais ces sages-femmes des temps anciens se distinguaient plutôt par leur compétence gynéco-obstétricale, objectif des programmes de formation d'antan, que par toute disposition à s'occuper véritablement de la santé de la mère et de l'enfant. Le rôle de la sage-femme ainsi compris est manifestement contraire à notre conception actuelle de santé publique en la matière. Une nouvelle génération de sages-femmes est apparue; sans vouloir instaurer une querelle des anciennes et des modernes, l'on reconnaîtra du moins pour le Sénégal, l'heureuse adéquation de la formation de cette génération avec les réalités sanitaires du pays. La sage-femme n'est plus seulement l'accoucheuse exerçant dans une maternité, elle est plutôt l'agent polyvalent de l'équipe de santé dans le cadre des services de santé de base. Imprégnée d'une solide connaissance pédagogique, ses rapports avec la collectivité sont devenus plus ouverts; elle continue d'exercer sa spécialité, mais elle est aussi agent de prévention. Sa nouvelle qualification élargie ses possibilités d'intervention. Elle sait désormais organiser une discussion de groupe, mener une causerie éducative, utiliser toute une panoplie de moyens audio-visuels pour communiquer avec les masses. Elle sait recevoir et élaborer un programme éducatif simple, discuter son contenu, assurer sa mise en oeuvre. Elle devient de la sorte

l'agent qualifié pour promouvoir la santé familiale. N'est-ce pas le rôle essentiel de l'éducateur sanitaire.

7. Conclusion

Je terminerai par une note sentimentale, mais aussi d'espoir en vous lançant un appel qui me vient du coeur parce que j'ai foi en l'action éducative sanitaire; vous y croyez aussi, j'en suis sûr. L'Afrique qui se réveille de son sommeil millénaire a plus que jamais besoin de votre contribution déjà acquise, pour la hisser au rang des Nations fortes où l'homme, débarrassé de ses soucis de santé grâce à une éducation judicieusement conduite, consacrera tous ses efforts à bâtir une société meilleure.

POPULATION DEVELOPPEMENT ET PLANNING FAMILIAL EN AFRIQUE DE L'OUEST

**Monsieur Landing Savane
Direction de la Statistique du Sénégal**

L'accroissement démographique rapide des populations africaines constitue un des grands sujets de controverse de ces dernières années.

Le problème est de savoir quels effets on doit attendre d'un tel accroissement pour ce qui est du développement économique et social.

En Afrique de l'Ouest, on trouve trois types d'attitudes vis-à-vis de ce problème.

Certains pays (Ghana par exemple) considèrent que l'augmentation rapide de leur population constitue un frein majeur à leur développement et ont décidé d'adopter des politiques officielles de l'imitation des naissances.

D'autres pays (Gabon, Cameroun, Côte-d'Ivoire par exemple) considèrent qu'une augmentation rapide de leur population constitue un facteur favorable à leur expansion économique et ont une politique pronataliste.

La majorité des pays du continent et de la région Ouest Africaine ne manifeste pas officiellement de préoccupation majeure quant aux problèmes de population et n'essaie pas d'influer sur les niveaux et tendances démographiques.

Notre propos sera, ici, de discuter de façon générale des relations population, développement et de dégager à partir de là, la place que doit occuper le planning familial dans nos pays.

Nous donnerons d'abord les niveaux et les tendances démographiques en Afrique et les facteurs qui les expliquent.

Nous dégagerons ensuite les problèmes posés par cette population au développement économique des différents pays. Nous définirons enfin le rôle du planning familial, tel que nous l'entendons, en milieu africain et d'une façon plus générale le rôle des politiques de population.

1. Les Niveaux et les Tendances Démographiques en Afrique

Ce qui, en démographie, caractérise l'Afrique, c'est l'accroissement particulièrement rapide de sa population.

En effet, avec un taux d'accroissement annuel de 2,6%, l'Afrique se situe au second niveau mondial après l'Amérique Latine (2,9%). Mais on doit noter une différence importante entre ces deux régions: en Amérique Latine, la natalité se situe à un niveau très proche de celui des pays développés alors qu'en Afrique elle reste très élevée (31‰); c'est-à-dire que dans le futur, on peut s'attendre, si les tendances actuellement observées se maintiennent, à ce que le taux d'accroissement démographique du continent dépasse celui de l'Amérique Latine et atteigne ou

dépasse le chiffre record de 3%.

Rappelons, pour fixer les idées, qu'un taux de 1% signifie le doublement de la population en 70 ans, avec 2% le doublement se fait en 35 ans et avec un taux de 3%, il a lieu en 23 ans environ.

Nous allons donner à présent les deux principales composantes de l'accroissement annuel de la population à savoir la natalité et la mortalité.

A. La Natalité

Elle varie énormément d'un pays et d'une région à l'autre. Le taux de natalité par pays un maximum d'environ 50‰ pour le Niger et passe par un minimum d'environ 25‰ pour l'île Maurice.

Toutes les études faites en Afrique Tropicale confirment l'existence d'une très grande disparité entre les niveaux de la fécondité dans les différentes régions.

Dans une de ses études, R.A. Henin conclut "Qu'il faut envisager sérieusement la possibilité d'une hausse de la fécondité au début du processus de modernisation". Il cite à ce propos quelques facteurs qui limitent actuellement la fécondité: la malnutrition, la mauvaise santé, une existence variée aux travaux pénibles, les taux élevés d'avortement et de stérilité, les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances etc.

A ce propos un autre démographe: Romanink, avait déjà estimé que la fécondité normale qui pourrait être observée à l'avenir en Afrique devrait correspondre à un taux de natalité d'environ 60‰.

B. La Mortalité

Elle se caractérise, elle aussi, par une grande disparité et varie entre 8‰ pour l'île Maurice et plus de 29‰ pour la Guinée Bissao et le Zaïre.

Or l'usage généralisé des vaccins, des sulfamides et des antibiotiques peut permettre de faire baisser rapidement cette mortalité à un niveau voisin de celui des pays développés. Cependant, dix à quinze années d'indépendance n'ont pas encore permis aux pays africains de faire des progrès décisifs dans l'amélioration de la santé des populations. On peut même redouter dans certaines régions (notamment dans les pays de la Zone Sahélienne) une remontée de la mortalité liée à l'insuffisance et à la vétusté des services sanitaires ainsi qu'à des conditions écologiques particulièrement défavorables. Malgré cela, il est certain qu'en repensant judicieusement les politiques de santé publique, les différents pays de la région pourraient arriver à faire baisser rapidement la mortalité.

Certes les indications liées à la mortalité confirment l'ampleur des tâches à accomplir (mortalité générale et mortalité infantile les plus élevés du monde, espérances de vie les plus basses etc. . .) mais il est certain qu'un redressement est possible et que celui-ci pourrait conduire, en l'absence de toute politique de limitation des naissances, à des taux d'accroissement annuel de 3 à 4%, ce qui est énorme.

Bien que les données démographiques ne soient connues en Afrique qu'avec une certaine imprecision, les niveaux et les tendances que nous avons indiqués ici paraissent, de l'avis général des chercheurs de la région, vraisemblables. On peut donc s'attendre à ce qu'à la fin du siècle, la population du continent qui était estimée à 257 millions d'habitants en 1960, dépasse le chiffre de 600 millions.

Ce sont surtout ces perspectives d'évolution démographique qui, s'ajoutant aux difficultés actuelles de développement, ont poussé un certain nombre de pays africains à adopter ou à tolérer des programmes de limitation des naissances. Sans en arriver là, un nombre croissant de pays tolèrent de plus en plus les activités en matière de planification familiale. Il est bon de comprendre pourquoi et d'essayer de définir le concept de planning familial en Afrique de façon à ce qu'il soit réellement mis au service des populations sans pour autant véhiculer de vains espoirs en matière de développement ou de santé familiale.

2. Problèmes de Population en Afrique

Les deux principaux phénomènes démographiques que l'on met généralement en relation avec certains grands problèmes de développement sont les suivants:

- L'accroissement démographique rapide de la population qui tendait à aggraver certains problèmes sociaux (Education, Santé, Emploi etc. . .)
- L'exode rural qui tend à dépeupler les campagnes au profit des villes en nuisant ainsi au développement de la production agricole tout en aggravant les problèmes socio-économiques déjà importants en ville.

Le second point est généralement analysé dans le cadre de la stratégie de développement dans son ensemble et plus particulièrement de la capacité des gouvernements à impulser efficacement le développement rural.

On convient de plus en plus que c'est en relevant de façon significative le niveau de vie en milieu rural, de façon qu'il se rapproche des conditions qui existent en ville, et aussi en éliminant graduellement les disparités socio-économiques entre les régions et les différents groupes sociaux, qu'il sera possible de résoudre le problème posé par l'exode rural.

A ce titre, l'expérience des villages UJAMAA en République Unie de Tanzanie, présente malgré certaines limites, un intérêt réel.

Les migrations inter-africaines, par lesquelles les pays Sahéliens sans littoral se vident aussi de leur population, obéissent aussi à la même logique. Le premier point (accroissement démographique rapide) est apparu pendant longtemps et apparaît encore aux yeux de nombreux économistes et démographes comme relevant moins étroitement de la politique d'ensemble. Bien qu'on admette de plus en plus la nécessité de situer les problèmes de population dans le centre d'une politique globale de développement économique et social, on continue de mettre l'accent sur les mesures spécifiques à prendre dans le domaine démographique et à croire en une solution d'abord démographique aux problèmes de développement.

On met l'accent sur le fait que la croissance rapide de la population oblige à

consacrer aux besoins sociaux (logements, écoles, routes, moyens de production etc . . .) une part plus importante de l'épargne ou bien d'investir plus massivement pour élever la productivité du travail.

On insiste aussi sur le fait que dans les populations africaines, la population active (personnes âgées de 15 à 64 ans) est relativement faible en proportion alors que les personnes à charge constituent un pourcentage relativement fort ce qui se traduit par des taux de dépendance élevés puisque les enfants ne travaillent pas et que leur rendement ne serait pas à la mesure de ce qu'ils consomment.

On finit par proposer une politique de limitation des naissances comme élément essentiel d'une stratégie efficace de développement.

A côté de ces points de vue néo-malthusiens, d'autres chercheurs ont adopté une approche radicalement différente. Mr. Samir Amin, Directeur de l'I.D.P., a soutenu que "l'Afrique est sous-peuplée et a montré que la faillite des stratégies de développement qui sont actuellement mises en oeuvre dans les pays du Tiers-Monde, tient d'abord à leur insertion dans le système capital mondial. De ce point de vue, c'est le système capitaliste mondial qui, par le contrôle qu'il exerce sur les économies des pays africains, impose un mode de développement inopérant pendant qu'il exploite au seul profit des sociétés capitalistes occidentales, nos matières premières aussi bien que notre main-d'oeuvre à bon marché.

Dès lors, le sous-développement apparaît comme ayant des causes d'abord politiques et économiques avant d'être sociales et culturelles.

Pour recréer une dynamique réelle de développement et sortir de l'étape actuelle qui est essentiellement une phase de "développement du sous développement", il faut donc commencer par briser les relations de dépendance qui nous lient à l'occident, stimuler la solidarité entre les pays du tiers-monde et mettre en oeuvre une politique de développement basée en premier lieu sur l'utilisation maximale pour les intérêts du pays même et des populations, de toutes les ressources matérielles et humaines disponibles. Il faudra aussi donner une priorité effective à la justice sociale dans chaque pays particulier.

On est donc en présence de deux approches radicalement différentes qui impliquent chacune une stratégie donnée en matière de population.

3. Planning Familial et Politique de Population

En Afrique, on désigne généralement par planning familial, l'utilisation, par les couples, des moyens contraceptifs, encore d'espacer ou de limiter les naissances d'une part et la lutte contre la stérilité d'autre part.

Cette définition apparaît comme moralement, socialement et culturellement plus acceptable.

Cependant, le fait est, que de plus en plus de jeunes filles accèdent à la contraception en dehors de tout mariage; de plus en plus de pays acceptent des méthodes de limitation des naissances (avortements, stérilisation etc. . .) dont on n'ose même pas parler encore dans nos régions Ouest Africaines.

Le fait est que sur le plan social les grossesses non désirées provoquent bien des drames dont la multiplication des avortements clandestins n'est qu'un aspect.

Face à tout cela, on constate une évolution de plus en plus nette dans les pays de la région. Des cliniques privées sont tolérées et parfois des initiatives sont prises au niveau officiel pour promouvoir la planification familiale.

Sur le plan international, des fonds relativement importants sont disponibles pour encourager toutes les initiatives favorables à la planification familiale.

Dans cette conjoncture, il est plus nécessaire que jamais de définir ce que nous, Africains, entendons par planning familial et quels types de programmes nous voulons développer.

Sur le plan national, les objectifs démographiques d'un pays peuvent être atteints par la définition d'une politique de population appropriée.

"Les politiques de population peuvent être définies comme des mesures législatives, des programmes administratifs et toute autre action gouvernementale destinée à modifier les tendances et la composition actuelles de la population dans l'intérêt de la somme et de bien être national. De nombreux aspects de la politique publique et du changement social en général ont un impact sur les tendances démographiques. Une politique de population embrasse avant tout, les aspects de la politique destinés à contrecarrer les incidences démographiques non désirées d'une politique d'ensemble et d'autres forces sociales". Cette définition de l'Encyclopédie Internationale des Sciences Sociales met l'accent sur le fait qu'il s'agit ici d'une tentative consciente des pouvoirs publics en vue d'agir sur la variable démographique.

Mr. Leon Tabah le Directeur de la division de la population des Nations-Unies précisera en ce qui le concerne que "L'absence de toute action, et "le laisser faire", peut être également une manière d'agir par abstention, donc une politique."

Et de fait, en Afrique nos politiques de population se limitent pour la quasi-totalité des pays de l'Ouest à une politique de "laisser faire", qui procède au fond de la conviction qu'il n'y a pas de solution démographique possible à mes problèmes de développement. Il faut convenir que l'échec de telles politiques dans de nombreux pays du tiers-monde est là pour servir d'exemple par la négative.

Ainsi les programmes de planning familial apparaissent de plus en plus comme des programmes sociaux ayant pour objectif principal d'aider les femmes à espacer ou à éviter des naissances dont elles ne veulent pas pour des raisons variables.

Cependant on insiste toujours en Afrique pour que ces programmes intégrés dans les services de protection maternelle et infantile et que pour l'accès des femmes aux services sont réglementé. Surtout on veut donner une place importante à la lutte contre la stérilité.

Mais au-delà de tous ces problèmes qui font l'objet d'un consensus, on doit en poser d'autres qui sont autant de sujets de controverse. La femme peut-elle

décider seule de pratiquer la contraception? Les jeunes filles doivent-elles dans certaines conditions (qui restent à préciser) accéder au planning familial? Quelle place accorder à l'Education Sexuelle et Familiale dans nos sociétés en mutation?

Il nous appartient à tous de discuter de toutes ces questions pour trouver des solutions conformes aux aspirations des masses africaines et aux impératifs d'un développement harmonieux.

POINTS DE VUE SUR LE PLANNING FAMILIAL

Madame D'Erneville
Journaliste Sénégalaise et Directrice de
Programme A L'O.R.T.S.

Lorsqu'elles entendent les termes de "planning familial" des images tristes, morbides viennent automatiquement à l'esprit de la grande majorité des femmes africaines — pour ne pas généraliser — qui pensent avortement, risques, mort! . . . Et pourtant le mot planning devrait inspirer une idée d'harmonie, de méthode, toute contraire à l'anarchie, au désordre; quant au terme familial à lui seul, il devrait rassurer, car sans enfant ce mot n'a plus aucun sens.

En Afrique, l'enfant est un don de Dieu, la bénédiction du foyer et le bonheur des parents. Dans la famille traditionnelle, le Père est toujours fier de dénombrer sa progéniture insistant particulièrement sur les fils, héritiers du nom, continuateurs de la lignée mais comptant aussi sur les filles pour des alliances futures avec des "maisons" de haute lignée, des hommes influents ou riches. Les enfants, main-d'œuvre supplémentaire, augmentent la richesse du père, surtout en milieu rural car ils aident à la mise en culture de terre supplémentaire arrachée à la brousse. Même dans les villes où ils sont, actuellement, sources de problèmes sociaux ardues, les enfants sont psychologiquement bien acceptés, car de vieilles superstitions bien ancrées dans les esprits, même les plus modernes, empêchent de poser nettement le problème du planning familial qui, mal introduit en Afrique par ses promoteurs, a été très souvent confondu avec une limitation rigoureuse des naissances.

Et cependant le concept d'espacement des naissances n'est pas nouveau en Afrique: dans de très nombreuses sociétés, différentes méthodes sont adoptées dont la plus courante est la séparation du mari et de son épouse pendant toute la durée de l'allaitement: 2 ans, en principe — période que la mère utilise pour se refaire une santé après les fatigues de la grossesse et de l'accouchement et aussi pour nourrir correctement son bébé, le masser, le dorloter, veiller à l'apprentissage de la marche et de la parole; la symbiose utérine se continue en somme et l'enfant s'épanouit . . . A son retour sur la couche conjugale, l'épouse est psychologiquement et physiquement préparée à une prochaine maternité. La polygamie permettant à l'homme de supporter cette longue absence.

La mortalité infantile, causée le plus souvent par l'ignorance des notions les plus élémentaires d'hygiène, ravage les familles mais elle est presque toujours mise sur le compte de la malveillance des djinns, un maléfice, le mauvais oeil ou d'un sort jeté à la future mère ou au nouveau-né (yaradal, au Sénégal). Dans ces cas, les premiers soucis des femmes sont de retrouver l'équilibre psychique par une nouvelle grossesse, l'enfant étant non seulement le garant d'une féminité accomplie mais aussi et surtout le symbole de la chance et de la prospérité. Lorsque le système de planification est moins rigide les grossesses trop rapprochées (neff au Sénégal) peuvent ébranler la santé de la mère et rendre fragile le bébé qui doit céder le sein (pérental) à celui qui est encore dans l'utérus. On dit alors qu'il a "volé le alit qui ne lui appartient pas" et cette phrase explique les effets du rachitisme ou du kwashiorkor.

Devant un auditoire de spécialistes il peut paraître prétentieux de rappeler tout cela, mais étant à la recherche d'une méthode d'harmonisation de la famille

africaine, de son adaptation à la modernité sans heurter les principes fondamentaux de notre société, il faudrait recenser les points positifs ou négatifs -- pouvant appuyer une action favorable à une vulgarisation du planning familial en Afrique.

Tout est d'abord une question d'intuition, de tact et de connaissance parfaite du milieu. Les aspects très particuliers du planning familial en Afrique doivent être sérieusement étudiés et les attitudes des femmes, leurs conceptions de la vie, leurs préjugés et leurs réticences mêmes doivent être respectés. Des premiers contacts dépend la réussite de l'opération. Tout équivoque sur le but recherché -- planifier les naissances et non les limiter -- doit être évitée par une explication claire et précise. Les arguments d'ordre économique ne sont généralement pas pris en considération par les femmes qui, croyantes et fatalistes, pensent que "toute bouche ouverte par Dieu, sera remplie par lui"! Il faut donc les convaincre en partant d'exemples concrets pris dans leur propre existence; faire appel à leur bon sens et ne rien leur imposer qui soit contraire à leur éthique.

L'éducation sexuelle existe en Afrique mais elle se pratique d'une manière presque ésotérique, dans les mêmes conditions que l'Initiation. Les personnes chargées de dispenser aux jeunes filles ont la confiance de toute la communauté et leur grande expérience des questions sociales du groupe les met au-dessus de tout soupçon d'une mauvaise interprétation des principes à enseigner. Ce qui n'est jamais le cas pour un étranger quels que soient sa bonne volonté, son savoir dans ces domaines délicats de la sexualité et des rapports homme-femme.

Il est peut-être trop prématuré de préconiser l'éducation sexuelle officielle, dans les écoles, les centres sociaux -- on sait que même en Europe, en France, par exemple, les réactions des parents, du public face à l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires, ne sont pas toujours des plus bienveillants et les hésitations, les réticences, les désaccords même rendent difficile l'application de ces réformes. Pour nos enfants -- filles et garçons -- il serait cependant souhaitable de les mettre en contact, assez tôt, avec les réalités sexuelles et les problèmes que créent dans ce domaine l'ignorance de ces questions et surtout l'hypocrisie qui fait travestir certaines vérités concernant la vie du couple. Les notions premières de "planning familial" doivent être inculquées à la jeunesse, non pas en lui faisant la morale ou en lui conseillant "certaines précautions pour ne pas avoir d'enfant" mais surtout en lui faisant prendre conscience de la responsabilité qu'assument deux personnes qui décident de mettre un enfant au monde. Il ne suffit pas de la concevoir dans de bonnes conditions physiques, il faut surtout réfléchir à l'avenir de cet être nouveau dans un monde à priori hostile où les chances de survie sont minimes, il faut enseigner aux futures mères l'engagement qu'elles prennent, dès le premier instant de leur grossesse, de prendre en charge la vie de ce petit d'homme, le plus fragile parmi les nouveau-nés de la terre. L'histoire merveilleuse de la transformation de l'embryon en un homme véritable --génie ou modeste citoyen -- cette belle réalisation de la nature, peut avoir un dénouement tragique si toutes les règles ne sont pas observées. L'objectif premier d'assises comme la vôtre et des confrontations entre professionnels et profanes doit être l'éducation du plus grand nombre sur ces questions essentielles qui semblent connues de tous et qui, en fait, sont entourées de théories plus ou moins fausses, ce qui rend difficile la vulgarisation des principes retenus par le corps médical et particulièrement par ceux chargés de promouvoir, en Afrique, le planning familial.

Une collaboration très étroite doit exister entre, qui, dans le secret de leur cabinet, recherchent inlassablement les formules les plus aptes à améliorer la vie humaine et ceux qui doivent être leur porte-parole afin que tous se sentent concernés par ces recherches et en appliquent les résultats pour le meilleur devenir de la famille.

Des rencontres périodiques entre spécialistes du corps médical et journalistes permettent de tenir le grand public au courant de l'actualité dans l'éducation sanitaire. L'on sait que dans nos Pays l'on se méfie de tout ce qui est nouveau et qui peut sembler contraire aux règles de la tradition ou de la Religion. C'est donc un long travail de persuasion et de connivence, que médecins, sages-femmes, conseillers en planning familial et journalistes de la presse écrite, filmée ou parlée, doivent entreprendre sans découragement, pour que la confusion cesse enfin entre les notions de contraception, de planification ou de limitation des naissances.

Dans une société en pleine mutation comme la nôtre, la cellule familiale se désagrège de plus en plus, l'anxiété fait place à la quiétude ancestrale, les problèmes économiques prennent le dessus sur les préoccupations philosophiques; il convient donc que ceux qui ont mission d'éduquer tout en étant passionnés restent lucides.

**RECHERCHE D'UN CONCEPT COMMUN DE LA PLANIFICATION
FAMILIALE EN AFRIQUE DE L'OUEST
POINT DE VUE CATHOLIQUE**

Abbé Léon Diouf
Vicaire Général au Diocèse de Dakar

BUT

Tout d'abord comment comprenons-nous la demande qui nous est adressée?

Nous comprenons le propos qui nous est soumis comme la recherche d'un accord sur le sens à donner à la planification familiale, et sur une action conséquente à mener, en collaboration avec tous les intéressés pour le développement intégral de nos pays.

1. Quelle est la Place du Point de Vue Catholique dans cette Recherche

Le point de vue catholique n'ignore pas et ne peut ignorer les points de vue analytiques de la situation. Les analyses et prospectives d'économiste, de psychosociologue, de médecin, juriste, journaliste, etc. constituent même des bases indispensables de réflexions catholiques en la matière.

Cependant ces analyses et prospectives laissent poser un problème: celui de la moralité d'un comportement de planification familiale. En d'autres termes, il s'agit de savoir si le comportement adopté ou préconisé, quel que soit le bienfondé de ses motivations économiques, psycho-sociologiques ou politiques, se justifie moralement, c'est-à-dire du point de vue de l'authenticité totale de l'homme.

