UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

# Essai d'évaluation des coûts liés é la mise en place d'un système de planning familial au Burundi, pp. 1-44,

**NDONDERA, Albert**

**1986-10**

UB, Cahiers du CURDES

https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/558

NDONDERA Albert, Essai d'évaluation des coûts liés é la mise en place d'un système de planning familial au Burundi, pp. 1-44, Cahiers du CURDES n° 5, Octobre 1986.

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

# ESSAI D'EVALUATION DES COUTS LIES A LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME DE PLANNING FAMILIAL AU BURUNDI.

par Albert NDONDERA.

## INTRODUCTION

C'est dans le souci d'apporter une contribution à une solution aux problèmes démographiques que nous avons porté le choix de cet article sur le planning familial. Toutefois, la planification familiale soulève des contradictions. En effet, la fécondité élevée constitue l'une des valeurs fondamentales de la culture traditionnelle burundaise. En réalité, le problème se pose à deux niveaux : les gens sont mal informés d'une part et ne connaissent pas les méthodes préconisées et disponibles, d'autre part.

Selon la définition des dictionnaires classiques, par régulation des naissances, il faut entendre l'utilisation de procédés destinés à limiter le nombre d'enfants. En d'autres termes, on parle de planning familial. Considérée comme un ensemble de moyens d'information, de techniques cliniques et paracliniques visant à régulariser la fertilité du couple dans le but de promouvoir la santé familiale, la régulation des naissances ou mieux la planification familiale constitue une philosophie de la famille, une manière de voir et de concevoir l'organisation et la taille idéale d'une famille en vue d'assurer son équilibre et son bien-être.

Le nouveau Petit Larousse définit la contraception comme une "infécondité volontaire obtenue par l'emploi des méthodes anticonceptionnelles". Nous pouvons définir la contraception comme étant l'ensemble des mesures prises par un couple pour prévenir la procréation et, par conséquent, pour influencer sciemment le nombre et les dates des naissances humaines.

La planification familiale peut être définie comme l'ensemble des mesures techniques, psycho-sociales et éducatives, qui permettent aux couples ou aux individus d'atteindre certains buts, en fonction de leurs possibilités et de leurs désirs :

- favoriser les naissances désirées
- agir sur les intervalles entre les naissances
- éviter les naissances non-désirées
- déterminer le nombre d'enfants qu'ils souhaitent pour constituer une famille (1).

Par planification familiale, nous entendons la mise à la disposition des populations de services de planification, principalement mais non exclusivement sous forme de protection maternelle et infantile (P.M.I.) et de dispensaires de planning familial.

"Le planning familial consiste à organiser les naissances de sorte que la conception d'un enfant ne se fasse pas à l'insu et contre la volonté des parents, afin qu'ils aient le nombre d'enfants qu'ils désirent" (2)

"La planification familiale vise principalement à protéger la santé de la mère et de l'enfant, à réduire les taux de mortalité infantile et de mortalité maternelle en vue de donner à la naissance une valeur positive. Elle vise aussi l'épanouissement de la vie sexuelle du couple par une éducation et une information convenables" (3).

Les principaux éléménts du programme de planning familial pourraient être les suivants :

- le protection de la mère et de l'enfant
- l'amélioration des soins de santé et de l'alimentation
- l'assainissement du milieu
- l'éducation sexuelle des adolescents
- l'éducation sexuelle des adultes "pour mieux comprendre ce que représente un enfant".

"Une éducation sexuelle "bien comprise établit des liens intimes entre la vie sexuelle et les idées morales les plus nobles : conception élevée de l'amour conjugal, légitime orgueil de la maîtrise de ses passions"... (4).

L'espacement des naissances signifie l'intervalle jugé idéal entre deux naissances successives. On insiste sur la volonté des parents d'avoir un enfant au moment de leur choix, soit pour favoriser le repos de la mère, soit pour permettre à l'enfant dernièrement né de ne pas être gêné par la survenance d'une naissance non-désirée, soit pour améliorer le budget familial avant qu'une autre s'ajoute contre la volonté des parents.

