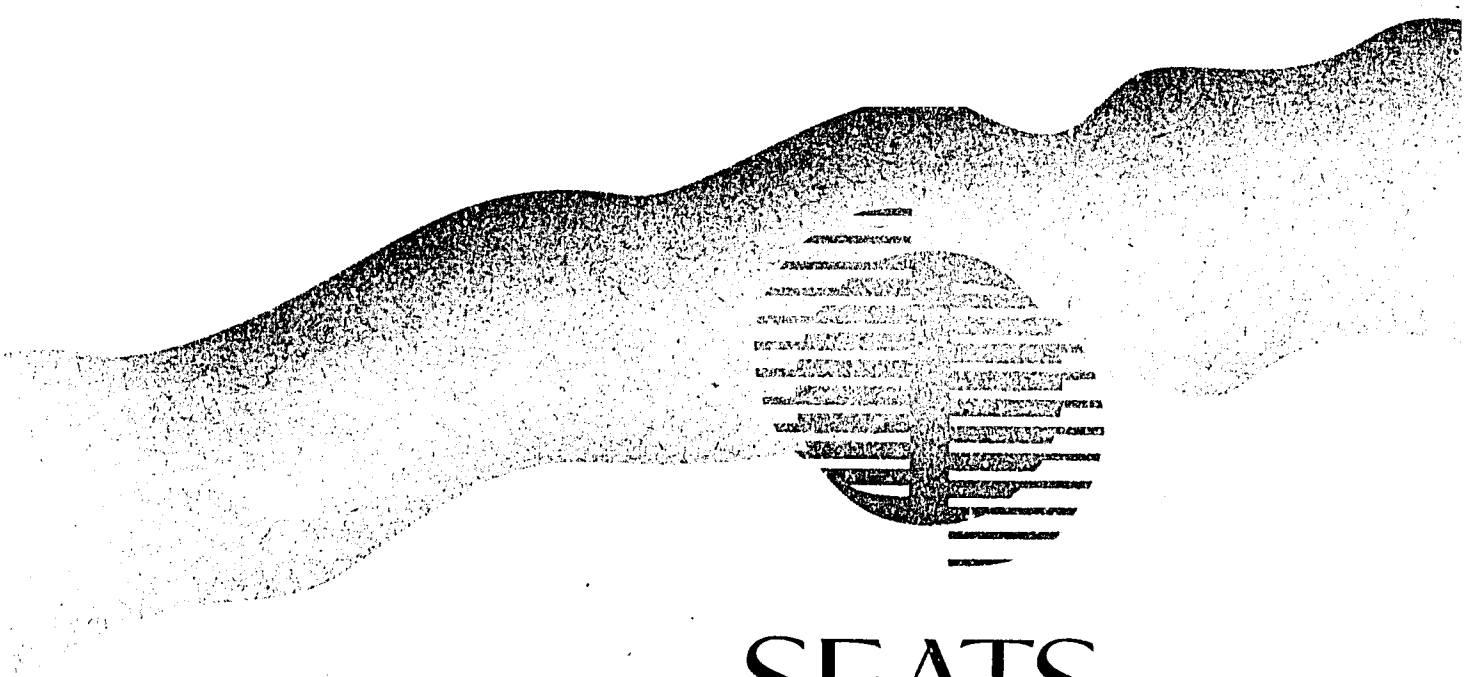
PN-ABP-769
84066

Inventaire Des Lois Et Dispositions Relatives A La Regulation Des Naissances A Madagascar



SEATS

Family Planning
Service Expansion
and
Technical Support

INVENTAIRE DES LOIS ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DES NAISSANCES A MADAGASCAR

Chantal RAZAFINARIVO

avec

Norine C. JEWELL

Elaine E. ROSSI

SEATS
John Snow, Inc.
1616 North Fort Myer Drive
Eleventh Floor
Arlington, VA. 22209

U.S.A.I.D. Contrat Numero DPE-3048-Z-0009011-00

INVENTAIRE DES LOIS ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA REGULATION DES NAISSANCES

y compris la vente, la publicité et à l'utilisation des methodes contraceptives.

RESUME DU PROJET

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Cet inventaire est financé par le Projet SEATS avec le concours et la collaboration de l'USAID, le Ministère de la Santé, et le Ministère de la Population. D'autres intéréssés, tels que le Groupe Parlementaire, les Organisations non-gouvernementales, et le secteur commercial y ont aussi collaboré.

L'inventaire entre dans le cadre de la mise en oeuvre de la Politique Nationale de Population pour le Développement Economique et Social, objet de la LOI N° 90.030 du 19 Décembre 1990 et promulguée au Journal Officiel de la République Démocratique de Madagascar le 24 Décembre 1990.

Une des stratégies globales de cette Politique est de "Faciliter à tous les couples et individus l'accès aux moyens et services de planification de la famille, non coercitifs, acceptables et à des prix modérés". (Politique : 5.4.A.2)

L'objectif spécifique de la Politique est de "Renforcer les activités de la planification de la famille, faire en sorte que les services soient accessibles à l'ensemble de la population, notamment les couches les plus déshéritées des villes et les ruraux". (Politique : 5.4.A.2)

A cet égard, la stratégie d'action consiste à "Revoir les Lois et Dispositions relatives à la vente, à la publicité et à l'utilisation des méthodes contraceptives en particulier et à la régulation des naissances en général."
(Politique : 5.4.B.10)

Ce présent projet, dont le but est d'inventorier les Lois et Dispositions pouvant avoir une quelconque influence sur la planification familiale en général et celles concernant la prestation et l'utilisation des services anti-conceptionnels en particulier, ne représente qu'un premier pas dans la stratégie d'action citée plus haut.

OBJECTIFS

1. Identifier et classifier par sujet les actions qui sont déjà menées ou qu'il faudrait mener dans les secteurs publics et privés, lesquelles tendent à faciliter aux individus l'accès aux moyens acceptables pour atteindre le nombre d'enfants qu'ils jugent idéal, en tenant compte des aspects tant éducatif, social, médical que commercial des activités concernées.

2. Examiner ces actions sous leurs différents aspects, énumérer celles qui influent sur l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives et qui sont susceptibles d'être réglementées par des Lois ou autres Dispositions.

3. Développer un cadre préliminaire pour la collecte d'information et élaborer des questions capables de solliciter des renseignements nécessaires sur les Lois et Dispositions.

4. Examiner des documents, tenir des réunions et mener des entrevues afin d'identifier les mesures légales et réglementaires : Lois, Ordonnances, Réglements, Codes divers, Décrets et Arrêtés, notes de service d'une part, les usages et pratiques courantes existant dans le cadre de l'exercice de la profession médicale ou autres, d'autre part, et enfin les procédés, normes et standards utilisés au niveau clinique.

5. Rechercher et ramasser les documents de sources concernant les domaines cités dans le paragraphe précédent.

6. Préparer l'inventaire final et descriptif des Textes de Lois et Règlements et autres qui influent sur l'accès, la prestation et l'utilisation des méthodes anticonceptionelles.

7. Recommander les démarches à suivre dans la stratégie d'action pour réaliser l'objectif final lequel consiste à mettre à la portée de l'ensemble de la population les services de la planification familiale.

STRATEGIES DU PROJET

Deux avocats-consultantes, une expatriée et une locale travaillent pour SEATS dans le cadre de ce projet.

La consultante expatriée, qui a travaillé dans la première phase de l'inventaire, est spécialiste en gestion des programmes et analyse de politique dans le domaine de la santé materno-infantile et planification familiale.

La consultante locale, avocat au Barreau de Madagascar connait le domaine de la planification familiale, pour avoir basé son mémoire de maîtrise de droit Privé sur le domaine de la

planification familiale à Madagascar et a aussi collaboré à une recherche du même genre dans le domaine du Droit des affaires.

Les deux consultantes ont collaboré dans l'étude préliminaire et final du cadre utilisé pour le développement de l'inventaire, la révision des documents disponibles au début de ce projet et l'identification des Lois et Dispositions par le biais de discussions et entrevues avec les intéréssés. Elles ont aussi collaboré à l'élaboration des recommandations pour les prochaines démarches.

La consultante locale, après le départ de la consultante expatriée recherchera les documents de source, préparera la description des textes et assemblera l'inventaire final avec l'aide du Conseiller resident du Projet SEATS.

I. CADRE JURIDIQUE GENERAL DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La loi Française de 1920 a toujours régi le domaine de la planification familiale à Madagascar, avant la promulgation de la Loi N° 90.030 relative à la Politique Nationale de Population pour le dévelopement économique et social.

Entretemps, la proposition de Loi N° 03/88 PL, ayant pour objet principal l'abrogation des dispositions interdisant la propagande anticonceptionnelle devait être débattue au sein de l'Assemblée Nationale Populaire, mais n'a pas pu l'être, à cause de la suspension de cette institution lors des évènements de 1991.

A) La LOI NOUVELLE : LOI N° 90.030 du 19 DECEMBRE 1990 RELATIVE A LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION POUR LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL (Voir Annexe I: Loi No. 90-030)

1) RESUME

La Loi N° 90.030 reconnait expréssement qu'il y eu des engagements du gouvernement malgache depuis 1974 et qu'il est indispensable de réexaminer les tendances démographiques et humaines, en insistant sur la prise de conscience, l'appui et l'acceptation de la part de la communauté.

D'après cette Loi, au 1er Janvier 1989, Madagascar présentait un taux élevé de fécondité (une moyenne de 6 enfants par femme), due à 3 facteurs principaux : l'âge précoce pour le mariage (19.6 ans en moyenne), un comportement socio-culturel tendant à entretenir une nombreuse descendance et l'accès difficile aux méthodes contraceptives modernes et efficaces.

Cette forte fécondité a des conséquences socio-économiques graves. Les facteurs démographiques constituent obstacles aux buts que s'est fixé le Gouvernement Malgache, parmi lesquels l'autosuffisance alimentaire à partir de 1990 et la santé pour tous pour l'an 2000, et sont néfastes à la famille et à la collectivité, car les investissements sociaux mobilisent les ressources au détriment des investissements directement productifs dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'agriculture, de l'emploi et de l'urbanisation.

Aucun effort ne doit être ménagé pour équilibrer les rapports entre poussée démographique et ressources. Pour ce faire, il faut réduire le niveau de fécondité afin de parvenir à des taux plus faibles d'augmentation de la population, compatibles avec la réalisation des objectifs économiques et sociaux de la nation (réduction de la fécondité à une moyenne de 4 enfants par femme en l'an 2000 et du taux d'accroissement naturel de la population à 2%).

Il s'agit alors de "...faciliter à tous les couples et individus l'accès aux moyens et services de la planification familiale, non coercitifs acceptables et à des prix modérés... notamment les couches les plus déshéritées et les ruraux, par le biais principalement de l'éducation et de l'information concernant les relations entre la dynamique de la population et le developpement...", parmi d'autres stratégies sectorielles d'action.

Cependant, il faut éviter de chercher à transformer la société en un schéma idéal pouvant être une source de tension, sociale et de désorganisation de la Société.

La nouvelle Loi préconise de traduire la politique en programmes d'action, avec un souci particulier pour les domaines de la condition de la femme et la santé, vu la méconnaissance de leurs droits par les femmes, et d' adapter le programme de formation de personnel socio-sanitaire aux besoins de la politique de la population plus spécifiquement dans les prestations de service de planification familiale.

2) REMARQUES

Force est de constater que cette nouvelle Loi comble une grosse lacune dans le domaine législatif malgache et a l'avantage de faire correspondre les faits au droit. La loi Nouvelle ne se cantonne plus à énoncer de grands principes difficiles à mettre en pratique, même si l'on y parle généralement de tous les besoins de l'homme, qui ont été principalement évoqués pour démontrer la nécessité d'une politique de population intégrée. On y démontre énérgiquement les relations entre la dynamique de la population et des ressources, par le biais d'une analyse socio-économique globale de tous les facteurs concernés.

L'approche est prudente mais ferme et on a l'impression qu'il fallait avant tout persuader les parlementaires eux-mêmes de la nécéssité vitale d'une telle politique.

La planification familiale existe depuis plus de 20 ans. La Fianakaviana Sambatra, FISA, association visant à améliorer la qualité de la vie familiale Malgache avec l'aide de méthodes contraceptives modernes, créée en 1963, a eté inaugurée officiellement le 25 Mai 1967. Elle est régie par l'Ordonnance N° 60.133 du 03 Octobre 1960, modifiée par l'Ordonnance N° 75.017 du 01 Août 1975, portant régime général des associations.

D'autres structures ont été aussi créées dans le but d'améliorer la qualité de la vie familiale Malgache par la prestation des services medicales. Il en est de même des dispensaires ou centres médicaux d'entreprises, comme ceux de la JIRAMA ou de la SOLIMA, qui fournissent des services de planification familiale, en plus des prestations sanitaires classiques, à leurs employés ainsi qu'à leurs conjoints et enfants.

Quant aux particuliers, ils ont toujours eu recours aux médecins exerçant à titre privé, pour répondre à leurs besoins dans ce domaine et aux pharmacies pour l'achat des produits contraceptifs.

En ce qui concerne le secteur public, une Direction de La Population au sein du Ministère des Affaires Sociales a eté créée en 1972 pour pouvoir participer à la Conférence Internationale des Nations Unies sur la Population de Bucarest en 1974. Madagascar a signé le Plan D'Action Mondial adopté à cette conférence.

Les médecins des services publics dans les grandes villes ont donné des consultations ponctuelles relatives à la régulation des naissances, à la demande des personnes intéréssées depuis au moins trente ans.

Cette loi nouvelle permet de "légaliser rétroactivement" les activités contraires aux dispositions légales existantes depuis toujours, en particulier la Loi Française de 1920.

Pour une fois, on reconnait expréssement l'existence d'engagements antérieurs depuis 1974, l'utilisation de méthodes contraceptives efficaces et modernes à Madagascar et la difficulté pour la population à y avoir accès.

Une constatation clairement énoncée, en ces termes :
"Il est manifeste que dans une famille ou les grossesses sont éspacées de 2 ans ou davantage, les enfants se porteront mieux que s'ils étaient nés à des intervalles plus rapprochés" montre la voie qu'il faut suivre désormais.

On préconise de tout faire pour que les couples et individus aient accès aux moyens et services de la planification familiale, non coercitifs, acceptables et à des prix modérés. Le choix des termes : "couples et individus" montre la détermination des responsables à ne faire aucune discrimination sur les personnes susceptibles d'avoir le droit de recourir aux méthodes contraceptives (couples unis par le mariage légal ou par le mariage coutumier, concubins ou célibataires, etc...).

Les stratégies d'action sont réalistes. On accorde une priorité à l'identification des problèmes spécifiques à chaque groupe de population pour éviter de transformer la société selon un schéma idéal. En d'autres termes, il s'agit d'abord d'identifier les moyens d'approche au niveau des groupes donnés et d'adapter les services aux spécificités de chaque groupe. Point n'est besoin de prendre des dispositions uniformes dans tout le pays, dans un premier temps. L'expérience et l'analyse doivent primer sur la réglementation.

La Loi N° 90.030 démontre un courage politique certain. Auparavant, les gouvernements rechignaient à une prise de position ferme à ce sujet, craignant que la population ne considère une

telle prise de position comme une démission pure et simple de la part de ces derniers concernant les problèmes socio-économiques, le principe ayant toujours prévalu dans les milieux politiques africains étant que : "il n'y a pas de solutions démographiques à des problèmes socio-économiques".

D'autre part, la vulgarisation de la signification nouvelle du concept "santé" a aussi contribué à faire admettre la nécéssité d'une politique véritable en matière de population. Auparavant, la santé signifiait une absence de maladies. Actuellement, cette notion équivaut à un bien-être complet de l'homme, tant dans le domaine physique que social. La communauté ne doit plus se limiter à fournir des services dans le simple but de guérir les maladies ponctuelles, mais à donner à la population toutes les moyens pour ressentir ce bien-être complet.

B) LA LOI NOUVELLE FACE A LA LOI FRANCAISE DU 31 JUILLET 1920 ET LA PROPOSITION DE LOI N° 03/88-PL

1) LA LOI FRANCAISE DU 31 JUILLET 1920 RENDUE APPLICABLE A MADAGASCAR PAR LE DECRET 30 MAI 1933 ET PROMULGUE A MADAGASCAR PAR ARRETE GUBERNATORIAL DU 18 JUILLET 1933.

A Madagascar, comme dans presque tous les pays francophones, la Loi du 31 Juillet 1920, en son article 3, réprime sévérement la propagande anticonceptionnelle ainsi que la provocation de l'avortement.

Celle-ci avait été votée après la Première Guerre Mondiale, au cours de laquelle les Français avaient perdu environ 1.300.000 Hommes dans les combats.

Cette Loi n'a pas été abrogée expréssément. Même si on peut considérer qu'elle est tombée en désuétude face aux pratiques contraires des secteurs public et privé, elle peut être encore source de problèmes, car deux tendances peuvent s'affronter : la tendance légaliste qui préconise que tant qu'une Loi n'a pas été abrogée expréssement, d'autant plus que la Loi nouvelle postérieure comportant des dispositions contraires ne l'a pas fait, celle-ci peut-être toujours être évoquée ; et la tendance libérale tendant à considérer une Loi ancienne comme tacitement abrogée, dès qu'une Loi Nouvelle aux dispositions contraires est promulguée.

Dans le contexte actuel, nous pouvons affirmer que même si cette Loi ancienne n'a jamais empêché et n'empêchera plus la poursuite de la politique nationale de population, surtout en termes d'utilisation de méthodes anticonceptionnelles efficaces et modernes, il est cependant nécessaire de l'abroger expréssement pour éviter toute polémique et querelle d'écoles à ce sujet, car si une telle polémique surgissait, elle créerait des remous inutiles dans un domaine nouveau et délicat à manier, en semant le doute au

niveau des prestataires de services et acceptants potentiels et constituerait un autre obstacle à la concrétisation sereine de la nouvelle politique nationale de population.

2) LA PROPOSITION DE LOI N° 03/88 PL

a) Résumé

Mr RAMANANDRAIARISOA Jean-Louis, Président du Groupe Parlementaire Malgache Pour La Population et le Développement* a assisté à la Conférence Mondiale sur la Population de Mexico en 1984.

Dans une interview accordée au Nouvel Observateur en 1986, il a reconnu avoir beaucoup appris lors de cette conférence, et a aussi constaté l'existence d'une demande non exprimée en matière de planification familiale.

Depuis 1987, des séminaires réguliers concernant la question ont été tenus par le Groupe Parlementaire.

Le Groupe Parlementaire se propose actuellement de procéder à une refonte totale des textes relatifs à la famille. Dès questionnaires portant sur l'état-civil, le nom, le domicile, le mariage, l'adoption, etc... ont été disséminés dans tout le pays en vue de cette refonte. Quelques modifications ont déjà vu le jour, la plus importante concerne la suppression du régime du tiers coutumier, en tant que régime de droit commun, lequel est désormais le partage par moitié.

* Le Groupe National des Parlementaires pour la Population et Développement a été créé à l'initiative de Monsieur RAMANANDRAIARISOA Jean Louis. C'est un groupe restreint de personnes, comptant 12 députés, dont 2 par provinces. Depuis 1987, il tient des séminaires réguliers concernant toutes les questions qui touchent les problèmes de population. Au moins une fois par an, le groupe réunit tous les parlementaires, à des fins de sensibilisation et d'information, avec des démographes, des sociologues et autres techniciens. Ces parlementaires partent ensuite dans les diverses localités de Madagascar, pour rediffuser les mêmes informations auprès des autres responsable et ainsi de suite jusqu'au chefs de villages.

La proposition de Loi reconnaît :

- que l'objectif de la Loi Française de 1920 consistait à vouloir redresser la situation démographique de La France et de ses colonies, ravagée par la 1ère guerre mondiale, et qu'à Madagascar, les faits ont précédé le droit, dans la mesure ou la planification familiale existe depuis plus de 20 ans (pratiques des ONGs y compris la FISA, du Ministère de la Santé, de la JIRAMA, existences d'accords entre le gouvernement malgache et le FNUAP, la FISA et autres).

- que l'explosion démographique constitue un handicap sérieux pour le progrès économique et qu'il faut reconnaitre au couple la liberté de déterminer le nombre d'enfants qu'il veut, sans pour autant autoriser l'avortement qui reste repréhensible.

- et qu'il est donc nécessaire d'abroger l'article 3 du decret de 1933 relatif à la contraception et de réglementer la publicité, la vente et l'utilisation des contraceptifs.

Les dispositions de cette proposition de loi sont les suivantes:

. Les modalités de fabrication et d'importation des contraceptifs vont être prises par decret.

. La vente des contraceptifs doit être soumise à l'autorisation de mise sur le marché délivrée par le Ministère de la Santé.

. Les produits, médicaments ou objets contraceptifs ne peuvent être délivrés qu'en pharmacie et sur prescription médicale.

. Seuls les médecins et sages-femmes doivent être habilités à inserer les DIU et cela dans des établissements hospitaliers ou des centres de soins agrées.

. Les modalités d'agrément des établissements et le conditions de fonctionnement des établissements d'information familiale et des centres d'éducation et de planification familiale seront déterminés par Décret. Ces établissements ne doivent pas avoir de but lucratif.

. Toute propagande antinataliste est interdite. Toute propagande et toute publicité commerciale directe ou indirecte sur les médicaments, produits, objets ou méthodes contraceptives sont interdites sauf dans les publications réservées aux pharmaciens et médecins.

. Toutes ces dispositions sont assorties de sanctions pénales sévères.

b) Remarques

La proposition de Loi reconnaît l'inadéquation de la Loi française de 1920 au contexte malgache actuel, l'existence de pratiques courants contraires et acceptées depuis des dizaines d'années et les liens étroits reliant données démographiques et ressources économiques d'un pays comme Madagascar.

Cependant, si la Loi proposée est claire pour ceux qui l'ont conçue, en ce qui concerne les motifs et les buts à atteindre, et avait pour objectif de combler une grande lacune, il n'en demeure pas moins qu'il y a des risques d'interprétation erronée de la part de ceux qui vont l'éxécuter :

Le terme "propagande anti-nataliste" utilisé peut-être mal compris. Les Parlementaires ont voulu garantir aux familles la liberté de choisir le nombre d'enfants qu'elles désirent, sans possibilité d'interférence de la part des autorités. Toutes les entités concernées s'accordent à dire que cette liberté doit être garantie. Il aurait été, peut-être plus simple de faire une déclaration claire à ce sujet au lieu d'utiliser des termes presque similaires, pour les nonavertis, comme "propagande anticonceptionnelle autorisée et propagande antinataliste interdite", qui pourraient être source de confusion.

Les sanctions pénales assorties aux dispositions de la proposition de Loi sont-elles vraiment indispensables, sachant que la Loi Française de 1920 contenait le même genre de sanctions, lesquelles n'ont jamais reçu d'application, et se sont montrées ineffectives?

Si on veut une concrétisation sereine d'une politique en matière de population, ce genre de sanctions ne peut pas oeuvrer dans ce sens, car elles représentent une menace parmanente, et risquent de bloquer toute initiative prise dans un but d'amélioration des services à donner.

Par ailleurs, la proposition de Loi, non seulement pose des principes généraux, mais réglemente aussi des domaines précis, tels que la méthode de délivrance des contraceptifs, le genre de personnel habilité à inserer les DIU, l'obtention préalable d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le Ministère de la Santé avant toute vente des produits contraceptifs.

On comprend le souci des Parlementaires de vouloir opter pour la prudence dans un domaine considéré comme nouveau, et leur volonté de combler une lacune juridique, en ce qui concerne la fabrication, l'importation, la vente, et la publicité des moyens contraceptifs, qui jusqu'à maintenant sont soumises au même régime que les spécialités pharmaceutiques, sans pour autant en faire vraiment partie, d'après la définition donnée par les textes. Mais ne faut il pas faire confiance à l'éxécutif pour l'application pratique de la Politique Nationale de Population, dans la mesure où leurs responsables ont déjà une expérience certaine en la matière.

De plus, d'une façon générale, si on choisit le domaine de la Loi pour réglementer un domaine particulier, c'est pour des raisons de technique juridique : respect du parallélisme des formes (seule une loi peut abroger une loi) et des raisons d'ordre constitutionnel, car les parlementaires ont pour mandat de transcrire les options fondamentales de la population en dispositions légales. La Loi décrit le cadre général et laisse le soin aux Ministères concernés de réglementer les détails d'éxécution et les mesures d'accompagnement, comptetenu des réalités rencontrées sur le terrain.

Si une Loi réglemente des domaines précis au détriment d'autres domaines, l'incertitude peut régner au niveau des domaines délaissés, car les divers responsables ne sauront plus quels sont les domaines qui relèvent de leur compétence, et les mesures d'accompagnement nécéssaires, facilement prises par voie réglementaire, attendront longtemps avant de pouvoir être décidées et appliquées.

Il n'est pas inutile de rappeler que cette proposition de Loi est antérieure à la Loi N° 90.030 et n'a pas pu être débattue par L'Assemblée Nationale Populaire en 1991, à cause de la suspension de cette institution.

Face à la Loi N° 90.030, déjà en vigueur, si elle est reproposée dans son intégralité, n'y-a-il pas risque de contradiction et de confusion?

Nous estimons que la Loi N° 90.030 a présenté le domaine de la planification familiale dans son intégralité et constitue déjà un cadre de travail complet pour la concrétisation de la politique sur la Population. Il ne reste plus qu'à prendre les mesures d'accompagnement nécessaires, si les besoins se font sentir, et encore sans se presser car beaucoup d'autres facteurs extérieurs au domaine doivent être pris en considération, abroger expréssement la Loi antérieure Française dans toutes ses dispositions et procéder à une refonte des textes interdisant l'avortement, quitte à proposer plus tard des repressions plus sévères eu égard aux efforts qui vont être faits pour vulgariser l'accès aux méthodes contraceptives par les couches sociales les plus défavorisées.