2. Quel est le Contenu du Point De Vue Catholique en Réponse à ce Problème Moral

La notion même de planification familiale est pour nous, tout d'abord, éminemment positive. Il s'agit en effet de faire de la famille, lieu de naissance et de croissance de l'homme, milieu excellemment favorable à son développement intégral: développement de tous ses membres et de tout l'homme dans chacun de ses membres. Ce qui suppose la mise en oeuvre de tous les moyens pouvant contribuer à l'épanouissement des personnes en tant qu'êtres de matière et d'esprit, y compris une maîtrise, un contrôle de tous ces moyens pour un développement harmonieux.

En particulier la planification familiale implique, là où la fécondité humaine ne se heurte plus à ses obstacles spécifiques, que sont la stérilité ou l'égoïsme des procréateurs, un droit et même un devoir de contrôle de cette fécondité.

La question morale à laquelle nous avons à répondre concerne alors la manière de faire ce contrôle et qui doit être conforme à l'authenticité totale de l'homme.

Vous connaissez notre point de vue catholique à ce sujet, et qui exclut radicalement de ce contrôle de la fécondité humaine, la contraception, c'est-à-dire tout acte venant s'opposer directement à la conception d'un être humain, ainsi que

l'avortement et tout homicide, que ce soit l'infanticide, l'euthanasie ou le suicide.

Plus précisément encore, quant à la contraception, vous savez que notre point de vue catholique ne retient comme moralement valables que les méthodes fondées sur les rythmes inhérents aux fonctions de la génération humaine.

3. Quel est le Fondement de Cette Position

Ce fondement relève de la conception catholique de l'homme et de l'amour conjugal qui lui est spécifique, comme :

- 1. un amour pleinement humain, c'est-à-dire à la fois sensuel et spirituel, vie d'instinct et de sentiment mais aussi de volonté.**
- 2. comme un amour total par lequel "les époux partagent généreusement toutes choses, sans réserves indues ni calculs égoïstes".**
- 3. comme un amour fidèle et exclusif, jusqu'à la mort, "dans le meilleur comme dans le pire".**
- 4. comme un amour fécond "qui ne s'épuise pas dans la communion entre époux, mais qui est destiné à se continuer en suscitant de nouvelles vies".**
- 5. enfin comme un amour responsable aussi de sa fécondité.**

Or cet amour conjugal est participation collaboratrice à l'Amour de Dieu, Source première de toute existence. Toute la vie conjugale se doit donc, pour être morale, de respecter ces caractéristiques de l'amour conjugal, en particulier sa fécondité ou, en d'autres termes, le rapport constitutif que cet amour possède avec la vie, à savoir qu'il est nécessairement lié à la vie qui d'ailleurs en découle.

Ainsi posée, la question de la contraception rejoint un seul et même problème fondamental que posaient déjà, chacun à sa manière, le divorce, l'avortement ou l'infanticide.

La question du divorce est en effet celle du droit, ou plutôt de l'absence de droit des conjoints sur la pérennité d'un amour, qui est la condition requise à tout don vrai de la vie. Celle de l'avortement concerne l'absence de droit des conjoints sur le fruit encore en gestation de leur amour. Et celle de l'infanticide, l'absence de droit des conjoints sur le fruit désormais enfanté de amour. Descendant plus en profondeur encore, la question de la contraception est celle de l'absence de droit des conjoints à entraver le rapport constitutif de l'amour à la possibilité même de la vie, sans pour autant toutefois, réduire l'amour humain à la transmission de la vie.

Comme vous le savez donc, notre enseignement catholique dénie à l'homme, soit en tant que privé, soit en tant que pouvoir politique, le droit d'attenter à ce rapport constitutif entre l'amour humain et la vie. Et ce, parce que l'homme n'est pas maître de ce rapport essentiel, mais Dieu, à l'Amour de qui l'amour humain participe et donne librement sa collaboration.

EN CONCLUSION: IL S'AGIT DE POURSUIVRE UN OBJECTIF FONDAMENTAL: L'EDUCATION HUMAINE

Cet enseignement sur la Planification Familiale, l'Eglise Catholique le propose non seulement à ses membres, mais aussi à tout homme, comme voie du Développement authentique et intégral de l'Homme. En tant qu'enseignement moral, il n'est pas de l'ordre de la contrainte, mais bien de celui de l'appel: d'un appel à l'authenticité intégrale de l'homme et à l'authenticité intégrale de son amour.

Respectant donc les conclusions spécifiques des disciplines scientifiques en matière de planification familiale, et se fondant même sur ces conclusions comme données scientifiques du problème, l'Eglise Catholique fait appel à tous pour une éducation de l'homme, conformément à son authenticité.

Et il s'agit d'une éducation universelle, concernant certes les adolescents qui découvrent la Condition humaine mais aussi les adultes qui doivent perpétuellement se rééquilibrer et se recenser face aux multiples et rapides mutations qui affectent la même condition humaine.

Ce faisant, l'Eglise Catholique, attentive à tous les spécialistes en matière de planification Familiale, n'ignore pas les obstacles énormes qui peuvent se présenter et se présentent sur la voie de l'authenticité humaine. Aussi ne condamne-t-elle pas les personnes, mais elle se refuse, au nom même de l'Homme, à se justifier moralement les échecs que constituent les faits de contraception, d'avortement, d'infanticide et de divorce.

Ces échecs en effet ne sauraient être autre chose que les étapes, douloureuses certes, d'une marche progressive vers l'Humanité authentique.

L'ISLAM ET LA PLANIFICATION FAMILIALE (COMPTE-RENDU DE LA CONFERENCE TENUE A RABAT)

**Amar Samb
Directeur de l'I.F.A.N.
Professeur à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines**

Sous l'égide de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale – Région du Moyen Orient et de l'Afrique du Nord (siège à Beyrouth) – une conférence a été tenue à Rabat (Maroc) du 26 au 30 décembre 1971), en vue d'examiner le point de vue de l'Islâm quant aux changements sociaux affrontés par la famille musulmane, ainsi qu'au planning familial, à l'avortement et à la stérilisation. Y ont participé 69 spécialistes appartenant à 23 pays islamiques et représentant les diverses écoles juridiques et sectes musulmanes: théologiens orthodoxes, docteurs de la législation chiite, médecins, sociologues et démographes.

Voici le communiqué publié à l'issue de cette conférence et qui semble accepter le principe de la limitation des naissances:

“Des études y avaient été présentées et qui avaient trait aux divers domaines de spécialisation. Les membres du congrès ont longuement discuté et délibéré. On a ainsi écouté nombre d'opinions énoncées par des érudits théologiens de l'Islâm et des savants spécialisés en la matière. Il en a été déduit que dans l'Islâm existant dans des lois qui – à partir des concepts stables et de la conviction certaine – donnent à la famille la possibilité d'acquérir un bonheur adéquat et de préserver son existence d'une manière intégrale, laquelle existence constitue le fondement solide, le véritable noyau d'une nation musulmane puissante.

A partir de la foi en une telle mission dont la responsabilité devait incomber aux participants, et, à travers une optique équilibrée réunissant à la fois les dispositions de la chariâ, l'essence de la législation islamique et les réalités scientifiques incontestables, la conférence estime:

1. Que la législation islamique, grâce à ses dispositions ayant rapport à l'entité familiale, prend en considération la nécessité de protéger, d'organiser et de garantir le bien-être de celle-ci de sorte que faiblesse ou incohérence ne l'atteignent ou n'en menacent la structure.
2. Que la législation islamique, grâce à ses dispositions tant celles fixées dans le Livre Sacré et la Sunna que celles que l'on peut déduire en accord avec les méthodes authentiques et l'effort – l'Ijtihad – permet à la famille d'examiner toutes conditions renouvelées, et d'y trouver des solutions saines et authentiques.
3. Que la législation islamique permet à la famille musulmane d'être consciente d'elle-même en agissant selon son intérêt quant au problème de la naissance d'enfants, soit que ceci mène à augmenter ou à diminuer le nombre d'enfants. Elle aura ainsi le droit de traiter la stérilité, et de fixer les périodes intraconceptionnelles, ceci en ayant recours aux moyens sûrs et légaux.

4. Quant à la stérilisation, la conférence a adopté l'opinion du Centre de recherches islamique et de l'honorable Ashar (Université Islamique du Caire – NUDRL) soit le fait que le recours à la stérilisation n'est permis ni aux conjoints ni à d'autres.
5. En ce qui concerne l'avortement — lequel se définit comme étant l'acte de sortir le fœtus du vagin en vue de s'en débarrasser — la conférence estime que tous les Fakirs érudits de l'Islâm sont unanimes sur le fait qu'après le quatrième mois de conception, l'avortement est interdit, sauf en cas de nécessité absolue, entendons la sauvegarde de la vie de la maman. Cependant, avant les quatre mois, et malgré de nombreuses opinions érudites, la vue authentique tend à l'interdire, quelle que soit l'étape de conception, et exception faite de la nécessité absolue de sauvegarder la vie de la maman".

Le débat se ramène à une seule question: quelle est la position de l'Islâm vis-à-vis de l'évolution de la vie humaine dans ses circonstances, ses habitudes, ses traditions, ses valeurs sociales, ses comportements face aux problèmes de la famille et concernant le jugement que cette religion porte sur cette évolution, si elle l'approuve, la tolère ou l'adopte, suivant qu'elle soit contraire aux ordres de Dieu et à ses directives, ou bien encore le degré de son opposition à l'Islâm étant entendu que, au préalable, les règles et les principes fondamentaux de cette religion ainsi que ses objectifs restent sans changement?

Selon la nature de la réponse donnée, les congressistes se sont partagés en partisans ou opposants d'un des aspects de cette vie qui évolue, à savoir le planning familial. Les uns et les autres ont tiré des arguments dans le Coran, dans le Hadith (propos attribués au Prophète) ou dans des déclarations de théologiens de grande renommée.

J'ai lu 13 des actes présentés à la conférence de Rabat et les partisans de la planification familiale forment de loin la majorité. Il y a eu par exemple quatre Libanais qui ont, chacun, présenté un rapport. Un seul s'est déclaré contre.

En plus des arguments dans le Coran, le Hadith et les déclarations d'illustres théologiens, les partisans ont amené les opposants à admettre que les voies et moyens permettant la réalisation des objectifs de l'Islâm changent, évoluent et s'enrichissent dans le temps comme dans l'espace et qu'il n'enlèvent rien du caractère immuable des principes islamiques essentiels.

Ils ont examiné le problème sous l'angle de la polygamie ou des nouvelles conditions résultant de l'industrialisation moderne ou des dangers inhérents à la croissance effrénée de la population du globe (6 milliards en l'an 2000) et de la diminution progressive des ressources économiques. D'aucuns ont dit: "Il est préférable d'avoir des enfants heureux, sains et éduqués que d'avoir des enfants mélancoliques, malades et illettrés".

Ils ont fait comprendre que les fins dernières de l'Islâm visent le bonheur de l'individu ici-bas et sa félicité dans l'Au-delà le salut de la famille, la sécurité, la force et la stabilité du gouvernement et qu'une planification familiale bien faite assurerait la réalisation de ces fins.

La discussion qui a été serrée a porté sur les aspects de la question à savoir le social, le légal, le religieux, le démographique et le médical. Des versets coraniques et des propos du Prophète furent différemment interprétés et accentués par les deux partis: les détracteurs et les partisans. Mais les justifications apportées par les partisans l'ont nettement emporté, entre autres, citons celle d'un représentant du Liban:

"Il ne fait aucun doute que l'immobilisme de la civilisation est contraire à l'esprit de l'Islâm et à sa philosophie de l'ambition légitime qui est bien connue. Nous en avons la preuve par le souffle puissant insufflé par l'Islâm à la société arabe, transformée d'un coup de société tribale et primitive en société pilote dans le mouvement du progrès humain, tant sur le plan des relations humaines que sur celui des réalisations matérielles".

Quant au représentant de l'Indonésie, après avoir rappelé le verset 185 au chapitre 2 du Coran à savoir: "Dieu veut que vous soyez à l'aise et non dans la gêne", il tire de ce principe fondamental la remarque suivante:

"La planification des naissances qui est prévue pour faciliter la vie aux gens, ne peut pas être considérée comme prohibée par la foi islamique. D'ailleurs, il n'existe, à notre connaissance, aucun verset dans le Coran ni aucun texte qui interdise explicitement aux époux de limiter le nombre d'enfants qu'ils peuvent avoir . . . Le bien-être d'une famille est une condition essentielle pour une saine existence sociale. Il n'est pas difficile d'imaginer et de penser que ceux qui ont grandi dans une famille saine, matériellement et moralement, sont mieux épanouis à tous points de vue que ceux qui ont vécu dans un milieu malsain ou dans une famille désunie".

Certains participants ont rappelé qu'il fallait redonner une nouvelle définition à la famille qui est devenue nucléaire après avoir été étendue. En reconsidérant cette notion, la famille se présente comme une cellule composée des parents et des enfants alors qu'elle comprenait tout au début outre ceux-là, les grands parents, les frères, les soeurs, les proches et les parents par alliance. Avec la restructuration due à l'évolution, la famille est la base de l'édifice, de la nation et de la grande collectivité.

De l'argumentation des partisans du planning familial, plusieurs solutions peuvent se dégager que nous examinons successivement:

1. *La méthode Azl*: C'est le coitus interruptus. L'existence de cette méthode anticonceptionnelle utilisée au début de l'Islâm fut reconnue par tous les participants au congrès de Rabat. Elle est, bien que même limitée, synonyme de limitation des naissances. Cette union corporelle sans aboutissement normal avait pour but d'éviter une grossesse ou d'en retarder l'évènement, pour mettre un écart plus grand entre une naissance et l'autre.

A un compagnon qui ne voulait avoir d'enfants avec sa femme, le Prophète aurait dit: "Unis-toi à elle sans aller jusqu'au bout". Al-Jâbir avait raconté à l'imâm Malik: "Nous pratiquons le Azl, c'est-à-dire l'union inachevée du temps du Prophète. Il l'a appris et ne nous l'a pas interdit".

Le recours au Azl était le moyen de limiter la naissance des enfants. Mahomet l'a expressément autorisé. Si ses contemporains en avaient connu d'autres plus efficaces comme les hommes du XXème. siècle, le Prophète les leur aurait autorisés.

2. *La couture de la matrice de la femme*: "Peu après le début de l'ère islamique, raconte un délégué du Pakistan occidental s'appuyant sur l'avis d'un juriste averti Châff ed-Dîn Abidîn, les Musulmans prirent connaissance d'une nouvelle méthode qui consistait en une opération de couture de la matrice. Les juristes musulmans ne soulevèrent aucune objection contre ce procédé qui fut considéré analogue au Azl et fut même approuvé".

3. *Prolongation de la période de l'allaitement*: Celle-ci demeure une méthode anticonceptionnelle relativement sûre. C'est là une invitation indirecte à observer l'espacement dans les naissances. L'enfant "n'est sevré qu'au bout de deux ans" dit le verset coranique 14 du chapitre XXI, "la mère, aussi le verset 15 du chapitre XLVI, le porte jusqu'au sevrage après l'avoir allaité durant trente mois". Ces dispositions coraniques nous indiquent une fois de plus comment l'Islâm tient à ne pas compromettre la sécurité et la santé de la mère par suite de naissances trop rapprochées.

Le Prophète corrobore cette recommandation divine en ces termes: "Al-Ghal (relation avec une femme pendant qu'elle élève son enfant au sein) est semblable à un cavalier qui est jeté de son cheval pendant la bataille et qui est écrasé sous les pieds des autres chevaux. Ne tuez donc pas vos enfants en secret". Donc, le fait de concevoir un enfant pendant que sa mère élève un autre est considéré par Mahomet comme un crime.

4. *La pratique de la monogamie*: Beaucoup de participants ont fait remarquer que la polygamie doit demeurer une exception basée sur la capacité de l'homme de pouvoir agir avec justice à l'égard de ses femmes. Pour l'Islâm l'homme peut se marier simultanément à quatre femmes au maximum à condition qu'il les traite justement et impartialement autrement il ne devra se marier qu'à une seule femme. C'est une injonction du Coran (chapitre IV, verset 3): "Si vous craignez d'être injustes envers les orphelins, n'épousez que peu de femmes, deux, trois ou quatre parmi celles qui vous auront plu. Si vous craignez encore d'être injustes, n'en épousez qu'une seule".

Commentant ce verset, un des délégués du Liban a affirmé: "L'équité consiste en ce qu'il n'y ait pas de préférence marquée dans les façons de traiter les femmes. Ceci est impossible pour un être humain. D'ailleurs le verset 28 le confirme, qui dit: "Même si vous y faites bien attention, il ne vous est pas possible d'être équitables envers les femmes". C'est pourquoi les druzes s'en tiennent à la monogamie, disposition qui est en accord avec les versets du Coran, puisqu'il n'est pas possible d'être équitable avec plus d'une femme . . . des épouses qui ne s'entendent pas entre elles peuvent rendre un foyer infernal".

Il ajoute que cette mésentente peut influencer directement ou indirectement toute la société, sa composition et ses critères d'existence ainsi que la politique d'une nation et son économie.

Selon le même délégué des pays arabes comme l’Egypte, la Syrie, la Tunisie et le Liban ont imposé la monogamie. La Turquie aussi a déclaré la polygamie illégale.

Ils se sont fondés sur des conditions réglementant celle-ci dans l’Islâm qui considère la stérilité de la femme ou son incapacité d’avoir des relations sexuelles comme causes valables pour justifier la polygamie.

Le délégué du Nigéria a déclaré que les Musulmans qui pensent qu’il est de leur devoir de se marier simultanément à plusieurs femmes ne font que manifester tout simplement leur ignorance de l’Islâm et qu’une autre manifestation de leur ignorance serait d’imputer cette fausse croyance à l’Islâm.

D’autres pays musulmans exigent de l’homme polygame de fournir le consentement écrit de sa première femme lors du mariage. Si cette preuve manque, l’époux ne pourra prendre d’autres femmes.

Un des participants au congrès dit: “Quoique la polygamie soit plutôt une exception qu’une règle dans l’Islâm, nous devons signaler que beaucoup, et peut-être la plupart des Musulmans qui la pratiquent en ont énormément abusé . . . Le pire est qu’il y a des Musulmans polygames qui partagent une seule chambre avec leurs épouses et leurs enfants. Les épouses doivent assez souvent se débrouiller pour vivre, et plus particulièrement les enfants, qui souffrent énormément du manque d’attention. Ils sont privés d’une éducation et d’un bon entretien, ce qui habituellement, aboutit à une mauvaise santé”.

5. *L’avortement*: C’est ce moyen de limitation des naissances qui a soulevé pas mal de controverses et de discussions passionnées. Le délégué du Pakistan occidental a dit que la question suivante a été posée à des juristes musulmans: “L’avortement est-il permis après la conception?” Voici leur réponse: “Oui, il est permis jusqu’à ce que les différentes parties de l’embryon soient développées et ceci à lieu 120 jours après le début de la conception”.

Ils se sont fondé sur un hadith du Prophète qui dit que c’est après le quatrième mois que l’ange vient insuffler l’esprit à l’enfant dans le ventre de sa mère.

Un des représentants du Kuwait, le docteur Hathout a consacré toute son intervention à ce problème sous ses aspects médicaux, sociaux, et religieux.

Pour lui l’avortement s’impose pour sauver la vie de la femme. Il s’impose aussi pour éviter la propagation de maladies ou de tares héréditaires. Ce serait une prévention contre la mise au monde de monstres ou d’êtres décérébrés, par suite d’une attaque microbienne dans le sein de la mère. Il a rappelé la trop triste catastrophe de la thalidomide, ce produit pharmaceutique créé pour soulager les femmes enceintes et qui s’est par la suite, avéré comme déformant ou invalidant les foetus. En effet, il est venu au monde des milliers de bébés à qui il manquait des membres.

Il a préconisé l’avortement dans le cas où il y a eu viol inceste, détournement de mineur ou simple d’esprit. D’un autre côté, l’avortement est autorisé quand la santé de la mère peut être mise en danger par la fréquence et le rapprochement des naissances, ainsi que par les soucis matériels et ménagers accrus du fait de

l'agrandissement de la famille.

Il a cité la Tunisie où une mère de cinq enfants vivants, de sexe masculin, peut avorter si elle est de nouveau dans un état intéressant.

Cependant, il a fait état de l'avis des grands imams de l'Islâm, Malik, Abû Hanifa, Châtif Ibn Hanbal et même El-Ghazâlf que tout avortement est coupable, le fœtus étant ou non fermé. Aussi a-t-il conclu en ces termes: "Les motifs valables justifiant un avortement doivent être réduits à deux: que la vie ou la santé de la mère soit en danger et qu'il y ait de fortes chances pour que le futur enfant soit atteint de malformations monstrueuses ou souffre de tares indélébiles, car la législation et la jurisprudence islamique accordent la priorité à la vie de la mère; lorsqu'elle est en danger, l'avortement est permis". Il n'a donc retenu que les causes médicales et foetales et a rejeté les causes humaines (viol, inceste, sauvegarde de l'honneur de la femme ou de sa famille) et sociales (incapacité des parents de pouvoir nourrir et éduquer un grand nombre d'enfants, explosion démographique, etc. . .).

Il aurait été intéressant de voir la communication faite par le délégué tunisien, Madame Fathiyya Mazâlf, car son pays semble avoir pris une position très favorable à l'avortement bien contrôlé.

A propos de l'avortement comme moyen de limitation des naissances, les opposants à la planification familiale ont eu gain de cause. Pour eux "le péché est grave, aussi grave qu'un meurtre et entraîne la nécessité pour le coupable de faire l'aumône à 60 pauvres ou à défaut de jeûner durant 60 jours".

6. *La pratique de la stérilisation:* Contrairement aux autres méthodes anti-conceptionnelles, les théologiens n'ont trouvé aucun détail relatif à celle-ci dans le Droit musulman, sauf une seule référence dans le Coran (Ach-Chûrâ, verset 50): "Etil (Dieu) rend stéril celui qu'il veut. Il est savant et puissant".

Mais en méditant sur ce verset, ils ont raisonné par analogie comme suit: "Lorsque Dieu, pour un but quelconque, une raison sublime et par sagesse, crée des personnes impuissantes et stériles, on ne saurait soulever aucune objection lorsque d'autres sont stériles par pure nécessité et dans l'intérêt public. Ces théologiens pensent que si la stérilisation comportait le moindre danger pour la race humaine, les enseignements de l'Islâm l'auraient expressément défendue".

Ils ont répliqué aux antagonistes de la stérilisation qui considèrent celle-ci comme une sorte de castration, laquelle est jugée par l'Islâm. Dans leur réplique, ils ont montré que l'une et l'autre sont deux choses différentes, car dans le cas de la stérilisation, les testicules ne sont pas touchés du tout et ils continuent d'assurer leur fonction naturelle, l'homme demeurant capable de relations sexuelles contrairement à ce qui se passe dans le cas de la castration où les testicules sont amputés ou bien enserrés.

Le seul résultat de l'opération de stérilisation est que la semence ne peut plus désormais provoquer une grossesse du moment qu'elle ne contient plus de sperme.

Une autre objection, de poids celle-là, est que la stérilité fait perdre à l'homme

son habilité de devenir père à jamais, et ceci est clairement contraire aux enseignements de l'islâm et avec la fonction de la nature qui est de préserver les espèces.

Les artisans répondirent qu'il y a quelque temps, cette objection avait plus de poids du fait que la stérilisation n'était pas possible. D'une part, dirent-ils, la plupart de ces critiques ne voient aucun mal en permettant la stérilisation aux personnes souffrant de maladies mentales psychiques et sexuelles incurables, surtout si ces malades sont infectueuses et peuvent communiquer à la progéniture par la voie de l'hérédité. D'autre part, cette objection ne tient plus maintenant que la réversibilité de toutes les méthodes de stérilisation est devenue possible et que toute personne stérilisée peut donc se déstériliser à volonté.

"Je ne vois pas, dit le théologien Cheikh Ahmed Ibrahim d'Egypte, une objection religieuse contre la stérilisation parce qu'elle est aussi un traitement qui empêche les enfants en évitant l'élément qui les produit d'une manière généralement reconnue. Ce n'est pas un crime à l'égard d'un être vivant".

Du moment que la stérilisation peut être temporaire, la plupart semblent l'avoir approuvée.

7. *L'emploi des médicaments destinés à limiter les naissances à titre provisoire:* Il s'agit de la pilule, de la pose du stérilet, du condom et de tout autre moyen de contraception.