Grâce aux méthodes d'espacement des naissances, le planning familial aide l'accouchée à protéger sa santé. La planification familiale s'intéresse aux couples dans un double sens :

- elle aide les parents à avoir le nombre d'enfants qu'ils veulent et au moment de leur choix
- elle favorise une naissance souhaitée.

Au Burundi, la régulation des naissances doit être envisagée dans le cadre d'une protection maternelle et infantile.

"Les risques encourus par les mères augmentent avec chaque grossesse, spécialement après la naissance du troisième enfant" (5). Des grossesses rapprochées appauvrissent l'organisme. Cela entraîne une mauvaise croissance de l'enfant, des fausses couches et parfois le décès précoce de la mère. De nombreuses études effectuées en gynécologie-obstétrique ont montré que toutes les fois qu'un enfant naît trop tôt, son prédecesseur court tous les dangers de la malnutrition. Ainsi, concluent J.P. Robatel et autres (6), dans 30 % des cas de malnutrition, les mères ont mis au mode leur enfant avant que le précédent n'ait passé l'âge de 17 mois. Il a été noté que la prévalence de la malnutrition protéocalorique grave était de 2.7 % (dont 0.1 % pour le Kwashiorkor et 2.6 % pour le Marasme); la prévalence de la malnutrition protéocalorique modérée était estimée à 28.7 % (7).

Au cours de leur enquête, J.P. Robatel et ses collaborateurs ont demandé aux femmes de leur échantillon de dire quel est pour elles l'espacement idéal entre deux naissances successives. Pour plus de 50 %

des femmes interrogées, l'espacement idéal était de deux ans. 30 % de cette proportion vont au-delà de trois ans. La détermination de l'intervalle de deux ans est surtout commandée par la nécessité de procurer à l'enfant un temps d'allaitement suffisamment long avant le partage du plat familial.

Lors de ses investigations, D. Hakizimana a enregistré une écrasante majorité (70 %) des enquêtés qui se déclarent en faveur d'une espacement d'au moins deux ans. Au cours de l'enquête de Déo Hakizimana, les raisons généralement avancées de l'espacement des naissances sont les suivantes :

- la santé de la mère et de l'enfant
- les raisons d'ordre économique
- la volonté liée au désir de prolonger l'allaitement maternel pendant au moins deux ans
- garantir de bonnes conditions de croissance de l'enfant qui naît.

Du 15 au 20 octobre 1982, D. Hakizimana a mené une enquête auprès d'environ une centaine de personnes (instruits et non instruits, travailleurs et non travailleurs, jeunes et adultes, célibataires et mariés, employés de services publics ou privés) de près ou de loin intéressés par le planning familial au Burundi. Deux endroits ont été expressément choisis pour garantir plus ou moins les possibilités de contact : Kiganda et Bujumbura. Située en province de Muramvya, la commune de Kiganda a retenu l'attention de D. Hakizimana étant donné qu'elle est sa région d'origine et qu'elle réunit - de par sa situation géographique - tous les facteurs liés au courant démographique. C'est à Bujumbura que l'on trouve les détenteurs de l'information officielle et les différents services sociaux (publics ou privés) qui ont déjà posé des jalons vers des actions de planning familial.

J. Navas et ses collaborateurs ont demandé à plus d'un millier de femmes de Barundikazi quel était, selon elles, le nombre d'enfants jugés souhaitables. Le dépouillement de l'enquête a montré le chiffre moyen de 7.5. En milieu rural, il était de 7.9 tandis qu'en ville il était de

6.9. L'enquête de J. Navas et son équipe a révélé que l'espacement des naissances souhaité était de 25 mois.

L'objet central de l'étude de Navas est celui de la fécondité au sein de la cellule familiale au Burundi. Dans cette étude, la fécondité est analysée sous deux aspects :

- la fécondité réelle est définie comme étant le nombre de naissances qui ont lieu au sein de la cellule familiale.
- la fécondité idéale est le nombre de naissances que le couple voudrait avoir.