C) LES AUTRES DISPOSITIONS POUVANT AVOIR UNE INFLUENCE QUELCONQUE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

1) DISPOSITIONS RELATIVES A LA SANTE

L'un des objectifs de développement les plus importants pour Madagascar est de parvenir à La Santé Pour Tous d'ici l'An 2000 (Politique 3.3), avec une attention particulière pour la réduction des taux de morbidité et de mortalité chez les mères et les enfants (Politique :4.1.b), plus précisément réduire le taux de mortalité infantile de 120 à 70 pour 1000 enfants en l'an 2000 (Politique :4.3.2. c).

Madagascar a, par la Loi N° 82.012 du 11 Juin 1982, ratifié l'Ordonnance N° 82.012 du 26 Avril 1982, portant ratification de la charte de développement sanitaire de la région africaine d'ici l'an 2000, laquelle oblige les Etats signataires à formuler des politiques, stratégies et plans d'action national pour accroitre l'efficacité de la lutte pour la santé par le peuple et pour le peuple. Les efforts en matière de soins de santé primaire sont largement prioritaires l'éducation, la nutrition, l'eau potable, la

salubrité de l'environnement, les soins materno-infantiles, la vaccination, la lutte contre les endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture en médicaments essentiels.

Ces domaines concernent en priorité la femme et l'enfant, et la concrétisation des principes ne pourra que jouer en faveur de la politique de population, car les personnes concernées par la planification familiale sont tous unanimes pour dire que les actions de planification familiale ne seraient efficaces que si les femmes pouvaient être sûres de garder leurs enfants en bonne santé et vivants et d'évoluer dans un environnement salubre.

C'est dans ce même ordre d'idées que Madagascar a envoyé un observateur au Sommet Mondial des Enfants, qui a abouti à l'adoption par l'Assemblée Générale des Nations Unies de la Convention relative aux droits de l'enfant, le 20 Novembre 1989, ratifiée par la Loi 90.029 du 19 Décembre 1990.

Dans le domaine de la santé en général, les dispositions législatives et réglementaires précises ont peu d'importance par rapport à l'infrastructure existante et aux actions véritables, dans la mesure où les Constitutions qui se sont succédées ont tous garanti à la population le droit à la santé. S'il y a problèmes, ceux-ci ne découlent pas d'obstacles ni lacunes juridiques, mais se situent à un autre niveau.

2) DISPOSITIONS RELATIVES A LA FEMME

Les dispositions légales et réglementaires suivantes sont données à titre d'information aux personnes qui travaillent de près ou de loin à la concrétisation de la Politique Nationale de Population, pour les aider à réviser ou à améliorer leurs méthodes d'approche vis-à-vis des femmes, et à comprendre l'attitude de celles-ci vis-à-vis de la natalité, les principes consacrés juridiquement étant l'égalité de l'homme et de la femme et l'interdiction de toute discrimination, quelqu'en soit la forme vis-à-vis de la femme.

Il est certain que la majorité de la population en général, et en particulier les femmes, pour le domaine qui nous touche, est très mal, sinon pas du tout informée de leurs droits et devoirs sur le plan de la famille.

Un recueil des Lois civiles a été édité, mais il reste toujours de portée restreinte, car le langage utilisé ne peut pas être compris par le citoyen non averti.

D'ores et déjà, nous pouvons affirmer qu'une vulgarisation des dispositions touchant la famille et conçues de façon simple et pratique améliorerait les conditions de la femme et de la famille. Cela pourrait se réaliser par le biais des moyens de communication

et par l'action de diffusion menée par divers groupes et associations, quitte à profiter de la structure des collectivités décentralisées.

a) Dispositions relatives au mariage :

Selon les termes de l'Ordonnance N° 62.089 du 1er Octobre 1962 relative au mariage, cette institution se définit comme étant l'acte civil public, solennel, par lequel un homme et une femme, qui ne sont pas engagés dans le lien d'un précédent mariage établissent entre eux une union légale et durable.

La majorité matrimoniale est de 18 ans. Les mineurs âgés de moins de 18 ans doivent être autorisés par leur père ou mère ou à défaut toute personne, qui selon l'usage, c'est-à-dire la coutume, ou la Loi a autorité sur lui.

L'âge matrimonial est de 14 ans pour la femme et 17 ans pour l'homme. Avant cela, nul ne peut contracter mariage, à moins qu'il n'ait obtenu une dispense d'âge accordée pour des motifs graves par le Président du Tribunal du lieu de la célébration du mariage.

Le mariage permet d'acquérir la pleine capacité juridique pour ceux qui la contractent.

Est considérée comme union légale toute union célébrée par l'officier public et toute cérémonie traditionnelle du mariage dont l'accomplissement a été constaté par "les chefs de village et les chefs de quartier et toute personne âgée de plus de 40 ans, désignée pour une période de 2 ans par le sous-préfet ou sur proposition du chef de canton et après avis du conseil communal intéréssé", d'après le Décret N° 63.022 du 16 Janvier 1963. Ces personnes peuvent être remplacées actuellement par les notables des fokontany. Cependant, la cérémonie traditionnelle doit être enregistrée auprès de l'officier public pour l'obtention de l'acte de mariage.

Ces dispositions ont été prises pour promouvoir l'institution du mariage. Apparamment, elles n'ont pas eu le résultat escompté. La proportion de mariages légaux par rapport aux mariages coutumiers et concubinages est encore faible.

Si le Législateur a pu obliger la population à enregistrer les naissances et les décès sous peine de sanctions pénales, force est de constater qu'en matière d'union, les coutumes demeurent vivaces et qu'il a été constaté qu'on ne pouvait pas obliger les personnes a contracter une union légale, source d'obligations formelles pour les conjoints obligation de cohabitation, obligation d'aide et d'assistance, obligation de fidélité et de résidence commune, devoirs envers les enfants. Le mariage affecte aussi le patrimoine des époux et des règles doivent être suivies dans ce domaine.

Pour contourner le problème et préserver les intérets des enfants, la situation légale des enfants nés hors mariage, naturels ou adultérins, a été confortée. Leurs parents leur doivent aliments, pourvu que la filiation soit établie, c'est-à-dire que l'enfant n'ait pas été déclaré : "né de père inconnu", qu'ils soient légitimes, naturels ou adultérins. Le délit d'abandon de famille, prévu par l'Article 3 de l'Ordonnance N° 60.025 du 4 Mai 1960, s'applique à toute personne condamnée par décision judiciaire à payer une pension alimentaire à un enfant naturel ou adultérin, dont la filiation est reconnue, indépendamment du caractère légal ou non de l'union de leurs parents.

L'adultère, passible d'une peine d'emprisonnement, selon les articles 336 à 339 du Code Pénal, ne s'applique qu'aux hommes et femmes mariées légalement. L'adultère de la femme est établie dès lors qu'on a pu prouver qu'elle a eu des rapports sexuels complets avec un autre homme. En ce qui concerne l'homme, il n'y a adultère que s'il entretient une concubine au domicile conjugual.

Le principe de monogamie est consacré par l'article 340 du Code pénal. La bigamie est réprimée pénalement. Elle ne concerne que les personnes mariées légalement, lesquelles n'ont pas le droit de contracter une autre union légale pendant le mariage.

Les unions coutumières, et les unions libres, échappent à toutes ces contraintes, et cela pourrait être une des multiples raisons du peu d'engouement des hommes pour mariage légal, au détriment des droits de la femme qui déjà moindres, en tant que femme mariée, sont vraiment réduits dans le cadre du concubinage.

b) Les dispositions relatives aux régimes matrimoniaux.

Les personnes concernées par la Loi N° 67.030 du 18 Décembre 1967 relative aux régimes matrimoniaux et à la forme des testaments, dont certaines dispositions ont été abrogées et modifiées par la Loi N° 90.014 du 11 Juillet 1990 sont toujours les conjoints mariés légalement.

Les biens pris en considération au cours d'un mariage sont les biens personnels qui comportent généralement ceux que les époux possèdent au moment du mariage, et ceux acquis à titre personnel pendant le mariage par succession ou donation ; et les biens communs qui se composent des gains et salaires des époux, les biens achetés par les derniers communs. Les biens communs sont administrés par le mari, considéré comme chef de famille, mais si la femme exerce une profession séparée, elle administre les biens qu'elle a acquis de ses salaires, appelés biens réservés.

D'une façon générale, le mari, en tant que chef de famille, est le gestionnaire des biens communs. Il peut accomplir des actes conservatoires et des actes d'administration et percevoir les

revenus et fruits des biens communs dans le but d'entretenir le ménage et les enfants.

La Loi offre cependant à la femme la possibilité de sauvegarder la communauté des biens, ou même ses biens personnels, si leur gestion est en péril, si l'intêret des enfants est en jeu, ou si son mari est dans l'impossibilité de les gérer sainement et cela en faisant une demande auprès des Tribunaux. Elle peut aussi demander d'être placée sous le régime de la séparation des biens, en cas de problèmes.

Le droit des régimes matrimoniaux ne trouve son application qu'en cas de décès de l'un des conjoints ou de divorce, entraînant la dissolution de la communauté, et c'est bien pour cela qu'il n'intéresse personne au moment du mariage. Le conjoint survivant reprend ses biens personnels la part des biens communs lui revenant (le principe étant que : est considéré comme bien commun tout ce qui n'est pas personnel). Si un contrat de mariage a été rédigé, le partage des biens se fait conformément à ce contrat. Si aucune option ne figure sur l'acte de mariage, les biens communs sont partagés par moitié (zara-mira). Avant la Loi N° 90 014, ils étaient partagés en 3 : le 1/3 revenait à la femme et les 2/3 à l'homme suivant le régime du tiers coutumier. Outre la possibilité de choisir un contrat de mariage devant un notaire, le législateur offre actuellement aux conjoints la possibilité de choisir expressément soit le régime du tiers coutumier, soit celui du partage par moitié, devenu le régime de droit commun, celui qui est appliqué si aucune option n'a été faite au moment du mariage.

Au moment du prélèvement de sa part des biens communs, chaque époux a aussi le droit de percevoir en compensation l'équivalent de tout bien personnel qui aurait enrichi la communauté ou qui aurait disparu à l'intérieur de la communauté.

Par ailleurs, la jurisprudence reconnaît que l'épouse qui n'a pas participé directement à l'acquisition d'un bien commun y a contribué par la gestion des deniers et du ménage, ainsi tout bien, n'ayant pas fait partie des biens personnels des conjoints est considéré comme commun et est partagé suivant le régime matrimonial choisi ou appliqué directement.

c) Règles relatives au concubinage et aux mariages coutumiers

L'union libre ou concubinage diffère du mariage car il n'y a ni élément formel : célébration, contrat solennel entre la femme et l'homme, ni élément légal : aucune soumission aux obligations qui régissent les gens mariés.

S'il y a eu concubinage sans formalités, le partage des biens peut se faire comme pour une société de fait : le Tribunal apprécie s'il y a eu vraiment intention de s'associer, apports réciproques et participation aux bénéfices et pertes et il appartient à celui

ou celle qui demande sa part d'apporter toutes les preuves de l'existence de la société de fait qui est dans la plupart des cas très difficile à démontrer. Les solutions jurisprudentielles restent d'ailleurs constantes dans ce domaine.

Les unions coutumières sont celles contractées conformément aux coutumes et non sanctionnées par un acte de l'Etat civil. On considére que ces unions coutumières, contractées en conformité avec un droit coutumier déterminé est régi par ce droit coutumier.

Le Droit coutumier varie d'une région à une autre et même d'un groupe à un autre. A titre d'exemples, nous citerons deux sortes de coutumes.

Les coutumes Tsimihety (Nord-Ouest de Madagascar : Mandritsara, Befandriana-Nord, Port-Bergé, Mampikony, Antsohihy, Bealalana): Le régime commun est l'ampahatelotanana, tiers coutumier. Les biens communs sont gérés par le mari. En cas de dissolution de l'union coutumière, le tiers des biens revient à la femme et les deux-tiers au mari. Chacun reprend ses biens personnels. La veuve et les enfants ont le droit d'occuper la maison conjugale ou une autre maison propre au mari défunt.

Les coutumes Antaifasy (Sud-Est de Madagascar : région de Farafangana): A la dissolution de l'union, la femme reçoit une faible part des biens communs. La femme stérile ne reçoit qu'une part symbolique, quelle que soit la quantité de biens amassée au cours de l'union. La femme qui a donné des enfants à son mari peut recevoir, selon les cas, le quart ou le tiers des biens communs.

L'Ordonnance 62.041 portant dispositions générales de Droit Interne et de Droit International Privé en ses articles 11 et 12 stipule que : "Aucun juge ne peut refuser de juger un différend qui lui est soumis, sous quelque prétexte que ce soit, en cas de silence, d'insuffisance ou d'obscurité de la Loi, le juge peut s'inspirer des principes généraux du droit, et le cas échéant, des coutumes et traditions des parties en cause, à condition que ces coutumes et traditions soient certaines, parfaitement établies et ne heurtent en rien l'ordre public et les bonnes moeurs, et donne au juge la possibilité de s'inspirer des coutumes et traditions pour rechercher les mobiles et l'esprit d'un acte générateur de droit."

D'une façon générale, la part revenant à la femme dépend beaucoup des possibilités économiques de la région, dans laquelle la famille se trouve. Si la région est économiquement riche, la femme peut prétendre à une part assez consistante, dans le cas contraire, tout revient à l'homme. De plus, les coutumes et traditions ne sont pas immuables et leur application par le juge est des plus aléatoires.

Il est donc certain qu'on peut faire appliquer les coutumes, mais dans la mesure où elles sont trop diverses et varient facilement, cette application n'est pas aisée. De plus, même si une femme obtient ce qu'elle demande auprès des Tribunaux, il lui sera presque impossible de faire éxécuter la décision judiciaire en sa faveur, si préalablement le groupe auquel elle a appartenu a été hostile à ses prétentions.

Néanmoins, l'étude des traditions et coutumes des différentes régions de Madagascar mérite d'être systématisée, pour améliorer les approches en matière de planification familiale, sans pouvoir prétendre avoir une incidence particulièrement prépondérante sur les réformes législatives à entreprendre.

d) Dispositions relatives aux successions

Ces dispositions, contenues dans la Loi N°68.012 du 4 Juillet 1968, sont intimement liées à celles relatives au mariage et aux régimes matrimoniaux.

L'épouse légale n'a pas de vocation successorale directe, si le décès de son mari est survenu sans testament. Elle ne fait que reprendre sa part des biens communs, conformément aux règles applicables aux régimes matrimoniaux. La part du mari, ainsi que ses biens personnels reviennent directement à leurs enfants, qui constituent une première classe d'héritiers. S'ils n'ont pas eu d'enfants, les biens sont dévolus aux parents du mari. Si ces derniers sont déjà décédés, aux collatéraux du mari. Le conjoint survivant n'arrive qu'en huitième position. Cependant, son entretien et son logement sont à la charge de la communauté pendant un an, après le décès de son mari.

Si dans la masse successorale se trouve une exploitation agricole, industrielle, commerciale ou autre, et si elle a participé directement à son exploitation, il lui est possible de continuer le travail et de rester en indivision avec les héritiers, pendant tout au plus 6 ans ou d'acquérir l'exploitation, moyennant le paiement d'une soulte aux autres héritiers.

Si les enfants sont mineurs, elle devient généralement leur tutrice, et a la charge d'administrer les biens de ces derniers, c'est-à-dire, les biens hérités de leur père, sans avoir la possibilité de les vendre, à moins d'obtenir une autorisation des Tribunaux.

Il est aussi intéréssant de noter que la concubine a la même possibilité de devenir tutrice et de gérer les biens appartenant aux enfants mineurs, du fait du décès de leur père, car elle ne peut prétendre à rien, après la mort de son concubin, à moins d'intenter une action aléatoire et au cours de laquelle il lui faudra apporter beaucoup de preuves, difficiles à rassembler, pour avoir une partie des biens assemblés lors du concubinage.

En ce qui concerne les mariages coutumiers, la dévolution successorale suit les règles coutumières et dépend donc des groupes concernés.

Le Droit Positif Malgache permet cependant, à toute personne de léguer tout ou partie de ses biens, par testament, selon le principe du masy mandidy, ou par donation entre vivants, pourvu qu'elle respecte les dispositions y afférentes. L'avenir de l'épouse légale, de la concubine et de l'épouse unie par un mariage coutumier, après le décès de l'époux ou du concubin sera assurée, en cas des testament lui léguant tout ou partie de ses biens.

Il ressort de toutes ces dispositions que le mariage légal présente beaucoup d'avantages pour la femme, bien qu'elles soient encore insuffisantes : il lui fait reconnaître la vocation économique du couple, et partant de sa propre personne, dès l'interpellation même de l'officier public pendant la cérémonie du mariage, à l'instar de son rôle de simple génitrice et, en cas de crise ou de dissolution du mariage, entraînée par le divorce ou décès de son conjoint, les règles devant être respéctées sont claires et d'application facile.

Pour ce qui est de la concubine ou de l'épouse unie par un mariage coutumier, leur situation est délicate et très aléatoire. Le seul moyen pour elles de pouvoir jouir des biens personnels de l'homme ou des biens accumulés ensemble est d'avoir toujours des enfants mineurs à charge, car ainsi elles pourront administrer les biens de ces derniers.

3) LES AUTRES DISPOSITIONS

a) La législation et la sécurité sociale

La législation sociale ne concerne que très peu de femmes, si l'on considère la proportion de travaux ruraux à Madagascar.

D'une façon générale, seules sont prises en considération les femmes travaillant dans le secteur public ou mariées légalement à des fonctionnaires et celles travaillant dans le secteur privé ou mariées légalement à des travailleurs soumis au Code Du Travail, c'est-à-dire aux dispositions de l'Ordonnance N° 75.013. Ces travailleurs ne constituent qu'une faible proportion, par rapport à la masse totale des travailleurs dans le secteur privé. Pour ne citer qu'un exemple, le statut des travailleurs à domicile, prévu depuis 1975 n'a pas encore été élaboré. Le travail agricole n'a pas de réglementation vraiment spéciale pour les femmes et il faut reconnaître que même si elle existait, elle serait toujours d'application difficile, dans la mesure où les travaux agricoles se font presque toujours en famille.

La catégorie de femmes citée plus haut ont droit à des allocations familiales, des allocations de grossesse et à des

retraites vraiment insignifiantes, n'ayant aucune incidence sur la natalité. Il en est de même des autres règles, que nous ne citerons qu'à titre d'information.

Dans le secteur privé, régi par le Code du Travail, la femme enceinte et dont la grossesse est apparente et constatée médicalement peut quitter son travail, sans préavis. Elle dispose du même droit pendant 15 mois après la naissance de son enfant. Si elle continue à travailler, pendant cette période, elle a droit à des repos d'allaitement ne pouvant pas excéder une heure par jour. Le Code du Travail ne prévoit aucune forme de réintégration. Pour l'accouchement, il est prévu un congé de maternité de 14 semaines consécutives, auquel s'ajoutent 3 semaines en cas de maladie dûe aux couches. Pour les femmes fonctionnaires, le congé de maternité se résume à 8 semaines. Les autres catégories de travailleurs, pour lesquels aucune disposition n'a pas encore été prise, subissent généralement le bon vouloir des employeurs.

La durée de travail de nuit des femmes et des enfants a été aussi réglementée. Ils doivent jouir de 11 heures consécutives de repos.

En dehors des règles sus-citées, il n'y a pas d'autres dispositions spéciales relatives à la femme, ce qui constitue une lacune dans la mesure où une femme qui travaille et qui bénéficie d'avantages légaux pour mettre au monde et s'occuper de son enfant pendant la première enfance de celui-ci et de réintégrer son travail serait plus motivée à poursuivre une carrière et ainsi à vouloir moins d'enfants.

La Caisse Nationale De Prévoyance Sociale (C.N.A.P.S.), établissement public à caractère industriel et commercial sert des prestations sociales aux employés du secteur privé en général, les fonctionnaires ECD et leurs ayants-droits. Sont exclus les travailleurs de la Fonction Publique, les travailleurs en mission temporaire à Madagascar et les travailleurs familiaux, seuls employés d'une entreprise familiale.

Les allocations familiales sont de 1100 Fmg par enfant, âgé de moins de 21 ans sur présentation d'un certificat de scolarité ou d'un certificat de vie, les allocations prénatales, au cours de la grossesse, de la femme salariée ou la femme légitime d'un employé de 8.100 Fmg, les allocations de maternité de 10.800 Fmg par accouchement sous contrôle médical, les prestations en cas de décès d'un employé sur le lieu de travail 100.000 Fmg. La C.N.A.P.S. alloue aussi des indemnités de demi-salaire aux femmes salariées en congé de maternité,des prestations de vieillesse et des prestations aux survivants et des rentes pour les employés victimes d'accidents de travail.

Les employeurs et travailleurs doivent payer des cotisations pour bénéficier de ces prestations.

L'inscription des travailleurs à la C.N.A.P.S. est obligatoire. Actuellement on recense 850.000 travailleurs inscrits, comportant actifs et inactifs. Ce chiffre cependant ne reflète pas la réalité, car il n'y a pas de recensement exhaustif de travailleurs à Madagascar, le secteur informel est très vaste, et la C.N.A.P.S. ne dispose pas d'inspecteurs suffisants pour faire appliquer la Loi.

Si vers les années 1970, le montant des allocations familiales représentait quand même une aide appréciable aux familles, actuellement il n'a plus qu'une valeur symbolique. Néanmoins, certaines familles ne vivent que de ces allocations familiales.

Les prestations sociales actuelles de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale ne sont pas déterminantes. Elles ne peuvent pas inciter les familles à une forte natalité, mais La CNAPS poursuit aussi d'autres buts, comme l'incitation au mariage légal,même si une attestation de concubinage du Fokontany est accepté pour prouver la qualité d'ayants-droits, aux accouchements sous contrôle médical et la reconnaissance de l'enfant par le père, qui rejoignent les domaines de la femme et de l'enfant, et tendent à promouvoir leur condition.

b) Les infractions contre la natalité

Le législateur protège la natalité, pour sauvegarder les valeurs morales, protéger l'intégrité physique des individus, celle de la femme que les manoeuvres abortives exposent à des risques graves et celle de l'embryon, car il y a atteinte à la vie, à l'intégrité physique de cet être vivant déjà doué de la personnalité juridique.

C'est dans cet ordre d'idées que l'article 317 du Code Pénal (Ordonnance N° 62.013 du 10 Août 1962) a prévu et puni trois sortes d'infractions relatives à l'avortement :

- l'avortement pratiqué sur la femme par un tiers, puni d'une peine d'emprisonnement d'un an à cinq ans et d'une amende de 90.000 Fmg à 1.800.000 Fmg. Pour que le délit soit punissable, il faut qu'il y ait eu faute intentionnelle de la part de l'avorteur, peu importe que la femme soit enceinte ou supposée enceinte, et peu importe les moyens utilisés, qu'ils aient été efficaces ou non ;

- l'avortement pratiqué par la femme elle-même, puni d'une peine d'emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 18.000 Francs à 360.000 Francs, quels que soient les motifs qu'elle invoque (famille nombreuse, crainte du déshonneur ou raisons économiques). Il faut une faute intentionnelle et avoir utilisé des moyens qu'on lui aurait indiqués ou administrés ;

- Cas de pratiques abortives, de simples conseils ou indications : Si la personne qui a administré des pratiques abortives ou donné des conseils et indications pour permettre l'avortement appartient au corps médical, elle est punissable des mêmes peines que l'avorteur.

Les conditions de l'avortement thérapeutique, contenues dans le code de déontologie médicale, sont les suivantes : l'avortement doit être pratiqué par un médecin, il faut qu'il soit établi que la sauvegarde de la vie même de la mère exige l'interruption de la grossesse et que trois certificats établis par trois médecins attestent le caractère nécessaire de l'avortement. La jurisprudence admet, cependant, que sans remplir ces formalités, le médecin puisse invoquer l'état de nécessité, dans lequel il s'est trouvé pour interrompre la grossesse.

L'établissement d'un diagnostic biologique de la grossesse est aussi réglementée par l'article 107 du Décret N° 62.540 : le diagnostic ne peut être opéré que dans un laboratoire agrée procédant à ce genre d'analyses de façon à ce qu'on puisse savoir avec certitude qui à demandé l'examen et quel en a été le résultat. La violation de la réglementation de l'ouverture des laboratoires d'analyses, de la réglementation des examens pratiqués dans les laboratoires, ainsi que les fraudes et fausses déclarations constituent des infractions punissables.

D'après le milieu médical, beaucoup de femmes ayant interrompu leur grossesse et victimes de complications sont obligées de s'adresser aux hôpitaux et cliniques pour des soins urgents. Elles ne donnent jamais d'explications quant aux moyens qui ont été utilisés, mais arguent d'une fausse couche naturelle. Les médecins saisis ont l'obligation de les soigner, et théoriquement de les dénoncer, mais ne le font jamais devant leur état physique et moral très grave. C'est pourquoi, il n'existe aucune statistique officielle des avortements provoqués, alors que tous les responsables des établissements sanitaires s'accordent à dire qu'ils sont très nombreux et que celles qui veulent bien expliquer leurs actes évoquent toujours, soit l'impossibilité matérielle de faire vivre l'enfant, soit pour beaucoup de femmes mariées, la trop grande fréquence des naissances.