Telles furent les méthodes contraceptives débattues à la conférence de Rabat sur l'islâm et le planning familial. Si la plupart ont été adoptées et approuvées, "elles nécessitent, comme l'a écrit le délégué pakistanais, un certain degré d'instruction pour bien comprendre les mesures de précaution . . . le seul moyen qui permette un planning familial efficace est l'application d'une méthode simple que les masses illettrées pourraient facilement adopter".

Les participants ont reconnu, qu'aussi longtemps que les principes envisagés dans la résolution sont adoptés, toute modification visant le bien de la société, telle la limitation du monde des épouses ou des enfants, et des dangers qui menacent la famille donc la société et la nation, serait une modification irréfutable et que dans les limites des lois religieuses et la viabilité aux familles musulmanes dans ce monde bruyant.

En bref, le Pakistan, l'Egypte, la Turquie et l'Iran préconisent la contraception et le koweït ainsi que l'Arabie Saoudite la conseillent pour des raisons médicales. L'Indonésie et la Malaisie l'encouragent aussi. La Jordanie a approuvé le Planning familial comme le Pakistan dès 1958 et l'Egypte en 1960 et l'Arabie Saoudite qui a élaboré des projets à la Mekke pour les classes pauvres.

Rappelons ce souhait du délégué Egyptien, à savoir: "nous souhaitons une politique unanime, la coopération solide des pays islamiques, et plus d'efforts internationaux vis-à-vis de ce problème vital. Le Sénégal, fortement islamisé, devrait accorder au Planning familial, au grand jour, l'importance qu'il mérite.

L'EDUCATION SEXUELLE AU SEIN DE LA SANTE FAMILIALE

Madame M. A. Savane
Rédactrice en Chef de la Revue:
"Famille et Développement" – Sénégal

L'Education sexuelle, partie intégrante d'un programme de santé familiale.

La littérature occidentale de ces vingt dernières années a défini la croissance démographique comme étant le problème numéro un du monde contemporain. "La croissance démographique est le plus grand obstacle à la croissance économique dans une grande partie du monde sous-développé". Le club de Rome lors de sa rencontre à Salzbourg (Autriche) en février 1974 conclut: "Nous devons également considérer que cette pression démographique va freiner le processus de développement, puisque chaque génération doit investir et épargner non seulement pour elle, mais pour les 50% de population inactive inhérente à toute expansion rapide de la démographie". Le chômage, la sous-scolarisation, la malnutrition, la pauvreté sont attribués à "l'explosion démographique" que connaît le Tiers-Monde.

Pourtant l'économiste Egyptien Samir Arnir nous donne une explication plus réaliste de la situation: "La stagnation de l'agriculture, l'insuffisance de la croissance industrielle et le développement du chômage dans le Tiers-Monde sont dûs à des causes qui n'ont rien à voir avec la croissance démographique; les mécanismes de la dépendance de celui-ci, sont à l'origine de son sous-développement, qui se manifeste par une marginalisation grandissante de sa population (laquelle se traduit par le chômage, le sous-emploi, la sous-nutrition) qui donne l'impression d'un surpeuplement relatif, et ce, que la croissance démographique soit forte ou faible".

Ainsi dans des conditions concrètes données, une stratégie authentique de développement peut incorporer une action sur la démographie soit pour la ralentir soit pour l'accélérer, car le processus consistant à induire le développement est avant tout d'ordre politique. La baisse de la natalité viendra de l'évolution des variables clés comme "la santé publique, l'éducation, le plein-emploi, l'émancipation de la femme, une bonne distribution des revenus et des avantages sociaux etc.

Mais la raison d'être de l'approche né-malthusienne est le maintien d'un statut favorable aux nations riches; cette approche exprime les craintes du "Monde Développé" dans "le Danger d'une remise en cause de l'ordre économique international par les peuples qui sont les premières victimes, du déséquilibre économique mondial. C'est la raison pour laquelle la limitation des naissances est présentée comme la solution miracle au sous-développement.

Nous pensons qu'une politique de population doit être d'abord et surtout une politique de réforme fondamentale pour permettre le démarrage économique. Si le planning familial considéré comme une entreprise de protection maternelle et infantile est souhaitable, car il constitue un important facteur de libération de la femme et d'équilibre dans la vie des familles; nous considérons par contre, que la limitation des naissances est dangereuse et inefficace. On ne règle pas les problèmes économiques par une solution démographique dont les effets d'ailleurs ne sont constatés qu'à très long terme.

La santé familiale définie par l'O.M.S. comme "un parfait état de bien être

physique, mental et social" doit être conçu d'abord comme une oeuvre d'éducation. Le rôle premier de tout agent médical est d'apprendre aux populations à prévenir la maladie par une alimentation saine, une bonne hygiène. Ainsi l'éducation sexuelle s'intègre harmonieusement dans un programme de santé familiale si sa raison d'être, est de rendre toute personne responsable d'assumer sa sexualité.

POURQUOI L'EDUCATION SEXUELLE?

Le sexe a envahi tout notre univers social. Il est devenu l'une des marchandises qui se vend le mieux. La publicité lui accorde une place de choix il faut "sexualiser" tous les produits pour bien vendre.

Le cinéma prend le relais, les salles sont combles lorsqu'un film est interdit "aux moins de 18 ans". Les revues pornographiques circulent dans les établissements scolaires. Les romans-photos font rêver plus d'une jeune fille et nombre de femmes.

L'influence de tout ceci conduit les jeunes à une recherche éffrénée du plaisir, à la croyance qu'il faut "vivre sa vie". Ce sont alors les sorties nocturnes, les garçons font croire aux filles que leur émancipation exige au préalable une libération sexuelle, on fait du chantage sentimental à celles qui sont réticentes. Certains garçons donnent des "soi-disant pillules" aux filles avant les rapports sexuels croyant se prémunir ainsi contre toute éventualité.

Les jeunes filles se lancent dans une semi-prostitution pour être habillées à la dernière mode, les parents n'ayant pas les moyens de satisfaire tous leurs besoins. Pour montrer que l'on est "évoluée" on a des rapports sexuels à tout bout de champ.

Les conséquences de tout cela sont les grossesses non-désirées, les avortements provoqués qui s'en suivent avec leurs incidences parfois néfastes sur la santé lorsqu'elles ne sont pas mortelles. Les maladies vénériennes qui se propagent d'une manière alarmante. Les tentatives de suicides, les suicides, les dépressions nerveuses, jusqu'alors rares, sont de plus en plus fréquentes. La jeunesse semble avide de "jouir" des plaisirs de la vie. Les grossesses pré-maritales ne sont plus vécues comme une honte. D'ailleurs certains jeunes gens sont fiers d'avoir des enfants avant leur mariage, cela leur confère un "brevet de virilité". Ces baptêmes sont l'occasion de grandes festivités.

L'attitude des parents est souvent incompréhensible. Certains sont passés d'un autoritarisme absolu au laisser faire. D'autres pensant trouver la meilleure méthode deviennent de vrais gendarmes vis-à-vis de leurs enfants. Et une minorité pousse au contraire leurs filles à une certaine forme de prostitution pour essayer de soutirer le maximum des prétendants.

Tout cela est bien inquiétant et doit nous amener à tenter de cerner les causes d'un tel changement afin de trouver des moyens de solutionner ce problème à court terme.

LE PASSAGE DE LA SOCIÉTÉ TRADITIONNELLE À LA VIE MODERNE

La société traditionnelle offre, de nos jours encore, des normes en matière de comportement sexuel qui, sont généralement suivies par tous. La vie sexuelle est intégrée à la vie sociale et morale.

L'enfant par l'initiation sexuelle qu'il reçoit lors de la circoncision ou d'une autre cérémonie est préparé à sa vie sexuelle adulte. Cette initiation est conçue comme une étape essentielle de la vie, les festivités qui commémorent la fin de ces cérémonies, attestent de leur importance. Pour les jeunes initiés c'est le passage à l'âge adulte, ils deviennent responsables. Ces jeunes sont alors capables de donner la vie. Car l'aspect principal de cette initiation sexuelle est de former l'enfant à son rôle géniteur, aussi elle n'a pas la même valeur selon le sexe; les garçons apprendront à se prémunir contre l'impuissance masculine et les filles contre la stérilité. Ces pratiques initiatiques lorsqu'elles sont décrites peuvent choquer soit par leur violence (l'excision par exemple) soit par le libéralisme sexuel qu'elles entraînent (liberté d'avoir des relations sexuelles). Nous pensons que si donner la vie est un fondamental de la philosophie africaine, ceci n'exclut pas la recherche du plaisir sexuel. D'ailleurs il s'agit de se référer à la gamme des chants dans lesquels on vante les plaisirs sexuels à l'occasion de ces cérémonies. Nous connaissons tous plus ou moins quelques aphrodisiaques, excitants sexuels, jeux ou danses érotiques. Cependant tout se déroule dans un climat sain, des normes établies par chaque société permettent de contrôler les abus en introduisant des tabous. Les relations sexuelles pré-maritales par exemple ne sont pénalisées dans toutes les sociétés, car l'enfant seul est important. Ainsi au niveau de la sexualité, les sociétés traditionnelles africaines atteignent un équilibre que les sociétés industrielles ne connaissent pas. Les cas de déviations sexuelles, par exemple, sont rares dans l'Afrique traditionnelle. Mais, en milieu urbain, surtout depuis l'indépendance, il s'est produit un brusque effondrement des mœurs traditionnelles sous l'influence combinée d'une urbanisation accélérée, de l'imitation servile des modèles sexuels occidentaux (à travers les grands romans d'amour), de l'impact des mass-média (cinéma, journaux pornographiques, publicité "sexualisante" etc. . .) du tourisme en expansion qui développe et encourage la prostitution féminine mais aussi masculine, mais surtout de besoins économiques (semi prostitution des filles), de la transformation de la vie familiale (absence de contrôle des parents sur les enfants). Il s'en est suivi une certaine "liberté" sexuelle qui traduit plus le désarroi des jeunes livrés à eux-mêmes qu'un choix délibéré. Les jeunes, désabusés par les tabous sexuels, et la moralité rigide et souvent aveugle des adultes, se revoltent en transgressant les interdits. Ils ressentent le besoin de se singulariser par rapport aux adultes, de montrer qu'ils ont aussi leur "personnalité". Les filles veulent montrer qu'elles sont "émancipées", libérées de toute contrainte socio-culturelle en disposant librement de leur corps.

D'autre part, trompés par les revues, les films, ils idéalisent certains comportements sexuels occidentaux, ils pensent parfois très sincèrement que ces attitudes sont dûes à une évolution normale de la société. C'est la raison pour laquelle ils traitent leurs parents de "vieux jeu". La jeunesse africaine est en pleine crise de croissance. Beaucoup de jeunes sont très pessimistes quant à leur avenir. La société actuelle ne leur offre pas un idéal leur permettant de s'épanouir pleinement. Les jeunes se sentent frustrés, ils ont peu de responsabilité et une participation très faible dans le devenir national. Ils sont livrés à eux-mêmes. La seule chose

qu'on lui offre actuellement est de consommer divers produits dont ils pourraient se passer. Aussi les jeunes se mettent délibérément en marge de la société.

Ce refus des normes sociales se traduit différemment par:

- une révolte contre les attitudes morales répressives qui se manifeste par l'option d'un comportement souvent importé.
- une contestation des institutions établies.
- une recherche anarchique du plaisir dans le but d'y trouver une compensation et de prouver qu'on est libéré (relations sexuelles anarchiques, drogues etc. . .)

Ces réactions ne sont pas à sous-estimer, car elles ont des incidences sur la vie politique, économique et sociale de nos pays. Les éducateurs qui sont en contact direct avec les jeunes mesurent l'ampleur du problème et réalisent qu'une recherche de solution s'impose d'urgence. D'autant plus que ces problèmes commencent à se propager dans les villages. Les jeunes, lors des vacances, importent dans les campagnes des idées et des habitudes citadines provoquant souvent des conflits avec les anciens.

LE SEMINAIRE DE ZAMAKO

C'est pour répondre aux préoccupations des parents et des éducateurs que le Ministère de l'Education Nationale du Mali, en coopération avec le service Quaker (A.F.S.C.) a pris l'initiative d'organiser en avril 1974 le premier Séminaire inter-africain sur l'éducation sexuelle. Ce séminaire a regroupé des représentants de onze pays d'Afrique Noire Francophone.

Le but de cette rencontre était avant tout d'engager un large dialogue sur un problème aussi complexe que l'éducation sexuelle. Car la crise du comportement sexuel des jeunes africains, si elle fait partie d'une crise mondiale plus vaste, prend en Afrique des dimensions particulières, dues entre autres, à la brutalité et à la soudaineté de son extension, et elle s'ajoute à d'autres problèmes qui grèvent les forces de pays encore jeunes.

Une fille qui arrête ses études, à cause d'une grossesse dont elle n'est pas seule responsable, est un énorme investissement perdu. Ces arrêts scolaires freinent les possibilités de la promotion des femmes. Et souvent, la jeune mère célibataire faute de moyens économiques, se tourne vers la prostitution comme solution de rechange. La recrudescence du péril vénérien altère la santé physique et morale de notre jeunesse qui ne peut valablement participer aux tâches que requiert notre développement économique et social. C'est ce but que le séminaire dans ses recommandations a abordé le problème de l'éducation sexuelle dans le contexte global de l'éducation dont le rôle est de permettre aux jeunes de s'insérer harmonieusement dans la vie sociale.

QUELLE EDUCATION SEXUELLE?

La question n'est plus de savoir s'il faut faire une éducation sexuelle car les jeunes eux-mêmes en ressentent le besoin. Ils essaient tous d'obtenir un peu partout des informations pas seulement pour se préserver contre toute éventualité, mais par

soif de connaître ce que les adultes refusent de leur dire. Mais la question, demeure: comment la faire.

Il est certain qu'il faut élaborer un modèle africain d'éducation sexuelle qui tienne compte des données culturelles, des structures socio-économiques et de la psychologie des populations concernées. Il faut innover; on ne peut adopter des problèmes européens dans un domaine qui touche à tant d'interdits culturels. Un retour aux sources de la culture africaine est nécessaire. Ainsi l'éducation sexuelle doit représenter une tentative de renouer avec des pratiques éducatives largement répandues jusqu'à un passé récent, et qu'il importe de restaurer sous une forme moderne. Nos différentes ethnies possèdent des rites initiatiques très développés. Une recherche des méthodes et des concepts employés serait d'une importance capitale.

Cependant, cette éducation sexuelle ne doit pas se limiter à une simple information contraceptive, c'est-à-dire, donner aux jeunes des recettes pour éviter des grossesses. Elle doit instruire les jeunes sur les modalités de la reproduction humaine, les rapports femmes-hommes, la sexualité etc. . . Il est certain que cette éducation se fera dans le cadre d'une ethnique donnée. En fait, l'éducation sexuelle commence dès le plus jeune âge, les parents étant les premiers éducateurs qui vont par leurs réponses ou leurs silences aux questions de l'enfant, par leurs attitudes, influencer sur la formation de la personnalité et de la sexualité de l'enfant. Freud a révélé l'existence d'une sexualité infantile précoce. Mais les parents souvent bloqués par leur propre éducation n'arrivent pas à satisfaire la curiosité de l'enfant.

Devant l'incapacité des parents, l'école apparaît comme un moyen de suppléer à cette carence. L'école en tant qu'institution sociale et milieu de vie peut contribuer à l'établissement d'un certain langage sexuel commun à tous, et à la recherche d'attitudes face à la sexualité. Il conviendrait à cet effet de transformer le contenu de l'enseignement et les méthodes pédagogiques.

L'objectif de l'éducation sexuelle est la formation de l'homme africain dans son corps et son esprit. Elle doit mener l'homme à la dignité, à la liberté de choix, non pour détruire mais pour construire pour procréer en vue de produire. Aussi cette éducation ne doit pas se faire dans le but de réprimer les instincts sexuels des jeunes, mais de les rendre RESPONSABLES de leur sexualité.

POSSIBILITES ACTUELLES

L'éducation sexuelle doit faire partie intégrante de tout un système d'éducation collectif, permettant à l'adolescent de s'épanouir, d'échapper au déséquilibre affectif et à l'angoisse du lendemain. Aussi, il importe de donner une orientation éthique à l'éducation sexuelle, d'inventer une pédagogie et des outils de travail.

On pourrait dès à présent:

- entreprendre des recherches sur l'éducation sexuelle traditionnelle et sur la psychologie de l'enfant africain
- organiser des séminaires de réflexion sur ce problème.

- introduire dans la formation des maîtres et des professeurs, des éléments d'éducation sexuelle.
- promouvoir des expériences pilotes d'éducation sexuelle dans les lycées et collèges, dans les centres de P.M.I. et les centres sociaux.
- informer les parents sur la nécessité de l'éducation sexuelle.
- permettre aux filles en grossesses de continuer leurs études après l'accouchement.

RECHERCHE D'UN CONCEPT COMMUN DE PLANIFICATION EN AFRIQUE DE L'OUEST.

LE POINT DE VUE DE LA SAGE-FEMME

Mme Siga Sene
Sage-Femme et Vice Présidente du Conseil
Economique et Social du Sénégal

Il peut sembler paradoxale de requérir l'avis de la sage-femme en matière de planification familiale car elle est, selon une définition de l'O.M.S., "une personne spécialement instruite et qualifiée pour dispenser des soins aux femmes pendant la grossesse, l'accouchement, la période post-natale et aux nouveau-nés".

Les soins prennent des formes diverses: prévention — éducation sanitaire — détection des anomalies chez la mère et l'enfant, recours à l'assistance médicale et application de traitement d'urgence en l'absence de médecin.

Le profil des médecins se modifie certes, au cours de l'évolution et du progrès. Il nous est loisible de constater qu'en Afrique, la sage-femme considérée comme "élite" féminine privilégiée de cette masse analphabète, doit se consacrer à des tâches éducatives, pédagogiques, culturelles et même politiques, ayant une incidence directe ou indirecte sur l'exercice de sa profession. Elle sera une personne, instruite et qualifiée pour aider et assister le couple, la communauté, à créer les meilleures conditions possibles pour la venue au monde des enfants, leur survie et leur épanouissement.

I. La Sage-Femme et la Planification Familiale

Le milieu socio-culturel conçoit la fécondité du couple comme un signe de bonheur et de prospérité. L'infécondité des conjoints est très souvent attribuée à la femme seule.

L'enfant est considéré comme une richesse; il est une garantie contre l'abandon, la solitude, surtout dans la famille polygame.

I.1. *Pratique Traditionnelle d'une Politique de Population*

- le traitement de la stérilité par des massages locaux, l'absorption d'infusions, la pratique d'offrandes et de rites pour conjurer le mauvais génie.

l'espace des naissances par:

- l'abstinence pendant la période d'allaitement;
- l'absorption d'infusions et de mixtures préparées à partir de plantes ou de racines;
- le port d'amulettes, de racines et de cordelettes autour des reins; la pratique de scarifications spécifiques sur la poitrine, sur le ventre, le dos, les reins.

Il faut noter que la stérilisation définitive n'était jamais envisagée.

Nous constatons que dans ces sociétés dites traditionnelles, la vision du monde était limitée: le niveau d'information, les moyens de communication ne permettaient point à l'homme d'avoir une vue globale, territoriale ou nationale des problèmes démographiques. Les termes économiques, était à l'inverse de ceux d'aujourd'hui, raison pour laquelle toutes ces méthodes traditionnelles s'inspiraient d'une idéologie nataliste, s'appliquant au niveau individuel.

1.2. *La Sage-Femme, Confidente Naturelle et Témoin de Drames Familiaux*

1. Le cas des femmes stériles qui vivent un véritable drame dans le groupe familial où elles sont considérées comme des "hommes" (mot utilisé au sens péjoratif pour indiquer qu'il manque à cette femme toute sa féminité) sans compter les risques de répudiation et de polygamie.

2. La multipare que nous avons appris à connaître durant ces six, sept, huit grossesses, qui meurt dans vos bras au cours d'une hémorragie de la délivrance par exemple.

3. Cette jeune fille victime de manoeuvres douteuses venant mourir dans vos bras.

4. Le spectre des enfants "échaudés", cachectiques qui meublent nos lits de pédiatrie etc.

Toutes ces images et visions amènent la sage-femme à rechercher des solutions.

1.3. *Essai de Définition de la Planification Familiale*

Toutes ces raisons évoquées font que la planification familiale apparaît pour la sage-femme comme la somme de moyens culturels, psychologiques, éducatifs, économiques, technico-scientifiques, mis à la disposition du couple, de la communauté, afin d'améliorer sa qualité de vie, son épanouissement et son harmonie, par la venue au monde d'enfants désirés.

II. Planification Familiale et Promotion de la Femme

La sage-femme, parce que femme, épouse et mère, doit percevoir que la planification familiale comme nous l'avons définie est un facteur favorisant la promotion de la femme, son aptitude à participer d'une façon efficiente à la vie de la communauté. Il existe d'ailleurs une corrélation entre la promotion de la femme et l'espacement des naissances.

III. Idée d'intégration des Activités de Planification dans les Structures Existantes

L'expérience a prouvé dans mon pays, que les initiatives privées ou isolées ne pourraient en aucune façon résoudre les problèmes de santé publiques.

La planification (au terme général du mot) est, par essence, "un effort organisé, conscient et continu, dont le but est de choisir les moyens les meilleurs pour atteindre des objectifs soigneusement précisés".

Il est nécessaire que nos gouvernements définissent exactement leur doctrine en matière de planification familiale lors de l'élaboration des plans nationaux de développement.

Pour nous sages-femmes, cette planification renferme essentiellement une idée d'harmonisation des naissances afin de sauvegarder la santé de la mère et de l'enfant et leur assurer un plein épanouissement.

**INTEGRATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS
LES CENTRES DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE
ET DANS LES PROGRAMMES DE SANTE PUBLIQUE**

Docteur Leye Diop
Gynécologue-Obstétricien à l'Hôpital Lubre
De Diourbel, Sénégal

Introduction

Il s'agit d'intégrer dans les activités de P.M.I., celle de la planification familiale. Ces deux domaines ayant des objectifs communs.

La planification familiale a existé de longue date, il a fallu attendre la découverte de la pillule par PINUS vers 1956 pour qu'elle fasse tant parler d'elle. Ayant bénéficié de moyens efficaces et scientifiques d'empêcher la survenue d'une grossesse, elle est devenue l'arme idéale face à l'explosion démographique pour certains, pour d'autres elle est devenue un moyen sûr, efficace pouvant être dans ces aspects médicaux un complément très souhaité des activités de P.M.I.

II. Arguments en Faveur de l'Intégration de la Planification Familiale dans la P.M.I.

A Raisons médicales

L'objectif est commun dans ces concepts. En effet, il existe une relation étroite entre le nombre de grossesses et le taux élevé de mortalité maternelle et infantile.

Mortalité maternelle

Morbidité maternelle

Grossesses multiples et fréquentes

Forte mortalité infantile

**Epuisement maternel
Traumatisme obstétrical
repere
anémie**

**Trouble de la croissance et du
développement de l'enfance = par**
· accroissement des besoins
· baisse de l'alimentation convenable

L'espacement des naissances en rompant ce cercle vicieux – permet:

- pour la mère une meilleure santé
- pour l'enfant une meilleure santé, une meilleure éducation une meilleure nutrition
- évite le sevrage brutal du fait d'une grossesse nouvelle.

La planification permet d'éviter la grossesse chez les jeunes adolescentes. Elle a en outre pour objectif la lutte contre la stérilité et le non recours à l'avortement

clandestin.

B. Raisons d'efficacité

La planification sera plus efficace et bénéfique:

1. Meilleure diffusion du programme de planification familiale.
2. Méthodes d'approche par contacts directs: les contacts établis par les travailleurs dans les maternités et hôpitaux sont plus productifs que les visites à domicile = les soins de maternité constituent une grande occasion pour saisir les besoins en planification familiale — (recrutement sur place). Ce contact personnel est le meilleur moyen d'amener une modification de comportement sur les personnes cibles.

A Hong-Kong sur les 23 000 familles ayant acceptées la planification familiale:

- 48% sont recrutées par l'entremise du personnel
- 38% grâce aux patients satisfaits
- 8% grâce aux moyens de propagande.

Le moyen est très efficace si on considère que dans une population le nombre de femmes accouchant par an, correspond à 4% de la population totale ou à 24% des couples adultes féconds.