Cette étude a porté sur un échantillon comprenant 3.011 observateurs pour une population totale de 3.400.000 personnes. Bujumbura comprenait environ 120.000 habitants. L'enquête proprement dite fut réalisée pendant les mois de juillet, août et septembre 1974, par plus de 100 enquêteurs provenant de toutes les régions du pays et soigneusement sélectionnés. Seuls furent retenues les personnes possédant un niveau d'instruction au moins post-primaire et honorablement connues de par leurs fonctions éducatives ou sociales auprès de la population qu'elles avaient à enquêter. Le choix porta sur des infirmiers et des monitrices sociales. A Bujumbura, l'exécution de l'enquête fut confiée au personnel de l'Institut Rundi de Statistique (IRUSTAT), à des personnes appartenant à la Promotion Féminine, au Département de la Population du Ministère de l'Intérieur et à quelques étudiants de niveau universitaire. Tous les enquêteurs reçurent une formation complète au cours de l'un ou l'autre de 7 week-ends de travail qui furent organisés dans différentes régions du pays (Bujumbura, Bururi, Burasira, Gitega, Ngozi et Ruyigi). Chaque groupe comprenait une quinzaine de participants.

Le Burundi est confronté à un problème d'explosion démographique. En effet, le recensement de 1979 révèle que ce pays a une population de 4.028.420 habitants avec une densité moyenne de 154 habitants au km2. En 1984, la population burundaise était estimée à 4.600.000 habitants avec 26.5 o/oo d'excédent de naissances par an. Cela montre à quel point notre

pays est peuplé, mais aussi à quel point la situation va progresser si des dispositions ne sont pas prises pour ralentir cette évolution.

Le développement économique étant en relation directe avec la démographie, une croissance démographique trop rapide risque d'empêcher le déclenchement d'un processus dynamique de développement et annihiler les efforts consentis par l'Etat et la population pour augmenter la production.

Les conséquences de la poussée démographique se font sentir d'une manière aiguë dans certains secteurs tels que l'agriculture, l'emploi, l'éducation et la santé. La forte pression démographique se trouve à la base du morcellement et de l'atomisation des exploitations agricoles. Celles-ci ont en moyenne 1.8 ha dont la partie cultivée ne représente que 0.89 ha.

Une forte croissance démographique a un inconvénient dans le domaine du travail et de l'emploi. En effet, 90 % de la population active est employée dans le secteur agricole. A cause de la poussée démographique, le morcellement des terres accentuera progressivement le sous-emploi rural et encouragera un plus grand exode rural, malgré les efforts consentis pour décentraliser les services et les industries à moyen et à long terme.

La croissance démographique influe sur de système éducatif. En effet, environ 30 % des enfants d'âge scolaire sont dans les écoles primaires. Etant donné le taux élevé de fécondité, la population du Burundi comptera de plus en plus d'enfants. Les inscriptions dans les écoles primaires exigeront davantage de maîtres d'école et de fournitures scolaires.

L'augmentation rapide de la population appelle aussi des efforts continus dans le domaine de la santé des populations. En effet, étant donné qu'un des objectifs du développement est de satisfaire en priorité les besoins sanitaires essentiels de toute la population pour améliorer sa qualité de vie et allonger son espérance de vie en vue d'une meilleure productivité, il faudra que le gouvernement augmente les services médicaux, les infrastructures sanitaires et les soins de santé.

Au niveau de la production, la concurrence qui existe, pour les terres, entre les culutres vivrières et les culutres d'exportation posera un problème de plus en plus épineux au fur et à mesure que les terres productives deviendront rares au Burundi à cause de l'explosion démographique. Or la production agricole constitue la principale source de devises au Burundi, car l'agriculture fournit plus de 90 % des recettes d'exportation. La rareté des terres pèsera aussi sur l'élevage pour lequel les pâturages deviendront de plus en plus réduits.