Les enfants vivants sont aussi protégés dans leur intégrité corporelle. L'infanticide, qui consiste en l'assassinat d'un enfant nouveau-né est considéré comme un crime. Les mauvais traitements infligés à des enfants : coups et blessures simples ou pouvant entraîner une incapacité grave, coups et blessures suivis de mort sans intention de la donner,violences et privations avec intention de donner la mort, l'abstention de porter secours, l'abandon et l'exposition d'enfant sont réprimés pénalement.

c) Le domaine culturel

L'éducation sexuelle, à proprement parler ne figure dans aucun programme d'enseignement officiel. En classe de seconde, dans les lycées, les professeurs de sciences naturelles consacrent des leçons détaillées concernant la procréation : le processus, les organes de reproduction etc... mais la présentation et l'explication des produits et médicaments contraceptifs n'ont jamais été abordées.

Il est grand temps d'inclure dans le programme officiel des lycéens du secondaire en deuxième cycle des séances de sensibilisation sur les relations entre ressources et population, qui s'ajouteront aux notions démographiques déjà prévues au programme et d'information sur la variété des moyens contraceptifs existants et leur spécificité.

II. PRATIQUES ET REGLEMENTATION CONCERNANT LES ETABLISSEMENTS LE PERSONNEL, ET LES SERVICES DE PLANICATION FAMILIALES

A) LES ETABLISSEMENTS

1) LE SECTEUR PUBLIC

a) Les organes et établissements sanitaires publics

Les Ministères s'occupant de planification familiale sont le Ministère de la Santé et le Ministère de la Population.

Le rôle principal du Ministère de la Population est d'élaborer et de mettre en oeuvre la politique du Gouvernement en matière de Population, d'Education Permanente, de la Femme et de l'Enfance, dans le cadre du développement économique et social (Article premier du Décret No 92.146 du 31 Janvier 1992, fixant les attributions du Ministre de la Population ainsi que l'organisation générale de son Ministère et remplaçant le Décret No 91.170 du 9 Avril 1991).

Il assure aussi la tutelle et la coordination des associations et Organismes Non Gouvernementaux qui contribuent à l'éxecution des projets et des activités rentrant dans le cadre de la politique définie précédemment. (Article 2 du même Décret).

Outre 3 autres organes administratifs, la Direction Générale de la Population regroupe quatre sortes d'activités :
- la documentation et les statistiques,
- la promotion de la femme,
- la condition de l'enfance et la famille,
- le développement social et l'alphabétisation et l'éducation des adultes.

Dans le domaine de la planification familiale, le Ministère de la Population a pour rôle essentiel d'informer et d'orienter les populations vers les centres de services de planification familiale et d'épauler les Organisations Non Gouvernementales et ses autres partenaires dans les services d'Information, Education et Communication (I.E.C.). Le Ministère de la Santé s'occupe exclusivement des services cliniques.

Même avant la Loi No 90.030, le Ministère de la Population a déjà été amené à parler de planification familiale auprès des populations. Des projets bien précis ont déjà menés, comme les cours d'éducation à la vie familiale dispensés aux jeunes filles de 14 à 25 ans des foyers sociaux, incluant des informations sur la planification familiale et des explications concernant les méthodes contraceptives modernes.

Les séminaires et formations prévus tendent tous vers un seul objectif : l'intégration des informations de planification familiale dans toutes les activités du Ministère, comme l'alphabétisation des adultes par exemple.

D'une façon générale, et avant la Loi N° 90.030, les centres du Ministère de la Santé n'ont dispensé que des conseils individuels en matière de planification familiale, sauf pour les projets ponctuels, uniquement aux femmes intéréssées, qui, pour la majorité sont dirigées vers le secteur privé. Les services sont intégrés et ne disposent pas de stock d'approvisionnement en contraceptifs, sauf dans les cas de services conjoints avec la FISA.

Le premier projet de planification familiale du Ministère de la Santé, financé par le FNUAP, a débuté en 1985 avec l'integration des services de planification familiale dans 50 formations sanitaires. Des formations d'information-education-communication (I.E.C.) ont été dispensées aux cadres, et les produits contraceptifs ont déjà fait l'objet de distribution gratuite auprès des utilisateurs.

Actuellement, Ministère de la Santé dispose de soixante-six postes de planification familiale parmi les 1971 centres sanitaires publics. Les produits qui y sont distribués sont les suivants: les méthodes hormonales, les methodes barrières et les DIU, auxquels s'ajoutent pour Antananarivo le Norplant et la contraception chirurgicale voluntaire, qui devrait s'étendre sur les porvinces de Mahajunga, Fianarantsoa, et Tamatave par la minilaparatomie sous anésthésie locale. L'objectif à atteindre pour 1997 est d'arriver à 550 formations sanitaires dispensant des services de planification familiale dans le secteur publique et 200 pour le secteur privé.

En ce qui concerne les formations en matière de planification familiale, seules les formations suivies à l'extérieur sont prises en considération par l'administration.* Pour le moment, il n'y a pas encore d'établissement ni d'école de formation permanente. L'Hopital Joseph Ravoanhangy Andrianavalona est pressenti à ce titre pour la methode chirurgicale minilaparatomie.

* C'est à dire que les certificats livrés par les projets et programmes suites aux seminaires organisés à Madagascar ne sont pas reconnus par l'administration malgré que ces certificats sont livrés selon les critères internationales de certification.

Les actes pris lors des 2 réunions de la Commission Nationale Des Projets de Planification Familiale en Novembre 1991 et Janvier 1992 vont être appliqués dans 66 centres publics, à titre d'éxpérimentation. Si la réception est favorable, l'extension à d'autres centres pourrait être envisagée.

La réglementation concernant les établissements sanitaires et médicaux publics est peu nombreuse, leur création doit être

approuvée par le Ministère de la Santé, avant d'être décidée par les autres autorités.

Suivant les termes de l'Ordonnance 62.072 du 29 Septembre 1962 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, la création ou la suppression d'un hôpital, hospice, maternité, poste d'accouchement, dispensaire ou autre établissement de soins n'est décidée par l'autorité Administrative dont dépend l'Administration qu'après approbation du Ministère de la Santé Publique et de la Population sur avis de la Commission Nationale d'Hygiène et de Santé Publique, créee par Décret 63.028 du 16 Janvier 1963.

Le problème est plutôt d'ordre financier que juridique, car il y a toujours les restrictions d'ordre budgétaire.

La transformation d'un poste d'infirmier ou d'un poste d'accouchement en poste sanitaire, d'un centre médical en hôpital secondaire etc... est soumise à la même réglementation.

Par ailleurs, le Décret N° 62.046 du 24 Janvier 1962 relatif à l'exercice de la profession de médecin, chirurgien dentiste, sage-femme ou pharmacien à Madagascar stipule que les formations sanitaires administratives peuvent être autorisées par le Ministère de la Santé Publique et de la Population, à délivrer temporairement à la population des médicaments prescrits par ordonnance, à titre onéreux, au prix de vente au public, s'il n'y a pas d'officine dans les localités où elles sont établies et en cas d'insuffisance d'approvisionnement.

Généralement, les établissements sanitaires publics, selon leur importance, disposent d'une pharmacie qui a vocation à fournir, à titre gratuit, les médicaments aux malades, sans aucune possibilité de vente.

Quant aux établissements d'accouchements ils sont soumis à une réglementation minutieuse, les personnes condamnées pour avortement ou provocation à l'avortement ne peuvent pas y être employées et le fait de mettre obstacle aux fonctionx des personnes autorisées à pénétrer dans ces établissements est puni.

b) Les actes relatifs à la composition d'un site de planification familiale

Parmi les actes citées précédemment venant des deux réunions de la CNPPF, figurent la composition type d'un site de planification familiale dont l'équipe doit être composée d'au moins un médecin responsable, deux paramédicaux, dont l'un doit assister le médecin en matière de santé maternelle et infantile et planification familiale et un(e) servant(e) et celle d'un centre provincial de planification familiale, composée d'une équipe technique et d'une équipe de décision. L'équipe technique est composé

d'un médecin responsable provincial de santé maternelle et infantile et planification familiale, d'un médecin responsable provincial d'information, éducation et communication, d'un paramédical, d'un secrétaire et d'un chauffeur. Quant à l'équipe de décision, elle comporte le chef PROSANTE, le chef de division technique du PROSANTE, les médecins inspecteurs du Faritany, le médecin responsable provincial de la santé maternelle et infantile et planification familiale et le médecin responsable provincial d'-information-éducation-communication.

2) LE SECTEUR PRIVE

Il y a actuellement 363 centres sanitaires privés à Madagascar.

Les réglementations, en matière d'établissements dans les secteurs privé varient suivant les formes choisies.

a) Les Organisations Non Gouvernementales

Les Organisations Non Gouvernementales, dont la FISA, sont régies par l'Ordonnance N° 60.133 du 3 Octobre 1960, portant régime général des associations et l'Ordonnance N° 75.017 du 1er Août 1975.

Peuvent bénéficier de ces dispositions toute convention de personnes qui mettent en commun d'une façon permanente des connaissances et des activités dans un but autre que partager des bénéfices.

Les formalités à remplir sont les suivantes : déposer la déclaration de création d'association et les statuts au bureau de la province de son siège social, pour qu'ils soient publiés dans le Journal Officiel.

Toute association, régulièrement déclarée peut acquérir des biens par l'achat, posséder un immeuble et administrer les biens de l'association.

Un Décret, pris en Conseil de gouvernement, peut reconnaître l'association comme d'utilité publique. Dans ce cas, la réception des dons et legs est autorisée par voie de Décret pris en conseil des ministres. L'association est aussi soumise à un contrôle particulier, lorsqu'elle bénéficie de subvention étatique.

Pour oeuvrer à Madagascar, les associations étrangères, c'est-à-dire les groupements qui présentent les caractéristiques d'association, ayant leur siège à l'étranger ou ceux qui, ayant leur siège à Madagascar sont dirigés en fait par des étrangers ou bien ont des administrateurs étrangers, dont le nombre représente au moins le quart de tous les administrateurs, doivent avoir

l'autorisation préalable du Ministère de l'Intérieur. L'autorisation peut être accordée à titre temporaire, et soumise à un renouvellement périodique ou subordonnée à l'observation de certaines conditions.

Le principe essentiel de ce genre d'associations est qu'elles ne visent aucun but lucratif et n'ont aucune vocation commerciale.

b) Les infrastuctures sanitaires d'entreprises

Les principales dispositions réglementaires organisant la médecine d'entreprise sont l'Arrêté N° 2806 du 8 Juillet 1968 et N° 3871 du 12 Octobre 1971.

Les entreprises ont l'obligation d'assurer des mesures médicales gratuites, comportant des visites médicales systématiques, des soins préventifs, des soins aux travailleurs et à leurs familles etc..., et d'adhérer à un service médical inter-entreprise ou éventuellement de participer à sa création quand elles sont localisées dans un rayon de 30 Kms d'un service médical existant. En cas d'isolement géographique des établissements, le Ministère du Travail et des Lois sociales peut autoriser la création de services autonomes.

Les services médicaux inter-entreprise suivent le régime légal des associations. Leur personnel médical et sanitaire doivent être agrées par le Ministère du Travail et des Lois Sociales. Les conventions de soins qu'ils doivent conclure avec les centres sanitaires publics doivent être autorisés par le Ministère du Travail.

La médecine d'entreprise est soumise à un contrôle régulier du Ministère et les médicaments que les services sont tenus de stocker sont définis dans une liste, qui comprend, en partie des antibiotiques et d'autres spécialités d'utilisation fréquente.

Les services autonomes font partie intégrante de l'entreprise et n'ont d'autre vocation que d'assurer une bonne couverture sanitaire et médicale aux travailleurs et leurs familles. Ils ne fournissent leurs services qu'à un groupe restreint de personnes. Ils peuvent être sollicités par les secteurs publics à étendre leurs prestations à un petit groupe de la population, sans autre formalité.

Dans la réalité, les entreprises qui ont un volume de personnel assez important préfèrent avoir leur propre infrastructure sanitaire, pour pouvoir mener une politique bien précise dans le domaine de la santé, car si on calcule en termes de coût les avantages apportés par une population d'entreprise en bonne santé, on se rend compte que les retombées positives sont conséquentes. Actuellement, la JIRAMA est en train d'évaluer les

avantages financiers de ses prestations en matière de planification familiale, qui sont très prometteurs.

Il serait souhaitable de modifier les dispositions précédentes, pour que les entreprises qui peuvent se permettre d'avoir leur propre infrastructure sanitaire puissent le faire en toute liberté, en partant du principe que les impératifs de santé doivent primer sur les textes, d'autant plus que ceux-ci ne sont plus tellement respectés, nécéssité faisant loi.

c) Les cabinets de médecins exerçant à titre privé

Pour ouvrir et exploiter un cabinet de médecin exerçant à titre privé, son propriétaire doit avoir les diplômes requis, être inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins, être autorisé par ce dernier, et s'acquitter de toutes les obligations d'ordre fiscal, comme la taxe professionnelle, l'acompte provisionnel en prévision des impôts sur les revenus. Il doit exercer la profession personnellement.

La nouvelle tendance consiste à s'associer à plusieurs médecins pour exploiter un cabinet, placé sous le régime d'une société à responsabilité limitée et assujetti aux mêmes obligations fiscales que précédemment.

Les médecins exerçant à titre privé ne sont pas autorisés à vendre des médicaments à leurs patients. Les pratiques montrent, cependant, que cette interdiction n'est plus respectée. Il est vrai, qu'il ne s'agit pas de vendre comme dans les pharmacies, mais plutôt d'associer consultation et fourniture de médicaments, qui généralement sont distribués par dose curative et non par boîtes. C'est le prix trop élévé des médicaments par rapport au pouvoir d'achat de la majorité des malgaches et l'obligation d'acheter une boîte entière, vu les obligations de conditionne-ment, qui ont amené les praticiens privés à agir de la sorte. Il a été aussi constaté que les malades ne consultaient pas des médecins qui ne pouvaient pas leur fournir des médicaments. Le milieu médical est au courant de ces pratiques mais les tolère, dans la mesure où elles ne lèsent pas outre mesure les intêrets des pharmaciens et ne visent qu'à rendre la médecine moderne accessible à tous.

Cependant, les médecins, habilités à exercer dans des localités où il n'y a pas de pharmacies ayant une officine ouverte au public, sont autorisés par Arrêté du Ministère de la Santé Publique et de la Population à avoir chez eux un approvisionnement en médicaments et à en délivrer à leurs patients. Cette autorisation devient caduque si une officine ouvre dans un rayon de 5 kms.

d) Les cliniques, dispensaires et centres médicaux privés

Quant aux conditions d'ouverture et réglementation de cliniques, dispensaires etc... à titre privé, elles sont prévues par l'article 67 de l'ordonnance 62.072 du 29 Septembre 1962 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique qui dit que : "l'ouverture à titre privé d'un dispensaire, clinique, établissement d'accouchement, hôpital psychiatrique ou hospice est soumise à une autorisation préalable du Ministère de la santé Publique et de la Population, après avis de la commission nationale d'hygiène et de santé publique".

Ces établissements sont soumis au contrôle technique du médecin-inspecteur de la localité et doivent lui adresser un rapport mensuel d'activités.

Suivant les termes du Décret N° 62.046 du 24 Janvier 1962, relatif à l'exercice de la profession de médecin, chirurgien dentiste, sage-femme et pharmacien à Madagascar, ces établissements privés peuvent être propriétaires d'une pharmacie pour leur strict usage particulier et sous la gérance d'un pharmacien, lequel doit être autorisé à le faire par le Ministère de la Santé Publique et de la Population, après avis de l'Ordre National des Pharmaciens et sur proposition de Directeur Général de la Santé Publique.

Dans le cas précité, les établissements autorisés à avoir une pharmacie pour leur usage particulier doivant s'approvisionner auprès des officines de pharmacies de la place, et restent soumis à l'inspection des pharmacies. La vente directe au public des produits pharmaceutiques est strictement prohibée.

L'ouverture et l'exploitation directe d'un laboratoire d'analyses médicales sont soumises à la même réglementation, sous réserve de la conformité des diplômes à la liste établie par Decret.

B) <u>LE PERSONNEL</u>

Le personnel, qu'il appartienne au secteur public ou au secteur privé doit respecter les dispositions légales et réglementaires en vigueur les concernant. Il y a, cependant, au niveau du secteur public une description détaillée des tâches officielles qu'il doit assurer, selon le statut et le cadre dans lesquels il se trouve. Ces précisions répondent à des normes en matière de recrutement et aux restrictions budgétaires. Les textes relatifs aux statuts des corps de professions ne sont applicables qu'en milieu public et ne présentent d'intêret majeur que pour les recrutements. Les spécialisations autorisées sont aussi définies par des textes réglementaires.

1) LES TACHES DEVOLUES AU PERSONNEL DU SECTEUR PUBLIC

Les médecins diplômés d'Etat assurent les fonctions techniques et administratives de conception, de direction, d'inspection ou de représentation des services de la santé publique. Suivant leur titre et qualification, ils exercent des fonctions techniques générales ou spécialisées.
(Décret 62.070 du 14.2.1962).

Les médecins diplômés d'Université de Madagascar sont chargés des fonctions de conception et d'inspection dans les services de la santé publique. Ils peuvent être appelés, compte-tenu de leur titre et qualifications à exercer des fonctions techniques générales ou spécialisées.
(Décret 64.363 du 9.9.1964).

Les médecins diplômés de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tananarive assurent et coordonnent l'exercice des tâches administratives et techniques des services et peuvent exercer des fonctions de conception, d'études, de recherches et de direction dans les centres et foramtions sanitaires.
(Décret 64.099 du 26.3.1964).

Les sages-femmes diplômées d'Etat assurent le fonctionnement technique des maternités et des postes d'accouchement, encadrent le personnel technique subalterne et exécutent les directives données par les médecins-chefs de service.
(Décret N° 62.520 du 10.10.1962).

Les sages-femmes diplômées de l'Ecole de Tananarive effectuent les mêmes tâches que les sages-femmes diplômées d'Etat, et font aussi fonction d'éducatrices sanitaires.

Les pharmaciens diplômés d'Etat, docteurs en pharmacie ont un rôle administratif, et éventuellement peuvent faire fonction d'enseignants. Ce sont de hauts éxécutants des tâches administratives et techniques dans les services du Ministère de la Population, ils peuvent être affectés à des services d'études et de recherches.
(Décret 62.528 du 24.10.1962).

Les pharmaciens diplômés de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tananarive assurent et coordonnent l'exercice des tâches administratives et techniques des services. Ils peuvent aussi exercer des fonctions de conception, d'études, de recherches, de direction dans les centres dans les formations sanitaires.
(Décret 64.100 du 26.3.1964).

Les infirmiers diplômés d'Etat sont chargés dans les services de la santé des tâches techniques relevant de leur compétence sous la direction et le contrôle des médecins ou des pharmaciens auxquels ils demeurent subordonnés. Ils assurent dans les services

de la santé l'encadrement du personnel placé sous leur surveillance.
(Décret 63.087 du 6.2.1963).

Les infirmiers de l'assistance médicale concourrent à l'exécution des tâches incombant au service général de l'assistance médicale dans les services différents des formations sanitaires du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Ils exercent surtout des fonctions techniques comportant des tâches de soins et de prophylaxie. Ils peuvent aussi servir dans les hôpitaux psychiatriques.
(Décret 63.454 du 17.7.1963).

Les infirmières visiteuses diplômées de l'Ecole de Tananarive avaient pour rôle d'assurer la liaison entre les formations sanitaires urbaines et rurales et les familles dans le cadre d'une section de prévention, soins, éducation sanitaire et assistance sociale. Ce corps n'existe plus actuellement, alors qu'il pourrait travailler efficacement dans le cadre des services de planification familiale.
(Décret 62.521 du 10.10.1962).

D'après l'Ordonnance 62.072, en son article 50, un infirmier est celui qui possède un titre reconnu par la Loi ou exerce la profession d'infirmier, en donnant habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation et de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin, et muni d'une autorisation délivrée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population.

L'adjoint de la santé publique est un agent polyvalent et itinérant capable de maîtrise et d'assurer les activités préventives, éducatives et curatives, orientées essentiellement vers les tâches épidémiologiques.
(Décret 77.092 du 8.4.1977).

Les aides sanitaires concourent à l'exécution des tâches incombant au service général de l'assistance médicale dans les diverses formations sanitaires du Ministère de la Santé. Ils sont plus particulièrement appelés à exécuter des soins de santé primaire comportant des activités préventives, éducatrices et curatives.
(Décret 76.346 du 9.10.1976).

Les assistants de santé secondent le personnel de maîtrise des services du Ministère. Ils sont chargés de l'exécution des soins donnés aux malades, veillent à l'entretien des formations sanitaires et du matériel technique et peuvent être appelés à tenir des postes de premier secours ou d'infirmerie.
(Décret 63.453 du 17.7.1963).

Les spécialisations autorisées aux médecins, sages-femmes et infirmiers sont aussi définies par Décret, mais la liste n'est pas limitative.

Quant aux équipes sanitaires mobiles des circonscriptions médicales, leur composition et tâches sont prévues par l'Arrêté 753 du 18 février 1977. Elles sont composées d'un médecin, d'un technicien d'hygiène et d'assainissement, d'un para-médical polyvalent, de 2 chauffeurs et d'un cuisinier. Elles servent de liaison entre les formations sanitaires et les circonscriptions, encadrent et recyclent périodiquement le personnel. Elles luttent contre les maladies transmissibles : dépistage et prophylaxie, contrôlent les centres de chimioprophylaxie, et ceux des traitement ambulatoire et des malades suivis dans ces centres. Elles luttent aussi contre les maladies endémiques par la surveillance et les enquêtes ; elles participent à la réalisation des programmes nationaux de vaccinations, intensifient les activités de médecine éducative et sociale, interviennent en première urgence en cas d'épidemie ou de cataclysmes et participent au ravitaillement en médicaments des formations fixes. Elles procèdent au receuil des données de base démographiques en vue de l'établissement des indicateurs de santé et améliorent la collecte des données démographiques et sanitaires.

2) LES PROFESSIONS DE MEDECIN ET DE SAGE-FEMME

Le texte de base concernant l'exercice de la profession de médecin, sage-femme, infirmier et pharmacien est l'Ordonnance 62.072 du 29 Septembre 1962, portant codification des textes législatifs concernant la santé publique.

L'exercice de la profession de médecin et sage-femme est subordonnée à l'obtention des diplômes et certificats requis et à l'inscription au tableau de leur ordre respectif.

L'exercice illégal de la profession de médecin (exercice sans diplômes et sans inscription), qui constitue un délit ne s'applique pas aux auxiliaires médicaux et les autres praticiens munis d'une autorisation spéciale des autorités sanitaires. Il en est de même pour l'exercice illégal de la profession de sage-femme (pratique d'accouchements sans diplômes et sans inscription à l'ordre)

Le Ministère de la Santé, avec la collaboration de l'UNICEF ont tenté une expérience originale avec les matrones ou accoucheuses traditionnelles dans les domaines de la maternité sans risques, la santé des enfants, la vaccination antitétanique et la réhydratation orale. Cette expérience a consisté en des modèles de formation donnée à Fianarantsoa et Fénérive et pourra être étendue à d'autres régions après reévaluation. Dans le cadre de cette expérience, exerçentelles illégalement la profession de sages femmes ou peut-on considérer qu'ayant été autorisées par les

autorités compétentes, aucun délit ne peut leur être imputé? Il ne faut pas oublier que les matrones, depuis toujours, font des accouchements, et surtout dans des localités éloignées n'ayant aucun personnel médical pour le faire. Cette pratique a été tolérée, car il faut se dire qu'à l'impossible, nul n'est tenu.

En principe, le personnel médical, travaillant dans le secteur public ne doit pas avoir de clientèle privée. Le Décret 62.540 du 31 Octobre 1962, modifiant et complétant le Décret 62.046 du 24 Janvier 1962, relatif à l'exercice de la profession de médecin, chirurgien dentiste, sage-femme et pharmacien à Madagascar préconise que : les praticiens civils et militaires travaillant au service de l'administration civile ou militaire ne peuvent pas exercer à titre privé. Ils peuvent être autorisés, par le Ministère de la Santé, à avoir une clientèle payante, en cas de défaut, insufisance numérique de médecins libres ou spécialistes ou si le libre choix ne peut être respecté.

Quant aux conditions d'exercice des professions auxquels sont soumis à Madagascar les praticiens étrangers appartenant à une oeuvre philantropique ou confessionnelle, titulaires de diplômes non reconnus par l'Etat, elles sont contenues dans le Décret 63.029 du 16.1.1963. Ladite oeuvre doit être agrée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population. Les médecins doivent demander l'autorisation d'exercer au Ministère sus-énoncé. L'autorisation est révocable. Il en est de même pour les praticiens étrangers : sages-femmes ou auxiliaires médicaux, mais ces derniers ne sont pas admis à faire de la clientèle payante.

3) LES ACTES RELATIFS AU PERSONNEL MEDICAL ET SANITAIRE

D'après les actes de la Commission Nationale des Projets de Planification Familiale, les sages-femmes, infirmiers, aides sanitaires et assistantes sociales ayant bénéficié d'une formation en santé maternelle et infantile et planification familiale peuvent être responsables d'un site de planification familiale. Outre les tâches qui leur sont habituellement dévolues, ils sont chargés du dépistage et du traitement des pathologies courantes.

Les infirmiers et sages-femmes, formés pour la planification familiale, en tant qu'assistants de médecin responsable de site PF, sont autorisées à prescrire des méthodes contraceptives aux nouvelles utilisatrices, à assurer leur suivi, à informer et sensibiliser les femmes fréquentant le centre sur la planification familiale.

Les médecins, qu'ils soient responsables provinciaux de planification familiale ou responsables de sites, outre des tâches d'administration, de gestion et de supervision s'occupent d'information, d'éducation et de communication, de formation du personnel et d'enquêtes. Ils prescrivent aussi les méthodes contraceptives aux nouvelles utilisatrices.

C) LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

1) INFORMATION, CONSULTATION ET ACCES AUX METHODES CONTRACEPTIVES

a) le secteur public

Il n'est pas inutile de rappeler qu'actuellement, cinquante-six formations sanitaires publics s'occupent de planification familiale. Seize autres vont être installées l'année prochaine.

a.1 L'Hôpital Ravoahangy Andrianavalona

L'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona a déjà une expérience en services de planification familiale depuis 1988, en collaboration avec l'Association pour la Contraception Chirurgicale Volontaire (AVSC) dans le domaine de la ligature de trompes. Elle a effectué depuis cette date environ 8.000 ligatures.

En matière d'information et d'éducation, il n'y a pas de séances formelles, même si quatre sages-femmes ont reçu une formation sur la planification familiale. Cependant, elles peuvent en dispenser à la demande. Les informations données concernent les avantages de la planification familiale, sur le plan physique et social, les différentes méthodes contraceptives existantes, la FISA et ses services.

Pour les consultations, les personnes intéréssées sont reçues selon les disponibilités des médecins et sages-femmes, la plupart du temps, elles n'ont pas à revenir, car ce sont soit des nouvelles accouchées, soit des femmes qui reviennent après un accouchement. Chaque docteur consulte en matière de planification familiale. Il n'y a pas de normes concernant les conseils à donner, car l'entrevue dépend de l'évolution de l'entretien.

Quand une personne montre un intêret aux méthodes contraceptives, elles remplissent une fiche de renseignements personnels, aucune pièce d'identité n'est demandée car les relations doivent être basées sur la confiance réciproque, des questions concernant les antécédents physiques leur sont posées et l'on procède à une prise de tension artérielle et de poids pour exclure d'avance certaines méthodes. Il est possible de prescrire d'autres examens suivant les options choisies par l'intéréssée, lesquelles sont effectuées à la charge de celles-ci.

Les différentes méthodes contraceptives disponibles sont celles fournies par la FISA.

Les contraceptifs oraux sont prescrits par les médecins.

Les dispositifs intra-utérins sont insérés par des sages-femmes, qui ont déjà été formées pour le faire. A l'Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, on estime que si l'insertion des stérilets peut être effectuée par un personnel formé, même infirmier, il n'en est pas de même pour le suivi, qui pourrait nécéssiter des prescriptions médicales. Le stérilet n'est pas conseillé aux nullipares ou primipares, car si des infections survenaient, elles pourraient avoir des conséquences fâcheuses sur les organes reproductifs de la femme.

La ligature des trompes est une opération irréversible. Seule la femme, qui a déjà le nombre d'enfants désiré et âgée peut y prétendre. Le couple doit écrire et signer une fiche de consentement. Si la femme est célibataire ou si le mari n'accompagne pas sa femme, la signature d'un témoin est requis.

L'hôpital Ravoahangy Andrianavalona, avec la FISA, a aussi été choisi pour la phase de pré-introduction du Norplant (les implants sous-cutanés contraceptifs), qui semble être bien acceptée par les femmes malagaches. Le pourcentage de retrait est très faible, et les effets secondaires quasi-inexistants.

a.2. Les normes et standards de la Commission Nationale des Projets de Planification Familiale

Avant toute prescription, le personnel habilité à prescrire, procède à un interrogatoire sur les antécédents médicaux, comme la présence d'ictère, de diabète sucré, d'hypertension artérielle etc..., suivi d'un interrogatoire sur les antecédents gynéco-obstétricaux : le nombre d'enfants, l'irrégularité du cycle, la grossesse extrautérine etc... et sur la prise de médicaments tels que l'ampicilline et le rifampicine. Ensuite, la consultante subit un examen clinique: oedème, obésité, tension artérielle, coloration des conjonctives, seins, toucher et examen vaginal au spéculum, état veineux. Des examens complémentaires tels que la glucoserie, la protéinurie ou un frottis vaginal peuvent être prescrits.

La réponse à cet interrogatoire et les résultats des examens clinique et autres permettent d'écarter certaines méthodes et aboutissent aux normes suivantes :

Toutes les femmes en âge de procréer ne présentant ni signes de grossesse, ni métrorragie, ni tuméfaction peuvent avoir accès à toutes les méthodes artificielles.

Les contraceptifs oraux oestro-progestatifs sont conseillés à toutes les femmes âgées de moins de 35 ans ou allaitantes de plus de 4 mois, sans antécédent de maladies cardio-vasculaires, d'ictère, d'épilepsie et ne présentant pas de signe de diabète sucré, d'anémie ni de tuméfaction d'articulations.

Les contraceptifs oraux progestatifs conviennent aux femmes en âge de procréer sans antécédent d'ictère, ni d'épilepsie et ne présentant pas de signes de diabète sucré, d'excédent de poids par rapport à la taille.

Les contraceptifs injectables (Noristerat, Depoprovera) sont conseillés aux femmes en âge de procréer, ne désirant pas d'enfants et ne présentant pas de signes de diabète sucré ni d'excédent de poids par rapport à la taille.

Quant aux dispositifs intra-utérins, ils sont conseillés aux femmes en âge de procréer ayant au moins un enfant vivant ou ne désirant plus d'enfants, sans antécédent de grossesse extra-utérine et ne présentant pas d'infection des organes génitaux ni de malformation de l'utérus.

En matière de fréquence de suivi, à la première consultation, les utilisatrices reçoivent une plaquette de contraceptifs oraux, à la deuxième visite elles reçoivent trois plaquettes, une plaquette seulement en cas de pertes.

Les femmes utilisant le Noristerat reviennent toutes les 8 semaines, le Depoprovera tous les 3 mois.

Le suivi des dispositifs intra-utérins se fait le premier mois, ensuite le 4ème mois, le dixième mois et tous les ans.

Quelle que soit la méthode utilisée, chaque consultation de suivi comporte un interrogatoire sommaire pour détecter les effets secondaires et les complications, un examen médical composée d'une pesée, de la prise de la tension artérielle, de l'observation des conjonctives, des seins et de l'état veineux, un examen gynécologique : toucher ou palper vaginal, examen au spéculum sont effectués.

Une liste de médicaments adjuvants, destinés à guérir les effets secondaires et complications est donnée avec la liste des moyens contraceptifs.

b) Le secteur privé

Nous citerons les pratiques de certaines cliniques, oeuvrant depuis des dizaines d'années, comme la FISA, la JIRAMA et la SOLIMA pour voir les usages dans les services de planification familiale. Ce n'est qu'un échantillonage des services disponibles dans le secteur privé.*

b.1. Historique et infrastructure

FISA:

La FISA a été inaugurée officiellement le 25 Mai 1967. Elle est membre à part entière de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation), une fédération d'organisations non gouvernementales pour la parenté responsable. 38.000 membres adhérent à la FISA actuellement. Le nombre de centres à Madagascar, auprès desquels les membres et d'autres groupes particuliers de personnes peuvent recevoir services de planification familiale et produits contraceptifs est le suivant : 52 pour Antananarivo ; 18 pour Antsiranana ; 42 pour Fianarantsoa ; 22 pour Majunga ; 44 pour Tamatave et 24 pour Tuléar, qui sont des cliniques, des dispensaires ou des services intégrés ou conjoints dans les maternités ou services de protection maternelle ou infantile. Le personnel de la FISA comprend des volontaires et des salariés.

JIRAMA:

En ce qui concerne la JIRAMA, un service pédiatrique a été ouvert en 1981 au centre médico-social d'Antananarivo. Progressivement des activités supplémentaires de planification familiale comportant des services de conseil et de fourniture en contraceptifs s'y sont ajouté.

En 1987, les activités de planification familiale ont été renforcées et étendues vers les autres provinces et dans la région périphérique d'Antananarivo. La planification familiale est alors abordée plus systématiquement avec le concours du FNUAP, du Population Council et de l'UNICEF.

* Une liste partielle des organisations non-governementales offrant les services de planification familiale comprend: AMIFI, AMIT, ARO, BNI-CL, EMTM, FISA, FTK, JIRAMA, Marie Stopes, OSTIE, PAPMAD, SALFA, et SOLIMA, et les cliniques des Organisations Sanitaires Inter-Entreprises dans onze sites provinciales.

Une équipe mobile, composée d'une sage-femme, d'une assistante sociale,de deux agents de santé, d'un magasinier et d'un chauffeur dissémine les activités, en plusieurs phases d'abord, informer et éduquer le personnel et la population sur la santé maternelle et infantile et la planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, ensuite faciliter l'adhésion des femmes aux méthodes de planification familiale, suivre et contrôler les utilisatrices.

Pour mener à bien ces activités, la JIRAMA dispose de 13 médecins, 23 sages-femmes, 9 infirmiers, 2 assistantes sociales et 3 motivatrices.

La JIRAMA compte 88 centres d'exploitation, comprenant production et distribution, répartis en groupements ou directions régionales, avec 4600 employés permanents et environ 1600 agents temporaires en 1992. Les prestations médicales sont fournies à

27.000 personnes (employés et familles). Elle compte 8 centre médico-sociaux dans les chefs-lieux de provinces sauf Antsiranana, 3 postes d'infirmiers dans les centres isolés, 2 postes d'infirmier et conventions de soins et 2 centres médicaux. Les employés des centres d'exploitation, qui ne peuvent pas disposer de ces infrastructures sont affiliés aux organismes sanitaires d'entreprises ou bénéficient des services des médecins sur place suivant une convention de soins.

5731 personnes, représentant 93% des consultants des infrastructures sanitaires de la JIRAMA utilisent, toutes méthodes confondues, des moyens contraceptifs dans le cadre de cette couverture sociale.

SOLIMA:

Le dispensaire de la SOLIMA existe depuis 1975. Dès 1987, le Porjet ENTERPRISE de John Snow, Incorporated avec le concours de l'USAID lui a permis d'associer plus systématiquement les services de planification familiale aux activités concernant la santé maternelle et infantile, par la dotation en produits contraceptifs : condoms, stérilets et pilules.

Les employés de Tananarive et de Tamatave disposent d'un dispensaire. Ceux de Tolagnaro sont suivis par un médecin particulier et recoivent des contraceptifs. La SOLIMA envoie des condoms aux marins à Majunga, dans le cadre de le lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Dans les autres localités, les employés et leurs familles sont affiliés aux organisations médicales d'entreprise, sans pouvoir bénéficier des services de planification familiale.

En 1991, la SOLIMA comptait 183 femmes et 52 hommes, utilisateurs de produits contraceptifs. La progression annuelle tourne autour de 15 à 20 %.

b.2. Les activités de sensibilisation et de l'information

FISA:

Parmi les activités de sensibilisation de la FISA, il faut noter les visites des services de santé publique, surtout les services de protection maternelle et infantile, au cours desquelles les activités de la FISA sont exposées, la diffusion de dépliants, la conscientisation des autorités responsables par le biais de séminaires et les informations sur les conséquences nuisibles de l'avortement.

L'un des projets les plus importants de la FISA, dans le domaine de la sensibilisation, concerne la responsabilisation sexuelle des jeunes adultes. C'est un projet, qui, avec la collaboration de l'USAID, vise à cibler les jeunes dans les provinces de Tananarive et Tamatave et contribuer à l'augmentation

du taux d'acceptation de la planification familiale et ses services par ces groupes de jeunes, en mettant en jeu les instances gouvernementales et non gouvernementales.

Les objectifs sont les suivants :

- Améliorer la concrétisation des projets d'IEC, en ce qui concerne la FISA.
- Améliorer les techniques de communication interpersonnelle pour tous les agents concernés, qu'ils soient des Ministères ou des Organisations Non Gouvernementales.
- Améliorer l'aptitude de la FISA à concevoir, évaluer, produire et distribuer les produits IEC.
- Renforcer la collaboration entre la FISA, le Ministère de la Santé, et les organes d'information par la production de programmes radio et vidéo de qualité, et ce pour que le nombre des femmes en âge de procréer capables de nommer au moins 2 méthodes contraceptives modernes, d'avoir une attitude favorable vis-à-vis de la planification familiale et que le nombre d'utilisateurs potentiels de services et de méthodes contraceptives modernes augmente, et que le niveau de connaissance et de responsabilité sexuelle soit relevé au niveau des jeunes adultes.

Les moyens utilisés sont nombreux et variés, pour ne citer que certains : discussions de groupe, diffusion de posters, émissions radiophoniques, vidéo-clips sur la responsabilité sexuelle destinés au vidéo-clubs, des bandes dessinées comiques.

JIRAMA:

En ce qui concerne La JIRAMA, une dizaine de séances d'information, éducation et communication ayant pour sujets la santé maternelle et infantile et planification familiale, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA ont mobilisé 64% d'employés à majorité masculine dans 16 directions d'Antananarivo et 8119 personnes des centres isolés des localités périphériques d'Antananarivo et 468 personnes à Tamatave et Majunga.

A la suite de cette campagne, on a noté une augmentation de 85% d'utilisatrices de méthodes contraceptives en 1989. Le taux global de fécondité à Tananarive qui était de 146 pour 1000 en 1981 est descendu à 46 pour 1000.

La JIRAMA dispense aussi des séances d'information, éducation et communication à la demande, mais non pas de manière systématique. C'est ainsi que les personnels des consulats de France de Tananarive et de Tamatave en ont bénéficié. Les sondages effectués ont montré que les participants sont unanimes à 100% pour reconnaître les bienfaits et necéssité de l'espacement des naissances.

L'équipe mobile est aussi souvent sollicitée pour dispenser les mêmes séances d'information, d'éducation et de communication.

En 1990, c'est le personnel d'encadrement de l'association FRISA-SMALTZ d'Ampasimpotsy, qui en a bénéficié avec un auditoire de 80 hommes et 9 femmes. Cela a été suivi par une fourniture de condoms pour lutter contre les maladies sexuellements transmissibles et de méthodes pour éviter les grossesses pour les femmes.

SOLIMA:

La SOLIMA ne donne pas de séances formelles d'information concernant la planification familiale. Un journal interne d'entreprise est périodiquement distribué aux employés et des articles sur l'espacement des naissances y paraissent. Les consultants des services de santé peuvent aussi lire des prospectus y afférent, qui sont disposés dans les salles d'attente.

HOECHST:

L'expérience de HOECHST mérite d'être relatée ici. HOECHST, en tant que distributeur de produits agricoles a été séléctionné, par Family Planning International Assistance pour faire parvenir des moyens contraceptifs de coût moindre auprès des populations rurales, qui constituent le groupe visé. Le projet du "marketing sociale" a commencé en Octobre 1989 avec des tournées et des séminaires à l'intention des distributeurs, avec diffusion d'affiches prônant les avantages de la planification familiale et les méthodes à utiliser pour éviter les maladies sexuellement transmissibles.

Deux sortes d'affiches ont été ainsi portées à la connaissance du public. D'après le constat de HOECHST, les tournées et séminaires n'ont pas eu le résultat escompté auprès de la population rurale.

PAPMAD:

PAPMAD a aussi connu une expérience originale, dans le domaine de la sensibilisation. Le centre de santé maternelle et infantile et planification familiale de PAPMAD a dispensé aux jeunes adolescents de la cité PAPMAD d'Antananarivo des séances d'information, à titre familial,sur les maladies sexuellement transmissibles, l'existence et l'utilisation des condoms pour les éviter et sur les méthodes contraceptives en général. La Cité PAPMAD a été choisie, en raison de sa population jeune, issue de travailleurs cadres, donc d'un niveau d'instruction supérieur à la moyenne. Les sensibilisateurs ont compté sur la disponibilité d'esprit et l'aptitude de ces parents à s'adapter aux situations nouvelles. Les réactions ont été mitigées. Les jeunes ont apprécié les informations données mais certains parents ont montré leur désapprobation. Il est certain que dans ce genre d'actions, il suffit qu'une personne sur mille conteste le bien-fondé de ces séances pour que tout s'arrête.

Aucune disposition légale ni réglementaire n'interdit cependant aux parents d'informer ni d'éduquer leurs enfants sur les

problèmes éventuels qu'ils peuvent rencontrer. Nous estimons qu'il appartient aux sensibilisateurs d'informer d'abord les parents de la tenue de telles séances d'information, à charge pour eux d'y envoyer ou non leurs enfants.

b.3. Les consultations

FISA:

A la FISA, toutes les consultations médicales sont gratuites, après le paiement de la cotisation de 200 Francs par an par les membres.

Actuellement toutes les femmes, mariées légalement ou non, ou célibataires en âge de procréer, quel que soit le nombre de leurs enfants, sont admises à la FISA. Auparavant, ne pouvaient être affiliées à la FISA que les épouses légales, ayant déjà eu au moins 4 enfants.

Chaque nouveau membre est consultée par le médecin. Avant toute prescription, il est procédé à un examen physique et gynécologique général pour détecter préalablement tout cancer du col ou autre problème gynécologique, suivie d'une série de questions sur les antécédents physiques et obstétriques. Il n'y a pas d'examen hématologique, qui revient trop cher. Les relations sont basées sur la confiance et aucune pièce d'identité n'est demandée. Après l'examen, l'animatrice présente et explique les différentes méthodes contraceptives. L'intéréssée choisit la méthode qu'elle préfère et si son choix n'est pas conforme à son état de santé, elle est orientée vers d'autres méthodes.

JIRAMA et SOLIMA:

Aux dispensaires de la JIRAMA et de la SOLIMA, les consultations se passent à peu près suivant les mêmes pratiques.

Les consultations et les produits contraceptifs sont gratuits. Les employés de la JIRAMA versent 1% de leurs salaires pour la couverture sanitaire et sociale de leurs personnes et de leurs familles, ceux de la SOLIMA 0.5% bénéficient de cette couverture sociale et sanitaire tous les employés, qu'ils soient permanents ou temporaires, leurs conjoints issus d'une union légale ou coutumière et leurs enfants, même majeurs s'il est prouvé qu'ils fréquentent encore l'école ou l'université. Dans les cas, assez rares, où les employés ne sont pas mariés légalement, ils doivent produire une lettre émanant de leur employeur direct, qui atteste que telle ou telle personne est considérée comme sa légitime, et de ce fait bénéficie des prestations des centres médicaux.

La SOLIMA compte, à titre vraiment exceptionnel, deux familles, dont les enfants reçoivent la pilule auprès du dispensaire. Les femmes intéréssées par les méthodes contraceptives profitent des consultations classiques pour demander des

renseignements à ce sujet, sinon ce sont les médecins qui en parlent quand il se trouve devant des personnes, dont l'état physique ou la situation familiale semblent nécéssiter des conseils et des services en matière de planification familiale. Le contact est toujours interpersonnel. Il n'y a pas de pratiques communes pour les méthodes d'approche, chaque médecin réagit en fonction de la situation et de la personnalité de la femme.

Les médecins, exerçant à titre privé, suivent les mêmes pratiques que la SOLIMA pour les consultations. Chacun a ses méthodes d'approche propres, mais procèdent toujours à un examen physique général et au questionnaire d'antécédents, avant l'explication des méthodes contraceptives existantes et la prescription. Les pharmaciens donnent aussi des explications sommaires concernant la planification familiale, à celles qui le demandent et les orientent vers la FISA ou les médecins privés.

Pour la JIRAMA, ce sont les docteurs ou les sages-femmes qui consultent et qui procèdent aux examens physiques classiques et questionnent sur les antécédents physiques et obstétriques. La JIRAMA ne dispose pas de laboratoires d'analyses, seuls les tests d'urine et de grossesse peuvent y être effectués. Si d'autres analyses s'avèrent nécéssaires, elles sont effectuées dans les laboratoires externes, mais à la charge de la JIRAMA. Si une acceptante potentielle ne revient pas après une première consultation, on lui envoie à domicile une assistante sociale. Dans les sites, les visites à domicile sont effectuées par l'équipe mobile. Chaque femme a une carte JIRAMA de planification familiale et elle peut se procurer des produits contraceptifs, où qu'elle se trouve.

b.4. Les moyens contraceptifs et leur accès

FISA:

A la FISA, les produits contraceptifs ne sont pas vendus, mais distribués aux membres moyennant une modeste participation financière:

600 Francs pour la plaquette de pilules
1750 Francs par injection pour les contraceptifs injec tables
100 Francs par condom
2500 Francs par diaphragme
50 Francs par comprimé de conceptrol (spermicide)
1000 Francs par tube de néo-sampoon (spermicide)
1000 Francs par tube de gel spermicide
5000 Francs par stérilet, au 15 Janvier 1991.

Le membre, qui opte pour la pilule reçoit une plaquette dès sa première visite. Elle revient au bout d'un mois, pour un suivi de poids et de tension artérielle, systématique à chaque visite et repart avec 2 ou 3 plaquettes, selon l'éloignement. Ce sont les

médecins, généralement de sexe féminin et les sages-femmes qui prescrivent la pilule.

Pour les contraceptifs injectables, le Depoprovera est conseillé aux femmes ayant déjà le nombre d'enfants qu'elle désire et le Noristera aux plus jeunes.

Les condoms peuvent être achetés aux animatrices et sont fournis même à des non membres.

Le stérilet est posé par le médecin ou la sage-femme, qui a déjà reçu une formation pour le faire. Au niveau des services conjoints, comme le Centre de Médecine Préventive de l'Univer-sité, qui reçoit des produits contraceptifs de la FISA, il n'y a pas de service de pose d'insertion stérilet. Il y a eu une opération de promotion du stérilet, au début de l'année 1992, pendant laquelle les membres étaient dispensés de participation financière pour cette méthode. Cette opération a vu une nette augmentation d'utilisatrices de stérilets, montrant par là que le facteur financier est un des facteurs détérminants dans le domaine de la planification familiale.

Les membres optant pour la stérilisation sont dirigés vers l'hôpital RAVOAHANGY ANDRIANAVALONA. Le consentement du couple est requis pour la ligature des trompes. Un bloc opératoire pour vasectomie et ligature de trompes va être prochainement installé à la FISA, avec la collaboration de l'Association pour la Contraception Chirurgicale Voluntaire.

Quant au Norplant, c'est une nouvelle méthode contraceptive, qui vient d'être introduite à Madagascar et est actuellement en phase de pré-introduction à la FISA et à l'hôpital RAVOAHANGY ADRIANAVALONA, avec la collaboration du Ministère de la Santé, le Population Council et le FNUAP. 232 membres ont opté pour le Norplant à la FISA. 6 ont été enlevés pour hypertension et 1 pour infection. Il faut peser moins de 70 kilos pour pouvoir recevoir le Norplant. Après l'implantation, la femme doit revenir au bout d'une semaine, ensuite un mois, ensuite 3 mois, 6 mois et tous les ans à partir de la deuxième année. Dans sa phase de pré-introduction, le Norplant est posé sans contrepartie financière mais son côut réel est de 60.000 Francs environ. La personne, qui opte pour le Norplant, est d'abord informée des caractéristiques de la méthode et des mesures de précautions à prendre pour la garder, reçoit une feuille explicative et signe un acte d'acceptation, dans lequel il est clairement exprimé qu'elle accepte, en connaissance de cause, c'est-à-dire après avoir reçu toutes les explications utiles concernant le Norplant. Le Norplant est posé par un docteur formé spécialement pour cela.

Les produits contraceptifs disponibles à la FISA proviennent du siège de l'IPPF (Minovlar, Microgynon, Néogynon, Depoprovera et

Noristera) et du FNUAP (Microlut, Ovmar, gel néo-sampoon et diaphragme).

Le personnel des centres et des cliniques FISA, qu'il soit médecin ou sage-femme ou animatrice ou agent d'acceuil ont tous reçu des formations en matière de prestations de services de planification familiale et produits contraceptifs. Seuls les produits sont fournis par la FISA auprès des services conjoints comme à l'Hôpital RAVOAHANGY ANDRIANAVALONA et au Centre de Médecine Préventive de l'Université.

JIRAMA:

A la JIRAMA, les produits contraceptifs disponibles sont les suivants : les contraceptifs oraux : Féminal, Eugynon 50 et Ovral 28, dans la gamme des normo-dosés et Lo-Féménal, Eugynon 30 et Microgynon pour les mini-dosés, Depoprovera et Noristerat dans la gamme des injectables, le stérilet Tcu 200 B et Tcu 380 A pour les dispositifs intrautérins, les spermicides: Néo-sampoon et Conceptrol, les condoms de marque Rosetex, Million, Sultan et Panther.

Ces moyens contraceptifs sont gratuits. Ils proviennent des dons du FNUAP, de l'USAID et de contractants de l'USAID.

Les méthodes de consultation et la répartition des moyens contraceptifs selon le profil physique des acceptantes ressemblent sensiblements aux pratiques suivies dans les autres centres privés. Pour la ligature des trompes, l'assistante sociale dirige la femme vers l'Hôpital RAVOAHANGY ANDRIANAVALONA. Au sein des centres médicaux sociaux, ce sont des sages-femmes, qui ont reçu une formation adéquate, qui procèdent à l'insertion des dispositifs intra-utérins et effectuent le suivi. Les assistantes sociales ou l'équipe mobile se charge de faire des visites à domicile, quand les utilisatrices ne reviennent pas après la première consultation ou pour les consultations de suivi.

En Août 1992, le nombre des utilisatrices de pilules était de 2.471 pour Tananarive et périphérique, et 264 pour Tamatave et Majunga, au total 1719 utilisatrices d'injectables, 755 pour les condoms, 153 les spermicides, 536 pour les dispositifs intra-utérins, 12 femmes ont opté pour la ligature.