3. La continuité des soins de maternité, de surveillance des enfants, constitue un moyen de garder le contact avec les couples soit pour la relance, soit pour le ravitaillement, soit pour le contrôle.

Raisons d'ordre économique — Programme Intégré — Programme vertical

- existence d'une structure sanitaire avec ses locaux, son personnel, son réseau de ravitaillement.

D. Raisons d'ordre psychologique

Certaines femmes quoique désireuses de planifier voudraient le faire le plus discrètement possible, elles préféreraient ce genre d'intégration qui leur évite de passer en clinique de planning familial.

III. Comment Intégrer la Planification Familiale dans les Services de P.M.I.

1. Intégration au niveau professionnel

- Information, recyclage pour les pratiquants actuels
- formation pour les pratiquants à venir, (intégration dans les programmes d'enseignement).

Le soutien du corps médical est très important. Si le personnel n'est pas motivé et ne donne pas son soutien, l'appui du public fera défaut.

Le concours de l'accoucheuse traditionnelle est très important car dans le

milieu rural la majorité des parturientes n'accouchent pas dans les maternités.

2. Intégration au niveau des femmes cibles par le mode d'approche de contacts directs avec le personnel à l'occasion de tout acte de P.M.I.

- consultation pré-nuptiale
- consultation prénatale
- consultation post-natale: mère très réceptive à cette période
- surveillance des enfants

3. Intégration au niveau de la population active

enquête C.A.F.
démographique
épidémiologie
infrastructure
socio-économique
infrastructure sanitaire

- sensibiliser la population par les moyens d'information
 - contacts personnels
 - causeries — conférences
 - presse
 - s'appuyer sur l'aide des personnalités influentes notamment religieuses et politiques, les fonctionnaires, les notables.
- En fait il faut:

4. Une politique de gouvernement en faveur de cette intégration.

IV. Problèmes posés par l'intégration de la Planification Familiale dans les P.M.I.

1. Il faut un équilibre entre ces deux types d'activité? sinon la planification perdra son aspect sanitaire et sera comprise comme un système de contrôle de population. Donc trois impératifs:

- ne doit pas être prédominante dans le complexe créé
- ne doit pas précéder la création d'un centre de P.M.I.
- ne doit être intégrée que si le centre de P.M.I. a fait ses preuves.

2. Il faut désigner du personnel supplémentaire sinon réduire les tâches du personnel existant en raison des activités supplémentaires de la planification familiale. Il faut donc redéfinir le nombre d'heures par personne et par journée.

3. Pour l'exécution du programme, il faut médecin, sage-femme, infirmier, éducateur, statisticien.

4. Les rémunérations doivent être aussi avantageuses que celles d'autres programmes de santé.

5. Le concours des accoucheuses traditionnelles est un bon appoint, sinon

elles peuvent constituer un frein à la réussite d'un programme.

6. Les locaux doivent être accessibles aux populations notamment la population rurale d'où la nécessité d'implanter des centres à leur niveau.
7. Financement – ravitaillement
 - soit par l'apport gouvernemental
 - soit par l'apport extérieur (agences privées) qui ne sera en fait qu'à court terme.

V. Conclusion. Mise Sur PIFD Organigramme (ligne Intégration – Projet)

La planification familiale et la protection maternelle et infantile poursuivent un objectif commun. L'intégration de la Planification familiale dans les activités de P.M.I. quoique réalisable pose certains problèmes qu'il ne faut pas perdre de vue – (personnel et sa formation, modification de comportement, apport financier, un obstacle géographique = voies de communication, moyens de transport, forte mortalité infantile, structure socio-économique et culturelle).

PROGRAMME NATIONAL DE REGULATION DES NAISSANCES AU MALI

**Professeur Bocar Sall
Prof. Agrégé – Chirurgie et Chef de Service
de L'Hôpital du Point G – Mali**

Depuis Juin 1972 fonctionne à Bamako, capitale du Mali, un Centre Pilote de Planning Familial. Pour naître, ce centre a attendu 3 années de gestion, temps mis à profit par les autorités Maliennes pour s'informer, juger, délibérer et fendra finalement une décision.

C'est en 1969 en effet que les responsables Maliens commencent à s'intéresser aux problèmes de la planification familiale, et des délégations officielles sont envoyées à différentes rencontres internationales. Au Séminaire de Montréal d'Août 1971, organisé par le Mali C.R.D.I. était représenté par 4 délégués: un médecin, un ingénieur, statisticien, une responsable de la commission sociale des femmes un haut fonctionnaire du Ministère des Affaires Etrangères.

Pendant le même temps, au pays, les magistrats, les médecins, les sages-femmes, les commerçants, des notables se concertèrent et créèrent finalement l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille. Cette institution à caractère privé souhaitait:

- la mise, en oeuvre dans le cadre d'un projet pilote d'un réseau limité de services de planning familial
- la réalisation de recherches sur les besoins et les implications sanitaires, sociales et économiques, de l'espacement des naissances
- la prévision de services cliniques pour les femmes et les couples stériles.

Ce faisceau d'activités devait aboutir le 15 Octobre 1971 à la signature d'une Convention entre le Gouvernement de la République du Mali et le Centre de Recherches pour le Développement International (C.R.D.I.). Cette convention est suivie 8 mois plus tard par une ordonnance institutionalisant le projet national malien de régulation des naissances. Cette ordonnance stipule (et je cite):

Article 1er

Sont autorisées en République du Mali sous les réserves et dans les conditions qui seront déterminées par décret:

1. Les pratiques tendant à la régulation des naissances autres que l'avortement lorsque celles-ci seront conformes aux normes officielles de la Science et s'inséreront dans les limites d'un programme national contrôlé conjointement par le Ministère de la Santé et le Secrétariat d'Etat aux Affaires Sociales.
2. L'information et l'éducation concernant les méthodes et moyens de régulation des naissances.

3. L'information, la fabrication, la distribution, des moyens contraceptifs autorisés par le gouvernement.

Article 2.

Il sera institué au niveau du Ministre chargé de la Santé et de la population un Conseil médical chargé d'élaborer la liste des moyens et produits contraceptifs autorisés.

Article 3.

Tout acte accompli en violation de la présente ordonnance ou de son décret d'application sera puni des peines prévues à l'article 171 du Code pénal et selon les distinctions établies par le dit article.

Article 4.

Sont abrogées toutes dispositions contraires notamment les articles 3 et 4 de la loi du 31 juillet 1920 sur la propagande anti-conceptionnelle.

Article 5.

La présente ordonnance sera exécutée comme loi de l'Etat.

Notons de suite que cette ordonnance était précédée d'une note de présentation introductive qui refrénait les 3 volets des souhaits de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille. Nous y reviendrons.

Les motivations de cette loi sont multiples et nous les énumérons brièvement

- forte demande dans la population des services de régulation des naissances attestée par plusieurs sages-femmes et médecins Maliens.
 - en l'absence de toute autorisation légale il est de notoriété publique, que ces services sont pratiqués contre rémunération exorbitante par des médecins et des sages-femmes c'est, dire que ces services en sont accessibles qu'aux femmes les plus fortunées.
 - multiplication alarmante comme partout dans le monde des avortements criminels avec leur lot de drames.
 - gros risques, universellement admis, pour la mère et l'enfant des nombreuses parités et des grossesses trop rapprochées.
 - plus forte morbidité et mortalité infantiles dans les familles élevées d'autant que cette forte natalité se rencontre surtout dans les familles les plus démunies qui sont les plus nombreuses.
- implications économiques et culturelles défavorables dans les familles à natalité élevée.
- enfin, il n'est pas du tout démontré qu'une politique réfléchie et nationale-

ment contrôlée de régulation des naissances puisse agir défavorablement sur le développement démographique d'un pays.

Les autorités Maliennes se basant sur cet imposant faisceau d'arguments et bien d'autres encore, ont donc légiféré et elles n'en font pas cavalier seul, car elles sont nombreuses dans le tiers-monde; plusieurs dizaines de nations ont adopté la même position.

Pour terminer il faut vous entretenir de la pratique de la planification familiale au Mali.

Après l'adoption de l'ordonnance il a été créé:

- un conseil médical selon l'esprit de l'article 2.
- et un centre-pilote de planning familial à Bamako.

Ce centre, actuellement placé sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales est dirigé par un médecin Malien. Ses activités se répartissent entre 3 sections spécialisées:

1. Une section médicale

Elle comporte une quinzaine de médecins, sages-femmes, assistantes sociales, infirmiers et infirmières; tous Maliens.

Ce personnel, instruit des problèmes de planification au cours de stages faits soit sur place, soit à l'étranger à trois tâches principales:

- a. l'information et l'éducation des consultantes du Centre, au cours d'entretiens, menagés par des médecins et des sages-femmes.
- b. la prestation des services de contraception: ceci peut aller du stérilet au simple conseil d'abstinence périodique ou de coït interrompu en passant par la pillule et la mousse vaginale.

Le conseil médical et l'équipe médicale ont longuement réfléchi et continuent de réfléchir sur les indications et les méthodes de la contraception. Pour le moment 2 nations sont solidement retenues.

Une indication de choix = c'est la femme qui a six enfants vivants et la femme qui a mené neuf grossesses à terme.

De toute façon la présence des 2 conjoints ou un accord écrit du mari est exigé. Pour les autres cas (l'indication pour maladies de la femme étant exclue bien sûr) nous tenons compte de nombreux facteurs:

- une méthode qui est imposée: le stérilet, la pilule, qui a des contre-indications plus nombreuses (cardiaques, rénales, métaboliques, phobiques . . .) est par ailleurs plus astreignante. Il faut signaler cependant que l'ascension et le rejet du stérilet sont infiniment plus fréquents que dans la race blanche.

- c. **Les consultations de stérilets:** C'est un volet important de notre planification familiale. Nous recevons en consultation gratuite les femmes et couples stériles. Nous cherchons à rendre gratuits certains examens paracliniques de l'infertilité (frottis vaginal, spermogramme hystérosalpingographie) et dans cette direction nous venons d'adjoindre à l'équipe un médecin biologiste.

2. Une section de recherche, information et éducation

Cette section comprend:

- un expert en planning familial de nationalité Canadienne
- un guérisseur Malien chargé de faire la jonction entre l'équipe et les médecins traditionnels Maliens
- un responsable de l'éducation Sanitaire Malienne
- un responsable de la Croix Rouge Malienne

Les 2 premiers cités s'intéressent essentiellement à la recherche (pratique contraceptive, traditionnelles exploitations des statistiques de services etc . . .) tous les quatre s'occupent d'information et d'éducation sous tous leurs aspects.

3. Une section statistique

Dirigée par un ingénieur statisticien, elle comprend 2 autres hauts fonctionnaires Maliens. Les activités de cette section n'ont pas besoin d'être détaillées ici.

Enfin pour terminer disons que notre centre connaît déjà des extensions par l'ouverture d'antennes secondaires dans quelques P.M.I. de Bamako. Les prévisions correspondent:

- la création d'antennes dans toutes les P.M.I. de Bamako et près des centres de santé des chefs-lieux de régions.
- l'adjonction dès cette année de matières de planifications familiales au programme de formation des sages-femmes.

L'INTEGRATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LE PROGRAMME DE FORMATION DES SAGES-FEMMES

**Mademoiselle Pellegrin
Sage-Femme Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes
du Sénégal**

INTRODUCTION

La planification familiale est maintenant considérée comme faisant partie intégrante des services de santé de base, et plus particulièrement des services de protection maternelle et infantile, avec une importance et des applications pratiques variables suivant les continents et les pays.

Il s'agit d'un concept nouveau dont l'intégration au sein des structures sanitaires traditionnelles va nécessiter que toutes les catégories professionnelles de l'équipe de santé, appelées à travailler au niveau de ces structures, puissent recevoir dans ce domaine, une formation leur permettant de faire face au besoin spécifique de la collectivité qu'ils auront en charge, spécialement la sage-femme qui constitue l'élément essentiel des services de la mère et de l'enfant.

L'ampleur du sujet et la multiplicité de ses aspects ont été mis en évidence par les différents conférenciers: aspect économique, démographique, social, religieux, médical etc. . . mais aussi, et plus spécifiquement, aspect africain. Il est donc indispensable que devant l'évolution de nos sociétés, l'évolution de la notion de protection maternelle et infantile vers une notion plus large de protection familiale, conditionnant l'orientation actuelle des professions médicales et paramédicales, un enseignement adéquat soit dispensé à tous ceux qui devront fournir des prestations de services à la collectivité.

L'ENSEIGNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

S'agissant de l'Ecole des Sages-femmes de Dakar, il n'existe pas d'enseignement officiel de la planification familiale. Cependant, depuis cinq ou six ans, compte tenu de l'actualité de la question, du rôle de plus en plus important de la sage-femme dans ce domaine, des notions ont été introduites dans le programme de 3^e année mais sans application pratique. La planification familiale constitue un élément nouveau et son inclusion dans l'enseignement actuel demande sans nul doute beaucoup de tâtonnements et des évaluations fréquentes. Cet enseignement doit être conduit de telle sorte qu'il soit replacé dans le contexte de la Santé Publique auquel il appartient. C'est pour cette raison qu'il importe, avant l'élaboration de tout programme, de savoir au préalable:

- 1. Quelles sont les options gouvernementales en matière de politique de santé et plus spécialement de planification familiale.**
- 2. Quel est le type de population auquel s'adressent les services.**
 - population urbaine
 - densité — tendances démographiques
 - caractéristiques socio-culturelles

état sanitaire
besoin précis en planification familiale

3. Quelles sont les catégories professionnelles existantes et leurs fonctions respectives.
4. Comment est faite la couverture sanitaire ?
5. Quelles sont les ressources disponibles :
 - en enseignant
 - en terrains de stage

LES OBJECTIFS DE L'ENSEIGNEMENT

Vont puiser leurs sources dans cette analyse et vont nécessairement rejoindre ceux des programmes de santé publique: Ils doivent être formulés de manière explicite et connus de tous ceux qui sont chargés des élèves.

La formation devra rendre la future sage-femme apte:

1. A identifier les problèmes de santé des individus, des familles, des collectivités et la forme d'assistance souhaitée: traitement, stérilité ou espacement des naissances.
2. A saisir l'influence de la planification sur la santé de la mère et de l'enfant dans le sens que lui donne l'O.M.S. et à promouvoir ainsi le bien-être de la famille.
3. A concevoir une action éducative basée sur la compréhension des facteurs socio-culturels et psychologiques adaptés à chaque individu, chaque couple, chaque famille, et qui n'entre pas en conflit avec leurs convictions personnelles, leurs croyances et leurs aspirations.
4. Evaluer les changements d'attitudes.
5. A prendre certaines initiatives d'ordre technique ou thérapeutique dans les limites de sa compétence et à orienter vers des consultations spécialisées les cas qui le requièrent.
6. A organiser un service d'hygiène familiale et à participer aux activités de recherche.

LE PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

Il faut en tout éviter d'alourdir les programmes existants qui sont déjà quelque peu surchargés. Ce qui importe, ce n'est pas tant le contenu des programmes dont la conception d'ensemble pour la presque totalité, est généralement satisfaisante, mais d'avantage l'orientation et l'utilisation qui en sont faites, ainsi que les méthodes de travail choisies. Il faut donc que l'élève arrive à intégrer ses connaissances et que l'enseignement réponde aux besoins de la collectivité et en

même temps à ceux de l'élève.

Le choix de la forme d'enseignement dépend des possibilités de chaque école: les enseignements, le niveau des élèves, la durée de la formation la valeur des terrains de stage, les moyens pédagogiques. Il est souhaitable, chaque fois que cela est possible, de donner la préférence à l'enseignement intégré. Que faut-il entendre par là? Le terme "intégré" vient d'un mot latin qui signifie — ENTIER — ce qui veut dire que l'enseignement doit former un tout, embrasser tous les aspects du problème par une approche multidisciplinaire et harmonieuse. Bien souvent nos programmes manquent d'homogénéité, et la planification familiale fait l'objet d'un cours isolé, amenant ainsi les élèves à l'assimiler uniquement à la contraception, à créer des cloisons étanches entre les différentes disciplines, et à ne pas appréhender les problèmes de santé dans leur globalité, avec les incidences réciproques. Le programme n'est pas toujours en cause; en effet la manière d'enseigner les soins est la plupart du temps spécifiquement dirigée vers le malade, la femme enceinte, accouchée, ou l'enfant, en ignorant le retentissement familiale de la maladie, de l'accouchement. On ne fait pas toujours saisir à l'élève toutes les implications psychologiques, familiales ou sociales. On ne fait pas suffisamment ressortir à l'élève:

- Les répercussions que peut avoir la stérilité sur l'équilibre du couple.
- L'aspect psychologique d'une grossesse non désirée ou d'un avortement.
- Le retentissement sur l'éducation des enfants d'une mort maternelle ou d'un état pathologique chronique de la mère.

La planification familiale s'intègre parfaitement dans la majorité des disciplines enseignées. La multiplicité de ses aspects ressort d'une manière claire du point de vue officiellement adopté par la Vingt et Unième Assemblée Mondiale de la Santé en 1968: "La planification familiale suppose une certaine manière de penser et de vivre, librement acceptée par les individus et les couples dans le but de promouvoir leur santé et celle de leur famille et par la même, de contribuer au progrès social de la collectivité."

Comment donc concevoir son enseignement en ignorant les manières de penser et de vivre des populations, auxquelles la future sage-femme aura à distribuer ses soins? Il va s'en dire que ces manières de penser et de vivre varient d'une région à l'autre, d'une ethnique et même d'un sous-groupe ethnique à l'autre. C'est ce qui explique la place importante qui revient à l'enseignement de:

- l'Anthropologie
- la Sociologie
- la Psychologie

L'enseignement de ces 3 disciplines devra permettre à l'élève d'utiliser efficacement dans son travail avec les individus et les familles sa compréhension des facteurs ethniques, psychologiques, culturels, religieux qui vont influencer le refus ou l'acceptation de la planification familiale. C'est la connaissance des motivations des individus qui va être à la base de l'action éducative de la sage-femme et

qui donnera son sens à l'enseignement de:

- l'éducation sanitaire

Mais si la connaissance des comportements et des motivations profondes des individus ainsi que la connaissance des moyens qui doivent entraîner un changement d'attitude est indispensable en tant que facteur de réussite, il faut que l'élève sache que d'autres facteurs peuvent influencer ces comportements: ainsi donc l'enseignement de:

- la législation en vigueur, en apportant des bases juridiques de travail à la sage-femme, la plupart du temps, premier témoin du lien de droit qui existe entre l'enfant et ses père et mère, visera à faire saisir à l'élève l'impact que ces lois ont sur les populations et comment elles peuvent influencer;
- la démographie, elle-même en relation très étroite avec l'enseignement:
des statistiques
- de la santé publique

L'aspect juridique va se compléter par un autre aspect dont il ne peut être dissocié et qui nous est spécifique: c'est l'aspect ethnique de notre profession qui fera saisir à l'élève l'enseignement de:

- la déontologie qui fera prendre conscience à l'élève des limites de ses droits et de ses devoirs. Quoiqu'il en soit, elle ne devra jamais perdre de vue qu'elle est membre d'une équipe.

Les matières médicales sont certainement celles qui s'intègrent le plus facilement, ou plus exactement celles dont on conçoit le mieux l'intégration. D'autre part ce sont elles qui occupent la partie la plus étendue des programmes. En effet dès l'instant que l'on parle de famille, il faut commencer par l'origine de cette famille. C'est là qu'interviendra l'enseignement de:

- l'anatomie et la physiologie qui, étudiant la structure et le fonctionnement de l'organisme humain, traitent nécessairement de la structure et du fonctionnement du système de reproduction chez l'homme et chez femme.

Il est évident que toute anomalie qu'elle soit générale ou locale aura un retentissement sur la biologie de la reproduction, d'où l'étude de:

- la génétique

- la pathologie:

générale ou chirurgicale
génitale

La biologie de la reproduction trouve sa continuité naturelle dans:

- l'obstétrique
- la pédiatrie

Deux disciplines étroitement liées, la mère se continuant dans l'enfant par des liens biologiques importants. Toute la perturbation venant de la mère ou du père aura des répercussions sur l'enfant dont la survie est conditionnée tout particulièrement par l'état de la mère.

Il existe une interdépendance entre les différentes disciplines médicales, depuis les facteurs de la reproduction jusqu'aux mesures de:

- santé publique mises en oeuvre pour protéger la famille et les soins infirmiers dispensés dans le cadre de cette famille depuis les conseils jusqu'aux soins purement techniques dans le domaine: curatif ou dans le domaine préventif que nous apporte l'enseignement de:
 - l'obstétrique et la pédiatrie sociales
 - le cours spécial sur la planification familiale

C'est là que seront abordés tous les problèmes ayant trait à la stérilité, à ses répercussions sur la vie familiale et à son traitement ainsi que ceux de la contraception pour les femmes qui le désirent ou dont l'état de santé le nécessite.

LA FORMATION PRATIQUE

Constitue l'essentiel de la formation. Elle doit se faire dans les hôpitaux, les maternités, les centres de protection maternelle et infantile, dans les familles.

La formation pratique vise à:

- permettre à l'élève d'acquérir l'expérience pratique.
- d'être en contact avec les problèmes des familles, à identifier leurs besoins et à tenter d'y trouver une solution.

Il est à regretter que des visites à domicile ne soient pas organisées. C'est pourtant l'occasion pour les élèves d'appréhender les problèmes de la famille, de voir la mère dans son cadre habituel de vie et de lui dispenser les conseils nécessaires.

LA REPARTITION DE L'ENSEIGNEMENT

La répartition de l'enseignement au cours des 3 années d'études dépend de chaque école. Pour certaines, l'enseignement fera l'objet d'un cours spécial réservé à la 3^e année; d'autres préféreront répartir cet enseignement pendant toute la durée des études. En ce qui concerne l'école de DAKAR, l'objectif principal de l'enseignement n'est pas la planification familiale. Mais le programme que nous avons élaboré, y adjoignant un enseignement de psychosociologie en regroupant les thèmes d'enseignement par centres d'intérêt, voudrait sensibiliser progressivement

les élèves aux problèmes de la famille et de la collectivité, et ne pas assimiler la planification familiale à la simple pratique de la contraception. La répartition est la suivante:

1. La première année

La première année centre la formation sur la connaissance de l'être humain. Elle vise:

- à faire découvrir à l'élève le sens de la personne humaine dans sa totalité, non pas seulement l'individu en tant qu'organisme isolé mais l'être humain dans son environnement.
- à lui faire comprendre ce qu'est la santé au sens large, à lui faire identifier les facteurs qui influent de la santé des individus et à lui faire connaître les moyens de lutte qui vont promouvoir maintenir ou restaurer la santé.
- à découvrir les bases biologiques de son comportement et à comprendre l'influence du milieu sur sa personnalité.
- à identifier les besoins de l'individu en vue de lui dispenser les soins infirmiers que réclame son état.

L'enseignement couvre les disciplines suivantes:

- Anatomie-physiologie incluant les questions de reproduction.
- Psychologie: portée des facteurs psychologiques, l'homme face à la maladie, en quoi s'indiffère-t-il de l'homme malade.
- Hygiène et santé publique: l'homme et son milieu de vie influence du milieu sur la santé et les moyens de lutte disponibles.
- Sociologie: l'homme dans le groupe social et familial.

2. La deuxième année

Le centre d'intérêt de la 2^e. année est la famille, cellule fondamentale de la collectivité à travers la mère et l'enfant: L'enseignement complète celui de la première année et replace l'individu dans le contexte familial.

La famille est vue sous l'angle:

- obstétrical et pédiatrique pur avec l'étude de la grossesse et de l'accouchement ainsi que des soins à l'enfant.
- psycho-sociologique: rôle de la famille sur le développement de la personnalité et du comportement de ses membres; les coutumes qui se rattachent au mariage, à l'accouchement ainsi que les croyances et les tabous se rapportant à la fécondité ou à la stérilité; l'enfant et sa valeur;

psychologie de la femme enceinte, parturiente ou accouchée.

- législatif: la famille en tant qu'institution sociale avec les questions de filiation, d'adoption etc

3. La troisième année

Met l'accent sur la santé familiale et la santé publique: prévention, information, éducation. L'enseignement vise à faire la synthèse des connaissances précédemment acquises en amenant l'élève.