Le rythme des emplois non-agricoles, celui des moyens de scolarisation ou de l'infrastructure sanitaire subissent l'effet d'une pression causée par une population en augmentation continue. Le rythme de création de nouveaux emplois, d'augmentation des moyens de scolarisation et d'amélioration de l'infrastructure doit, pour éviter la chute des niveaux de vie, être égal ou supérieur à celui de la croissance démographique. L'enjeu que constitue actuellement la croissance démographique au Burundi n'a plus besoin d'être démontré.

Plusieurs enquêtes ont été entreprises sur ce sujet et la première a été menée en 1973 (8). L'objet de l'enquête socio-démographique de 1973 était de contribuer à une meilleure connaissance des questions relatives à la fécondité, à la nuptialité, à la taille de la famille, aux connaissances et aptitudes en matière d'espacement des naissances.

Cette étude peut aider à l'agencement d'un programme de planning familial ayant pour objectif primaire la santé de la mère et de l'enfant. De plus, cette étude pourra servir de référence pour apprécier les résultats obtenus en matière de connaissances, d'attitudes et de pratiques après un certains temps d'application d'un programme.

Une politique de régulation des naissances porte essentiellement sur la mise en place de services efficaces de planification familiale, conçus non seulement dans l'optique de l'offre de services, mais également dans celle d'une stimulation de la demande visant à amener un plus grand nombre de couples à l'emploi des méthodes contraceptives.

C'est pourquoi ce travail insiste sur l'organisation et le fonctionnement de ces services.

## Ière PARTIE : EXPERIENCES DE DEUX PAYS VOISINS EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

### I. Cas du Zaïre

#### 1. Quelques informations sur le concept de Naissances Désirables

"Le concept des Naissances Désirables peut se résumer comme un ensemble de méthodes et de moyens basés sur la protection de la maternité,utilisables aussi bien par l'homme que par la femme et qui visent à permettre au couple d'avoir des enfants quand il le désire, de les élever dans de bonnes conditions sanitaires et sociales..."(9).

24 Février 1973 : création du Conseil National pour la Promotion des Principes des Naissances Désirables (CNPPND). Le Conseil est rattaché au Bureau du Président de la République, sous le contrôle du Conseil National de la Santé et du Bien-Etre (CNSBE).

Juin 1974 : ouverture à Kinshasa d'une 2ème clinique (Barumbu).

Janvier 1975 : ouverture à Kinshasa d'une 3ème clinique (Bumbu).

20 Novembre 1975 : nomination des premiers membres (tous médecins) du CNPPND. Celui-ci devient le Comité National des Naissances Désirables qui émarge au budget annexe du Département de la Santé.

A partir de l'année 1976, les organismes internationaux s'intéressent au programme des Naissances Désirables :

- l'IPPF (10) amorce son aide pour consolider le staff administratif (28.000 dollars U.S.A)

- le Pathfinder Fund subventionne les sessions de formation en planification familiale, les visites au Bas-Zaïre pour l'évaluation des besoins et aide à la création à Lubumbashi et à Bukavu de la première clinique (total aide : 34.610 dollars U.S.A.). Le 14 Novembre 1980, le Pathfinder Fund signe un accord mais les activités ne démarreront qu'en Novembre 1981 avec une subvention de 37.319 dollars U.S.A.

Le CNND fut créé par l'Ordonnance-Loi n° 73/089 du 14 Février 1973. Il s'est assigné les objectifs suivants :

- promouvoir et protéger la santé de la mère par l'espacement des naissances
- réduire, grâce à l'espacement des naissances et par des consultations préscolaires, les taux de mortalité infantile
- lutter contre les insuffisances de fécondité.