SOLIMA:

A la SOLIMA, avant toute prescription, il est procédé à un examen physique général et les questions d'usage concernant les antécédents physiques et obstétricaux sont posées. Assez souvent, le médecin sent que la femme elle-même est prête à utiliser des méthodes contraceptives, mais montre dans sa conversation qu'elle ne peut le faire, à cause de son mari, sans le dire expréssement. Le médecin fait alors convoquer le mari, bien qu'aucune autorisation du mari n'est demandée pour les services de planification familiale, qui répond toujours à l'appel et dans 50%

des cas, il arrive à faire admettre au couple la nécéssité et les avantages des méthodes contraceptives modernes.

La règle des 120 est utilisée pour déterminer le profil des femmes qui peuvent recourir à la ligature. L'âge est multipliée par le nombre d'enfants, si la somme est supérieure à 120, les médecins peuvent conseiller la ligature. Pour les autres moyens contraceptifs, chaque médecin a ses propres normes.

2) REMARQUES SUR LA LEGISLATION ET LES PRATIQUES

Les dispositions légales et réglementaires concernant les diverses prestations relatives aux services de planification familiale sont peu nombreuses. Notons seulement, que le mariage fait acquérir la pleine capacité juridique aux mineurs et ne porte pas non plus atteinte à la capacité juridique de la femme majeure. Celle-ci peut prendre des engagements concernant sa personne.

La majorité civile est acquise à l'âge de 21 ans, suivant les termes de l'Ordonnance relative aux dispositions générales de Droit Privé du 19 Septembre 1962. Un mineur de moins de 21 ans est incapable de contracter. Si le mari est le chef de la famille, la femme concourt avec lui à assurer la direction morale et matérielle de la famille et à élever les enfants (article 53 de l'Ordonnance relative au mariage).

Cependant, la tutelle, qui a pour but la protection de l'enfant mineur et l'administration de ses biens est exercée par le père, du vivant des parents, et si le père est décédé ou hors d'état de manifester sa volonté, par sa mère (articles 93 et 94 de la Loi N° 63.022 du 20 Novembre 1963 relative à la filiation, adoption rejet et tutelle.

La Loi relative à la théorie générale des obligations du 2 Juillet 1966, dans certaines de ses dispositions, s'applique à toute relation entre médecin et acceptante de méthode contraceptive. La volonté d'une femme qui décide d'utiliser une méthode contraceptive doit être exprimée en connaissance de cause, elle doit être libre, émaner d'une personne saine d'esprit et capable, c'est-à-dire âgée de plus de 21 ans si célibataire. Le consentement doit être non vicié, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas eu ni erreur, ni contrainte, ni violence morale ou physique qui l'aient amené à choisir la contraception moderne ou une méthode particulière.

III. LES DISPOSITIONS RELATIVES A L'IMPORTATION, LA VENTE ET LA PUBLICITE DES MEDICAMENTS

A) GENERALITES

Le terme "médicament" a été défini légalement par l'article 55 de l'Ordonnance 62.072 du 29 Septembre 1962, portant codification des textes législatifs concernant la santé publique, comme étant toute drogue, substance ou composition présentée comme possédant des propriétés préventives ou curatives à l'égard des maladies humaines et conditionnées en vue de l'usage au poids médicinal, ainsi que tout produit destiné à l'homme en vue du diagnostic médical et tout produit diététique qui renferme dans ses compositions des substances chimiques ou biologiques ne constituant pas elle-même des aliments, mais dont la présence confère à ces produits, soit des propriétés spéciales récherchées en thérapeutique diététique, soit des propriétés de repas d'épreuve.

Est considéré comme spécialité pharmaceutique, tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier, carastérisé par une dénomination spéciale et vendu dans plus d'une officine, toute spécialité pharmaceutique, ayant reçu le visa du Ministère de la Santé et de la Population peut être débité à titre onéreux ou gratuit dans le territoire. Pour les produits non munis de ce visa, le Ministère peut accorder des dérogations, sur présentation d'ordonnance médicale. L'importation des spécialités pharmaceutiques est réservée aux pharmaciens, selon l'article 67 du Décret N° 62.046 du 24 Janvier 1962 relatif à l'exercice de la profession de médecin, chirurgien dentiste et pharmacien à Madagascar.

On entend par officine, l'établissement affecté principalement à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits au Codex et à la vente au détail et au prix public des produits faisant l'objet de l'article 56 de l'ordonnance N° 62.072 à l'exclusion de toutes autres marchandises interdites par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (Article 74 du Décret N° 62.540 du 31 Octobre 1962).

Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent à 80% des besoins de la population. Ils sont déterminés après l'examen des problèmes sanitaires qui existent au niveau de la population. Ce sont les responsables sanitaires au niveau public qui en font la demande. La liste officielle n'a pas encore été établie, mais tous les milieux concernés par la planification familiale souhaiteraient y inclure les moyens contraceptifs.

Actuellement, même si les propriétés des moyens contraceptifs ne correspondent pas à la définition légale de "médicament", il faut noter qu'ils sont considérés comme tels, dans toutes les procédures qu'il faut suivre au niveau de leur commercialisation.

Faut-il leur donner une nouvelle définition et réglementer autrement leur importation, vente et publicité? Voyons d'abord les règles déjà existantes concernant les médicaments avant de répondre à cette question.

B) L'IMPORTATION

1) L'IMPORTATION PAR LES GROSSISTES

A Madagascar, il y a environ 5 ou 6 importateurs de médicaments, dont les principaux responsables sont obligatoirement des pharmaciens, qui approvisionnent le secteur privé, et dont les établissements sont agrées par le Ministère de la Santé. Quant au secteur public, il est approvisionné par la Pharmacie Centrale ou les Organisations Non-Gouvernementales.

Avant la libéralisation de l'importation, le Ministère de la Santé imposait la gamme des médicaments à importer, en se basant sur une liste de médicaments essentiels établie par l'OMS, et marquant une nette préférence pour les produits génériques, moins coûteux à l'achat.

En 1987, un grossiste importateur a importé pour 167 millions de produits génériques, en a vendu 40 millions. Le reste a été périmé et la perte est resté à sa charge. Les laboratoires génériques fabriquent et proposent des produits moins chers, mais ne consacrent pas de budget pour la promotion médicale, contrairement aux autres laboratoires qui consacrent au moins 5 à 10 % de leurs chiffres d'affaires. Ils ne distribuent ni échantillons, ni prospectus. Les personnes intéréssées ne savent pas ce que qu'ils valent réellement et même ignorent leur existence. Les produits génériques, s'ils semblent moins coûteux à l'achat, reviennent plus cher à la fin du cycle, car ils ne trouvent acquéreurs qu'en cas de pénurie grave.

L'importation des médicaments et des produits contraceptifs est largement tributaire de la disponibilité en devises du pays et du cours du Franc Malgache, au même titre que tous les autres produits importés, tels les véhicules, matériaux de construction, vêtements etc... Il n'y a pas de régime d'importation spécial pour les médicaments, qui représentent à peu près 3% en valeur des produits importés.

La réglementation de l'importation a subi beaucoup de changements depuis 1986. Le régime d'importation libéralisée a commencé en 1986. Les importateurs doivent souscrire une soumission, auprès des banques primaires, qui peut porter sur tous les produits, à l'exclusion des produits alimentaires et énergétiques. Les importations effectuées sur des sources de financement extérieur en sont dispensées. Un droit fixe de 10 % doit être payé au moment de la soumission, et les autorisations de change, qui dépendent des réserves en devises sont délivrés par le

Ministère Du Commerce. Les dispositions portant Loi de Finances pour l'année 1988 ont exonéré les médicaments du droit de douanes, des taxes d'importation et de consommation et de la taxe unique sur les transactions. L'arrêté de 1988 portant système d'importation libéralisée a dispensé toutes les opérations d'importation liées à ce système de l'obtention d'une licence d'importation, et du paiement du droit fixe modifié de 5%, par l'Arrêté Interministériel N° 2914/87 du 30 Juin 1987.

La taxe d'importation des médicaments, y compris les méthodes contraceptives est passé de 0% en 1987, 5% à 10% actuellement. Ils sont, jusqu'à maintenant, exonérés des droits de douane, de taxe à la consommation et de taxe unique sur les transactions. Selon les dispositions de l'Ordonnance 92.020 portant Loi des Finances pour 1992, les préservatifs sont taxés à 10%, et les instruments et appareils pour la médecine et la chirurgie doivent s'acquitter de 5% de droit de douane et de 5% de taxe à la consommation.

L'article 01.04.07 bis nouveau de l'Ordonnance précitée a prévu un nouveau régime préférentiel aux groupements, organisations et associations à but non lucratif, qui peuvent sur décision du Ministre chargé des réglementations fiscales, obtenir l'éxonération de la taxe pour les importations ou leur opérations locales éffectuées pour la réalisation de leurs actions à caractère éducatif, culturel, sanitaire, social ou d'assistance au développement économique.

Le régime préférentiel des petites et moyennes entreprises a aussi été étendu par La Loi des Finances pour 1991 aux activités médicales et sanitaires. C'est ainsi que toute entreprise fournissant des services de soins médicaux et des services de soins dentaires et les laboratoires de recherche et d'analyse médicale et tout projet d'investissement de création d'entreprises relatif à toute activité ayant trait au, ou se rapportant au domaine de la santé peuvent bénéficier du régime d'agrément, dont les avantages financiers ont été prévus par la Loi N° 89.026 du 29 Décembre 1989. Ces avantages financiers sont les suivants :

- Exonération de la taxe d'importation et de la taxe unique sur les transactions sur les équipements matériels, matériaux de construction, accessoires d'usine, matériels de bureautique et d'informatique à l'exclusion des voitures de tourisme et mobiliers de bureau.

- Exonération totale de la taxe d'importation et de la T.U.T. sur les transactions sur les éléments du fonds de roulement initial correspondant à une période ne dépassant pas 3 mois de la première année d'exploitation.

- Exonération totale de l'Impôt sur les bénéfices ou revenus pour les 5 premières années d'exploitation effective suivie d'une réduction progressive jusqu'à la huitième année.

- Exonération de la taxe de publicité foncière sur les prêts bancaires destinés au financement des investissements agrées, ainsi que sur le montant des avals bancaires donnés en garantie de la bonne fin des opérations de crédits fournisseurs engagés avec les pays étrangers.

- Exonération du droit d'enregistrement pour l'acquisition des immeubles nécessaires à l'implantation.

- Réduction de 50 % des droits d'apports.

Ces dispositions marquent un revirement important de la conception même de services de santé, qui peuvent être envisagées actuellement sous la forme d'entreprises, dont le but principal est la recherche de bénéfices.

La taxe d'importation est calculée sur le base du prix CAF des produits importés, qui comprend le coût réel du produit départ usine, auquel il faut imputer la valeur du Franc malgache, l'assurance et le frêt. Avant d'arriver au consommateur direct, il faut ajouter au prix départ usine l'équivalent de 20 % de sa valeur, pour le frêt, la douane et les frais d'approche, ensuite la marge du grossiste, qui varie d'un grossiste à un autre, celle du pharmacien à Antananarivo et celle du pharmacien en provinces.

Les produits contraceptifs ne représentent pas 3 % des chiffres d'affaires des grossistes importateurs répartiteurs.

A titre d'exemple, un importateur a vendu de Janvier à Mai 1992, 384 plaquettes de pilules DIANE, 4995 boîtes de une plaquette de miniphase, 1535 boîtes de 3 plaquettes de miniphase, 3300 progesterone 250, 3933 progesterone 500. Les ventes sont constantes toute l'année.

La commercialisation des méthodes contraceptives ne rencontre pas d'obstacles majeurs. Le seul obstacle est le manque de devises. Auparavant, on consacrait 1.5 à 2 Millions de Francs Français pour les médicaments. Actuellement, ce quota a été réduit de moitié.

2) LES AUTRES MOYENS D'ACCES AUX PRODUITS CONTRACEPTIFS

Les centres médicaux d'entreprise comme ceux de la JIRAMA, SOLIMA et les associations comme la FISA n'importent pas directement les produits contraceptifs dont ils ont besoin.

Pour la FISA, les produits proviennent de dons, le matériel médical, par exemple les aiguilles, est taxé. Les véhicules, qui leur sont directement octroyés, sont taxés, contrairement à ceux qui sont d'abord destinés aux organisations non gouvernementales ayant leur siège à l'étranger. Les moyens contraceptifs ne sont pas taxés, car d'une part ils n'ont suivi la procédure normale

d'importation, ayant été acquis au moyen de fonds étrangers et d'autre part ne sont pas destinés à la vente au public. Quand le produits arrivent, des formalités doivent être effectuées aux Ministère du Commerce et de la Santé avant le dédouanement.

La FISA envisage la distribution à base communautaire des produits contraceptifs, par le biais des pharmacies communautaires villageoises, en collaboration avec le Ministère de la Santé. Le projet est en cours de négociation actuellement. Les pharmacies communautaires villageoises sont à l'initiative du gouvernement.

La JIRAMA gére sa propre pharmacie. Celle-ci est dotée par l' UNICEF pour les médicaments essentiels, qui ne sont pas assujettis à la taxe d'importation. Les besoins en méthodes contraceptives sont couverts par l'USAID et le FNUAP. Ces besoins sont établis selon un plan prévisionnel. Actuellement, il y a un problème de stock d'injectables, pour lesquels les prévisions ont été inférieures à la réalité, car ce sont les méthodes préférees par le milieu rural.

Les moyens contraceptifs, fournis par la SOLIMA aux employés et à leurs familles proviennent de l'USAID (condoms, stérilets, pilules, ovules), et des grossites pour les autres médicaments et moyens contraceptifs.

Le programme du marketing sociale de HOECHST vend des preservatifs auprés des pharmacies, des epiceries et d'autres lieux accessibles aux populations. Le prix par piece est de 100 francs Malagasy.

Les cliniques de l'AMIT, de l'OSTIE, de la PAPMAD, de la BNI-CL, de l'ARO, de la SALFA et de l'EMTM recoivent actuellement une dotation de l'USAID en ce qui concerne les condoms, stérilets, pilules, et ovules spermicides.

Généralement, les dons ne sont pas vendus par les donataires. Pour pouvoir le faire, à titre exceptionnel, il faut que les donateurs l'autorisent. Les contributions financières versées pour pouvoir profiter des dons ne sont pas considérées comme des formes d'achats.

C) LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VENTE

1) L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE

L'autorisation de mise sur le marché est un visa donné par le Ministère de la santé pour les spécialités pharmaceutiques devant être commercialisée à Madagascar. C'est le laboratoire qui veut introduire un produit qui demande cette autorisation, en y envoyant directement les produits ou en les faisant passer par les grossistes importateurs. Tous les contraceptifs en vente ont

obtenu ce visa, sauf le Norplant, actuellement en phase de pré-introduction (recherche sur l'acceptabilité auprès de 1000 femmes malgaches actuellement).

Les produits déjà commercialisés en France avant 1972 obtenaient systématiquement le visa. Même après, les produits de fabrication française, ou qui proviennent de filiales de sociétés étrangères implantées en France obtiennent facilement le visa, car leur contrôle est facile, dans la mesure où les documents qui les accompagnent sont rédigés en français, et leur conditionnement conforme aux normes acceptées depuis toujours, qui sont françaises. C'est bien pour cela qu'environ 98 % des produits vendus dans les pharmacies proviennent de France. Dans le cadre des appels d'offres, ce sont les médicaments les moins chers et accompagnés de fascicules en français qui ont le plus de chances d'être retenus.

L'obtention du visa n'est pas subordonnée à un contrôle chimique ni pharmaceutique quelconque. Le contrôle de qualité doit être, en principe, effectué par le laboratoire de fraude et de contrôle, mais il n'est pas suffisamment équipé pour le faire. Seule la vérification des dates de péremption des produits pharmaceutiques est effectuée. L'OFAFA et FARMAD effectuent des contrôles de qualité sur leurs produits.

Madagascar a toujours bénéficié de France des prix grossistes hors taxes. Le but du visa est de faire respecter les accords. Ainsi, le visa d'un produit venant de France peut être refusé, par exemple si ce produit est vendu 30% plus cher par rapport au prix de France.

Les informations devant être fournies pour l'obtention de l'autorisation de la mise sur le marché d'un produit ont été prévues par la note de service du Directeur des Pharmacies et Laboratoires en date du 22 Février 1989. Ce sont les suivantes, pour ne citer que les plus importants :

- les nom, adresse, certificat d'existence légale du laboratoire fabricant ;
- la dénomination de la spécialité, les mode et voies d'administration, la contenance des modèles ventes ;
- la formule, la dénomination commune internationale du médicament, les indications thérapeutiques ;
- le mode et les conditions de fabrication du médicament, les techniques de contrôle des matières premières et du médicament fini ainsi que les résultats obtenus par l'application de ces techniques;
- les résultats des essais physico-chimiques et des essais de conservation, les comptes-rendus des essais cliniques et pharmaco-toxicologiques ;
- trois échantillons de chaque présentation, les notices d'emploi et les fiches posologiques ;
-la liste des pays où la vente est autorisée ;

- une attestation des prix grossistes et hors taxes au public, s'il s'agit d'une spécialité dont la fabrication est projetée à Madagascar.

Avant de déposer la demande, le laboratoire ou le grossiste doit s'acquitter du droit fixe d'enregistrement du dossier, qui, depuis l'arrêté N° 2001/91/SAN/DPL/FIN du 10 Avril 1991 est de 400.000 Fmg contre 120.000 Fmg en 1986. Après l'obtention du visa par le titulaire, celui-ci doit verser un droit annuel de débit par spécialité de 50.000 Fmg contre 15.000 Fmg en 1986.

L'autorisation de mise sur le marché n'est pas un attribut de la spécialité pharmaceutique; en cas de changement de fabrication, une nouvelle demande et nécessaire.

2) LA VENTE ET LA PUBLICITE

a) Les règles relatives aux établissements et personnel

L'ouverture d'une pharmacie est autorisée par arrêté du Ministère de la Santé. L'ouverture doit se faire dans les 6 mois à compter de l'obtention de l'autorisation. En cas de cessation d'exploitation, l'autorisation doit être renvoyée au Ministère de la Santé.

Suivant l'article 75 du Décret N°62.046, l'ouverture ou transfert d'un officine est soumise à l'obtention d'une licence délivrée par le Ministère de la Santé, sur proposition du Directeur Général de la Santé Publique, de l'Inspecteur des pharmacies après avis de l'Ordre National des Pharmaciens.

Si l'exploitation est faite par plusieurs pharmaciens, il est possible d'opter pour une forme de société en nom collectif, d'une société à responsabilité limitée ou d'une société anonyme, mais seul un officine peut être exploité.

"1° Tout établissement de préparation ou de vente en gros, soit de drogues simples ou de produits chimiques destnés à la pharmacie et conditionnés en vue de la vente au poids médicinal, soit de compositions ou préparations pharmaceutiques, doit être la propriété d'un pharmacien diplômé d'etat. Il peut être aussi celle d'une société, à la condition que soient pharmaciens diplômés d'etat :

a) Dans les Sociétés Anonymes, le président et la moitié des autres membres du conseil d'administration ;
b) Dans les sociétés à responsabilité limitée et les sociétés en commandite, tous les gérants ;
c) Dans les autres formes de Sociétés, tous les associés...." (Article 88 du Decret N° 68 139 du 26 Mars 1968)

L'ouverture de ces Etablissements est subordonnée à une autorisation du Ministère de la Santé Publique.

Suivant l'article 61 du Décret 62.046, l'ouverture d'un officine de pharmacie rend caduque toute autorisation de dépôts de médicaments, sis dans un rayon de 5 kms, sauf dérogation spéciale donnée par Arrêté Ministériel.

En ce qui concerne l'exercice de la profession de pharmacien, la réglementation est contenue dans l'article 58 du Décret précité. Toute personne de nationalité malgache possédant les diplômes reconnus par l'Etat malgache sans prejudice des accords internationaux est autorisée à exercer la profession de pharmacien. Elle doit être âgée de 25 ans au moins (sauf les pharmaciens remplaçants et assistants) et exercer personnellement la profession, sauf dérogation possible du Ministère de la Santé publique et de la population (article 66). L'exploitation d'un officine ou d'un établissement pharmaceutique est incompatible avec l'exercice d'une autre profession, notamment celle de médecin, sage-femme ou infirmière, même si l'intéréssée a les diplômes requis, sauf dérogation spéciale accordée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population.

La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine, la préparation des objets de pansements, la vente en gros et au détail et toute délivrance au public des mêmes produits et objets sont réservés aux seuls pharmaciens, sauf dérogation donnée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (Article 56 de l'Ordonnance 62.072 du 29 Septembre 1962).

Dans les localités éloignées, qui n'ont pas d'officine l'ouverture d'un dépôt de médicaments peut être autorisée par Arrêté du Ministère de la Santé pour répondre aux besoins de la population en médicaments et pansements de première nécéssité. S'il y a une officine dans les 5 Kms, l'autorisation devient caduque, et le dépôt de médicaments doit fermer dans les 3 mois de l'ouverture de l'officine. Les médicaments sont fournis par les pharmaciens diplômés résidant sur le territoire malgache et doivent être vendus au même prix de vente que dans les officines de pharmacie. L'autorisation est personnelle. L'ouverture se fait après l'autorisation délivrée par le médecin inspecteur. Le titulaire de l'autorisation doit avoir officié plus de 5 ans auprès d'une pharmacie ou réussir un examen, après une formation donnée par le médecin inspecteur. Les produits mis en vente doivent avoir été recommandés par le médecin inspecteur.

b) les pratiques

Les pratiques suivies en matière de vente des spécialités pharmaceutiques sont conformes aux normes françaises. Certaines ont été reprises expréssement par les textes malgaches.

Par exemple, en matière de vente avec ou sans ordonnance médicale, la pratique suivie découle des normes françaises. Les spécialités pharmaceutiques sont réparties en deux groupes les produits sans tableau, vendus sans ordonnance, et les produits avec tableau (cadre vert ou rouge) sont vendus sous ordonnance médicale. Les pilules font partie de ce deuxième groupe. Quand les spécialités proviennent d'un pays autre que la France, le pharmacien recherche leur équivalent parmi les spécialités françaises et conclue s'il peut vendre le produit avec ou sans ordonnance.

Les produits français sont conditionnés par quantité de posologie moyenne, et il est interdit de les déconditionner. Ils s'achètent par boîtes et non par unités, cependant il est de pratique courante de vendre des médicaments d'usage fréquent comme la nivaquine, le paracétamol etc... par unités, pour permettre aux personnes à faible revenu d'y avoir accès. Ces médicaments sont même accessibles au niveau des épiceries, malgré l'exclusivité de la vente des spécialités pharmaceutiques, réservée aux pharmaciens ou détenteurs de dépôts de médicaments. Les condoms sont aussi vendus dans les épiceries, depuis les campagnes des sensibilisation contre le sida et ils n' ont plus fait partie des produits pharmaceutiques, sans qu'une disposition quelconque l'ait prévu.

Tout débit, étalage ou distribution de médicaments est interdit sur la voie publique, dans les foires ou marchés par toute personne, même munie du diplôme de pharmacien, selon l'article 86 du Décret N° 62.046.

En ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques disponibles auprès des pharmacies, leur gamme est très variée actuellement. La période de pénurie s'est située entre 1984 et 1987, à cause de l'insuffisance des devises, il ne restait plus qu'environ 250 gammes de produits disponibles. Les moyens contraceptifs les plus appréciés sont les contraceptifs oraux, vendu à 3.500 Fmg la boîte, les contraceptifs injectables et les préservatifs, vendus à 100 Fmg l'unité, dont la vente est toujours en augmentation (plus de cent fois plus qu'auparavant), les capsules vaginales spermicides et aseptiques, les pommades spermicides sont peu demandés et les stérilets ne sont disponibles que sur commande.

La majorité des femmes utilisatrices de moyens contraceptifs achètent leurs produits auprès de la même pharmacie. Pour l'achat des pilules ou des injectables, quand elles oublient leur ordonnance ou quand celle-ci n'a pas été renouvelée, le pharmacien n'hésite pas à vendre quand même les produits dont elles ont besoin, à charge pour elles de revenir un autre jour pour la production de l'ordonnance.

La marge bénéficiaire que s'accordent les pharmaciens est de 25.9 %. C'était le taux imposé avant la libéralisation, et les pharmaciens ont décidé de ne pas la changer.

c) Les dispositions relatives à la publicité

Elles ont été prévues par le decret N° 62.046 du 24 Janvier 1962, chapitre IV :

Article 94 : La publicité technique concernant les médicaments est libre auprès des médecins, des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. Toute-fois, il est interdit de donner à ces praticiens des primes, des objets portant une mention publicitaire ou des avantages matériels de quelque nature que ce soit, en dehors des échantillons médicaux destinés aux essais thérapeutiques et de remise habituelle fixée par le syndicat des pharmaciens sur le prix des médicaments destinés à leur usage personnel.

Article 95 : La publicité relative aux médicaments s'adressant au public est libre lorsqu'elle mentionne exclusivement le nom et la composition du produit, celui du pharmacien préparateur, ses titres universitaires, son adresse.

Aucun texte publicitaire dépassant les limites définies à l'alinéa précédent et faisant notamment état de propriétés thérapeutiques ne peut être porté à la connaissance du public, par quelque moyen que ce soit, s'il n'a reçu le visa du Ministre de la Santé Publique, après avis de l'Inspecteur des Pharmacies.

Ce visa ne comporte aucune garantie en ce qui concerne les propriétés thérapeutiques d'un produit.

Article 97 : La publicité de caractère commercial concernant la prophylaxie ou le traitement des maladies vénériennes est interdite.