- à identifier les problèmes et les priorités des familles et des collectivités.
- à saisir la portée sociale des affections pathologiques
- à connaître les moyens mis en oeuvre pour répondre aux besoins de santé des familles principalement dans le domaine de la protection maternelle et infantile.
- à appliquer un plan de soins individuel ou particulier qui répond aux besoins précis des individus des couples et des familles en matière de santé familiale.
- d'agir en qualité de conseillère et d'éducatrice.
- de participer à l'organisation d'un service de protection maternelle et infantile.
- La protection maternelle et infantile (les lois visant à la protection de la mère et l'enfant; les soins se rapportant à la période anté-conceptionnelle, conceptionnelle, inter-conceptionnelle incluant les méthodes de contraception avec leurs avantages, leurs inconvénients, leurs indications et leurs contre indications, ainsi que tout ce qui a trait à l'infertilité; notion de haut risque.)
- les lois concernant la famille (le code de la famille, les allocations familiales, lois anti et pro natalistes.
- organisation des services d'hygiène familiale.
- psycho-sociologie: aspect psychologique et social des grossesses non désirées.

L'enseignement pratique n'atteindra ses objectifs rentables et n'aura de rentabilité que lorsque le personnel aura été sensibilisé, que les structures d'accueil auront été organisées dans ce sens.

LES METHODES D'ENSEIGNEMENT

Les méthodes d'enseignement ne diffèrent pas de celles qui sont utilisées pour le reste de l'enseignement toutes ne seront pas possibles, en raison du manque

de moyens. Le choix des méthodes actives doit avoir la préférence car elles suscitent l'intérêt chez l'élève, l'amènent à observer et à découvrir progressivement. Elles visent à développer un certain nombre d'aptitudes:

- aptitudes à la communication (entretiens avec les patientes; exercices d'écoute; discussions du groupe; jeux de rôles; solution de problèmes; visites à domicile; présentation de cas)
- aptitudes éducatives (encadrement des élèves plus jeunes; formation des accoucheuses traditionnelles, auxiliaires précieuses; préparation de cours simples; formation de personnel monovalent; préparation d'affiches et d'émissions radio).
- aptitudes cliniques (rédaction d'observations cliniques; recueil d'une histoire médicale; examens gynécologiques; participation effective dans l'application de méthodes de contraception; participation dans le traitement de stérilité.
- aptitudes d'organisation et de recherche.

AVANTAGES ET DIFFICULTES DE L'ENSEIGNEMENT INTEGRE

- l'enseignement intégré présente de nombreux avantages:
 - Il évite des répétitions inutiles
 - Il favorise la synthèse
 - Il permet une plus grande collaboration entre les enseignants
 - Il permet de mieux coordonner l'enseignement théorique et pratique

L'enseignement intégré a actuellement la faveur. Il est sans nul doute très alléchant sur le plan de sa conception, mais sa réalisation pratique peut être rendue difficile. En effet, il nécessite: une collaboration très étroite de la part des enseignants pour la mise en commun des objectifs, ce qui n'est pas toujours facile, compte tenu des différences de personnalité et d'opinion.

- Que chacun sache ce qu'il a à traiter pour éviter une dilution de l'enseignement.
- une grande disponibilité des enseignants car l'enseignement intégré demande la préparation et des évaluations fréquentes.
- de la continuité, l'interruption d'un enseignant pouvant perturber tout le système.

FORMATION CONTINUE ET PERFECTIONNEMENT

On ne peut parler d'enseignement sans aborder le problème de la formation continue et du perfectionnement, qui en font partie intégrante. Les progrès intervenus ces dernières années dans tous les domaines, particulièrement dans celui des sciences médicales, la rapidité d'évolution de nos sociétés font que les connaissances acquises

sont souvent dépassées au moment de leur utilisation. La formation de base doit donner à l'élève le goût du perfectionnement et orienter ce désir. C'est pour nous une question d'éthique professionnelle et d'effort personnel. D'autre part, la mise en place d'un programme de formation sur un problème nouveau et va nécessiter que ceux qui sont chargés d'organiser les structures d'accueil et d'encadrer les élèves, acceptent de recevoir la formation adéquate, formation dont les modalités sont à déterminer par chaque pays.

La formation continue et le perfectionnement devraient pouvoir être institutionnalisés et systématisés. Les recyclages périodiques devraient être rendus obligatoires. On se souvient encore des stages de reimpregnation que devaient accomplir nos aînées avant d'accéder au principalat. Le perfectionnement peut revêtir différentes formes, et être organisé à l'échelon national, à l'échelon local ou à celui des établissements de soins; qu'il s'agisse de journées de perfectionnement, de stages, de colloques, de séminaires, de voyages d'études de cours etc . . .

CONCLUSION

Notre tâche n'est pas aisée car en matière d'enseignement il n'existe pas de solution facile ni de méthode qui soit absolument infaillible et définitivement acquise. C'est ce qui explique que les problèmes de formation sont toujours d'actualité et constamment remis en question, surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet comme la planification familiale dont le concept soulève encore tant de controverses et fait intervenir des facteurs aussi complexes les uns que les autres étroitement intriqués, tant individuels que collectifs.

L'enseignement de la planification familiale s'impose dans la formation de nos futures sages-femmes car nous ne pouvons nous désintéresser d'un problème qui préoccupe actuellement le monde. Cependant, il ne suffit d'inculquer à l'élève des connaissances, mais il importe de lui faire prendre conscience de ce que l'on attend d'elle au sein de l'équipe de santé, de lui faire acquérir, une fois munie d'un certain savoir, un savoir être, une ouverture et une maturité d'esprit suffisantes pour arriver à utiliser intelligemment ses expériences et à faire les adaptations nécessaires dans le milieu qu'elle aura à servir.

C'est de l'orientation que nous donnerons à notre enseignement que dépendra le comportement de la sage-femme. C'est de ses activités que dépendra à leur tour, les comportements familiaux que ce soit à travers l'accouchement, les soins à l'enfant ou les mesures d'éducation sanitaires. Son rôle futur dans la planification familiale dépasse le cadre malthusien de la limitation des naissances, l'administration de la pillule ou la pose d'un stérilet, de nombreux facteurs sous-jacents intervenant dans la demande de contraception.

Ce ne sont là que quelques réflexions brièvement exprimées. La similitude de problèmes de nos pays respectifs, l'identité de nos options devraient nous permettre au cours de ce séminaire de trouver ensemble des solutions qu'il s'agisse de former au niveau de base comme dans le domaine de la formation continue et du perfectionnement.

PROGRAMME DE PLANIFICATION FAMILIALE

Objectifs du cours	Contenu de l'enseignement	Discipline	Objectifs spécifiques
<p>I. Amener l'élève a utiliser efficacement dans son travail avec les individus et les familles, sa compréhension des facteurs psychologiques, culturels et religieux qui influencent les différentes conceptions du planning familial.</p>	<p>LA NOTION DE FAMILLE Les différents types de familles: – famille type occidental – famille type africain traditionnel</p> <p>Le rôle de la famille Le rôle de la femme Historique La femme dans les sociétés africaines traditionnelles.</p> <p>LE MARIAGE Historique:</p> <p>1. Le mariage dans les sociétés Africaines traditionnelles</p> <p>a. Rites et coutumes</p> <p>2. La polygamie et ses conséquences sur:</p> <p>– l'homme – la femme – les enfants.</p>	<p>Psychologie</p> <p>Sociologie</p>	<p>A la fin de l'enseignement l'élève doit être capable de:</p> <p>1. Comparer la famille dans la société type occidental et la famille dans la société africaine traditionnelle.</p> <p>2. Analyser le rôle de la famille dans la société africaine.</p> <p>3. Analyser le rôle de la femme dans la société africaine.</p> <p>4. Décrire les coutumes relatives au mariage dans le pays.</p> <p>5. Analyser les incidences de la polygamie.</p> <p>6. Définir ce que représente l'enfant dans la société africaine.</p> <p>7. Expliquer les raisons pour lesquelles l'Africain se met la fécondité en honneur.</p> <p>8. Expliquer les croyances en matière de stérilité.</p> <p>9. Discuter les répercussions de la stérilité sur la vie familiale.</p>

Objectifs du cours

Contenu de l'enseignement

Discipline

Objectifs spécifiques

L'ENFANT DANS LA SOCIÉTÉ AFRICAINE

1. ce qu'il représente
2. relation père-mère-enfant.

10. Décrire quelques coutumes concernant la grossesse et l'accouchement et discuter leur signification.

11. Prendre en considération dans sa pratique professionnelle des facteurs socio-culturels.

12. Donner des conseils qui répondent aux besoins réels des individus.

I (suite)

LA FÉCONDITÉ ET LA MATERNITÉ

Aspects socio-culturels et économiques de la fécondité.

1. Rites et coutumes en honneur de la fécondité.

- a. Fécondité
- b. Conceptions
- c. Aspects psychologiques et sociaux.

2. Rites et coutumes pour lutter contre la stérilité.

3. La grossesse et l'accouchement dans les sociétés traditionnelles.

LES LOIS SUR LA FAMILLE

Le Code de la famille au Sénégal.

Législation

1. Expliquer les lois en vigueur dans le pays concernant la famille.

II. Saisir l'impact que les lois sur la famille et la natalité ont sur les popula-

Objectifs du cours

tions et la manière dont elles peuvent jouer sur les décisions.

III. Faire comprendre à l'élève que la connaissance du milieu dans sa pratique de l'éducation sanitaire est un des facteurs de réussite. Elle devra dès lors adapter son enseignement à chaque catégorie d'individus sans entrer en conflit avec leurs convictions personnelles ou religieuses.

Contenu de l'enseignement

Les lois qui encouragent la natalité.

- hors du Sénégal
- au Sénégal.

Les lois tendant à limiter la natalité:

- lois sur l'adoption
- la répression de l'avortement

STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET EPI-DEMOLOGIQUES

La mortalité et la morbidité maternelle.

- a. dans le monde
- b. en Afrique

Moyens de lutte contre la mortalité maternelle.

Les organismes de Santé Publique à la disposition des populations.

Discipline

Santé Publique

Obstétrique et Pédiatrie Sociales.

Soins infirmiers

Psychologie

Sociologie

Santé Publique

Objectifs spécifiques

2. Définir et discuter la législation en vigueur pour la protection de la femme enceinte.

3. Définir le rôle des organismes de protection de l'enfance.

4. Discuter en groupe des lois pro et anti-natalistes.

5. Discuter en groupe des lois de répression de l'avortement provoqué et de ses répercussions.

6. Faire connaître aux individus leurs droits en ce qui concerne les problèmes de la famille.

1. Identifier les besoins des individus et des communautés en matières de planification familiale.

2. Recueillir des informations pour une enquête sociologique.

- a. questionnaires
- b. entretiens dirigés; entretiens non dirigés.

3. Analyser les facteurs qui peuvent rendre difficile l'acceptation de la planification familiale.

Objectifs du cours

Contenu de l'enseignement

Moyens et méthodes utilisés en Education Sanitaire.

Le rôle du Conseil de la Sage-femme en matière de planification familiale.

Les jeunes et la contraception

Information sexuelles des adolescents.

Les techniques d'enquêtes utilisées en sociologie.

Les méthodes d'approche des individus.

La présentation des idées dynamiques du groupe.

Discipline

Education Sanitaire

Pédagogie

Psychologie

Sociologie

Santé Publique

Education Sanitaire

Pédagogie

Objectifs spécifiques

4. Identifier les facteurs qui facilitent l'acceptation de la planification familiale.

5. Se mettre en "situation" et s'identifier aux individus pour essayer de trouver des solutions.

- psycho-drame
- socio-drame.

6. Préparer des affiches qui fassent saisir rapidement la structure des organes génitaux.

7. Préparer un cours en termes très simples expliquant l'anatomie et le fonctionnement des organes génitaux.

8. Préparer une émission radio.

9. Expliquer les différentes méthodes de contraception.

10. Expliquer l'acceptabilité, les contre-indications, les avantages de chacune de ces méthodes.

11. Faire une liste de questions susceptibles d'être posées et discuter en groupe des différents types de réponses à y apporter.

Objectifs du cours

IV. Faire acquérir à l'élève une connaissance théorique et pratique suffisante de la pathologie générale et gynécologique pour qu'elle puisse comprendre son incidence sur la fécondité et la stérilité. Elle sera alors en mesure d'apporter une aide efficace en ce qui concerne la santé familiale.

Contenu de l'enseignement

Les différents examens pratiques en gynécologie.

- a. Examen pelvien (TV + palper)
- b. Examen des seins
- c. Examen au spéculum
- d. les examens radiologiques
- e. radio pelvimétrie
- f. hystéro salpingographie

Les examens endoscopiques

- a. colposcopie
- b. caelioscopie

Les prélèvements en gynécologie

- a. la biopsie du col
- b. la biopsie d'endomètre
- c. les frottis vaginaux.

Discipline

Obstétrique

Gynécologie

Soins infirmiers

(Report)

Obstétrique

Gynécologie

Objectifs spécifiques

12. Proposer des méthodes qui ne heurtent pas les croyances et l'éthique personnelle des individus ou du groupe.

13. Donner des informations suffisamment claires pour que les individus puissent choisir librement en toute connaissance de cause la méthode de leur choix.

14. Prendre en considération les connaissances en planning familial.

1. Décrire les différents examens cliniques et para-cliniques pratiqués en gynécologie.

2. Expliquer l'utilité et la nécessité des différents prélèvements.

3. Expliquer les conditions de chaque prélèvement.

4. Faire une interprétation sommaire des résultats.

5. Pratiquer un examen pelvien et des seins.

6. Analyser les causes de la stérilité involontaire.

7. Recueillir une histoire médicale correcte et complète qui puisse aider

Objectifs du cours

Contenu de l'enseignement

La stérilité involontaire

- a. stérilité masculine
- b. stérilité féminine

La stérilité volontaire

- a. la contraception
- b. moyens et méthodes utilisés
 - moyens mécaniques
 - moyens hormonaux
 - moyens chirurgicaux
 - autres moyens

Indications et contre-indications des différents moyens.

L'avortement provoqué

- Statistiques mondiales et africaines
- réglementation des tests de grossesse
- Répression de l'avortement provoqué
- Evolution de la législation

Réglementation de la vente des contraceptifs.

Discipline

Soins infirmiers

Législation et déontologie

– cours spécial de planning familial

Objectifs spécifiques

au diagnostic et au traitement.

8. Définir le mode d'action des différents moyens de contraception et discuter leurs répercussions dans l'immédiat et à long terme.

9. Décrire les accidents consécutifs à l'avortement provoqué clandestin et faire la liste des méthodes traditionnelles.

10. Prendre les mesures et ajuster un diaphragme.

11. Pratiquer l'insertion d'un stérilet.

12. Evaluer le risque maternel et foetal.

Objectifs du cours**Contenu de l'enseignement****Discipline****Objectifs spécifiques**

La notion de grossesse à haut risque.

Les indications médicales de la contraception.

**INTEGRATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS
LES PROGRAMMES DE FORMATION DES
SAGES-FEMMES DE TOUTES CATEGORIES**

Docteur Robert Castadot
Expert en Formation - Population Council - New York

DEFINITIONS:

Que faut-il intégrer?

a. *Le savoir*: c'est-à-dire un certain nombre de connaissances se rapportant à la sexualité des individus, à leur fécondité, à la pathologie médicale et sociale résultant de cette fécondité ou de l'absence de fécondité, c'est-à-dire de la stérilité, aux moyens de prévention des grossesses non désirées et de la stérilité et enfin aux traitements de l'excès de fertilité et de la stérilité.

b. *Le savoir faire*: c'est-à-dire un ensemble de techniques que l'élève doit apprendre à maîtriser pour pouvoir appliquer aux individus et aux collectivités les connaissances qu'il a acquises.

c. *Le savoir-être*: C'est le comportement que l'élève doit acquérir après sa formation pour lui permettre de faire bénéficier efficacement la population qu'il sert, des techniques qu'il a acquises.

Pourquoi toutes ces catégories?

Le principal problème auquel les responsables de la santé doivent faire face résulte de la contradiction essentielle qui existe entre les deux propositions suivantes:

"faire le mieux possible"

et "faire le plus possible"

Cette opposition entre quantité et qualité résulte de ce que la société ne peut pas ou ne veut pas fournir aux services de santé des moyens suffisants pour que nos connaissances médicales puissent être appliquées à la fois qualitativement et quantitativement pour produire les meilleurs résultats possibles.

La philosophie des "îlots d'excellence" où la meilleure médecine est pratiquée par du personnel hautement spécialisé, a comme corrolaire l'existence d'océan de médiocrité, où les populations ne bénéficient pas du minimum de ce que la technique à une époque comme la notre où le sens de la responsabilité sociale est en développement constant. Pour que la totalité des populations puissent bénéficier de l'application des techniques médicales il faut recruter des élèves d'un niveau de formation préalable qui soit abondant, il faut former rapidement beaucoup de techniciens avec un budget forcément limité mis à votre disposition par l'Etat ou toute autre collectivité. L'équation à résoudre est la suivante: avec un budget déterminé comment fournir à toute la population d'un pays une protection maternelle et infantile qui permette d'assurer la santé du maximum de mères et d'enfants dans

des délais relativement courts (5-10 ans). L'alternative étant d'investir ce même budget dans la formation d'un nombre limité de cadres plus qualifiés, qui exigeront pour pouvoir fonctionner, une infrastructure beaucoup plus complexe, donc plus coûteuse pour la collectivité et qui vu leur niveau d'éducation auront tendance à rester en milieu urbain où ils ne serviront finalement qu'une minorité de la population. Cette équation vous devrez la résoudre différemment dans chaque pays en tenant compte d'un certain nombre de caractéristiques locales et des besoins locaux: nombre de naissances par an (40 à 50 000 naissances par an et par milieu d'habitants), nombre et répartition des médecins et sages-femmes déjà en fonction, nombre annuel d'élèves qui sortent des écoles de Sages-Femmes, nombre et proportion des jeunes filles qui, ayant passé le brevet, choisissent des études de sages-femmes, et enfin une estimation du pourcentage qui s'établira dans le secteur rural. Je suis convaincu que de cette analyse, ressortira le besoin de différentes catégories d'accoucheuses. L'une peut être une brevetée ou une bachelière qui s'engagera dans des études longues (3 ans) et qui jouera un rôle clef de supervision, d'enseignement, de recherche et de soins spécialisés. Une autre peut être une élève qui n'a reçu qu'une partie de l'enseignement secondaire du premier cycle et qui reçoit une formation mixte d'infirmière obstétricale en deux ans.

Enfin une troisième catégorie est l'auxiliaire obstétricale ou l'auxiliaire de PMI qui, après le certificat d'études primaires, peut être formée en un an pour appliquer des techniques simples (accouchement antalgique de multipares, vaccination, pesées de l'enfant, visites domiciliaires, réapprovisionnement en contraceptifs) sous le contrôle de la sage-femme et du médecin. Dans certains endroits il sera sans doute nécessaire de former l'accoucheuse traditionnelle, de lui apprendre un minimum d'hygiène et de l'intégrer sous la supervision de la santé publique.

PLANIFIER L'INTEGRATION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

I. Choisir ses objectifs:

Pour tout enseignement il importe de définir les objectifs à atteindre. Du choix des objectifs dépendra le contenu de l'enseignement tant en ce qui concerne les connaissances, que les techniques ou que les comportements. Enfin, du choix des objectifs dépendra les critères d'évaluation de cet enseignement. Pour déterminer les objectifs vous devez prendre en considération les facteurs suivants:

a. la politique de santé du pays et en particulier sa politique vis-à-vis de la régulation des naissances:

- politique d'intégration ou de spécialisation?
- si intégration . . . intégration à quoi? à la PMI ou à tous les services de santé?
- intégration à quel niveau? Ministère, Province, hôpital, Centre de santé ou dispensaire
- légalisation et disponibilité de l'avortement
- degré de priorité de la planification parmi les programmes de santé

b. le type de personnel à former

- plus le niveau d'entrée sera bas et la durée de l'enseignement court, plus

il faudra donner la priorité aux techniques et aux comportements par rapport aux connaissances.

c. les tâches qu'on veut confier à ce personnel:

- insertions de DIU ou simplement contrôle?
- prescription des contraceptifs oraux ou seulement réapprovisionnement?
- distribution de contraceptifs traditionnels?
- éducation de la population en matière de planification familiale?
- triage et histoire des couples stériles?

d. les conditions de travail du personnel:

- en ville ou milieu rural
- en milieu hospitalier ou au centre de santé ou à domicile
- dans quelle langue devra-t-il s'exprimer et quelles couches sociales devra-t-il atteindre.

e. le niveau auquel le personnel devra travailler:

- devra-t-il travailler comme "praticienne généraliste" et alors ses tâches seront surtout l'information et l'éducation
- comme "clinicienne" elle devra dans ce cas maîtriser les techniques du planning
- comme "surveillante et administrateur" elle devra connaître, outre les techniques, l'administration d'un programme, son évaluation et la supervision du personnel

II. Les Enseignants:

L'enseignement est l'élément sur lequel repose en très grande partie le succès de tout processus éducatif. Il conditionnera par ses attitudes personnelles la motivation de ses élèves. Il faut toutefois se souvenir que l'éducateur est aussi un être humain avec ses opinions, ses idées préconçues, ses attitudes et ses valeurs auxquelles il est attaché.

En traitant son sujet il influencera ses élèves dans l'interprétation des faits et leur communiquera ses attitudes par exemple le DIU est mauvais car il présente 3% d'échec ou au contraire il est excellent car il protège à 99%.

Il importe donc que l'éducateur soit libéré de tout conflit intérieur et soit objectif. De plus il importe que l'enseignant se familiarise avec le milieu dans lequel l'élève travaillera plus tard et surtout avec les besoins des populations locales. Enfin, l'éducateur devra toujours rester en liaison permanente avec les utilisateurs de son produit c'est-à-dire l'administration de la santé et les populations desservies.

III. Selection des élèves

L'enseignement devra répondre au niveau de formation et aux qualités des élèves. On distingue généralement trois catégories qui requièrent des enseignements différents et un niveau d'éducation différent:

- a. le personnel auxiliaire, qui devra être formé pour des techniques simples et limitées, qu'il remplira sous la supervision de la sage-femme, de l'infirmier ou du médecin.
- b. le personnel paramédical, qui est à côté du médecin et donne des soins qui varieront selon son jugement, a des responsabilités et par son esprit d'initiative adapte ses soins à diverses situations.
- c. le personnel spécialisé, qui reçoit un enseignement supérieur pour lui permettre d'assumer des responsabilités d'organisation clinique, d'administration, d'évaluation, d'enseignement ou de recherche.

Il faudra analyser l'origine socio-culturelle de l'élève, lui permettre en particulier de verbaliser les pressions que son milieu exerce: par exemple soumission aux personnes âgées souvent réfractaires aux changements des idées, ou encore attitude vis-à-vis des droits de la femme, de la sexualité et de la planification familiale.

De même il importe de n'exiger que le niveau d'éducation préalable suffisant pour la formation. Un auxiliaire n'a besoin que du certificat d'études, un paramédical nécessitera une éducation secondaire plus ou moins complète suivant le développement de l'éducation nationale dans son pays.

IV. Contenu de l'enseignement

Cet enseignement dépendra des objectifs choisis et par conséquent devra varier de pays à pays pour répondre aux besoins locaux. On ne peut donc pas fournir un système qui soit valable partout. Que l'enseignement de la planification familiale soit fait comme un cours spécial ou intégré aux autres enseignements, il devra:

- 1. fournir des connaissances suffisantes
- 2. transmettre une formation psycho-technique
- 3. développer des attitudes

1. Les connaissances

Suivant le niveau de formation choisi, l'enseignement sera plus ou moins poussé dans les aspects suivants:

- a. anatomie et physiologie de la reproduction, stérilité
- b. la sexualité
- c. l'épidémiologie des populations: mortalité, natalité et en particulier mortalité maternelle, péri-natale et infantile, mesures de morbidité
- d. rôle de la planification familiale sur la santé de la famille, ex.: retentissement de l'intervalle entre les grossesses sur la mortalité morbidité de la mère et de l'enfant, excès de mortalité et de morbidité chez la mère de moins de 18 ans et de plus de 30 ans.
- e. organisation des programmes de P.F.
- f. méthodes contraceptives: avantages, inconvénients, efficacité, causes d'échec — stérilisation et avortement
- g. techniques d'éducation et d'information en matière de planification familiale

- h. les obstacles à la pratique de la planification en particulier la législation, les aspects culturels, religieux, socio-économiques, l'attitude des hommes
- i. rôle à jouer dans le recrutement, la prise en charge et le traitement d'éventuelles complications

L'intégration de ces sujets peut se faire dans les branches générales correspondantes par exemple:

- la reproduction, la fertilité et la stérilité dans les sciences de base et la pathologie
- les méthodes contraceptives en obstétrique/gynécologie
- la psychologie, la sociologie et les statistiques de la planification peuvent être enseignées en médecine sociale, en hygiène ou en médecine des collectivités.