Les stratégies préconisées et utilisées avec succès de 1973 à 1983 ont compris :

- la sensibilisation et l'éducation de la population par la vulgarisation des méthodes de contraception moderne
- la formation des personnels médicaux, para-médicaux et des travailleurs sur le terrain des naissances désirables
- la prestation des services de contraception non-clinique et clinique.

Jusqu'en 1978, le Comité National des Naissances Désirables a fonctionné comme une organisation gouvernementale bénéficiant de l'assistance de l'IPPF. Depuis Novembre 1978, le CNND, devenu Association Zaïroise pour le Bien-Etre Familial, a été admis comme membre agréé de cette Fédération internationale, devenant ainsi un organisme privé. Le

Gouvernement Zaïrois a mis ses infrastructures socio-médicales et son personnel médical et paramédical à la disposition du programme. Le CNND produit le matériel d'information suivant :

- brochures
- dépliants
- affiches et autres guides de méthodes d'espacement des naissances.

Pour pallier à certaines insuffisances remarquées dans l'action du CNND, notamment dans l'information et l'éducation des couples à la parenté responsable, une action est menée depuis 1982 du côté catholique. La parenté responsable consiste à s'occuper convenablement des enfants que l'on met au monde, à les nourrir, à les vêtir et à leur assurer un toit et une bonne éducation. Des sessions de formation des formateurs appelés à diffuser les méthodes naturelles de régulation des naissances sont tenues dans certains diocèses au profit des couples qui le désirent.

La formation, organisée au Zaïre et à l'étranger, à été financée en grande partie par l'IPPF, le Pathfinder Fund et le JHPIEGO (11).

Le programme des Naissances Désirables s'occupe aussi bien des personnes infécondes que celles qui s'inquiètent de naissances trop nombreuses ou trop rapprochées. Aux premières, il offre ses services de consultation en stérilité. Pour les deuxièmes, il s'occupe de conseiller les couples, leurs familles et même leurs clans qui en formulent le voeu, soit simplement pour espacer, soit arrêter définitivement les naissances, afin de n'avoir des enfants que quand ils le désirent et quand leurs moyens matériels et financiers le leur permettent.

Dès le début, le CNND s'est attelé, grâce aux aides d'organismes internationaux, à la tâche de former le personnel qu'il faut. Ainsi de 1974 à 1982, le Comité a formé, au Zaïre, pour ses besoins en planning familial, 225 personnes dont 19 médecins, 171 infirmiers et 35 éducateurs et assistants sociaux. Un groupe de 85 personnes a été formé à l'étranger

de 1976 à 1982. On dénombrait parmi eux 32 médecins, 12 infirmiers et 41 agents sociaux. Ceci donne un total de 300 personnes dont 139 à Kinshasa.

Pour atteindre ses objectifs, le CNND offre les pillules, les injections de dépo-provera, le stérilet parmi les méthodes réversibles. Parmi les méthodes définitives, irréversibles, il offre la vasectomie ou la ligature tubaire qui consistent dans la stérilisation pratiquée chez l'homme ou chez la femme. De 1973 à 1982, quelques 2.000 femmes et 17 hommes ont été stérilisés. En plus de ces méthodes, le programme met à la disposition des couples intéressés des pommades, mousses et autres produits qui ont pour effet de bloquer les spermatozoïdes.

En décembre 1982, on dénombrait 145 "Antennes" des Naissances Désirables (cliniques, dispensaires, centres pilotes, hôpitaux). On en compte 51 dans la ville de Kinshasa, 13 dans la région de Bandundu, 14 dans le Bas-Zaïre, 15 dans l'Equateur, 6 dans le Haut-Zaïre, 4 au Kasaï Occidental, 18 au Kasaï Oriental, 18 au Kivu et 6 au Shaba. Ces antennes font un rapport de l'utilisation des contraceptifs qui leur sont envoyés et le transmettent au CNND.