D'après la note de service du 22 Février 1989 du Directeur des Pharmacies et Laboratoires, la publicité faite au public n'est autorisée qu'au bénéfice des établissements de fabrication ou de vente en gros de produits pharmaceutiques, elle ne peut être faite au bénéfice des officines de pharmacie et elle est interdite pour les produits pharmaceutiques eux-mêmes, qui relèvent exclusivement de l'information professionnelle apportée au corps médical, l'information professionnelle et scientifique apportée au corps médical doit, quels qu'en soient les supports, être conforme au contenu du dossier accepté pour la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché. Tout support visant à influer le libre choix du médecin ou du malade, tel qu'ordonnance médicale préimprimée au nom d'une pharmacie ou d'un ou de plusieurs médicaments est interdit.

IV. LES RECOMMANDATIONS POUR LES PROCHAINES ETAPES

Une demande non satisfaite en informations et services de planification familiale existe. Pour s'en convaincre, il suffit de noter les remarques de la majorité des personnes contactées. Qu'il soit pharmacien, grossiste, médecin, sage-femme, ou simple particulier, tout le monde s'accorde à dire que beaucoup de femmes cherchent à connaître les méthodes contraceptives pour les utiliser, mais ne savent pas toujours où s'adresser.

Les séances d'éducation, information et communication faites sont toujours suivies d'une nette augmentation du nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives. La proportion toujours croissante d'avortements provoqués, et surtout au niveau des femmes mariées, même s'il n'est pas possible d'avoir des chiffres exacts, montre que les informations et les méthodes d'espacement des naissances ne sont pas à la portée de tous, car une femme mariée qui doit recourir à l'avortement n'est pas motivée par la crainte du déshonneur.

Les obstacles sont de divers ordres. Comme expliqué précédemment, il y a l'insuffisance des informations concernant la planification familiale. Les hommes s'accrochent aussi aux valeurs anciennes, qui consistent à faire croire que parler de la planification familiale, c'est toucher au domaine de la sexualité, domaine tabou pour les malgaches depuis toujours, et cette attitude se rencontre aussi chez des personnes qui, théoriquement, ont suffisamment étudié pour s'adapter assez rapidement aux situations nouvelles. Une sensibilisation bien préparée permet pourtant de faire changer les mentalités dans un sens plus libéral. Lors de campagne intensive et fortement médiatisée contre le SIDA, la population a d'abord crié au scandale avant de reconnaître finalement le bien-fondé des informations données. L'obstacle le plus important se situe au niveau du coût trop élevé des moyens contraceptifs face au pouvoir d'achat de la majorité de la population. La promotion du stérilet, faite à l'initiative de la FISA pour ses membres, et la pré-introduction du Norplant, pour laquelle beaucoup de femmes se sont portées volontaires en constituent des preuves. La gratuité de ces méthodes a motivé plus d'une femme quant à leur utilisation, alors que les cotisation et contributions financières aux autres méthodes de la FISA sont déjà d'un montant peu élevé.

Dans le cadre de cette dernière partie de l'inventaire, nous proposons des recommandations, pour lesquelles nous suscitons des remarques auprès des personnes ou groupements concernés, ainsi que d'autres suggestions.

A. RECOMMANDATIONS EXTRA-LEGALES

1. Integration des services de planification familiale dans les services de santé maternelle et infamtile.

Les personnes qui ont déjà eu des expériences en matière de services de planification familiale sont unanimes pour dire que la concrétisation de la Politique Nationale de Population ne peut réussir que si les services sont intégrés avec ceux, déjà existants ou encore à créer, relatifs à la santé en général et à la santé maternelle et infantile en particulier. En effet, si une demande en planification familiale existe, les besoins sanitaires et médicaux des femmes et des enfants ne sont pas encore satisfaits en totalité malgré les efforts effectués depuis. La population trouverait étrange une intensification des services de planification familiale, au détriment des services sanitaires et médicaux en général.

2. Recherche sociologique relative à la planification familiale.

Il est aussi nécessaire de faire une étude sociologique des différents groupes sociaux pour reétudier leurs coutumes et traditions, leur comportement vis-à-vis de la natalité, leur niveau de connaissance de la planification familiale et s'ils sont déjà utilisateurs de méthodes contraceptives modernes, leur demander d'évaluer les services qui leur sont fournis et ce pour améliorer les approches et les services déjà existants, en tenant compte des spécificités de chaque groupe.

3. Etablissement d'un système national de collecte et analyse des données.

La maîtrise des informations est primordiale dans toute politique, surtout dans le secteur public. Il faut recenser les structures existantes, le personnel sanitaire et médical, les utilisatrices de méthodes contraceptives modernes, avec une perpétuelle mise à jour, pour pouvoir analyser l'évolution concrète de la Politique Nationale de Population. L'exemple de la JIRAMA est assez éloquent à ce sujet. Par ailleurs, pour une meilleure coordination des efforts et toujours pour améliorer les prestations, la centralisation de tous les documents relatifs aux séminaires et formations déjà dispensés ainsi que leur évaluation ne serait pas superflue.

4. Education de la population au sujet des lois et dispositions legales portant sur la condition feminine.

Pour permettre aux femmes d'être plus conscientes de leur rôle économique dans la famille, il est indispensable de leur faire connaître toutes les Lois et Dispositions légales les concernant sur le mariage, les régimes matrimoniaux et les successions, par le biais de séances d'information de conception simple et dirigées

vers le couple. La femme, qui a conscience d'un rôle économique à jouer a tendance à vouloir moins d'enfants, ou du moins à espacer les naissances, pour pouvoir se consacrer à des activités lucratives.

5. Utilisation des medecins en chômage pour les programmes de planification familiale.

L'insuffisance du personnel sanitaire et médical du secteur public est crucial. Au niveau des médecins, par exemple, ils sont nombreux à être diplômés, sans espoir d'obtenir un poste à cause des restrictions budgétaires. Certains exercent la profession à titre privé, mais nombreux sont ceux qui, à défaut d'avoir les moyens pour louer un local et payer toutes les charges obligatoires postulent pour d'autres emplois, différents de la médecine, pour pouvoir survivre. Pourquoi ne pas rechercher une formule pour leur permettre d'être intégrés dans les services de planification familiale, à titre privé .

6. Regularisation de la situation des accoucheuses traditionelles si les expériences sont positives.

Le problème d'insuffisance de personnel a poussé le Ministère de la Santé à tenter une expérience avec les accoucheuses traditionnelles. Supposées avoir une certaine connaissance du domaine sanitaire, certaines ont été formées pour effectuer des tâches précises. Si l'expérience réussit il faudrait régulariser leur situation, qu'elles soient officiellement autorisées pour effectuer le travail qui leur a été assigné.

7. Révision du contenu des cours de démographie.

Les leçons de démographie sont dispensées aux élèves des classes secondaires. Ces leçons visent à donner des connaissances purement techniques en matière de démographie aux élèves. Il s'agirait, dès maintenant de reconcevoir le contenu et de l'orienter vers une meilleure connaissance des relations ressources et population, avec des chiffres précis, fiables, et remis à jour pour faciliter la compréhension du problème, qui ne peut être étudié dans l'abstrait.

8. Identification des possibilités de reduction du côut des produits contraceptifs.

Concernant le coût élevé des méthodes contraceptives modernes, qui dépend toujours de la valeur du Franc Malgache, il serait tentant de voir si la fabrication locale ou même sous licence de ces mêmes produits pourrait les rendre accessibles à la majorité de la population. Toute supputation ou supposition sont à écarter dans ce domaine, et seule une étude faite dans les normes, en utilisant les paramètres en vigueur, comme la taxe sur les matières premières, coût de la fabrication pourrait y apporter une réponse.

L'exonération totale des droits et taxes des méthodes contraceptives et des médicaments de première nécessité peut toujours être négociée en attendant.

B) RECOMMANDATIONS LEGALES

Il serait plus prudent de garder une forte proportion des dispositions légales et réglementaires en vigueur, car elles ne constituent pas des obstacles majeurs dans un pays où la processivité est faible, vis-à-vis des domaines administrées par le secteur public. De plus, La Loi N° 90.030 est trop récente et les activités de planification familiale trop peu nombreuses actuellement par rapport à ce qu'elles devraient être plus tard pour pouvoir prétendre maîtriser tous les domaines concernés, et procéder à une innovation systématique.

Certaines, cependant, méritent d'être abrogées ou modifiées.

1. Abrogation de la Loi Française de 1920.

La Loi Française de 1920, y compris les dispositions relatives à la provocation de l'avortement doit être abrogée dans son intégralité. En effet, à part cette Loi, la répression de l'avortement est prévue par un autre article du Code Pénal, si vraiment l'obstacle est à ce niveau.

2. Modification de la réglementation d'affiliation des entreprises aux organisations sanitaires inter-entreprise.

La réglementation de la médecine d'entreprise doit être modifiée. Les entreprises continueront à assurer une couverture sociale et sanitaire obligatoire aux employés et familles, mais ne devront plus être obligées d'être affiliées aux organisations sanitaires inter-entreprise. Il faut les encourager à avoir leur propre infrastructure médicale et sanitaire, pour décharger l'Etat et pour leurs permettre de mener leur politique sanitaire et médicale plus efficacement, sous réserve bien entendu du respect des règles en vigueur et toujours sous le contrôle de l'administration. Les centres et dispensaires autonomes de certaines entreprises fournissent des prestations supérieures en qualité et quantité à celles des établissements des organisations sanitaires interentreprise. Quant aux services de planification familiale, ils seraient acceptés plus facilement dans un cadre plus restreint et plus familial.

3. Amélioration de la législation sociale à l'intention des femmes travailleuses en age de procréer.

La législation sociale mériterait d'être améliorée en ce qui concernent les femmes qui travaillent. Des mesures lui permettant de ne pas perdre ses acquis pendant la grossesse et la première année après l'accouchement : comme la possibilité de partir et de

réintégrer son poste après un certain laps de temps l'encourageraient à penser à une carrière, au lieu de chercher un nouveau travail inintéréssant à chaque fois. Ces avantages ne devraient pas être systématiques, mais limitées en nombre et en durée, car l'employeur n'a pas non plus les moyens de payer les salaires d'un employé qui part et qui revient périodiquement. Une femme qui travaille et qui est motivée par son travail a tendance à vouloir moins d'enfants, vu les problèmes rencontrés pendant l'accouchement et plusieurs mois après, ou du moins à espacer les naissances.

4. Inclure dans le plan d'études l'éducation sexuelle et des informations sur les méthodes contraceptives

Il est temps aussi d'inclure officiellement dans les programmes des écoles secondaires des leçons d'éducation sexuelle et des informations sur les méthodes contraceptives.

5. Proceder aux demarches necessaires pour l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché du Norplant.

6. Créer des statuts particuliers pour le personnel ayant été formé en planification familiale pour que les täches de planification familiale soient établies officiellement, et que les divers certificats obtenus à la suite de seminaires soient reconnus par l'administration.

C) LES LACUNES JURIDIQUES

La loi Française de 1920 a toujours régi le domaine de la propagande anticonceptionnelle et de l'utilisation des moyens contraceptifs. Elle n'a pas empêché les prestations de services de planification familiale et de moyens contraceptifs de commencer et de continuer. La Loi N° 90.030, relative à la Politique Nationale de Population a permis de rendre la planification familiale légale. Cependant, à part cette loi nouvelle sus-énoncée, on ne trouve dans aucun texte ultérieur les termes comme espacement, régulation des naissances, moyens contraceptifs, site de planification familiale etc... Les dispositions légales et réglementaires appliquées actuellement au domaine de la planification familiale sont toutes relatives à la santé publique. La situation de fait est que la planification familiale fait partie intégrante des services médicaux et sanitaires, au même titre que les soins de santé primaires, la protection maternelle et infantile etc... Le personnel habilité à s'occuper de planification familiale est le personnel sanitaire et médical.

En ce qui concerne les médecins et sages-femmes par exemple, tout problème qui pourrait surgir dans les prestations de service de planification familiale trouverait une solution dans les textes qui régissent l'exercice de leurs professions respectives. Or, si on veut être vraiment légaliste, un service de planification familiale n'est par un soin, dans le sens strict du terme, ce n'est

pas non plus une prévention, car la grossesse n'est pas une maladie si on estime qu'un moyen contraceptif previent de la grossesse.

Les méthodes contraceptives n'entrent pas dans la catégorie des médicaments, ni des spécialités pharmaceutiques si l'on se réfère a la définition juridique de ces termes. Pourtant, pour les importer et les vendre au public, les établissements autorisés pour l'importation et la vente, la procédure suivie,les taxes à payer, pour ne citer que ces exemples relèvent de la réglementation des médicaments. C'est cette logique juridique qui a poussé les parlementaires à préciser dans la proposition de Loi N°03/88 PL que les modalités de fabrication et d'importation des contraceptifs vont être prises par Décret, que la vente des contraceptifs doit être soumise à l'autorisation de mise sur le marché, que les produits, médicaments ou objets contraceptifs ne peuvent être délivrés qu'en pharmacie et sur prescription médicale, etc... Ils ne cherchaient pas vraiment à faire appliquer une réglementation différente de celle des médicaments aux produits contraceptifs, mais plutôt à mettre de l'ordre dans les textes .

Il est encore trop tôt pour dire s'il faut soumettre le domaine de la planification familiale à une réglementation vraiment différente de celle régissant la santé. Il faut que la pratique prouve que cette différence va agir dans un sens positif, avant de décider. Les textes relatifs à la santé sont quelque peu dépassés par les réalités, mais comportent pour la plupart des possibilités de dérogations, soumises à des autorisations de la part du Ministère de la Santé. Dans la situation actuelle, il serait plus prudent de continuer à appliquer les textes déjà existants et de dire expréssement que ce sont les textes applicables au domaine de la santé qui régissent le domaine de la planification familiale, et ceux applicables aux médicaments et spécialités pharmaceutiques qui régissent les méthodes contraceptives dans la fabrication, l'importation, la vente et la publicité, même à titre transitoire, pour combler le vide.

Il n'est pas inutile de rappeler que les mesures d'accompagnement d'une Loi sont prises par Arrêté du Ministre concerné, si le domaine à réglementer n'empiète pas sur d'autres domaines, par Arrêté Interministériel si plus d'un Ministère sont concernés et par Décret pris en conseil des ministres si la mesure semble avoir des incidences au niveau de plusieurs Ministères.

TABLE DES MATIERES

RESUME DU PROJET 1

CONTEXTE ET JUSTIFICATION 1

OBJECTIFS 2

STRATEGIES DU PROJET 2

I. CADRE JURIDIQUE GENERAL DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 4
- A) La LOI NOUVELLE : LOI N° 90.030 du 19 DECEMBRE 1990 RELATIVE A LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION POUR LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL 4
  - 1) RESUME 4
  - 2) REMARQUES 5
- B) LA LOI NOUVELLE FACE A LA LOI FRANCAISE DU 31 JUILLET 1920 ET LA PROPOSITION DE LOI N° 03/88-PL . 7
  - 1) LA LOI FRANCAISE DU 31 JUILLET 1920 RENDUE APPLICABLE A MADAGASCAR PAR LE DECRET 30 MAI 1933 ET PROMULGUE A MADAGASCAR PAR ARRETE DU GOUVERNEMENT DU 18 JUILLET 1933. 7
  - 2) LA PROPOSITION DE LOI N° 03/88 PL 8
    - a) Résumé 8
    - b) Remarques 9
- C) LES AUTRES DISPOSITIONS POUVANT AVOIR UNE INFLUENCE QUELCONQUE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE 11
  - 1) DISPOSITIONS RELATIVES A LA SANTE 11
  - 2) DISPOSITIONS RELATIVES A LA FEMME 12
    - a) Dispositions relatives au mariage 13
    - b) Les dispositions relatives aux régimes matrimoniaux 14
    - c) Règles relatives au concubinage et aux mariages coutumiers 15
    - d) Dispositions relatives aux successions . . 17
  - 3) LES AUTRES DISPOSITIONS 18
    - a) La législation et la sécurité sociale . . . 18
    - b) Les infractions contre la natalité 20
    - c) Le domaine culturel 21

II. PRATIQUES ET REGLEMENTATION CONCERNANT LES ETABLISSEMENTS LE PERSONNEL, ET LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALES 23
- A) LES ETABLISSEMENTS 23
  - 1) LE SECTEUR PUBLIC 23
    - a) Les organes et établissements sanitaires publics 23
    - b) Les actes relatifs à la composition d'un site de planification familiale 25
  - 2) LE SECTEUR PRIVE 26
    - a) Les Organisations Non Gouvernementales . . 26

b) Les infrastructures sanitaires d'entreprises 27
c) Les cabinets de médecins exerçant à titre privé 28
d) Les cliniques, dispensaires et centres médicaux 29
B) LE PERSONNEL 29
1) LES TACHES DEVOLUES AU PERSONNEL DU SECTEUR PUBLIC 30
2) LES PROFESSIONS DE MEDECIN ET DE SAGE-FEMME . . 32
3) LES ACTES RELATIFS AU PERSONNEL MEDICAL ET SANITAIRE 33
C) LES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE 34
1) INFORMATION , CONSULTATION ET ACCES AUX METHODES CONTRACEPTIVES 34
a) le secteur public 34
a.1. L'Hôpital Ravoahangy Andrianavalona 34
a.2. Les normes et standards de la Commission Nationale des Projets de Planification Familiale 35
b) Le secteur privé 36
b.1. Historique et infrastructure 37
b.2. Les activités de sensibilisation et de l'information 38
b.3. Les consultations 41
b.4. Les moyens contraceptifs et leur accès 42
2) REMARQUES SUR LA LEGISLATION ET LES PRATIQUES . 45

III. LES DISPOSITIONS RELATIVES A L'IMPORTATION, LA VENTE ET LA PUBLICITE DES MEDICAMENTS 46
A) GENERALITES 46
B) L'IMPORTATION 47
1) L'IMPORTATION PAR LES GROSSISTES 47
2) LES AUTRES MOYENS D'ACCES AUX PRODUITS CONTRACEPTIFS 49
C) LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA VENTE 50
1) L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE 50
2) LA VENTE ET LA PUBLICITE 52
a) Les règles relatives aux établissements et personnel 52
b) les pratiques 53
c) Les dispositions relatives à la publicité . 55

IV. LES RECOMMANDATIONS POUR LES PROCHAINES ETAPES 56
A. RECOMMANDATIONS EXTRA-LEGALES 57
B) RECOMMANDATIONS LEGALES 59
C) LES LACUNES JURIDIQUES 60

ANNEXES

Annexe 1 : Loi Numéro 90.030
Annexe 2 : Documents et textes consultés
Annexe 3 : Personnes contactées

ANNEXE 1

LOI NUMÉRO 90.030

POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION POUR LE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL

Loi No. 90.030 du 19 décembre 1990

LOI NO. 90-030

relative à la Politique nationale de Population pour le développement économique et social

L'Assemblée nationale, populaire a adopté.
Le Président de la République démocratique de Madagascar promulgue la loi dont la teneur suit:

Article premier. - Est approuvée la Politique nationale de Population pour le développement économique et social, telle qu'elle est définie dans le document ci-annexé.

Art. 2. - La Politique nationale de Population soutiendra la stratégie globale de développement et tiendra compte dans son application et dans sa mise en oeuvre des spécificités et des besoins régionaux.

Art. 3. - La présente loi sera publiée au Journal officiel de la République.

Elle sera exécutée comme loi de l'Etat.

Promulguée à Antananarivo, le 19 décembre 1990.
Didier RATSIRAKA.

LA POLITIQUE DE POPULATION

Se préoccupant de bien-être de l'ensemble de la population, la Politique nationale de Population pour le développement économique et social vise toujours l'amélioration de la qualité de vie de la population, conformément à ses besoins et aux conditions de son épanouissement, et ce, en compatibilité avec la croissance économique.

La Politique de population est indispensable dans la planification de développement, la population étant l'acteur et le bénéficiaire du développement.

La variable population influe sur le développement par ses dimensions aussi bien culturelles que démographiques et socio-économique. Mais la population subit également les effets du développement et le bien-être de la population est lié à l'évolution de ses propres composantes. Les problèmes de population se présentent à tous les niveaux, aussi bien individuel que familial, communautaire et national. Dans un pays comme Madagascar, il reste encore beaucoup à faire dans le domaine économique et dans le domaine social.

1. - FONDEMENTS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION

1.1. - Considérant le développement comme un processus visant la satisfaction des conditions qui permettent l'épanouissement tant individuel que collectif de la population, et qu'une politique de population vise un type de développement où les ressources humaines constituent la donnée la plus précieuse, l'Etat malagasy se doit d'intervenir dans ce qui peut apparaître comme problème individuel ou familial, conformément au rôle qui lui est imparti par la Constitution qui stipule :

1 - Dans son préambule sur «l'éminente dignité de la personne humaine» et sa résolution «à combattre avec tous les hommes épris de justice et de progrès pour la libération de tout homme et de tout l'homme»;

2 - Dans son titre II et ses articles 12, 20, 37, 41 où l'Etat est engagé vis-à-vis de la famille par ses droits et devoirs fondamentaux.

3 - Dans son titre III où sont définis les rôles et devoirs des différentes structures de l'Etat.

1.2 - Conformément aux engagements pris par la République démocratique de Madagascar lors des différentes conférences mondiales et régionales sur la population (Bucarest 1974, Mexico 1984, Arusha, Harare...) entraînant la création du ministère de la Population et de la Condition sociale, l'adoption d'une politique de population est un élément primordial du plan d'action pour le bien-être familial.

1.3 - La participation de la population à tous les niveaux de décisions constitue une des composantes essentielles de la politique de population. Cette participation, entendue comme expression d'une liberté de choix sur les voies et moyens d'édifier sa propre vie, attribue au Gouvernement la charge

67

d'appuyer et de soutenir par tous les moyens que lui confère son pouvoir, les initiatives et les innovations au niveau de la population.

1.4. - Les programmes de population dépendent dans une large mesure du niveau de prise de conscience, d'acceptation et d'appui de la part de la communauté. Une éducation en matière de population, qui centre l'attention sur les rapports entre le niveau individuel, le niveau familial, le niveau communautaire et le niveau national, constitue le processus le plus efficace et le plus approprié pour conduire au changement nécessaire en vue d'une société meilleure. L'éducation est ainsi une composante indispensable des programmes de population.

1.5. - En plus de son rôle garantissant la transmission du savoir et de la culture, le système éducatif doit aussi avoir pour tâche de faciliter la préparation des jeunes pour une société meilleure.

1.6. - Dans le processus de développement, la population est productrice et consommatrice des biens et services résultant de ses diverses activités économiques. Les caractéristiques démographiques, sociales et culturelles de la population déterminent son mode de production et son modèle de consommation. Inversement, la modification du contexte économique et social influe sur les composantes de changements démographiques que sont la fécondité, la mortalité et les migrations.

1.7 - En fournissant la force de travail, la population constitue le moyen de production fondamental dans le processus de développement. D'un autre côté, l'objectif principal des programmes de développement est l'amélioration du niveau de vie de la population. Cette dernière est donc un moyen et une fin du développement. Il est par conséquent nécessaire de réunir toutes les conditions favorables lui permettant d'assumer son double rôle d'artisan et de bénéficiaire du développement.

1.8 - Deux types d'obstacles existent et doivent être surmontés: un obstacle de type endogène à caractère démographique et un obstacle de type exogène à caractère économique, social, culturel et politique

- d'abord, les obstacles démographiques que peuvent constituer certaines caractéristiques telles que le taux de croissance de la population, la répartition spatiale de la population, les niveaux de fécondité et de mortalité, la structure par sexe et par âge, qui risquent de gêner l'exécution et la réalisation des programmes de développement;

- ensuite, les obstacles économiques, sociaux, culturels et politiques identifiés dans les études sectorielles qui sont susceptibles:

* d'une part, d'entraver la participation effective de la population aux diverse activités économiques nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le plan,

* d'autre part, d'empêcher l'ensemble de la population de tirer profit des divers investissements économiques et sociaux réalisés.

68

1.9 - Depuis l'Indépendance, le Gouvernement a lancé un ensemble de programmes de développement visant à améliorer la qualité de vie de la population. L'exécution de ces programmes a abouti à une certaine amélioration du niveau de vie en ce qui concerne l'éducation, la santé, l'offre de produits alimentaires et d'autres biens essentiels. Toutefois entre autres causes, les effets de la récession économique mondiale des années 80, conjugués à l'accroissement rapide de la population nationale, tendent à entraver de nouvelles améliorations du niveau de vie et ont entraîné par la suite une détérioration progressive du bien-être de la population malgache. Cette situation s'aggrave encore plus du fait de l'apparition périodique de calamités naturelles telles que cyclones, inondations et sécheresse qui tendent à épuiser une proportion considérable des ressources.

1.10 - Il est donc indispensable de réexaminer les tendances démographiques de la nation ainsi que leurs conséquences et de formuler une politique nationale concernant le rôle de la population dans le développement économique et social. Ce faisant, la politique, les plans et les programmes de développement national doivent se fonder sur une approche intégrée qui tient compte des rapports entre les facteurs démographiques, les ressources et l'environnement.

1.11 - Il convient par conséquent de reconsidérer, de manière plus systématique, toutes les questions de population en les intégrant davantage dans une stratégie globale de développement. L'élaboration et la mise en oeuvre d'une Politique nationale de Population cohérente et efficace apparaît comme un impératif national.

2 - CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

2.1. Le volume de la population.

Au 1er janvier 1989, la population de Madagascar est estimée à 10 909 000 habitants. Selon les projections démographiques officielles, cette population sera de 14 180 000 habitants en 1999 et atteindra en l'an 2024, 26 433 000 habitants selon l'hypothèse moyenne, contre 21 591 000 selon l'hypothèse faible et 32 031 000 habitants selon l'hypothèse forte.

2.2. La structure par âge et par sexe.

La population de Madagascar se caractérise par sa jeunesse: 43,3 pour cent des Malgaches ont moins de 15 ans, 54,9 pour cent moins de 20 ans, alors que 5,5 pour cent seulement ont plus de 60 ans.