2. *Les aptitudes*

La formation psycho-motrice comprend l'enseignement de techniques pour résoudre certains problèmes:

- a. techniques de communication qui rendent l'élève apte à comprendre les problèmes et à communiquer des solutions
- b. techniques cliniques qui comprendront pour le personnel paramédical
 - l'insertion et le retrait des DIU
 - la sélection des clientes et la prescription de contraceptifs
 - la pose de diaphragmes
 - le frottis de papanicolaou
 - le diagnostic des complications en vue de les référer aux médecins

Pour le personnel auxiliaire

- le réapprovisionnement en contraceptifs oraux ou autres
- le triage des utilisatrices
- la surveillance des complications et des plaintes
- la visite à domicile

3. *Les attitudes*

Le but de l'enseignement sera de développer la sensibilité de l'élève et sa compréhension vis-à-vis d'autrui. En particulier l'enseignement visera à:

- a. la compréhension des besoins physiques, psychologiques et sociaux de chaque individu
- b. développer la sensibilité au respect et à la dignité d'autrui
- c. prendre conscience de ses propres réactions vis-à-vis de la sexualité et des méthodes de planification qu'elle emploie
- d. être consciente de ses capacités mais aussi de ses limites

v. Les Méthodes

Dans la mesure du possible l'enseignement doit être dynamique, inclure une large participation de l'élève et faire appel à la réflexion et au jugement plus qu'à la mémoire.

Bien sûr le cours traditionnel, les questionnaires, les démonstrations pratiques, les rapports et étude de cas, gardent un rôle important tant qu'il y aura pénurie d'enseignants formés aux méthodes pédagogiques actives et de matériel audiovisuels. Mais il faut citer l'importance d'autres techniques:

1. Discussions de groupe où chacun exprime son point de vue, prend conscience de ses sentiments et surmonte ses réticences. Cette technique est fort importante pour aider les élèves à réfléchir aux problèmes et à y apporter des solutions qui marqueront leur façon de penser et leur comportement.
2. Les jeux de rôle ou la simulation qui mettent l'élève dans une situation semblable à celles qu'elle rencontrera dans son travail.
3. L'enseignement programmé qui assure une couverture complète du sujet et une progression au rythme propre de chaque élève, particulièrement utile là où il manque des enseignants.
4. Le stage de formation pratique qui doit bénéficier à l'élève et pas à l'établissement qui cherche une main d'oeuvre gratuite. C'est le premier contact avec la vie réelle où on apprend à voir, à comprendre, à appliquer ses techniques, à enregistrer les résultats et surtout à dialoguer avec les patientes.

Le stage de visite domiciliaire est particulièrement important pour comprendre les problèmes de la famille, les facteurs qui influencent l'adoption de la planification et sa pratique.

VI. Evaluation

C'est un processus permanent qui débute avec la formation, se poursuit pendant les cours et continue après l'enseignement quand l'élève pratique. Elle doit être objective, et doit employer des tests valides et fiables. L'enseignement a pour but de modifier l'élève dans le domaine cognitif (nouvelles connaissances), psychomoteur (les techniques) et affectif (comportement). L'évaluation doit permettre de mesurer ces types de changements:

- a. connaissances: interrogations, compte-rendu de stage, etc . . .
- b. techniques: observations de l'élève pendant les stages et les démonstrations
- c. comportements: observation des comportements individuels et en groupe

Les élèves doivent connaître les buts et critères d'évaluation et connaître leurs résultats. L'évaluation de l'élève entraîne l'évaluation de l'enseignement.

CONCLUSION

L'intégration de la planification familiale dans les programmes d'enseignements de toutes les catégories de sages-femmes est nécessaire afin de permettre une promotion efficace de la santé de la mère et de l'enfant. Elle peut être réalisée si toutes les parties en cause . . . enseignants, administrateurs et consommateurs réalisent que la santé de la femme n'est pas complète ni du point de vue absence de pathologie, ni du point de vue psychologique ou social tant qu'elle n'a pas acquis le contrôle de sa fécondité.

**LA SAGE-FEMME EN SANTE FAMILIALE
A PROPOS DE L'EVOLUTION NECESSAIRE DE SON ROLE
ET DE SA FORMATION**

**Dr. Jean Martin
Chargé d'Enseignement de Santé Maternelle et Infantile
Université de Caroline du Nord**

et

**Représentant du Projet des Centres Africain
d'Enseignement des Sciences de la Santé
Centre Universitaire des Sciences de la Santé
YAOUNDE, Cameroun**

Qu'on me permette tout d'abord de faire une remarque liminaire sur les termes "Santé Familiale" et "Planification Familiale", qui tous deux ont beaucoup été utilisés durant ce séminaire. J'aimerais dire que je crois fort important d'éviter qu'une confusion dans les esprits puisse s'établir à leur propos, d'éviter surtout qu'ils soient utilisés indifféremment l'un pour l'autre. Reconnaissons que, pour "Monsieur Tout-le-Monde" et dans l'usage courant actuellement, planification familiale signifie essentiellement régulation, ou harmonisation de la fécondité, à savoir lutte contre l'infécondité d'une part, et espacement des naissances, ou même limitation des naissances, d'autre part.

Le concept de santé familiale (surtout popularisé par l'OMS) est, comme cela a été dit abondamment ici, beaucoup plus large, et considère le bien-être accru des différents membres de la famille, tout en mettant l'accent sur un certain nombre de priorités: soins aux femmes enceintes et aux mères, soins aux enfants, éducation et réhabilitation nutritionnelle, éducation sanitaire en général, prévention et traitement des maladies transmissibles, y compris vaccinations, amélioration de l'hygiène de l'environnement, sont les têtes de chapitre de la santé familiale. Nous sommes tous d'accord pour dire que la planification familiale est une partie intégrante de la santé familiale, en est une partie essentielle, mais ce n'en est qu'une partie.

A ce sujet, je pense, comme certains l'ont noté, que le titre général du séminaire peut prêter à confusion: ce titre parle de services de la santé familiale intégrés aux structures de P.M.I., quand en fait la P.M.I. fait partie de la santé familiale.

Ceci dit, que j'en vienne aux quelques remarques que j'aimerais faire sur la formation (formation de base et formation continue) de la sage-femme pour les soins de santé familiale, y compris planification familiale. Ces remarques sont basées sur ce que j'ai pu voir au cours des six dernières années, en Amérique Latine, en Asie Méridionale et en Afrique. Mon intérêt majeur au cours de cette période a été les prestations de sante familiale "de base" spécialement en périphérie, dans les régions rurales. Il a été rappelé au cours de ce séminaire, que les populations de ces régions sont les plus démunies du point de vue medico-sanitaire, et tout le monde est d'accord pour dire que les services de sante devraient mettre carrement l'accent sur les prestations en zone rurale (même si la pratique ne correspond pas toujours

au souhait ainsi exprime).

Considérant donc la sage-femme et son rôle dans une optique de soins de santé familiale primordiaux à la périphérie, dans l'optique de ce qu'on appelle maintenant médecin communautaire, nous sommes amenés, à définir des objectifs, et à les définir dans la mesure du possible en terme de comportement. Dans cette optique, pour quoi, à quoi, voulons-nous former la sage-femme?

Il est indiqué ici de reprendre un élément important qui s'est dégagé au cours des discussions des jours derniers: Plusieurs orateurs et participants ont souligné qu'il était nécessaire d'élargir le rôle de la sage-femme, d'en faire un agent plus polyvalent. Quand on connaît comme vous tous les connaissez, les conditions médico-sanitaires et l'environnement en général, dans les zones rurales spécialement, dans le Tiers-Monde, il n'est plus possible d'accepter que le rôle de la sage-femme soit réduit, comme en Europe par exemple, essentiellement à la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Si la sage-femme veut réellement avoir une action positive efficace sur les grossesses et les accouchements dont elle à s'occuper, et sur les enfants qui en sont issus, elle doit étendre son champ d'action. Qu'on me permette ici d'ores et déjà, et en toute humilité, de répondre aux remarques qui seront peut-être faites qu'un tel "Elargissement" va signifier une diminution des qualités proprement obstétricales de la sage-femme, qui aurait des notions dans un domaine plus large, mais ne serait vraiment bien formée dans aucun domaine. Il faut certainement tenir compte de cette possibilité. Cependant, soulignons que formation plus étendue ne veut pas forcément dire formation "diluée". La polyvalence recherchée est relative, elle doit correspondre dans chaque domaine à des objectifs précis et limités, objectifs sur la connaissance des actes d'importance majeure que la sage-femme est, ou devrait être en mesure d'accomplir. Par ailleurs, sommes-nous bien persuadés que tout ce qui constitue les programmes actuels est d'utilité indiscutable, et que certains éléments ne pourraient pas être omis ou abrégés pour faire place à d'autres plus importants en pratique?

J'aimerais maintenant me référer aux résultats de programmes-pilotes de prestations de soins de santé familiale par des infirmières-sages-femmes dans des sociétés en voie de développement (voir les références bibliographiques). En Afrique par exemple, l'Institut de Santé de l'Enfant de l'Université de Lagos, au Nigeria (dirigé par le Professeur O. Ransome-KUTI, Chef de Service de Pédiatrie), a lancé un programme de formation d'infirmières de santé familiale (Family Health Nurses).

- x Dans ce qui suit, nous emploierons le terme d'infirmière-sage-femme, tout en nous rendant compte qu'il ne correspond pas à la situation actuelle dans les pays dont les systèmes de formation de personnel de santé ont été influencés par le modèle français (où sages-femmes et infirmiers/ères sont des agents dont les fonctions — et les écoles sont séparées). Nous pensons dans cette discussion par conséquent, à une évolution vers l'infirmière-sage-femme telle qu'on la connaît dans les systèmes britannique, allemand, ou suisse, par exemple, tout en nous attachant particulièrement à ce que devrait être le "profil" d'un tel agent dans les pays en voie de développement.

Ces infirmières-sages-femmes, sorties d'écoles "Traditionnelles" qui les préparent surtout pour une activité hospitalière, et pas assez pour un travail dans la collectivité, passent par une période de formation complémentaire de 4 1/2 mois, dont les composantes majeures sont l'obstétrique et gynécologie, le contrôle périodique des enfants et les soins courants aux enfants malades, la planification familiale, et la santé communautaire/Santé publique.

L'enseignement qu'elles reçoivent déborde le cadre conventionnel des fonctions des infirmières-sages-femmes, et il s'ensuit qu'un tel programme est susceptible d'être frappé d'anathème par certains dans la mesure où il pourrait être vu comme cherchant à faire des sages-femmes des "mini-docteurs". Il est vrai qu'il s'agit là d'une question délicate, et qu'il faut considérer très sérieusement les problèmes qu'elle peut poser. Cependant, le Professeur RANSOME-KUTI et son équipe à LAGOS, et d'autres ailleurs, ont voulu laisser à eux-mêmes pour un moment les dogmes académiques, et ont voulu tester réellement, pratiquement, la possibilité pour des infirmières-sages-femmes d'être des "producteurs" compétents de soins de santé maternelle et infantile (jusqu'à un certain niveau). Les raisons qui les ont poussé à la faire, comme vous pouvez l'imaginer aisément, sont l'énormité des besoins non satisfaits, le manque de médecins, spécialement en zones défavorisées (bidonvilles et zones rurales), et peut-être surtout le fait que, en pratique et quotidiennement, on demande à des infirmières et des sages-femmes d'accomplir des actes de médecin, de remplir des fonctions de médecin, sans les y avoir préparées, et sans accepter de les y préparer parce qu'elles ne sont pas sensées de remplir ces fonctions.

Vous connaissez comme moi la réputation de l'Université de LAGOS, qui est garante du fait que la formation et l'encadrement de ces infirmières-sages-femmes de santé familiale répond à des standards stricts. De plus, si ce programme lancé il y a quelques années a été maintenu, et s'il est actuellement étendu à d'autres Etats de la Fédération Nigérienne, c'est que l'amélioration de la santé maternelle et infantile des populations ainsi servies est claire, et que ces agents de santé ne font pas courir de risques accrus à leurs patients. C'est le moment aussi de souligner que ces infirmières-sages-femmes bénéficient de façon régulière de la supervision, de l'encouragement, et de l'assistance de médecins, auxquels elles peuvent référer en tout temps les cas qui dépassent leurs compétences. Il est clair qu'une telle collaboration médecins-infirmières-sages-femmes est une condition sine qua non de la marche du système.

Des programmes similaires à celui de l'Institut de Santé de l'Enfant de LAGOS ont été entrepris récemment, ou sont prévus, dans divers pays, aussi bien en voie de développement qu'industrialisés (ainsi, on sait que les infirmières praticiennes de pédiatrie (pediatric Nurse Practitioner) que l'on forme aux Etats-Unis rendent de grands services). D'une manière générale, à quels actes médico-sanitaires "supplémentaires" des infirmières-sages-femmes de santé familiale seront-elles formées? Laissez-moi citer les plus importants d'entre eux:

Obstétrique:

- Formation approfondie dans la détection des 'grossesses à haut risque', tant au vu de l'histoire obstétricale antérieure de la patiente qu'au vu de l'histoire de la grossesse actuelle et de certaines caractéristiques

importantes (comme la taille).

- Contrôle de la grossesse normale, et connaissance approfondie des signes nécessitant la consultation ou l'intervention du médecin.
- Education sanitaire des femmes enceintes, notamment sur le plan de la nutrition. Aussi, lorsque cela est nécessaire, conseils précis et pratiques quant aux préparatifs nécessaires s'il est probable que la patiente accouchera à domicile (dans certains pays, les infrastructures existantes ne permettent pas d'accoucher en hôpital, les femmes ayant eu des grossesses normales – c'est spécialement le cas dans les zones rurales).
- Conduite de l'accouchement normal (y compris épisiotomie et suture). Une certaine pratique de pathologie obstétricale (siège, jumeaux, forceps bas, ventouse, délivrance artificielle). Traitement d'urgence de certaines complications (en attendant le médecin).
- Réanimation du nouveau-né, réanimation de la mère.
- Contrôle de femmes dans la période postpartum, en insistant tout particulièrement sur l'importance d'assurer l'établissement de l'allaitement au sein dans de bonnes conditions, et son maintien.
- Education sanitaire en rapport avec les soins du nourrisson au cours des premiers mois, son régime alimentaire, les pratiques traditionnelles (ne pas contrecarrer celles qui sont bénéfiques ou sans importance, expliquer pourquoi d'autres sont nuisibles) et, en cas de besoins, sur l'espacement souhaitable des grossesses.
- Encadrement et collaboration avec les accoucheuses traditionnelles (matrones).

GYNECOLOGIE

- Pratique de l'examen gynécologique (toucher bimanuel et examen au spéculum), permettant dans la plupart des cas de déterminer si l'on est en présence d'un status normal ou d'un status suspect d'être pathologique (qui est alors adressé au médecin).
- Curage digital.
- Capacité de donner des conseils adéquats dans les cas d'affections gynécologiques les plus courantes (infections notamment).

b. Planification Familiale

- Capacité d'informer et de conseiller les couples sur les divers aspects de la planification familiale.
- Capacité de faire une étude anamnétique préliminaire ("débroussaillage") de cas d'infécondité ou de sous-fécondité qui se présentent à la consulta-

tion, et aptitude à éliminer certaines causes évidentes (on voit des "stérilités" sur non-cohabitation). Capacité de donner des conseils généraux (moment du cycle où la fécondabilité est maximum, etc . . .). Renvoi des cas "vrais" au médecin.

- Connaissance des méthodes contraceptives couramment utilisées dans le pays, de leurs indications et contre-indications.

Ceci inclut:

- Méthode du rythme (du calendrier)

Préservatif masculin (il n'est parfois pas inutile de donner des indications précises sur son emploi).

- Contraceptifs oraux: Des études en nombre croissant montrent que ceux-ci peuvent être prescrits par des agents sanitaires non-médecins si toutes les réponses données par la patiente à une série déterminée de questions (se rapportant aux facteurs favorisant les complications) sont négatives. On peut aussi rappeler ici que, statistiquement, le risque couru par une femme en prenant des contraceptifs oraux est 20 à 100 fois moins élevé que celui encouru lors d'une grossesse "moyenne" (taux de mortalité sur contraceptifs oraux: 3-6 pour 100.000 années-femmes. Taux de mortalité de la gravido-puerpéralité: 100-300 et plus pour 100.000 grossesses dans la plupart des pays non industrialisés).
- Pratique du toucher bimanuel et examen au spéculum (voir plus haut).
- Dispositifs intra-utérins: dans un certain nombre de pays, des sages-femmes ayant reçu une formation complémentaire posent l'indication et insèrent les DIU (surtout la boucle de Lippes). Les quelques études qui ont été faites montrent que, généralement, les résultats de l'introduction par des sages-femmes sont aussi bons que ceux obtenus par des médecins. Cependant, il apparaît maintenant dans plusieurs pays (d'Asie notamment) que les contraceptifs oraux (suivant la méthode mentionnée ci-dessus) sont en fait de maniement plus facile par des non-médecins.
- Stérilisation: Aptitude à donner aux couples intéressés une information et une éducation adéquate quant à cette méthode (stérilisation masculine ou féminine).
- Contrôles périodiques des femmes pratiquant une méthode contraceptive. Aptitude à distinguer les effets annexes indésirables mineurs et courants des effets secondaires sérieux nécessitant l'attention du médecin. Aptitude à donner des conseils adéquats à ce sujet (observation, essai thérapeutique dans les cas mineurs, renvoi au médecin dans les cas sérieux).

Contrôle Périodique des Enfants et soins Courants aux Enfants Malades:

Cette partie de l'activité de l'infirmière-sage-femme de santé familiale est de plus en plus reconnue comme essentielle. Son importance, et les effets remarquables

qu'elle peut produire, ont été démontrés notamment par la longue expérience, très bien documentée, de David MORLEY et de son équipe, à ILESHA, dans l'Etat Occidental du Nigéria. Leur philosophie et leur expérience pratique des "consultations des moins de cinq ans" (under-five clinics) ont acquis une large audience dans le monde entier (y compris l'emploi systématique de la "Courbe de Poids et de Croissance" des enfants).

Les contrôleurs réguliers des enfants, surtout pendant les trois premières années de vie, permettent une action de longue haleine en ce qui concerne une meilleure nutrition (et la prévention ou la réhabilitation de la malnutrition, les vaccinations, les conseils d'hygiène, le traitement des affections courantes (parasitoses, affections respiratoires et gastro-intestinales, maladies de peau, etc . . .) et ont, on peut le dire, accompli des miracles là où ils ont été instaurés.

Beaucoup de spécialistes de P.M.I. pensent donc qu'il est extrêmement souhaitable que des infirmières-sages-femmes de santé familiale reçoivent une formation pratique appropriée sur la croissance et le développement normal de l'enfant jusqu'à cinq ans, et sur la reconnaissance et les thérapeutiques simples des affections courantes (y compris notion d'enfant à haut risque). Une fois encore, l'idée n'est pas de faire d'elles des médecins au rabais, mais de répondre aux besoins les plus importants là où ils existent. Rappelons-nous que, ainsi que le dit un de mes anciens collègues OMS: "Avec cinq types de médicaments (qui seraient les anti-paludiques, les sulfamidés, etc . . .) et cinq types de vaccinations, même un auxiliaire de santé peut faire beaucoup plus à l'heure qu'il est qu'un professeur de médecine il y a quarante ans".

Parlant des soins aux enfants dans le cadre de la santé familiale, permettez-moi de signaler que, dans de nombreux pays du monde, aussi bien industrialisés que en voie de développement, les pédiatres ont été ceux qui ont mis l'accent de la façon la plus claire et la plus précoce sur la contribution que peut apporter la planification familiale bien comprise à l'amélioration de la santé infantile. Qu'ils l'aient noté parmi les premiers, découle de la vocation marquée de type médecine sociale qui est celle de leur discipline. Et je crois que l'on doit noter ici que nombreux sont les pédiatres, praticiens et enseignants universitaires, en Afrique et ailleurs, qui seraient en désaccord sérieux avec l'opinion exprimée il y a deux jours ici que la planification familiale ne peut être d'un secours réel à la pédiatrie, et que le pédiatre n'a pas à être concerné par la planification familiale.

d. Santé Publique – Santé Communautaire

Il n'est pas nécessaire que j'insiste beaucoup devant cet auditoire sur le fait qu'une approche nouvelle de la communauté par les agents médico-sanitaires est un des éléments essentiels de l'adaptation des services à la réalité africaine (au latino-américaine, ou asiatique) que vous, leaders dans le domaine de la santé, voulez accomplir. C'est devenu un cliché que de souligner que les modèles de services médico-sanitaires importés (surtout d'inspiration française et britannique en ce qui concerne le continent africain) sont inappropriés. L'idée s'est imposée que, en fait, le patient que nous devons considérer, c'est la collectivité, plutôt que tel ou tel individu isolé. On a reconnu qu'être agent de santé (quel qu'il ou elle soit), ce n'est pas s'occuper simplement de ceux qui tapent à votre porte, comme dans la tradition européenne, mais c'est après avoir posé le diagnostic médico-sanitaire de la collec-

tivité ("community diagnosis" des Anglo-Saxons), aller à la population, là où elle habite, et s'adresser aux problèmes de santé prioritaires dont elle souffre.

Dans cet ordre d'idées, on doit saluer la création de Facultés de médecine, et d'écoles d'infirmières et sages-femmes qui se veulent "sans murs", qui veulent que leurs étudiants apprennent leur métier, non seulement dans le milieu relativement artificiel qu'est l'hôpital, mais aussi dans les centres de santé, dans les dispensaires, et dans les maisons des patients. Et c'est seulement à ce moment-là, à vrai dire, que l'on pourra réellement parler de santé familiale.

- En Afrique, qu'on me permette de mentionner par exemple, en plus du Professeur Ransome-Kuti déjà cité, les Professeurs J.M. MUNGAI et N.O. BWIBO, Nairobi, le Dr. GLADYS E. Martin, à Yaoundé, le Dr. Mohamed I.A. Omer, à Khartoum, et le Dr. Demissie HABTE, à Addis Ababa. De nombreux pédiatres connus d'Amérique Latine et d'Asie ont le même souci.

En termes pratiques, et en ce qui concerne la formation, cette approche demandera qu'on donne aux infirmières-sages-femmes un bagage suffisant dans les domaines suivants:

- Education sanitaire, comme cela a été souligné maintes fois ici (y compris éducation sexuelle).
- Communication interpersonnelle (y compris importance de l'accueil et dynamique de groupe).
- Pratique de la visite à domicile (itinérance). La visite périodique à domicile est apparue comme un des "outils" essentiels des services de santé, efficaces dans de nombreux pays. Son importance découle de l'influence primordiale de l'environnement immédiat (habitation, préparation de la nourriture, installations sanitaires, etc . . .), sur l'état de santé de la famille. Soulignons que, pour avoir son effet optimum, la visite à domicile ne doit pas être un évènement exceptionnel, ou en cas d'urgence seulement, mais doit devenir une activité régulière, structurée, au cours de laquelle un certain nombre d'actions et de contrôles précis sont effectués.
- Théorie et pratique du travail en équipe (équipe de santé).
- Notions pédagogiques (pour les préparer à leurs fonctions d'enseignement, notamment l'encadrement des matrones).

Pour finir, il est important de souligner que les connaissances, attitudes et comportements "nouveaux" décrits ci-dessus devraient non seulement être incorporés dans la formation de base de la sage-femme, mais encore faire l'objet d'une formation continue régulière et bien planifiée, qui mette particulièrement en évidence les fonctions spécifiques des divers membres de l'équipe de santé, et la collaboration constante qui doit s'établir entre eux.