Cette structure fait qu'à Madagascar 100 adultes de la population active doivent en moyenne assurer, en plus de leur propre personne, le soutien de 80 individus. Parmi ces personnes à charge figurent 7% de vieillards et 93% d'enfants de moins de 15 ans. Ce rapport de dépendance indique que la plus grande partie des ressources du pays est consacrée à la

préservation du niveau de vie actuel de la population. Il reste donc très peu de moyens à investir pour d'éventuelles améliorations.

Le nombre de femmes est supérieur à celui des hommes puisque le rapport masculinité est de 96,6 hommes pour 100 femmes.

2.3 La répartition spatiale de la population.

La densité globale de la population est de l'ordre de 17 habitants au kilomètre carré. Mais la population se répartit inégalement à travers le territoire, laissant apparaître des étendues faiblement peuplées (Sud-Ouest et le Moyen-Ouest) à côté des zones surpeuplée (le centre et les côtes orientales): plus de la moitié (52%) de la population globale se trouve concentrée sur un peu plus d'un dixième (13%) de la superficie totale.

Un problème de déséquilibre régional s'ensuit. Les zones à forte densité portent des surfaces cultivables surexploitées tandis que les zones à très faible densité et souvent à très fortes potentialités économiques restent sous-exploitées.

2.4. Urbanisation.

Le phénomène d'urbanisation a connu une expansion rapide au cours des 15 dernières années. Le recensement de 1975 a fourni un taux d'urbanisation de 13 pour cent, en 1984 ce taux est de 19 pour cent.

Selon les projections officielles (hypothèse moyenne) le taux d'urbanisation sera de 31 pour cent en l'an 2000, et en 2024 près de la moitié de la population de Madagascar vivra dans les villes.

2.5. La fécondité.

La fécondité est encore très élevée. Au niveau national, la femme malgache met au monde en moyenne près de 6 enfants au cours de sa vie féconde. On observe toutefois une différence très marquée entre le milieu urbain (4 enfants environ par femme) et le milieu rural (6 enfants par femme).

Cette forte fécondité est essentiellement due :

- à la précocité de l'âge au premier mariage (19,6 ans en moyenne);

- au comportement socio-culturel tendant à entretenir une descendance nombreuse;

- à l'accès difficile aux méthodes contraceptives modernes et efficaces.

2.6. La mortalité.

Une baisse rapide de la mortalité a été observée depuis 1950 jusqu'en 1970, faisant passer l'espérance de vie à la naissance de 30 à 45 ans environ.

A partir de cette période, une décélération sensible a été enregistrée. L'espérance de vie de la population malgache est estimée à 50,4 ans en 1984.

Les dernières enquêtes réalisées ont montré une tendance à la hausse de la mortalité depuis 1980. L'enquête démographique par sondage de 1966 a fourni un taux de mortalité infantile de 102 pour mille, au recensement de 1975, ce taux de 80 pour mille et à l'enquête socio-démographique de 1984, le taux de mortalité infantile est estimé à 120 pour mille.

Cette hausse de la mortalité coïncide avec la crise économique de 1980 ayant entraîné une recrudescence des maladies contagieuses, infectieuses et parasitaires, exacerbée par un état nutritionnel déficitaire de la population.

La forte mortalité infantile est une des causes du maintien de la fécondité élevée.

2.7. Les migrations.

En raison de son caractère insulaire et de sa position géographique éloignée des grands courants migratoires mondiaux, Madagascar a très peu d'échanges de population avec l'extérieur. Les migrations internationales sont de faible intensité avec un caractère symétrique : en 1984 le solde migratoire annuel est estimé à 2.500 émigrations nettes pour une population totale estimée à 9,608 millions d'habitants.

Les migrations internes (déplacements de la population à l'intérieur du pays) paraissent plus intenses. On observe une permanence des flux migratoires vers l'Ouest et une accélération de l'exode rural.

2.8. L'accroissement démographique.

L'accroissement de la population de Madagascar est presque exclusivement déterminé par les naissances et les décès. La balance migratoire est très faible, les migrations internationales n'ont pratiquement aucun effet sur la variation de l'effectif global de la population malgache.

En 1984, le taux d'accroissement naturel de la population, c'est-à-dire la différence entre le taux brut de natalité et le taux brut de mortalité, est estimé à 2,7 p. 100. Ce taux correspond à un temps de doublement de 26 ans.

2.9. L'élan démographique.

Dans un pays comme Madagascar, qui a connu une croissance rapide soutenue de la population, l'élan acquis se maintient même lorsque le taux de fécondité commence à baisser. La continuation de la croissance de la population est la conséquence de la composition par âge de la population.

En effet, à la suite d'une longue période de haute fécondité, la population contient une forte proportion de jeunes gens. En conséquence, le nombre de jeunes couples parvenant chaque année à l'âge de procréation dépasse le nombre de personnes arrivées au terme de leur vie féconde et qui entrent dans la tranche d'âge à taux de mortalité plus élevés. Au total, ce grand nombre de naissances se maintiendra même si chaque couple a moins d'enfants qu'auparavant.

De ce fait, même si le taux de fécondité élevé actuel diminuait dans un avenir immédiat au point que chaque couple n'a plus que deux enfants pour le remplacer, la population continuerait à augmenter pendant les 40 à 50 prochaines années jusqu'à ce que le nombre relativement élevé de jeunes gens ne soit plus dans sa période de reproduction.

3. - CONSEQUENCES SOCIO-ECONOMIQUES DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE

Pour améliorer le bien-être du peuple malgache, le Gouvernement de la République démocratique de Madagascar s'est fixé des objectifs, parmi lesquels l'autosuffisance alimentaire en 1990 et la santé pour tous d'ici l'an 2000. Toutefois, les facteurs démographiques posent des obstacles à la réalisation de ces objectifs. Il ne faudrait donc ménager aucun effort pour établir un équilibre entre le taux de croissance démographique et les ressources dont disposent la population et la nation.

3.1. Pressions démographiques au niveau de la famille.

Les effets des facteurs démographiques se répercutent jusque sur l'individu. Il est manifeste que dans une famille où les grossesses sont espacées de deux ans ou davantage, les enfants se portent mieux que s'ils étaient nés à des intervalles plus rapprochés. L'avantage d'appartenir à une famille peu nombreuse se manifeste pendant toute l'existence; en général les parents d'une petite famille sont en mesure de donner à chacun de leurs enfants une nutrition convenable et une éducation satisfaisante, tandis qu'ils peuvent eux-mêmes espérer que leurs enfants, élevés dans de meilleures conditions de vie, parviendront à une situation économique plus avantageuse et pourront donc plus facilement se charger d'eux dans leurs vieux jours.

3.2. Pressions démographiques au niveau de la collectivité.

Si les taux actuellement très élevés de fécondité et d'accroissement démographique se maintiennent, Madagascar devra doubler, dans une vingtaine

72

d'années, l'ensemble de son infrastructure nécessaire à la production alimentaire et à l'hygiène de l'habitat afin de maintenir le niveau de vie actuel de sa population. De plus, le problème qui se pose n'est pas seulement celui de l'accroissement rapide de l'effectif total mais aussi la pyramide des âges et la proportion très importante de jeunes inactifs par rapport aux adultes en âge de travailler qui présente un obstacle grave au progrès. Il s'ensuit une mobilisation de plus en plus importante des ressources à affecter aux investissements sociaux aux dépens des investissements directement productifs.

3.3. La santé.

L'un des objectifs de développement les plus importants de Madagascar est de parvenir à la santé pour tous d'ici l'an 2000. Ce but sera atteint en fournissant à la population des services de soins de santé suffisants et adéquats.

La rapidité de la croissance démographique peut néanmoins empêcher la réalisation de cet objectif, en raison du fardeau financier que représente la prestation dont le nombre ne cesse d'augmenter. De plus, le haut niveau de fécondité est un facteur favorisant les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile dont les principales causes sont :

a. Chez les nourrissons et jeunes enfants: maladies infectieuses, parasitaires, diarrhéiques et maladies aiguës des voies respiratoires ainsi que déficiences nutritionnelles ;

b. Chez les femmes en âge de procréer: complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches ainsi que l'épuisement maternel.

Le couple mère-enfant constituant la tâche la plus lourde est le défi le plus important pour le système de santé, et la planification familiale devrait faire partie intégrante des soins de santé primaires.

3.4. L'éducation.

Le Gouvernement de Madagascar désire que d'ici l'an 2000 chaque enfant soit inscrit dans une école primaire. L'éducation joue un rôle primordiale dans le développement: non seulement l'amélioration de l'éducation va de pair avec l'amélioration de la santé, mais encore elle est un élément indispensable à la fourniture de la main-d'oeuvre spécialisée dont a besoin le pays pour l'expansion de son économie. Toutefois, le fort taux de fécondité actuel permettra difficilement d'arriver à une scolarisation à cent pour cent, puisque le nombre d'enfants dans la population continuera à augmenter.

De fortes augmentations de moyens affectés au système éducationnel seront nécessaires pour maintenir simplement le taux de scolarisation à son niveau actuel (75%). L'amélioration de ce pourcentage nécessitera une expansion extraordinaire des dépenses publiques.

13

L'insuffisance de moyens ou de programmes appropriés risque d'entraver le bon fonctionnement du système éducatif et de ne pas permettre de participer au mieux à l'expérience du développement.

3.5. L'agriculture.

L'agriculture est le secteur économique primordial de Madagascar, représentant 80 p. 100 des recettes d'exportation et 40 p. 100 du PIB. Les principales cultures d'exportation comprennent la vanille, le girofle et le café. Madagascar est également un gros producteur de riz et de bananes et se place parmi les premiers pays du monde pour ce qui est du bétail bovin, porcin et ovin et de la volaille par habitant. Par ailleurs, le pays dispose de ressources potentielles importantes telles que fruits de mer...

En dépit de ces atouts, le secteur agricole est assailli de problèmes, parmi lesquels on peut relever la croissance démographique rapide, qui ont fait de Madagascar un gros importateur de riz alors qu'il en exportait auparavant.

L'autosuffisance alimentaire, même si elle est atteinte en 1990, sera très difficile à maintenir s'il n'y a pas un fléchissement du taux de croissance de la population.

3.6. Main-d'oeuvre et besoins d'emplois.

Madagascar a toujours connu et continue de connaître des taux de fécondité élevé, si bien que la population active continuera de s'accroître rapidement. Il suffit de se rappeler que les personnes qui appartiendront à la population active pendant les quinze années à venir sont déjà nées. A mesure que chaque vague progressivement plus grande de jeunes vient se joindre à la population active, il y aura de plus en plus de demandeurs d'emploi, et cela, même si l'on pouvait immédiatement observer une diminution rapide de la fécondité.

La projection de population montre que l'effectif de la population potentiellement active passera de 2,6 millions en 1985 à environ 4,7 millions en 2005, quel que soit le profil de la fécondité. Pour mettre ce potentiel en valeur, il sera nécessaire de créer des emplois dans l'agriculture et l'industrie de diverses tailles. Etant donné le niveau actuel de la fécondité, ceci constituera un défi pendant de longues années encore.

3.7. L'urbanisation.

Madagascar n'a pas encore connu la migration importante des zones rurales aux zones urbaines qui a marqué le développement de nombreux pays. Néanmoins, la population urbaine de Madagascar est passée de 750 000 en 1965 à près de 2 millions à l'heure actuelle. Ceci correspond à un taux annuel d'expansion de l'ordre de 5 p. 100 de la population urbaine.

Antananarivo subit une croissance considérable due à la migration en provenance de régions agricoles environnantes, ce qui exerce une pression accrue sur le logement urbain et les services sociaux.

La migration vers les centres urbains autres qu'Antananarivo existe également quoiqu'elle n'atteigne pas la même ampleur.

Si l'exode rural n'est pas en lui-même forcément un facteur négatif au développement, son accélération engendre des problèmes économiques, sociaux et culturels en milieu urbain.

4. - BUTS ET OBJECTIFS GENERAUX DE LA POLITIQUE DE POPULATION

4.1. Buts de la politique de population.

Les buts de la politique nationale de population pour le développement économique et social seront d'améliorer la qualité de la vie et de favoriser l'instauration d'un bien-être pour toutes les catégories de la population.

4.2. Les objectifs généraux de la politique de population.

En vue de la réalisation de ces buts, les objectifs suivants sont à atteindre :

a. Lever les obstacles d'ordre économique, social et politique qui empêchent la population d'assumer correctement son double rôle d'artisan et de bénéficiaire du développement ;

b. Réduire les niveaux de morbidité et de mortalité, en particulier ceux des mères et des enfants ;

c. Réduire le niveau de fécondité afin de parvenir à des taux plus faibles d'accroissement de la population, compatibles avec la réalisation des objectifs économiques et sociaux de la nation.

4.3. Stratégie globale.

4.3.1. Concernant l'amélioration de la qualité de vie de la population.

a. Informer la population sur les relations existant entre la dynamique de la population et le développement, et sur la nécessité de maintenir un équilibre entre le taux de croissance économique et démographique ;

b. Fournir à chacun les informations et l'éducation nécessaires concernant l'intérêt que présente un effectif de famille et à la nation d'atteindre l'autosuffisance ;

c. Réunir les conditions favorables pour la satisfaction des besoins fondamentaux de l'ensemble de la population, à savoir : l'alimentation, le logement, l'habillement, l'emploi, la santé, l'éducation et les loisirs.

4.3.2. Concernant la réduction de la morbidité et de la mortalité.

a. Lutter contre les principales causes de morbidité et de mortalité dans toutes les catégories de la population ;

b. Parvenir à une espérance de vie à la naissance de 60 ans d'ici l'an 2000 ;

c. Réduire le taux de mortalité infantile, en abaissant le taux élevé actuel qui est approximativement de 120 pour 1 000 enfants nés vivants à un maximum de 70 pour 1 000 en l'an 2000.

4.3.3. Concernant le niveau de fécondité et de croissance démographique.

a. Faciliter à tous les couples et individus l'accès aux moyens et services de planification de la famille, non coercitifs, acceptables et à des prix modérés ;

b. Fournir des services répondant aux besoins des couples stériles ou insuffisamment féconds pour leur permettre d'atteindre le nombre d'enfants qu'ils jugent idéal ;

c. Réduire la fécondité, en faisant passer le nombre moyen d'enfants par femme de 6 en 1984 à 4 en l'an 2000 ;

d. Doter chaque chef-lieu de fivondronampokontany d'un service spécialisé de planification de la famille en 1995 ;

e. Parvenir avant l'an 2000 à un taux annuel d'accroissement naturel de la population, voisin de 2 p. 100, conformément à l'hypothèse faible des perspectives de population.

5 - OBJECTIFS SECTORIELS ET STRATEGIE D'ACTIONS

La politique de population ne vient en aucune manière remplacer les politiques sectorielles. La politique de population situe la place de l'homme dans les différents secteurs de développement économique et social. Les programmes d'actions de la Politique de population contribuent à la réalisation des objectifs de politiques sectorielles de développement.

5.1.1 Spécificités sociale et culturelle face au développement.

Le développement est déterminé par la nature de la population, sa composition, ses aspirations et valeurs, et par ses potentialités. Tout programme d'actions ne peut être efficace sans l'adhésion ou le consentement total et effectif de la population.

La culture ne se réduit pas seulement aux coutumes, traditions et vestiges du passé. La culture doit être considérée comme l'ensemble des connaissances qui permettent de développer le sens critique, le goût et le jugement déterminant les attitudes, les valeurs et les comportements dans une société.

A. Objectifs.

Promouvoir l'épanouissement de l'homme, responsabiliser chaque citoyen sur le processus de développement de la nation et favoriser un climat de confiance entre la population et les organes de décision politique et économique.

B. Stratégie d'actions.

1. Identifier les structures sociales, la composition des groupes constitutifs de la société malgache et les relations qu'ils entretiennent entre eux, ainsi que les problèmes spécifiques à chaque groupe de la population.

2. Mener les programmes de développement en fonction des valeurs et aspirations de la population et éviter de chercher à transformer la société selon un schéma idéal pouvant être source de tension sociale et de désorganisation de la société.

3. Tenir compte de l'influence réciproque entre la «mentalité» de la population et l'environnement économique, social, culturel et politique dans lequel elle évolue. La psychologie sociale montre clairement que le comportement de la population est façonné par son environnement et qu'inversement, ce dernier est modifié par cette mentalité.

4. Tirer profit de l'héritage technologique, des savoirs agricoles, d'élevage et artisanaux. Leur connaissance devrait servir de base aux innovations proposées afin de substituer aux stratégies d'accumulation technique.

5. Doter le système éducatif des moyens lui permettant de participer au mieux à l'élaboration des impératifs du développement.

6. Adapter la technique aux besoins de la population, plutôt que de chercher à modifier le mode de vie de la population pour le faire coïncider avec les exigences de la technique.

7. Considérer comme fondamental le droit à l'information de la population sur les décisions prises par les autorités publiques concernant la vie économique, sociale, culturelle et politique du pays.

8. Conscientiser par une éducation-formation permanente (alphabétisation, éducation des adultes...) chaque citoyen sur sa contribution à la tâche commune dans le processus de développement. Cette prise de conscience devrait partir de son rôle d'artisan du bien-être de la cellule familiale, pour rayonner ensuite au sein de la communauté, pour parvenir enfin au niveau de la nation toute entière.

5.2. Condition sociale.

L'augmentation du nombre de familles réduites à une situation de précarité, d'insécurité, de pauvreté et d'indigence ainsi que la prolifération de tout un éventail de fléaux sociaux sont des signes de dégradation de la condition sociale. Cette dégradation est due essentiellement à la désintégration du noyau familial et à la baisse du pouvoir d'achat des ménages.

A. Objectifs.

1. Prévenir tout danger menaçant la cohésion familiale et éradiquer les divers fléaux sociaux néfastes au développement ;

2. Donner aux groupes vulnérables (les personnes du troisième âge, les handicapés, les enfants abandonnés, les femmes sans foyer...) les possibilités de s'épanouir tant sur le plan social qu'économique.

B. Stratégie d'actions.

1. Considérer le logement comme un besoin vital protégeant la cellule familiale, car l'habitation présente un intérêt social (refuge), un intérêt psycho-affectif (avoir un chez-soi) et un intérêt juridique (domicile fixe);

2. Améliorer l'information, notamment à travers les médias, de l'ensemble de la population et en particulier de la jeunesse, sur la nature et l'ampleur des situations de précarité et de grande pauvreté, et sur les mécanismes qui y conduisent ainsi que sur les moyens susceptibles d'éviter ces conséquences néfastes ;

3. Eviter les assistances sans contrepartie des bénéficiaires et prévenir la pérennisation des centres d'hébergement d'enfants errants en ne considérant cette action que comme une solution d'urgence, la famille étant le seul milieu où l'enfant puisse réellement s'épanouir ;

4. Susciter des actions de type mutualiste là où le système de sécurité sociale est difficilement envisageable ;

5. Stimuler et appuyer les initiatives communautaires visant à faire bénéficier toutes les catégories de la population, et notamment les plus défavorisées, de tout avantage généré par les projets locaux.

5.3. Condition de la femme.

La méconnaissance par les femmes malgaches de leurs droits ne leur permet pas de s'épanouir malgré les conditions juridiques ne faisant mention d'aucune discrimination à leur égard.

Des valeurs traditionnelles subsistent dans les attitudes et comportements à l'égard des femmes et des rôles qui leur sont dévolus. Le cantonnement des femmes dans leur fonction reproductrice et dans des rôles stéréotypés de production économique rappelant leurs activités domestiques entrave leur épanouissement et leur participation à la production nationale.

A. Objectifs.

Améliorer la condition de la femme et sa participation au processus du développement.

B. Stratégie d'actions.

1. Prendre des mesures permettant d'identifier et d'éradiquer les obstacles à l'intégration de la femme dans le processus de développement, en vue d'améliorer les conditions de participation de la femme à la vie économique, sociale et culturelle du pays ;

2. Susciter et promouvoir des programmes de formation des femmes afin d'élever leur niveau de qualification en vue de permettre l'amélioration et la diversification de leur production. L'éducation constitue un facteur de progrès social et contribue à atténuer les différence entre les sexes ;

3. Encourager les femmes à s'engager dans les branches techniques et scientifiques qui peuvent les orienter vers des secteurs nouveaux et prometteurs ;

4. Vulgariser les technologies appropriées qui permettent aux femmes de mettre au point de nouveaux produits très compétitifs et les aider dans la prospection des marchés pour l'écoulement de leurs produits. Par ailleurs, favoriser le travail rémunérateur pour les femmes au foyer ayant à charge des enfants en bas âge ;

5. Renforcer les programmes de formation et de vulgarisation agricoles au profit des femmes afin d'accélérer l'accession à l'autosuffisance alimentaire et de promouvoir des activités génératrices de revenus monétaires aux ménages ;

6. Rechercher et vulgariser des technologies destinées à alléger les tâches domestiques et les travaux industriels et agricoles généralement exécutés par les femmes ;

7. Promouvoir l'éducation préscolaire dans le sens d'une éducation communautaire et multiplier les crèches et garderies d'enfants en milieux urbain et rural pour favoriser la participation des femmes aux activités productives et à l'ensemble des activités socio-culturelles ;

8. Inciter les femmes à participer aux activités communautaires et politiques ainsi qu'aux associations dont la vocation contribue à l'amélioration de la condition de la femme. Cette incitation devra être suivie d'un soutien efficace de la part du Gouvernement et de toutes les forces vives de la société ;

9. Procéder à une très large diffusion des informations juridiques ainsi qu'à la vulgarisation des lois et revoir celles qui ont des répercussions négatives sur la condition de la femme ;

10. Sensibiliser les hommes en matière de responsabilité paternelle, et ce, dans le cadre de la planification de la famille, de l'éducation des enfants et des travaux ménagers, ainsi que de la participation effective à la prise en charge des dépenses au foyer, en vue de partager les fonctions au profit du bien-être de la famille.

5.4. Fécondité et planification de la famille.

Un des plus sérieux obstacles à l'effort de développement de Madagascar est manifestement le niveau de la fécondité particulièrement élevé, influant sur la croissance démographique du pays qui repose presque exclusivement sur l'accroissement naturel.

A. Objectifs.

1. Parvenir à un taux de croissance démographique compatible avec la croissance économique et améliorer le bien-être de la famille ;

2. Renforcer les activités de la planification de la famille, faire en sorte que les services soient accessibles à l'ensemble de la population, notamment les couches les plus déshéritées des villes et les ruraux.

B. Stratégies d'actions.

1. Mettre en place un programme national coordonné de la planification de la famille, visant à rechercher une adéquation progressive entre la croissance démographique et la croissance économique. La planification de la famille est définie comme étant l'accès à la maîtrise de la fonction de reproduction et le droit de tout individu d'avoir le nombre d'enfants qu'il juge idéal ;

2. En raison de l'étroite corrélation existant entre le niveau de mortalité infanto-juvénile et celui de la fécondité, il est nécessaire que le

programme de planification de la famille soit axé, entre autres, sur la protection de la santé maternelle et infantile ;

3. Donner aux programmes de planification de la famille un caractère éducatif, persuasif et non contraignant, de manière à ce que la participation de la population soit intégralement assurée, et sensibiliser la population à tous les niveaux sur les avantages socio-économiques de la planification de la famille ;

4. Lancer une grande campagne d'information, afin de sensibiliser la population de l'intervalle trop court entre les naissances, de la répétition excessive des grossesses et des problèmes des grossesses non désirées sur la santé de la mère et de l'enfant ;

5. Incorporer l'éducation en matière de planification de la famille dans les programmes de formation destinés aux adultes et aux adolescents des deux sexes ;

6. Former des agents diffuseurs et utiliser les médias populaires traditionnels afin de susciter une prise de conscience de la planification de la famille parmi le grand public ;

7. Introduire la planification de la famille dans tous les services de santé materno-infantile des secteurs publics, parapublics et privés ;

8. Inciter les organisations non gouvernementales concernées à initier et mettre en oeuvre des programmes de planification de la famille ;

9. Elargir la portée des services de la planification de la famille en prenant appui sur d'autres activités de développement telles que l'éducation, la vulgarisation agricole, les coopératives, les organisations féminines, les projets nutritionnels ainsi que d'autres programmes économiques, sociaux et communautaires ;

10. Revoir les lois et dispositions relatives à la vente, à la publicité et à l'utilisation des méthodes contraceptives en particulier, et à la régulation des naissances en général.

5.5 Santé.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un «état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»

La malnutrition, le péril fécal, la pollution de l'eau et l'insalubrité du milieu sont autant de facteurs favorisant la propagation et la recrudescence des maladies contagieuses, infectieuses et parasitaires, affectant le bien-être et la productivité de la population.

91

A. Objectifs.

Préserver et améliorer la santé de l'ensemble de la population.

B. Stratégies d'actions.

1. Renforcer la mise en oeuvre de la «Santé pour tous d'ici l'an 2000 et tous pour la santé» comme moyen et objectif pour la population.

2. Actualiser les textes réglementant la préservation de l'hygiène du milieu et veiller à leur mise en application.

3. Intensifier l'éducation sanitaire basée sur la planification de la famille, l'hygiène du milieu et les maladies transmissibles ;

4. Renforcer par la mobilisation sociale, la participation de la population aux activités communautaires en matière d'approvisionnement en médicaments, de récupération nutritionnelle et de préservation de l'hygiène du milieu ;

5. Adapter les programmes de formation du personnel socio-sanitaire aux besoins de la politique de population, plus spécifiquement dans la prestation des services de planification familiale ;

6. Renforcer les mesures de contrôles de santé aux frontières.

5.6. Les migrations.

La répartition spatiale de la population malgache, résultant des divers flux migratoires, constitue un handicap sérieux au développement économique et social du pays. Les problèmes fonciers et la psychose d'insécurité ne permettent pas la fixation des migrants et provoquent même une dépopulation de certaines régions agricoles.

Les migration organisées ou planifiées n'ont pas fourni les résultats escomptés malgré les énormes dépenses engagées.

A. Objectifs.

Promouvoir les migrations spontanées en rendant possible l'installation définitive et autonome de nouveaux migrants par la mise en place dans les zones d'arrivée, notamment dans les noyaux de peuplement, des infrastructures pouvant offrir des facilités de vie sociale et économique ainsi que de loisirs.

B. Stratégie d'actions.

1. Favoriser les flux migratoires vers les zones ayant de fortes potentialités économiques ;

2. Renforcer les infrastructures de communications dans la partie occidentale du pays afin de canaliser les flux migratoires et d'encourager la tendance actuelle, compte tenu des fortes potentialité existantes ;

3. Localiser les activités de vulgarisation et les supports économiques (infrastructures d'accueil: marché, communications, système de crédits...) en fonction des flux migratoires et de la densité de la population ;

4. Examiner le problème foncier dans son ensemble villageois et non ponctuellement à chaque installation de nouveaux migrants, et mettre en place «les régles du jeu» précises quant à l'appropriation des terres domaniales tout en informant la population sur ses droits, ses devoirs et ses obligations en ce qui concerne la législation foncière ;

5. Prendre des mesures incitant les initiatives privées à investir dans les zones d'immigrations urbaine et rurale ;

6. Poursuivre et renforcer, surtout dans les zones de départ, les types d'actions diffuses et/ou concentrées en vue d'une meilleure utilisation de toutes les potentialités et de maîtriser les migrations vers les grands centres urbains ;

7. Orienter, à l'aide de mesures incitatives, une partie de l'exode rural, vers les espaces proches des pôles urbains où les conditions de rentabilité des activités rurales sont importantes ;

8. Rétablir et maintenir la sécurité des biens et des personnes.

5.7. Ressources naturelles et environnement.

L'homme est au centre de la dégradation de l'environnement en tant qu'auteur et victime.

La poussée démographique des dernières décennies a accentué, d'une part la pression sur les terres, et d'autre part la dévastation des forêts pour satisfaire les besoins de survie de la population, alors que le développement durable repose sur l'utilisation rationnelle des ressources pouvant répondre aux besoins actuels de la population et assurer l'avenir des générations futures.

A. Objectifs.

Enrayer la spirale de dégradation, en réconciliant la population avec son environnement.

B. Stratégie d'actions.

1. Prendre des mesures conséquentes quant à la disparition progressive des forêts naturelles, de la dégradation des prairies et de la baisse de la fertilité des sols ;

2. Prendre des mesures visant à estomper tout système conduisant à un gaspillage, par des mesures de compensation/substitution, fondées sur l'utilisation rationnelle de l'espace en général et sur l'impératif de la conservation des ressources en particulier ;

3. Promouvoir l'utilisation à grande échelle de l'énergie alternative produite localement ;

4. Veiller au respect des réglementations en vigueur concernant le patrimoine ;

5. Veiller à ce que l'ensemble de la population parvienne à une meilleure gestion du cadre de vie urbain en mettant en oeuvre une politique d'urbanisme appropriée, en améliorant l'habitat, les réseaux d'assainissement, la collecte et l'élimination des déchets... ;

6. Prendre des mesures visant à protéger la Zone économique exclusive maritime, notamment contre les déversements des déchets toxiques ;

7. Intensifier davantage les recherches sur les interactions entre la population, les ressources naturelles et l'environnement, et veiller à ce que les projets de développement comportent un volet de recherche-action ;

8. Elaborer les programmes de recherches en fonction des problèmes et des préoccupations de la population et vulgariser les résultants obtenus pour les besoins de développement.

5.8. Alimentation.

L'état nutritionnel déficitaire de la population est fortement lié au déséquilibre entre le taux de croissance de la population et celui de la production, au faible revenu des ménages ainsi qu'aux habitudes alimentaires. Les infrastructures conditionnent les échanges et la circulation des hommes et des produits.

L'alimentation détermine l'état sanitaire de la population et la productivité de la main-d'oeuvre.

A. Objectifs.

Assurer la sécurité alimentaire de l'ensemble de la population.

B. Stratégie d'action.

1. Favoriser le développement des petites et moyennes entreprises et petites et moyennes industries (PME/PMI) dans le secteur agro-alimentaire ;

2. Assurer l'approvisionnement et l'accès du monde rural aux semences sélectionnées, aux fertilisants et autres facteurs de production ainsi qu'aux produits d'appel permettant de stimuler la production ;

3. Susciter l'esprit de compétition à travers les foires régionales qui servent d'émulation paysanne et d'occasions de loisirs ;

4. Réhabiliter l'enseignement agricole en assurant une formation axée sur l'esprit d'entreprise, revaloriser les travaux agricoles et assurer une assistance matérielle et financière après la formation ;

5. Intégrer l'éducation nutritionnelle et l'hygiène alimentaire aux programmes scolaires tout en assurant la formation des éducateurs en la matière ;

6. Généraliser, intensifier et appuyer les actions de type EFEN (Equipe féminine d'éducation nutritionnelle) ;

7. Développer et encourager la production animale en vue d'améliorer l'apport en protéines dans l'alimentation des Malgaches ;

8. Encourager la création d'associations de consommateurs ;

9. Inciter les collectivités à constituer des greniers communautaires et leur donner des cours d'apprentissage de techniques de préservation et de conservation des aliments ;

10. Mettre en place les infrastructures de contrôle des denrées alimentaires en vue d'avoir des produits de qualité ;

11. Etendre les activités du service chargé de la sécurité alimentaire à toutes les denrées alimentaires de la population ;

12. Réhabiliter et créer des infrastructures de communication nécessaires assurant une meilleure circulation des hommes et des produits.

5.9. Habitat et logement.

La croissance rapide de la population, la diminution du pouvoir d'achat des ménages, le coût élevé des constructions et du logement, la prolifération des constructions anarchiques, l'absence de conditions favorables à l'auto-construction de logements, sont autant de facteurs de dégradation des conditions de logement et de détérioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population.

L'impact des conditions de logement sur la qualité de vie de la population est si évident que la politique de population considère la mise à la disposition de la population de logements décents comme un des objectifs prioritaires.

A. Objectifs.

Satisfaire les besoins de l'ensemble de la population en matière de logement et d'habitat.

B. Stratégie d'actions.

1. Définir le rôle des agents qui interviennent dans l'amélioration des conditions d'habitation ;

a. Au niveau de l'Etat :

- élaboration de la politique nationale d'urbanisation, suivi et contrôle de son application ;
- mise en place des infrastructures sociales et d'assainissement ;
- mise en place des conditions favorables à une participation massive de la population à la promotion de l'habitat ;
- mise en place de modalités d'accession équitable aux lotissements de terrains domaniaux.

b. Au niveau des collectivités décentralisées :

- prise en charge de la gestion et de l'entretien des équipements collectifs ;
- mise au point et contrôle des plans d'urbanisme afin d'éviter l'extension anarchique des quartiers. Compte tenu de la croissance urbaine, ces plans devraient dépasser les limites administratives actuelles.

c. C'est la population qui est le principal producteur de logement. Par population, il faut entendre: les ménages, les entreprises privées et les sociétés immobilières.

2. Eduquer la population sur les relations entre l'habitat et le bien-être, afin qu'elle puisse peu à peu contribuer à l'amélioration de la qualité de l'habitat et de l'environnement.

3. Réduire autant que possible les frais et les formalités d'acquisition de terrains pour les promoteurs et les ménages, simplifier et accélérer les formalités d'octroi de permis de construire, et adapter les normes de construction aux moyens et au mode de vie de la population ;

4. Inciter les employeurs (privés et organismes étatiques) à construire des logements pour le personnel par des mesures spéciales en faveur de logements (maisons de fonction, prêt à long terme, location-vente...) ;

86

5. En vue de la mobilisation massive de la population pour la production de logements, il convient de :

a. Encourager les constructions individuelles, en facilitant l'accès au crédit bancaire à des taux favorables et en mettant en vigueur un régime fiscal incitatif dans le secteur bâtiment ;

b. Inciter les détenteurs de capitaux à investir dans l'immobilier ;

c. Susciter la concurrence dans le domaine de la promotion immobilière pour rendre les prix des loyers plus compétitifs.

6. Promouvoir et vulgariser les recherches en matière de production des matériaux de construction d'origine minérale afin de permettre à la population de construire des logements plus durables et de protéger l'environnement.

5.10. Emploi.

L'emploi est un droit fondamental et une obligation pour chaque citoyen en âge de travailler.

L'emploi à Madagascar est caractérisé par un déséquilibre notoire entre l'offre et la demande d'emploi, engendré par les problèmes économiques et la croissance démographique.

A. Objectifs.

Créer les conditions favorables au plein emploi.

B. Stratégie d'actions.

1. Promouvoir la création des PME et PMI, grandes créatrices d'emploi ;

2. Veiller à l'application des critères d'octroi d'agréments aux régimes préférentiels, en donnant la priorité aux unités de production à forte intensité de main-oeuvre ;

3. Encourager les jeunes diplômés à s'installer à leur propre compte en créant des conditions favorables, notamment par l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique de crédit.

4. Aider les promoteurs locaux à l'écoulement de leurs produits sur les marchés nationaux et internationaux ;

5. Valoriser les activités du secteur informel par diverses mesures d'accompagnement (prêt bancaire, formation...), afin que ce secteur puisse devenir viable et générateur d'emploi ;

6. Réduire la mobilité de la population active rurale par des mesures visant à la facilité d'accès à la terre, à la diversification de l'agriculture et de l'élevage, à la mise en place d'un crédit agricole efficace et à la mise à la disposition des ruraux des produits d'appel nécessaires à l'amélioration de leur condition de vie ;

7. Adapter l'enseignement et la formation professionnelle aux conditions socio-économiques, démographiques et culturelles du pays ;

8. Développer les centres de formation professionnelle à l'endroit des déperditions scolaires ;

9. Assumer la sécurité dans l'emploi, définir le rôle exact du travailleur et développer en lui le sens de la responsabilité ;

10. Améliorer le système de collecte, de traitement et d'analyse d'information sur la main-d'oeuvre et l'emploi en vue d'estimer les potentialités en ressources humaines et de mieux planifier l'emploi et les investissements.

11. Favoriser un véritable marché de l'emploi facilement accessible tant aux demandeurs d'emploi qu'aux employeurs.

5.11. Industrie.

La population est à la fois catalyseur, acteur et bénéficiaire principal de l'industrialisation. Le développement industriel de Madagascar est cependant handicapé par la faiblesse de pouvoir d'achat des ménages, et l'absence de l'épargne entraînant respectivement une étroitesse du marché local et une réduction notable des investissements ainsi que par le système éducatif ne parvenant pas à libérer l'esprit d'initiative, d'innovation et de réalisation de la population malgache.

Le manque de précision des règles du jeu relatives à la politique d'industrialisation crée par ailleurs un climat de méfiance auprès des investisseurs potentiels.

A. Objectifs.

Diversifier la production industrielle afin de satisfaire les besoins essentiels de la population.

B. Stratégie d'actions.

1. Renforcer et coordonner les structures d'appui, de conseil et de coordination qui veillent à la protection des PME et PMI naissantes ;

2. Inciter la population à investir dans le secteur industriel en rendant claires les règles du jeu, en réduisant au maximum les formalités

administratives et en donnant aux promoteurs l'assurance nécessaire pour la protection de leur entreprise ;

3. Veiller à ce que le Code des investissements évolue dans un sens plus incitatif et sécurisant pour tout opérateur ;

4. Mettre en place différents crédits et en faciliter l'accès à toute personne désirant s'installer à son propre compte ;

5. Promouvoir l'enseignement technique et renforcer la formation professionnelle en vue de former des techniciens directement opérationnels ;

6. Intégrer dans les programmes scolaires et de formation professionnelle les matières permettant le développement de l'esprit de créativité et susciter auprès des jeunes le goût du risque et l'esprit d'initiative ;

7. Valoriser et améliorer la prestation des petits entrepreneurs et artisans, par le biais d'un programme de formation en technique industrielle et technique de gestion ;

8. Prendre des mesures protectionnistes sélectives de manière à protéger les PME et PMI en expansion, et à ce que les consommateurs ne rencontrent pas de problèmes de ravitaillement.

5.12. Culture et loisirs.

La culture et les loisirs, y compris les sports, contribuent largement à l'épanouissement de l'individu et de l'ensemble de la population, et constituent le meilleur produit d'appel pour une mobilisation massive de la population en faveur du développement.

A. Objectifs.

Créer des conditions favorables à l'accès de la population aux activités culturelles et de loisirs en tant que besoins fondamentaux pouvant assurer son épanouissement.

B. Stratégie d'actions.

1. Déployer le maximum d'efforts en vue de mettre à la disposition de la population les activités culturelles et de loisirs en tant que support fondamental du développement ;

2. Encourager les échanges culturels car la culture évolue avec le temps, quel que soit l'espace national. Elle est dynamique et non figée ou de nature passéiste, et doit contribuer à la créativité ;

3. Développer les activités récréatives de l'enfance tout en insistant particulièrement sur les colonies de vacances à travers les organisations et les associations spécialisées ;

4. Multiplier les foires régionales des jeunes en milieux urbain et rural ;

5. Favoriser la pratique des sports de masse.

6. MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION

La mise en oeuvre de la Politique nationale de Population pour le développement économique et social, telle que présentée dans ce document, demandera l'effort conjugué du Gouvernement, de la communauté et des organisations non gouvernementales. En raison de la multiplicité des domaines et des structures concernés, les activités de la politique sont complexes et multisectorielles. En conséquence, l'implication totale de tous les secteurs, à la fois publics et privés, et ce, de façon complémentaire et rigoureusement coordonnée, est requise.

6.1. Activités à entreprendre.

a. Traduction de la politique de population en programme d'actions ;

b. Intégration de la politique de population dans les plans et programmes de développement ;

c. Identification et sensibilisation des diverses institutions publiques, privées et internationales susceptibles de participer à la mise en oeuvre de la politique de population ;

d. Mise au point d'un programme d'information, d'éducation et de communication à l'intention de l'ensemble de la population en vue d'amener celle-ci à être l'acteur principal du développement ;

e. Adoption de mesures législatives et réglementaires en vue de réviser ou préciser certaines orientations afin de favoriser la mise en oeuvre de la politique de population ;

f. Développer la recherche en matière de population ;

g. Coordination, suivi et évaluation de la mise en oeuvre de la politique de population ;

h. Réorientation de la politique de population en fonction des évaluations.

6.2. Structures organisationnelles.

Les structures organisationnelles pour la mise en oeuvre de la Politique nationale de population seront intégrées aux structures institutionnelles du pays et se trouveront aux niveaux national, régional et sectoriel.

Les activités à entreprendre sont complémentaires, s'interposent entre elles et doivent être exécutées harmonieusement selon un calendrier bien établi. Il convient donc de désigner un organe chargé de la coordination de toutes les activités prévues pour la mise en oeuvre de la politique de population.

La Politique nationale de population pour le développement économique et social ne pourra réellement atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés que dans la mesure où un organe de coordination très efficace est mis en place, et que le rôle des différents services impliqués dans la mise en oeuvre de la politique soit clairement défini.

7. - FINANCEMENT

La recherche de financement se fera par étapes :

1. Information de tous les organismes nationaux et organisations privées, bilatérales et multilatérales étrangères intéressés à la politique de population et développement à son avènement;

2. Etablir le montant de l'investissement consenti par la République démocratique de Madagascar pour la mise en oeuvre de cette politique (personnel, cadre institutionnel, formations,...) et informer les bailleurs de fonds potentiels ;

3. Développer le plan national et programmes sectoriels avec un plan de contrôle financier à chacun des niveaux. Présenter le document à une réunion des bailleurs de fonds, afin de déterminer l'intérêt spécifique de chacun pour le financement de telle ou telle partie ;

4. Disséminer le même document parmi les organisations non représentées à la réunion de bailleurs de fonds, mais dont le mandat rejoint les objectifs énoncés dans la politique de population et demander leur appui.

ANNEXE 2

DOCUMENTS ET

TEXTES CONSULTÉS

TEXTES ET DOCUMENTS CONSULTES

TEXTES

ACTES

- Actes de la première réunion de la Commission nationale des projets de planification familiale (Ministère de la Santé).

- Actes de la deuxième réunion de la Commission nationale des projets de planification familiale (Ministère de la Santé).

ARTICLES

- Articles 317 du code pénal portant répression contre l'avortement.

ARRETES

- Arrêté N° 2806 du 8 juillet 1968 et N° 3871 du 12 octobre 1971 sur la réglementation de la médecine d'entreprise.

- Arrêté N° 1956 du 18 juillet 1954 fixant la liste des médicaments que peuvent détenir les dépositaires de médicaments et déterminant les conditions de leur acquisition.

- Arrêté N° 526 du 10 février 1971 fixant le nombre de dépôts de médicaments destinés à la médecine humaine par localités et déterminant les conditions de leur autorisation et leur fonctionnement.

- Arrêté N° 753 du 18 février 1977 relatif aux équipes sanitaires mobiles des circonscriptions médicales.

- Arrêté N° 5618/86 du 24 décembre 1986 portant sur le système d'importation libéralisée.

- Arrêté interministériel N° 189/88 du 14 janvier 1988 portant sur le régime d'importation libéralisée.

- Arrêté interministériel 3330/88 abrogeant les dispositions de l'arrêté N° 2914/87 et modifiant certaines dispositions de l'Arrêté N° 5618/86 du 24 décembre 1986

- Arrêté interministériel N° 3381/88 du 30 juin 1988 modifiant l'article 1er de l'arrêté ministériel N° 189/88

- Arrêté N° 2001/91 SAN-SG/DG/DFL/FIN du 10 avril 1990 fixant le montant des droits de visa et de débit des produits pharmaceutiques.

CIRCULAIRE

- Circulaire d'application N° 1/88 mc/DGCE du 14 janvier 1988 relatif aux modalités pratiques d'application de l'arrêté N° 189/88.

DECRETS

- Décret N° 63.022 du 16 janvier 1963

- Décret N° 63.028 du 16 janvier 1963 relatif à création de la Commission nationale d'hygiène et de santé publique.

- Décret N° 62.046 du 24 janvier 1962 relatif à l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien à Madagascar.

- Décret N° 62.540 du 31 octobre 1962 portant sur la modification du décret N° 62.046.

- Décret N° 76.239 du 13 juillet 1976 portant sur la modification du décret N° 62.046.

- Décret N° 63.029 du 13 janvier 1963 relatif à l'exercice de la profession des praticiens étrangers à Madagascar.

- Décret N° 62.070 portant sur la création et statut du corps des médecins diplômés d'Etat.

- Décret N°64.363 du 9 septembre 1964 portant sur la création et statut du corps des médecins diplômés d'université.

- Décret N° 64.099 du 26 mars 1964 portant ur la création et statut des médecins diplômés de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Antananarivo.

- Décret 55-1591 du 28 novembre 1955 portant sur le code de déontologie médicale.

- Décret N° 62.520 du 10 octobre 1962 portant sur la création et statut du corps des sages-femmes diplômées d'Etat.

- Décret N° 62.528 du 24 octobre 1962 portant sur la création et statut des pharmaciens diplômés d'Etat, docteurs en pharmacie.

- Décret N° 64.100 du 26 mars 1964 portant sur la création et statut des pharmaciens diplômés de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Tananarive.

- Décret N° 63.454 du 10 octobre 1962 fixant le statut particulier du cadre des infirmiers de l'assistance médicale.

- Décret N° 62.521 du 10 octobre 1962 portant sur le statut et création du corps des infirmières visiteuses.

- Décret N° 77.092 du 6 avril 1977 portant sur la création et statut du corps des adjoints de la santé publique.

- Décret N° 76.346 du 9 octobre 1976 portant sur le statut et création du corps des aides sanitaires.

- Décret N° 63.453 du 17 juillet 1963 portant sur le statut et création du corps des assistants de santé.

- Décret N° 68.139 du 26 mars 1968.

- Décret N° 92.146 du 31 janvier 1992, fixant les attributions du ministère de la Population ainsi que l'organisation générale de son ministère et remplaçant le décret N° 91.170 du 9 avril 1991.

LOIS

- Loi N° 90.030 du 19 décembre 1990 relative à la Politique nationale de Population pour le Développement économique et social.

- Loi française de 1920 rendue applicable à Madagascar par le décret du 30 mai 1933 et promulguée à Madagascar par arrêté du gouvernement du 18 juillet 1933.

- Loi N° 90.029 du 19 décembre 1990 portant sur la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant.

- Loi N° 67.030 du 18 décembre 1967 relative aux régimes matrimoniaux et à la forme des testaments.

45

- Loi N° 90.013 du 11 juillet 1990 portant sur la modification de l'article 54 de l'Ordonnance N° 62.089 du 1er octobre 1962 relative au mariage.

- Loi N° 90.014 du 11 juillet 1990 portant sur la modification de certaines dispositions de la loi N° 67.030 du 18 décembre 1967 relative aux régimes matrimoniaux et à la forme des testaments.

- Loi N° 68.012 du 4 juillet 1968, relative aux successions, testaments et donations.

- Loi N° 63.022 du 20 novembre 1963 relative à la filiation, l'adoption, le rejet et la tutelle.

- Loi relative à la théorie générale des obligations du 2 juillet 1966.

- Loi N° 90.027 portant sur les lois des Finances.

- Loi N° 89.026 du 29 décembre 1989.

ORDONNANCES

- Ordonnance N° 82.012 du 26 avril 1982, portant sur la ratification de la charte du développement sanitaire de la région africaine d'ici l'an 2000.

- Ordonnance N° 62.089 du 1er octobre 1962 relative au mariage.

- Ordonnance N° 62.041 portant sur les dispositions générales de droit interne et de droit international privé.

- Ordonnance N° 75.013 portant sur le Code du travail.

- Ordonnance N° 62.072 du 29sSeptembre 1962 portant sur la codification des textes législatifs concernant la santé publique.

- Ordonnance N° 60.133 du 3 octobre 1960 portant sur le régime général des associations.

- Ordonnance N° 75.017 du 1er août 1975, portant sur la modification de l'ordonnance N° 60.133.

- Ordonnance N° 92.020 portant sur la loi des Finances pour 1992.

- Proposition de loi N° 03/88 Pl

GV

DOCUMENTS

- Questionnaire sur la réforme du Code de la famille (A.N.P.)

- Assessing Legal and Regulatory Reform in Family Planning, Geneviève M. Kenney, The Urban Institute, OPTIONS II Manual on Legal and Regulatory Reform, Revised Draft, August 1991.

- Options for Population Policy, The Futures Group, A Checklist for Examining Laws and Regulations Affecting Family Planning, September 27, 1988.

- Notes et réflexions sur les entrevues avec des fournisseurs de services de planification familiale et rapport sur les activités pour désigner les contraintes légales et réglementaires imposées u service de la contraception au Sénégal. Katrina Galway, The Futures Group, Washington, D.C. Avril 1992.

- Politique nationale de Population pour le Développement économique et social, loi N° 90-030, promulguée le 19 décembre 1990.

- Proposition de loi Nö 03/88-PL, portant sur l'abrogation de l'article 3 du décret du 30 mai 1933 et réglementation de la contraception et de la planification familiale transmise pour avis au PRDM, CSR et Gouvernement S/n0 1166-ANP/DA/Lég. du 7 décembre 1988.

- Réponse du ministère de la Santé, 21 juin 1991, lettre N° 183-SAN/SG/DG/DMP, à la proposition de loi N° 03/88-PL.

- Texte de la loi française du 31 juillet 1920, rendue applicable aux colonies par le décret du 30 mai 1933 et promulguée à Madagascar par arrêté du gouvernement du 18 juillet 1933 (Voir thèse de Chantal Razafinarivo, et al., sur la FISA, 1986).

- Note de service, N° 172- SAN/SG/DPL, 22 février 1989, du ministère de la Santé, Secrétariat général, Direction des Pharmacies et Laboratoires: Commercialisation des spécialités pharmaceutiques en R.D.M.

- Odulana J
Family Welfare Laws in Ten African Countries : Report of the African Regional Law Panel Field Trips, 1977-78, Vol 1
Nairobi, Kenya, IPPF, African Regional Office, September 1978, 63 pages.

- Enquête PFN/MAO, International Federation for Family Life Promotion, Arlington, USA.

97

ANNEXE 3

PERSONNES

CONTACTÉES

LISTE DES PERSONNES ET ORGANISATIONS CONTACTEES

M. RANDRIAMBOLOLONA Bien-Aimé
CNAPS

M. RAKOTODRAINIBE Michel
COFARMA

M. RAZAFIMANDIMBY Andriamandranto
M. Manitra ANDRIAMASINORO
Docteur RAKOTOMALALA Nicole
FISA

M. RAMANDRAIARISOA Jean-Louis
Groupe des parlementaires

Docteur RAVELOARISON Marie Claude
HOECHST

Docteur RASAON
Hôpital Ravoahangy Andrianavalona

Docteur RAJAONERA Solofo
JIRAMA

Mme ANDREAS Monique
M. RAJAONARIVONY Douglas
M. RANAIVOARISOA Jacques
Ministère de la Population

M. RAKOTOMANGA Samuel
Docteur RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin
Docteur RABEARISOA Jeannette
Docteur RAMILIARIJAONA Masy
Ministère de la Santé

Docteur RABIAZA Solo
SOLIMA

M. RAKOTOZAFY Fidy
Pharmacie TOKY

que nous remercions pour leur accueil chaleureux et leur précieuse collaboration.