Je crois avoir donné les lignes de force de ce que beaucoup considèrent comme une évolution nécessaire des services de santé, dans lesquelles l'infirmière-sage-femme

est manifestement une des pièces maîtresse, si ce n'est la pièce maîtresse. Que je répète n'est pas le fruit de réflexions idéalistes personnelles, mais est un résumé des aspects essentiels d'efforts novateurs entrepris depuis quelques années, notamment au Nigéria, au Ghana, en Afrique de l'Est, en Ethiopie, en Inde (spécialement par le Rural Health Research Center, Narangwal, Punjab, crée par le Department de Santé Internationale de l'Université Johns Hopkins), en Amérique Latine, et ailleurs. Partant de ces principes généraux, il est clair qu'il incombe à chaque pays de former le personnel dont il a besoin, en fonction de ses priorités médico-sanitaires, et des objectifs assignés aux divers membres de l'équipe de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES CHOISIES:

Association des Facultés de Médecine d'Afrique. L'Enseignement et la Pratique de l'Hygiène Familiale.

Délibérations d'un Colloque tenu à l'UNIVERSITE Makerere, Kampala, Ouganda, en décembre 1971.

Barbs, T.E.C. Rural services for maternal and child health Tropical Doctor 2 - 79-84, 1972.

Bryant, John. Santé Publique et Développement — Paris: Les Editions Internationales, Tendances Actuelles, 1972.

Education Sexuelle en Afrique Tropicale. Compt-rendu d'un séminaire inter-africain tenu à Bamako, Mali, en avril 1973. Ottawa: Centre de Recherches pour le Développement International, 1973. Peut-être obtenu par le C.R.D.I., B.P. 11007, CD Annexe, Dakar, Sénégal.

L'Enfant en milieu tropical (périodique). Centre International de l'Enfance, Château de Iongchamp, Bois de Boulogne 75016 Paris.

Famille et développement (périodique), B.P. 11007, C.D. Annexe Dakar, Sénégal.

FAO. Etudions la nutrition — Méthodes d'éducation du public par Jean A.S. Ritchie. Etudes de nutrition de la FAO, No. 20, Rome, 1968.

Fendall, N.R.E. Le personnel auxiliaire de la santé publique. New York: The Population Council, 1973. Distribué par Gustave Harcourt, 15, rue Mesnil, 75116 Paris.

Forman, A.M., Fischman, S.H., and Woodwille, L. (ed.) New Horizons in Midwifery — Proceedings of the 16th Congress of the ICM. London: International Confederation of Midwives, 1973 (existe aussi en Français).

Leedam, E.J. Community Nursing Manual. Singapore: McGraw-Hill International Book Company, 1972.

Manisoff, M. Régulation des naissances — Le rôle de l'infirmière. New York: The Population Council, 1969. Distribué par Gustave Harcourt, 15 rue Mesnil,

75116 Paris.

Morley David. Paediatric Priorities in the Developing World (Post-graduate Series). London: Butterworth & Co., 1973.

O.M.S. La planification familiale et la formation des infirmières et des sages-femmes - Cahiers de santé publique, No. 53, Genève, 1974.

O.M.S. Rôle de la sage-femme dans la protection de la maternité. Série de Rapports Techniques, No. 331, Genève, 1966.

O.M.S. L'organisation et l'administration des services de santé maternelle et infantile. Série de Rapports Techniques, No. 428, Genève, 1966.

O.M.S. La planification famille et les services de santé. Série de Rapports Techniques, No. 476, Genève, 1971.

O.M.S. Santé publique et développement chez l'homme. Série de Rapports Techniques, No. 485, Genève, 1972.

Pradervand, Pierre. Introduction aux problèmes du planning familial dans le Tiers-Monde. Montreal: Editions du Centre de planning familial du Quebec, 1971.

Ransome-Kuti, O. Article dans: Akinkugbe, O.O., Olatunbosun, D. and Folayan Esan, G.J. (ed.). Priorities in National Health Planning Proceedings of an International Symposium. Ibadan: Caxton Press (West Africa) Ltd., 1973 (p. 58 - 62).

Rosenfield, A.G. Family Planning: An Expanded Role for Paramedical Personnel. Am. J. Obstet. Gynecol., 110, 1030, 1971.

Rural Health Research Center (Contributors: I.S. Uberoi et al.). Child Health Care in Rural Areas - A Manual for Auxiliary Nurse-Midwives. Rural Health Research Center, Narangwal Asia Publishing House, Bombay, 1974.

Peut être obtenu par: Asia Publishing House, Inc., 420 Lexington Avenue, New York, N.Y. 10017, U.S.A.

Williams, Cicely D., and Jelliffe, D.B. Mother and Child Health - Delivering the Services. London: Oxford University Press, 1972.

L'INTEGRATION DE LA PLANIFICATION DE LA FAMILLE DANS LA PLANIFICATION NATIONALE

Mme Deves
Juriste et Directrice de Cabinet du
Président du Conseil Economique et Social du Sénégal

La plupart des pays africains ont reconnu la nécessité de recourir à la planification comme technique d'ordonnement et d'organisation de leur développement économique et social.

Qu'elle soit souple ou autoritaire, selon le système politique de l'Etat qui la met en oeuvre, la planification économique et sociale est ressentie comme un besoin d'ordre d'une part, et comme la manifestation d'une prise en charge réelle par l'Etat qui la pratique de son total développement.

Le plan est donc la récapitulation, la somme des différentes options de développement qu'a fait un pays, et aussi des moyens qu'il entend mobiliser pour la réalisation concrète de ces options.

Il a donc une valeur indicative et incitative qui n'est pas toujours, il faut bien le dire, totalement perçue par les différents agents économiques.

Tous les pays africains, ou presque, se sont attachés dès l'indépendance, à élaborer un plan; mais ce document essentiel est bien souvent resté sans impact réel sur les citoyens. Ceci s'explique par le fait que c'est la technocratie qui conçoit, élabore et exécute ou fait exécuter le plan.

Il doit en être ainsi d'ailleurs, mais il y a une phase ultérieure de popularisation du plan qui est souvent escamotée et qui, si elle ne l'était pas, assurerait une meilleure rediffusion des options économiques et sociales, et, en définitive, une information et une participation des citoyens à leur propre développement.

La planification familiale est, quant à elle, une technique d'ordonnement de la famille dans le temps et l'espace. C'est ainsi qu'il nous semble qu'elle devrait avant tout et surtout être présentée. L'expression qui a été galvaudée et détournée de son sens réel, a désormais, pour le grand public — surtout celui de nos pays — un sens malthusien dont il lui sera difficile de se défaire.

Présentée donc, comme une technique, disons un moyen d'ordonner dans le temps la famille, la planification familiale devrait être, à bien y voir, dans un pays donné, le pivot de la planification nationale du développement économique et social.

Notre propos sera donc de montrer combien il est nécessaire, vital même, à partir du moment où l'on a opté pour une planification familiale, d'en faire la composante majeure de la planification nationale, et donc de l'intégrer à elle.

Nous verrons donc pourquoi et comment intégrer la planification familiale à la planification nationale.

Une récente et remarquable publication de l'UNICEF portant conclusions de huit études nationales menées en Mauritanie, au Mali, au Niger, en Côte d'Ivoire, au Tchad, au Togo, au Cameroun et au Gabon a été intitulée "Enfance-Jeunesse-Femmes et Plans de Développement" et a bien montré la nécessité pour les Gouvernements de reprendre, dans les différents plans, leurs grandes options quant à leurs politiques dans les secteurs aussi vitaux que ceux de l'Enfance, de la Jeunesse et de la Femme.

C'est donc bien à la définition de politiques nationales et à leur intégration effective dans les plans que l'UNICEF invite.

L'absence d'une stratégie globale dans les domaines sus-évoqués ne peut qu'entraîner répétitions et surtout chevauchements d'actions sectorielles.

Mais il nous semble surtout que c'est en fait de l'élaboration d'une politique démographique qu'il faille partir.

Mais voyons de la sorte la succession logique des actions: une politique démographique conduisant à une planification familiale qui s'intègre au plan de développement.

C'est de la définition d'une politique démographique qu'il conviendra de partir pour justifier et appliquer une politique de planification familiale.

Cette politique démographique devrait être nationale, c'est-à-dire en définitive arrêtée en fonction des objectifs de croissance du pays et être relativement peu influencée par les thèses malthusianistes que développent actuellement les pays industrialisés, pour sauvegarder leurs intérêts propres.

L'avantage donc d'une insertion ou d'une reprise par le Plan des différentes options, en particulier en matière de planification de la famille, outre qu'elle porte témoignage d'une volonté gouvernementale, elle permet d'autre part d'obtenir les concours extérieurs et de mobiliser les ressources internes à sa réalisation.

De la sorte, les autorités gouvernementales peuvent mieux appréhender et contrôler les motivations réelles des "investisseurs" actuellement très nombreux et très généreux en la matière.

Comment réaliser concrètement cette intégration au plan?

Il est certain que les techniciens (soit démographes, soit médecins ou personnel para-médical) ont un rôle essentiel à jouer au niveau des groupes techniques et des commissions de planification, nationales ou régionales.

C'est là en fait que devra être discutée, et que devra être recherchée l'adhésion, à la mise en oeuvre adéquate de l'option.

La composition des organes de planification revêt donc une importance insoupçonnée ainsi que le choix des Hommes appelés à les animer.

La question de l'intégration de la planification de la famille à la planification

du développement nous paraît avoir des interactions réciproques et complémentaires sur lesquelles ces brefs propos ont voulu attirer l'attention de tous les responsables, à quelque niveau qu'ils se trouvent, du stade de la décision.

Il est bien évident qu'outre les médecins eux-mêmes, tout le personnel paramédical, au sein duquel une place privilégiée est à réserver aux sages-femmes et infirmières obstétriciennes, a un rôle particulièrement important à jouer auprès des gouvernants pour les inciter et les convaincre à inscrire dans la planification nationale une politique démographique et de planification harmonieuse de la famille.

**L'EXPANSION DES SERVICES DE LA SANTE
MATERNELLE ET INFANTILE**

**Mlle Susan Nalder
Sage-Femme, Infirmière de Santé Publique**

**Dr. George S. Walter
Obstétricien/Dr. de Santé Publique**

**Projet de la Santé Maternelle et Infantile
de l'Université de Californie
à Santa Cruz – Dahomey**

L'expansion de la santé maternelle et infantile doit résulter d'un travail d'équipe; c'est pourquoi la rédaction de ces discussions a été réalisée par une équipe formée d'une sage-femme de la santé publique et d'un obstétricien-gynécologue, également de la santé publique. Le Dr. WALTER regrette beaucoup de n'avoir pas pu venir ici vous présenter une partie de ce discours, mais il vous adresse ses meilleurs voeux de réussite pour la conférence.

Si aujourd'hui nous demandions à chacun de vous ce qu'il vous faudrait pour étendre vos services, vous commenceriez certainement par établir une liste des choses dont vous avez besoin. "Il nous faudrait un nouveau bâtiment, plus de personnel, des instruments, des médicaments. Faute de quoi, il nous sera impossible d'étendre le service". Mais de quoi s'agit-il en fait? Tous les besoins mentionnés ne sont que des objets . . . des choses. Est-ce bien là l'essentiel d'un programme de la santé maternelle et infantile? Essayons ensemble, si vous le voulez bien, de répondre à cette question: De quoi s'agit-il quand on parle du service SMI?

Habituellement quand on parle de la SMI, on commence toujours par une statistique sur la mortalité maternelle et infantile.

Les conférenciers ont exposé en détail les risques qui prédisposent les mères et les enfants à la mort et morbidité. Ensuite vous avez étudié les propositions pour réduire ces problèmes.

Nous ne pouvons pas nous borner à parler des taux de mortalité et de la façon de les réduire. Ce qui nous intéresse c'est la santé maternelle et infantile, et l'OMS l'a définie comme "un état positif de bien-être physique, mental et social complet, et non seulement l'absence de la maladie et de l'infirmité." Le fait que l'on ne soit mort ne signifie pas nécessairement que l'on satisfasse à cette définition!

Par conséquent, il nous faut parler de plus que les statistiques sur la mortalité.

Pratiquement tous les problèmes de structure sanitaire peuvent dans nos pays se regrouper en trois catégories:

Premièrement: un environnement naturellement malsain ou rendu malsain par la société, l'économie ou la politique sanitaire.

Deuxièmement: une organisation de la santé inadéquate caractérisée par:

a. son inefficacité

- b. une distribution inéquitable de ressources déjà limitées
- c. un esprit de caste professionnelle qui empêche la formation d'équipes aptes à résoudre les problèmes
- d. le fait que l'on se préoccupe plus de soigner que de prévenir.

Troisièmement: une infrastructure de communication et de transport ne permettant pas aux patients, même informés, de prendre contact avec les services sanitaires.

Si nous acceptons la définition de la santé maternelle et infantile, exposée avant et la réalité de ces problèmes universels, comment concevons-nous alors l'expansion de la SMI?

Que signifie pour nous le mot "expansion"? Il comporte deux aspects. D'abord l'expansion qui consiste à développer le contenu des services SMI; c'est-à-dire en augmenter la qualité. Ensuite, l'expansion qui consiste à étendre le service à des personnes qui ne sont pas encore touchées par son action.

Vous l'avez étudié ensemble les premiers de conférence, vous avez constaté ce qu'il existe, et les activités essentielles qu'il faudrait ajouter.

Le second aspect du terme "expansion des services de la SMI qui consiste à étendre ces services améliorés aux personnes qui ne sont pas encore desservies. Mais, cette expansion, est-elle vraiment nécessaire? Pour cela nous vous posons cette question: A votre avis, pensez-vous que le rôle que joue actuellement votre service sanitaire corresponde exactement aux besoins de votre communauté? aux femmes? aux enfants? aux jeunes gens? aux familles?

Si non, il ne semble pas qu'il y ait de doute quant à la nécessité d'une telle expansion.

Au début de cet exposé nous avons souligné le fait que l'on a tendance à penser à des choses, à des objets, lorsque l'on parle d'extension de la SMI. Nous vous demanderons d'oublier pour le moment votre bâtiment, et votre équipement. C'est bien difficile. Que pouvons-nous donc faire avec ce que nous possédons?

Il nous faut partir de notre service sanitaire et puis, s'étendre au niveau de l'organisation qui inclura finalement la structure sanitaire toute entière.

Mais que faire et par où commencer?

1. D'abord faire le point sur votre service.

- a. Quel genre de clients fréquentent votre service?
Quels sont les principaux problèmes sanitaires?
Quels sont les principaux problèmes d'éducation sanitaire?

- b. En vous basant sur votre connaissance des problèmes de la SMI, demandez vous qui ne vient pas se faire soigner?
 - c. Quelles sont les ressources gouvernementales, privées, traditionnelles, existant dans la communauté?
Quel rôle jouent-elles ou pourraient-elles jouer dans le domaine de la SMI?
Comment pourriez-vous mieux coopérer avec ces ressources?
 - d. Quelles sont les limitations de votre service et ses possibilités? Ou ses potentialités?
 - e. De quelles sortes de fiches sanitaires disposez-vous?
Elles devraient être un instrument vous aidant à donner de meilleurs soins de la SMI, et devraient vous servir à établir les statistiques de la SMI qui sont indispensables pour établir vos programmes et vos estimations.
 - f. De quel personnel disposez-vous? Que fait-il? Ont-ils la formation nécessaire pour exécuter ce que l'on attend d'eux? Ou bien, sont-ils employés au-dessous de leurs capacités?
 - g. Quel est votre système de ravitaillement? Comment pouvez-vous l'améliorer?
2. Après avoir fait le point de service, il faut le réorganiser de façon à ce qu'il corresponde d'une part aux besoins et d'autre part aux ressources que vous avez inventoriés. Cela vous demandera:
- a. une redistribution des fonctions du personnel et l'encadrement du personnel.
 - b. des modifications dans la disposition des meubles et l'emploi des locaux.

une révision des horaires et des activités pour s'adresser aux problèmes spéciaux.
 - d. un développement du système d'orientation des patients.
 - e. la sollicitation de la coopération des ressources communautaires . . . des individus ou des agences.

la participation des praticiens traditionnels (comme les matrones, les accoucheuses, guérisseurs).
 - g. une bonne réorganisation du ravitaillement pour éviter que la famine ne soit dûe à des erreurs ou à de mauvaises évaluations de vos besoins.

La sage-femme doit se faire une autre idée de son rôle: elle ne doit plus donner uniquement des soins, mais être une coordinatrice, une éducatrice, un chef d'équipe.

C'est à vous, sage-femme, de planifier le temps qu'il vous faudra consacrer aux

soins cliniques et celui raisonnable à consacrer à la supervision, à l'enseignement sanitaire et à la coordination. Tous les jours on me dit la même chose: "je n'ai pas le temps de planifier ou encore, j'ai suffisamment de travail comme ça. La planification est un luxe." La planification n'est pas un luxe. Sans elle, on est désorganisé et on ne sait plus où l'on va.

Les compétences de la sage-femme en tant que chef d'équipe seront décisives. C'est en déléguant les responsabilités que la sage-femme pourra utiliser au maximum les capacités des membres de son équipe. Si elle essaye de tout faire par elle-même, elle limitera sévèrement l'étendue de ses activités et diminuera d'autant son efficacité et aboutira à un échec.

Quoique ces remarques soient destinées à la sage-femme en tant que chef d'équipe, elles s'adressent tout aussi bien aux autres membres de l'équipe — du médecin au planton, car on exigera que chacun apprécie, emploie et intensifie les compétences de l'autre.

La responsabilité de l'expérience du service SMI n'appartient pas uniquement au service local, mais aussi à toute l'organisation des services de santé, des services sociaux, des services de l'agriculture et de l'enseignement.

Le rôle de leader dans une telle organisation venant naturellement au Ministère de la Santé Publique. Ce leadership doit s'exprimer par:

1. une déclaration explicite des priorités de la politique des services SMI nationaux
2. les règles et les normes à respecter dans un service SMI (Standards of Practice).
3. une structure administrative qui promouvoit et pourvoit des communications efficaces.
4. un cadre de personnel chargé de la supervision des services SMI.
5. la synthèse des données démographiques et sanitaires et son emploi comme base de l'évaluation des services en fonction, ainsi que la planification des activités éventuelles.
6. un groupe coordinateur chargé de la responsabilité des activités SMI dans le sens plus large, telle que la liaison avec l'éducation et l'agriculture, les agences privées et volontaires, et les projets SMI spéciaux bilatéraux.
7. un système fonctionnel de ravitaillement des centres SMI.
8. l'inclusion des concepts de base de la santé familiale, de l'hygiène du milieu, du travail en équipe, du développement communautaire dans le programme de toutes les institutions de formation qui préparent tous les niveaux du personnel.
9. l'amélioration continue de la pratique SMI par des recyclages périodiques.

10. une formation, tant dans les écoles médicales, paramédicales que dans les cours post-universitaires, qui portera sur les principes et les pratiques de la planification, de l'organisation, de la supervision et de l'évaluation. Cette formation intéressera les sages-femmes, et les médecins qui seront affectés dans des postes où il aura la responsabilité de la SMI pour une communauté ou une région.

Ces expressions de la direction démontrent l'évident . . . l'interdépendance entre la structure au niveau local et la structure globale du Ministère de la Santé Publique. Par conséquent, l'expansion des services SMI n'incombe pas à un seul individu, ni à un groupe d'individus, mais à toute la nation. Il est évident que nous ne pouvons prétendre atteindre chaque famille. Mais celles que nous toucherons ou pourrons toucher pourront ainsi recevoir un service d'une meilleure qualité. De plus ces familles deviendront elles-mêmes des agents du changement et, ainsi étendront notre action.

Nous avons parlé aujourd'hui non des objets, du matériel, mais d'une philosophie, des attitudes et de l'organisation. Le personnel du service le moins bien équipé peut adopter une philosophie nouvelle, développer le travail en équipe et engager la communauté toute entière.

Merci pour votre attention.

LES ACCOUCHEUSES RURALES AU TOGO

Madame Naassou
Sage-Femme P.M.I. Santé Familiale – Togo

INTRODUCTION

Depuis environ une quinzaine d'années, les services du Ministère de la Santé se sont fixés un plan d'action pour une couverture totale du pays en matière d'accouchement.

Il s'agit non seulement d'atteindre toutes les femmes enceintes mais aussi d'éduquer la masse rurale, de contrôler tous les accouchements dans les différents secteurs du pays, dans le village même où s'effectue l'accouchement par une personne sous contrôle médical, de suivre régulièrement les enfants en vue d'une évacuation rapide, de prendre des mesures préventives contre les maladies spécifiques à la région et d'être en rapport très étroit avec la subdivision sanitaire et la direction générale de la santé. L'accouchement en milieu rural au Togo est assuré par trois groupes de personnes:

1. la sage-femme d'Etat dont il ne s'agira pas dans cet exposé
2. l'accoucheuse traditionnelle et
3. l'accoucheuse auxiliaire.

A. Les Accoucheuses Traditionnelles

Ce sont parfois de simples voisines ou de simples parentes qui se trouvent dans la maison pour assister la parturiente, le plus souvent ce sont des femmes d'un certain âge ayant une certaine expérience de leur métier.

— Vieilles multipares plus fréquemment, leur fonction s'est faite par expérience au contact de leur mère.

— Les activités des accoucheuses traditionnelles sont nombreuses et incontestables. Elles leur confèrent un rôle influent dans la vie des familles, des collectivités du village mais si leur action est heureuse pour la plupart du temps dans les accouchements normaux, il est fréquent aussi d'observer les résultats néfastes des interventions pour lesquelles elles ne sont guère préparées.

QUELQUES ATTITUDES DE L'ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE

Au cours d'un accouchement et pendant les suites de couche.

La dilatation complète est signalée par trois signes:

- rupture spontanée de la poche des eaux
- douleurs de plus en plus fortes
- envie de pousser

Au moment de l'expulsion, les rites sont plus intéressants à considérer: la

femme est accroupie, les genoux écartés, un coussinet de pagné, sur les talons réunis sur lesquels elle doit s'asseoir. Derrière elle, est assise une femme âgée ou la maman, qui la tient entre les cuisses et par les bras passés sous les aisselles la maintient par-dessous les seins et la serre contre elle. A chaque poussé, l'assistante aide la parturiente, en appuyant sur son ventre, réalisant ainsi l'expression.

Le nouveau-né sorti est recueilli dans un pagné. La section du cordon se fait à l'aide d'une lame de bambou taillée ou avec un couteau rituel ou d'un tesson de bouteille. Un noeud est fait avec un fil de raphia. La longueur du cordon laissée est égale à la longueur de la cuisse du nouveau-né.

En case de délivrance qui traîne, une ficelle est attachée à un bout du cordon placentaire et par l'autre bout à la jambe de la mère pour dit-on ne pas perdre le placenta retenu.

L'hémorragie de la délivrance, redoutable, reste le plus souvent mortelle en dépit de thérapeutique traditionnelle (cérémonie, infusion de plantes).

LA RETENTION PLACENTAIRE EST TRAITÉE PAR PLUSIEURS METHODES

- Secouer énergiquement l'accouchée retenue par la taille
- lui faire souffler dans une bouteille pour décoller le placenta
- provoquer chez elle l'effort de vomir en lui chatouant la gorge avec une cuillère en bois, ce qui entraîne des poussées abdominales qui décolle le placenta
- prise de drogue indigène eucytocique
- la délivrance artificielle peut se faire après avoir enduit d'une solution de gombo la main, pour faciliter son introduction dans le canal utero-vaginal.

LES TECHNIQUES DE REANIMATION DE L'ENFANT

Désobstruction des voies respiratoires par aspiration des mucosites au nez du nouveau-né, les glaires de la gorge sont enlevées avec l'index.

- maintien de la tête basse
- fessée à l'enfant
- frottement de son corps avec la pelure d'igname dilué en guise de révulsif.

LA PREVENTION DE L'OPHTALMIE DU NOUVEAU-NE

Elle est faite par l'instillation d'huile de palme ou de jus de citron dans chaque oeil.

LA TOILETTE DU NOUVEAU-NE

Elle dure deux heures trente à trois heures. Le vernis caséosa est d'abord nettoyé avec de l'huile de palme et de la farine de maïs moulue fine, l'enfant est lavé, savonné plusieurs fois au cours de la toilette, le crâne est massé pour lui donner une forme ronde, les articulations pour que l'enfant soit souple. A chaque toilette le cordon est savonné, lavé. La rapidité de la chute du cordon est assurée par la mise d'une herbe écrasée avec du sel de cuisine à la base du cordon qui tombe le 3ème jour. Pendant un mois les bains sont confiés à un spécialiste choisi d'après certains critères pour préserver le nouveau-né de toutes malveillances; dans le même but il portera des perles spéciales consacrées.

L'avenir, le caractère, et la beauté de l'enfant dépendent des soins des premiers jours et du choix de la personne qui les fera.

LES SOINS DE LA MERE

Ils sont assurés par la spécialiste traditionnelle en soins obstétricaux, la maman est savonnée à grande eau, massée, la vulve est soignée avec soins, les plaies vulvo-vaginales éventuelles lavées avec une infusion de plantes cicatrisantes. Des expressions de l'abdomen évacuent les lochies. Cette toilette est faite deux fois par jour jusqu'à cicatrisation complète des plaies vulvaires et jusqu'au tarissement des lochies. Des infusions de plantes sont données chaque jour à la mère soit pour la cicatrisation des plaies placentaires appelées plaies du ventre soit en guise de galactogène.

Ainsi se déroule à quelques variantes près l'accouchement en milieu traditionnel dont les conséquences (infection, intoxication, délabrement périnéal, hémorragie, ruptures utérines créées par l'ignorance, la superstition, les manoeuvres incohérentes) sont parfois mortelles. On peut toutefois noter au passage, l'efficacité indéniable de la plante utilisée en guise d'ocytocique, l'effet extraordinaire d'écorces pour la lactation et la lutte contre les œdèmes, les effets étonnants des infusions purgatives, anti-diarrhéiques révulsives, anti-anémiques sédatives et les vermifuges employés.

C'est là un champ d'étude et d'expérience pour la pharmacopée authentique Togolaise.

Il serait intéressant de s'occuper du rôle de l'accoucheuse traditionnelle; du fait de sa parfaite connaissance du milieu au sein duquel elle exerce son autorité dans le village, elle peut, du moins temporairement coopérer avec une certaine efficacité au programme de Santé Publique particulièrement dans le domaine de protection materno-infantile et planification familiale.

Elle mériterait donc, selon nous, qu'on lui offre une formation spécialement conçue pour elle.

Malheureusement elle est au Togo une femme d'un certain âge, dépourvue d'instruction, analphabète, ayant une compréhension et assimilation assez limitées des questions.

Il est indispensable de pouvoir, après recensement, les contrôler dans leurs

actes quotidiens.

1. lui enseigner les principes de propreté
2. lui apprendre à distinguer les symptômes, les anomalies, à s'abstenir des interventions tempestives au cours de son exercice.

Le travail ne sera sans doute pas aisé. On pourrait procéder par étapes en laissant le temps de comprendre chaque élément simple avant d'aborder le suivant, en l'autorisant à assister à l'accouchement de la sage-femme qualifiée, en l'intégrant dans le personnel sanitaire et surtout en la pourvoyant d'une trousse contenant:

- un minimum de fournitures et matériels de soins; à savoir, pansement, gouttes pour instillations oculaires, désinfectants.

Les difficultés de réalisation d'un tel problème sont faciles à concevoir:

- difficultés de rétribution si modiques soit elles
- difficultés d'intégration dans le personnel sanitaire
- difficultés dues à l'analphabétisme contre lequel le Togo a établi avec force depuis deux ans un programme de lutte pour tout le pays.

Difficultés de rassembler toutes ces accoucheuses traditionnelles parce que difficile à connaître et à atteindre.

Il est certain qu'en leur apprenant leur rôle et leur limite, les accoucheuses traditionnelles (qui s'appuient sur l'expérience empirique) pourraient appeler au secours la Sage-Femme qualifiée ou conduire leur client à la maternité en cas de besoin pour le bien-être du village où leurs actions restent encore de nos jours très puissantes.

C'est compte-tenu de ces difficultés que le Togo a choisi la voie de former de jeunes accoucheuses auxiliaires Togolaises.

B. L'Accoucheuse Auxiliaire Togolaise Moderne

C'est un personnel auxiliaire, jeune fille ou jeune femme originaire du village où elle est appelée à servir, recrutée au niveau du C.E.P.E. ou jusqu'en classe de 6ème, sélectionnée au niveau de la circonscription et ayant reçu une formation théorique et pratique en obstétrique et en Santé Publique de 18 mois dans une maternité rurale. Un certificat d'aptitude professionnelle lui est délivré à la fin du stage. Elle est chargée du service de P.M.I. dans les centres de santé de base et dans les postes de P.M.I.

POURQUOI UNE ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE?

Certains faits représentent des handicaps sévères pour la réalisation de la couverture du pays en matière d'accouchements:

1. le nombre insuffisant de sages-femmes

60 en 1960

78 en 1966 dont la presque totalité sont concentrées à Lomé ou dans les villes secondaires

105 en 1969. A la suite de la création de l'école de sage-femme du Togo la répartition semble meilleure. Actuellement 187 Sages-femmes au Togo.

2. la population féminine qui augmente avec un taux de 2.6 atteindra en 1980 52% de la population Togolaise totale

3. la mortalité maternelle élevée

4. de même la mortalité infantile

5. 19 maternités dans l'ensemble du pays

6. l'insuffisance du niveau d'éducation sanitaire de la population

Le budget togolais ne peut, dans un bref délai, arriver à pourvoir totalement le territoire en sages-femmes.

Voici quelques chiffres éloquentes extraits du rapport d'hygiène maternelle et infantile en 1960:

60 sages-femmes coûtent 30 millions de francs CFA alors que 150 matrones 50 000 Frs CFA et une sage-femme 500 000 Frs CFA.

REPARTITION

Plus de 317 accoucheuses auxiliaires sont réparties dans presque toutes les maternités, dispensaires et poste de PMI du territoire alors que le nombre de sages-femmes est de 187.

RECRUTEMENT ET FORMATION

Les conditions d'aptitude au concours: jeune fille ou jeune femme de 18 à 20 ans autochtone du village où elle est appelée à servir.

Certificat de naissance

Certificat médical de bonne santé

Certificat d'origine délivré par le chef de circonscription de la localité

Certificat de non-renvoi d'un emploi public

PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT

1. l'appareil génital de la femme
2. le bassin
3. le cycle menstruel
4. la grossesse

5. l'examen d'une femme enceinte
6. anomalies de la grossesse
7. hémorragie de la grossesse
8. les conditions d'évacuation d'une femme pendant la grossesse et pendant l'accouchement
9. conduite à tenir par l'accoucheuse auxiliaire rurale chez une femme enceinte, une femme à terme, pendant l'accouchement et pendant la suite de couche
10. la morale professionnelle
11. les soins du nouveau-né
12. les vaccinations
13. l'hygiène de la femme enceinte
14. hygiène de l'accouchement
15. hygiène de l'accouchée
16. l'allaitement
17. consultations prénatales
18. hygiène et consultation des nourrissons
19. visites domiciliaires
20. Education sanitaire
21. Protocole d'accouchement
22. l'Etat-Civil
23. notions élémentaires de diagnostics des maladies courantes au Togo (Paludisme, Parasitoses, anémies)
24. commentaires des instructions à l'intervention des accoucheuses auxiliaires rurales
25. les rapports: Il leur est appris comment rédiger un rapport de maternité, comment rédiger le rapport de PMI.

RAPPORT MENSUEL DES MATERNITES

Mois de 19

Etabli par le 19

CONSULTATIONS

	Nouvelles Consult. (A)	Anciennes Consult. (B)	Total (A + B)
--	---------------------------	---------------------------	------------------

Consultations prénatales
(femmes avant la naissance)
Consultations post-natales
(femmes après la naissance)
Consultations de nouveau-nés
(jusqu'à 1 an)
Consultations des petits
enfants (1 à 5 ans)
Consultations à domicile
— femmes enceintes
— nourrissons
Total

HOSPITALISATION

Nombre

Restantes au premier jour du mois
Entrantes dans le mois
Décédées
Sortantes au dernier jour du mois
Journées d'hospitalisation
Femmes évacuées d'une autre formation
Femmes évacuées sur une autre formation

VACCINATIONS

Nombre

— — antitétanique
— — antipolio
— — antivariolique
— — B.C.G.

EDUCATION SANITAIRE

Nombre

Séances d'éducation sanitaire tenues:
à la maternité
publiques

NAISSANCES ET DECES

Nombre

Enfants nés vivants
— — morts-nés
— — décédés dans les 10 premiers jours
dont 1 seul enfant
gemmaire
prématuré: 1 seul enfant
gemellaires prématurés

REMARQUE:

Signature et titre

Un rapport mensuel leur est demandé:

RAPPORT MENSUEL DE P.M.I.

Mois de 19

Etabli par le 19

CONSULTATIONS

Nouvelles Consult. (A)	Anciennes Consult. (B)	Total (A + B)
---------------------------	---------------------------	------------------

Consultations prénatales
(femmes avant la naissance)
Consultations des nouveaux-nés
jusqu'à 1 an
Consultations des petits enfants
(1 an à 5 ans)
Consultations à domicile:
(femmes enceintes)
Nourrissons

TOTAL

ACCOUCHEMENTS ET DECES

Nombre

Accouchements normaux
-- -- anormaux

TOTAL

Accouchements au dispensaire
-- -- à domicile

TOTAL

Enfants nés vivants
-- -- morts-nés et avortements
Nouveau-nés décédés (après la naissance)
Femmes décédées en couches (avant, pendant ou après
l'accouchement)

AUTRES

Vaccinations antitétaniques
-- -- antipolio
-- -- antivarioliques
-- -- B.C.G.

Séances d'éducation sanitaire tenues au dispensaire
-- -- -- -- publiques
-- -- -- -- à domicile

REMARQUES

SIGNATURE

EVALUATION

Un petit examen sanctionne le stage formation:
Quelques types de questions posées à titre d'examen

Questions types

- Quelle est la vaccination que vous voyez faire couramment dans la 2ème moitié de la grossesse chez une femme?
 - Commente reconnaître qu'une femme enceinte est en travail?
 - Comment reconnaissez-vous qu'une femme est enceinte?
 - Une femme enceinte est près du terme, que doit-elle préparer?
 - Dès la sortie de l'enfant quels sont les gestes que doit faire la matrone?
 - Le placenta met du temps à sortir, mais la maman saigne beaucoup. Que faites-vous?
 - Quand dit-on que l'enfant est en position transverse?
 - Quand une maman se trouve dans l'impossibilité d'allaiter son enfant, que faites-vous?
 - Que pensez-vous de l'allaitement maternel?
 - En dehors de l'allaitement maternel quel autre allaitement connaissez-vous?
 - Vous constatez que le poids de l'enfant diminue, que faites-vous?
 - Quelle est la vaccination que l'on fait au nouveau-né dans les huit premiers jours?
- Le Programme:** Est uniquement basé sur la pratique de l'accouchement autoci, essentiellement — des consignes sont données pour les évacuations immédiates — à savoir:
- travail long dépassant 10 heures,
 - hémorragie,
 - position transverse du fœtus,
 - état déficient de la femme enceinte, etc

EXAMEN DE FIN DE STAGE

Un examen sanctionne le stage de formation théorique et pratique. Voici un type de questionnaire d'examens (cliché).

1. Comment reconnaître qu'une femme est enceinte?
2. Que faites-vous au cours d'une consultation prénatale?
3. Quelles est la vaccination que vous devez faire couramment dans la 2ème moitié de la grossesse chez une femme enceinte?
4. Comment reconnaître qu'une femme enceinte est en travail?
5. Une femme enceinte est près du terme que doit-elle préparer?
6. Citer le matériel de l'accoucheuse auxiliaire rurale?
7. Quelles sont les conditions d'évacuations d'une femme pendant la grossesse, pendant l'accouchement, pendant les suites de couche?
8. Condition d'évacuation du nouveau-né?
9. Condition d'évacuation d'un enfant?
10. Dès la sortie de l'enfant quels sont les gestes que doit faire l'accoucheuse auxiliaire?
11. Le placenta met du temps à sortir mais la maman saigne beaucoup que faites-vous?
12. Quand dit-on que l'enfant est en position transversale?
13. Quels sont les cas où la maman ne peut pas allaiter son bébé?
14. Quand une maman se trouve dans l'impossibilité d'allaiter son bébé que faites-vous?
15. Que pensez-vous de l'allaitement maternel?
16. En dehors de l'allaitement maternel quel autre allaitement connaissez-vous?
17. Vous constatez que le poids de l'enfant diminue que faites-vous?
18. Quelle est la vaccination que l'on fait au nouveau-né dans les premiers jours?
19. En cas d'hémorragie que faites-vous?
20. Quand la femme enceinte est dans un état déficient que faites-vous?
21. Une femme en travail plus de 10 heures de temps que faites-vous?
22. Une femme a une amenorrhée de 8 mois sans signe de grossesse que faites-vous?

LE ROLE DE L'ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE

Elle a pour rôle essentiel de faire:

1. des accouchements normaux dans des conditions aseptiques pour les 90% des femmes togolaises qui n'habitent pas les grandes villes
2. surveiller les femmes avant, pendant et après l'accouchement et surveiller les enfants jusqu'à l'âge scolaire au dispensaire et pendant les visites domiciliaires pour déceler et évacuer tôt les malades.

Faire l'éducation sanitaire et donner des conseils pour aider les mères à protéger leur propre santé, celle de leurs enfants et parfois de toute la famille faire les vaccinations préventives.

Voici ses activités préventives et curatives.

LE ROLE DE LA MATRONE AU POSTE DE SANTE EST PRECIS (1)

I. Activités Préventives

1. Consultations prénatales:

- Nom et prénoms de la femme enceinte
- Nom du mari
- Adresse
- Grossesses passées – accouchements passés
- Enfants vivants – date dernières règles
- poids femme enceinte – hauteur utérine
- B.D.C.
- Position foetus – état du bassin femme enceinte
- TH – TA – Urines: Albumine
- Education sanitaire – préparation de la femme enceinte à l'accouchement

2. Consultations post-natales

a. Soins aux nouveau-nés:

- premiers soins à l'accouchement
- évacuation des cas de malformations
- pansements ombilicaux
- pensez envoyer faire B.C.G.
- Et autres soins nécessaires

b. Surveillance des accouchées: (au moins 3 semaines)

- Si hémorragie abondante appeler infirmier au secours pour soins et évacuation éventuelle
- Si le placenta met du temps: une heure à se détacher, évacuer vite la femme sur la maternité. Vérifier l'état du placenta. Signaler toute anomalie.

- Après il faut vérifier pendant 8 jours l'état de l'utérus
- Vérifier les lochies — Rechercher s'il y a hémorragie répétée.
- Vérifier que la montée laiteuse est normale — sinon évacuer

c. Consultation des nourrissons

- de 0 à 1 an: une fois par mois: Poids — Taille — état-général-soins éventuels
- de 1 à 2 ans: Education sanitaire et nutritionnelle des mamans
- de 2 à 5 ans: tous les trois, puis six mois: poids-taille-état général — soins éventuels éducation sanitaire et nutritionnelle des mères

3. Visites domiciliaires:

- Recensement des femmes enceintes (les convoquer pour les jours de consultations prénatales — les enregistrer prévoir les vaccinations à faire)
- Recensement des nourrissons (les convoquer pour les jours de consultations des nourrissons — les enregistrer, prévoir et conseiller les vaccinations à faire)
- Conseils d'hygiène générale et d'alimentation à la femme enceinte, ainsi qu'aux mamans individuellement ou collectivement
- Evacuation des femmes enceintes ou nourrissons ou leurs mamans malades sur poste de santé, ainsi qu'autres malades éventuels

4. Education sanitaire et nutritionnelle

- individuelle ou collective
- au poste de santé et à domicile
- ce que peut faire une femme enceinte sans danger pour son état
- ce qu'elle doit: éviter de manger
- comment une maman doit entretenir son enfant
- ce qu'elle doit manger — ce qu'elle fera manger par l'enfant aux différents âges
- conseils d'hygiène générale

5. Vaccinations:

- aux nouveau-nés: penser envoyer faire B.C.G. et cuti-réaction après
- aux nourrissons: conseiller les différentes vaccinations nécessaires
- aux femmes enceintes: il est indispensable de faire la vaccination anti-tétanique, vérifier que la vaccination antivariolique est faite.

II. Activités Curatives

1. Faire soit au dispensaire, soit à domicile les accouchements normaux qui ne présentent aucune difficulté.
2. Evacuer vite sur la maternité toute femme enceinte primigeste en travail depuis

plus de 12 heures si la descente du bébé ne progresse pas.

3. Evacuer vite sur la maternité toute femme enceinte multipare en travail depuis plus de 8 heures si la descente ne progresse pas.
4. Evacuer sans attendre toute femme en travail et qui présente une anomalie de la grossesse.
5. Evacuer sans attendre toute femme en travail et qui se présente dans un état très fatigué, ou est anémiée ou a de l'œdème.
6. Evacuer sans attendre toute femme enceinte en travail et qui perd beaucoup de sang par le vagin.
7. Aider l'infirmier à faire des soins médicamenteux à la femme enceinte en travail ou aux nouveau-nés lorsqu'il le faut.

III. Collecte de Renseignements pour la statistique sanitaire et démographique

1. Au poste de santé

Tenue à jour des cahiers de consultations prénatales et de nourrissons, des cahiers d'accouchements:

- tenue à jour des cahiers de recensement des femmes enceintes et des nourrissons
- tenue à jour des tableaux d'emploi du temps, de graphiques des activités, du calendrier des visites domiciliaires
- faire au 26 de chaque mois le rapport mensuel

2. A domicile

Avoir toujours en main les fiches de rapports journaliers, ainsi que le cahier de brouillon pour le recensement des femmes enceintes et nourrissons:

- mentionner tous les renseignements sur:
 - l'hygiène maternelle et infantile
 - l'éducation sanitaire et nutritionnelle
 - les malades dépistés et évacués
 - les naissances non surveillées à domicile
 - les décès à domicile

CONSEILS D'HYGIENE

Un enseignement d'hygiène et d'assainissement leur est donné.
Un texte précis est mis à leur disposition pour être enseigné dans la population.

EXEMPLE: CONSEILS D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT DU MILIEU A L'INTENTION DES ITINERANTS ET MATRONES

1. le corps et les vêtements doivent être toujours propres. Il faut se laver souvent avec de l'eau propre
2. la case, la maison et ses abords doivent toujours être propres
3. la case doit être aérée
4. il faut arroser le sol de la case avant de balayer
5. l'eau de boisson doit être claire, limpide, sans odeur
6. il faut couvrir toujours le récipient qui contient l'eau de boisson
7. le puits doit être toujours protégé par une margelle couverte
8. les aliments doivent toujours être préparés avec soins
9. Il faut toujours les protéger contre les mouches et les conserver au frais
10. il est nécessaire de manger souvent de la viande, du poisson, des oeufs, des légumes, et des fruits en plus de la pâte de maïs, du gari, du manioc, de l'igname etc . . .
11. on doit toujours se laver les mains avant de manger
12. on doit toujours se laver la bouche et les mains après manger
13. on doit nettoyer chaque matin les dents avec un cure-dents et charbon
14. on doit toujours ramasser les ordures, les mettre bien en tas, les brûler ou les enterrer
15. on doit toujours se laver les mains après les selles
16. on doit toujours détruire les vieux récipients, les bouteilles cassées, boîtes qui contiennent souvent de l'eau stagnante
17. on doit toujours combler les flaques d'eau dans la maison et autour de la maison
18. les eaux usées doivent être jetées loin des cases, sur un sol meuble

19. il est recommandé de se coucher sous une moustiquaire
20. on doit toujours faire un trou bien protégé et souvent en dehors du village pour déposer les selles. Il faut faire un trou pour les hommes, un pour les femmes.
21. on doit toujours élever les animaux domestiques dans un enclos
22. souvent débroussailler sur les places et autour des villages
23. porter les pieds avec des sandalettes ou des chaussures

Il est à souligner que tous les cas compliqués qu'elle rencontrera au cours de son exercice seront dirigés vers un centre important le plus proche, pourvu de sages-femmes.

Dans un centre de santé primaire elle travaillera sous la surveillance constante d'une sage-femme. Elle aidera à dispenser la plupart des soins de maternité. Dans un centre de santé secondaire elle est sous la surveillance directe d'un infirmier chef de poste. Elle est supervisée indirectement par la sage-femme de la maternité la plus proche et indirectement par le médecin-chef de subdivision, l'agent technique superviseur ou la sage-femme superviseuse.

Des recyclages annuels ou occasionnels se font régulièrement ou en cas de défaillance. En fin des stages chaque accoucheuse auxiliaire regagne son poste rural munie de sa trousse fournie par l'UNICEF. Grâce aux accoucheuses auxiliaires il nous est possible de contrôler convenablement 60% des accouchements normaux en République Togolaise.

Mais la formation de l'accoucheuse auxiliaire ne doit pas être limitée à l'accouchement, elle doit selon nous être complétée par une connaissance si élémentaire soit-elle des problèmes d'harmonisation de la famille, être utile aux familles rurales ignorantes des méthodes scientifiques de planning familial.

Voici par exemple un résumé des méthodes contraceptives dangereuses et inefficaces employées par les femmes en milieu rural tiré du rapport de recyclage des accoucheuses auxiliaires rurales tenu au Togo en 1970 dans le cadre de la protection maternelle et infantile et de la santé familiale.

Méthodes utilisées pour empêcher la grossesse:

- solution de bleu + potasse (voie orale)
- tabac + eau + potasse + citron (voie orale)
- introduction de feuilles écrasées sous forme d'ovule
- solution D.T.T. (voie orale) femme décédée
- nivaquine 40 comprimés (décès)

- forte dose de sulfate de soude (voie orale) femme décédée
- solution koumakaté (voie orale) femme décédée
- solution aspirine + citron + potasse
- solution de quinine concentrée + vin
- solution bière + racine séchée écrasée d'Ehé
- infusion eau + potasse + sel en grande quantité
- lavement évacuateur toxique
- piétinement du ventre
- comprimé de permanganate dans le vagin
- injection intra-musculaire de quinine à forte dose
- absorption de forte dose de glycérine
- dilatation du col avec des tiges de manioc
- solution de crésyl
- essence + pétrole (voie orale) décès
- Koumaté + sodabi (décès)
- dilatation manuelle
- lourd fardeau
- danses exagérées
- long voyage à pied
- des chutes répétées
- bandage compressif

Voici en résumé les raisons évoquées par ces femmes

Raisons de santé

- Fatigue et vieillissement rapide de la mère
- mortalité infantile élevée, malnutrition
- prédisposition aux maladies

Raisons de bien-être

- inquiétude de la mère face à une grossesse rapprochée, éventuelle
- disharmonie dans le foyer
- enfants malheureux et chétifs
- dépenses scolaires
- délinquances juvéniles
- conséquences de délinquances adultes
- polygamie

Raisons économiques

- mauvais habitat
- dettes
- restriction de la liberté individuelle de la femme
- enfants mendiants

Comme on le voit, s'il nous a été difficile de rassembler comme cela se fait dans certains pays (le Sénégal par exemple, les accoucheuses traditionnelles) la formation des accoucheuses auxiliaires reste très efficace au Togo.

L'OMS a accordé des subventions pour permettre le relèvement de leur salaire.

Le reclassement de certaines, compte tenu des années de services est fait par le Gouvernement. Il est même décidé la création d'une école d'accoucheuses auxiliaires rurales avec la collaboration de l'OMS.

Un expert est actuellement sur place pour l'étude de l'installation de cette école qui, nous l'espérons ouvrira bientôt ses portes et dont les perspectives d'avenir sont très prometteuses.

BIBLIOGRAPHIE

Docteur GABAGBE

Rapport d'hygiène maternelle et infantile

Madame E. VOVOR

**Les auxiliaires de la sage-femme Togolaise
en milieu rural page 70 à 97**

**La sage-femme en milieu rural au Togo,
mémoire de C.E.S.S.I. (Dakar) page 70 à 97**

Madame NAASSOU et Dr. GADAGBE

**Rapport de recyclage des accoucheuses
auxiliaires rurales tenu au Togo en 1970**

Madame ADJAMAGBO

Cours de recyclages aux matrones