A partir du mois de Janvier 1983 est entré en exécution un projet conjoint de l'USAID, le Conseil exécutif, le CNND et d'autres organismes privés dont l'Union Nationale des Travailleurs du Zaïre par l'intermédiaire de sa Caisse de Solidarité Ouvrière et Populaire (CASOP) et l'Eglise du Christ au Zaïre (ECZ). Ce projet d'une durée de cinq ans (1983-1987) prévoit l'accroissement de 5 à 12 %, dans 14 villes (Matadi, Boma, Goma, Kikwit, Mbandaka, Kisangani, Bukavu, Lubumbashi, Likasi, Kolwezi, Mbuji-Mayi, Bandundu, Kananga et Kinshasa), du planning familial pour atteindre en 1986 un total de 250.000 nouveaux adhérents dont 125.000 seront des utilisateurs permanents.

A cet effet, tous les moyens seront utilisés : les pillules (1.400.000 cycles), stérilets (160.000), préservatifs (3.600.000) et comprimés mousse (3.600.000). Ce financement sera assuré de la manière suivante :

- 3.940.000 dollars E.U. (12) (USAID)
- 3.907.000 dollars E.U. (conseil exécutif)
- 358.000 dollars E.U. (CNND)
- 1.715.000 dollars E.U. (autres donateurs).

Concernant les autres donateurs, il s'agit des organismes suivants : le Corps de la Paix, l'IPPF, l'International Project Agency for Voluntary Sterilization (IPAVS), le John Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO) et le Fonds des Nations Unies pour les problèmes de Population (FNUAP). Les informations chiffrées que nous venons de présenter ont été recueillies dans l'article de Kikassa Mwanalessa (13).

Dans le programme des Naissances Désirables, la technique de la motivation est très importante. Elle permet de sensibiliser la population sur le bien-fondé de la planification familiale au Zaïre.

L'Association Zaïroise du Bien-Etre familial reçoit les contraceptifs de l'IPPF. Cette association se charge de les distribuer aux différents services des Naissances Désirables. Chaque service doit établir un état des besoins.

Les contraceptifs que l'on utilise au Zaïre sont les suivants :

- le dépo-provera 150
- les boucles de Lippes
- le spermicide
- les comprimés-mousse
- le condom
- les pillules : Ovostat 28
  Noriday (r)1 + 50 Fr
  Microgynon ED and Ferrous Fumarate.
- le diaphragme.

Le dépo-provera 150 est le plus accepté par les clientes. Il s'agit d'une injection de progestérone de 150 mg qu'on administre une fois les trois mois. Théoriquement, ces injectables sont plus particulièrement recommandés aux femmes qui ne désirent plus d'enfants. Le recours aux injections de dépo-provera ne peut être conseillé qu'à des couples qui ont déjà un certain nombre d'enfants, car la reprise de la fécondité après son emploi est souvent longue à venir.

Le Centre des Naissances Désirables de l'hôpital Mama Yemo enregistre, en moyenne, 15 nouveaux clients par jour. Ce chiffre montre que la politique des Naissances Désirables a déjà atteint une partie non-négligeable de la population Kinoise.

2. Enseignement pour le Burundi

L'expérience du Zaïre montre que le CNND et l'Eglise Catholique participent activement au programme des Naissances Désirables. Le projet de planification familiale doit faire l'objet de la création d'une association nationale qui organise, dirige et contrôle ses activités. L'Eglise peut apporter sa contribution à ce projet. Il serait souhaitable de programmer des visites à domicile, car elles constituent souvent le seul moyen d'atteindre les femmes (ou les couples) qui n'ont pu être abordés.

Il serait souhaitable que l'on mette en place un organisme qui serait chargé de concevoir et d'orienter les activités à mettre en oeuvre. Cet organe s'occuperait de la coordination des activités des différents centres de planification familiale. Ces derniers dresseront l'état des besoins et l'enverront à l'organisme qui s'occupe de la coordination des activités de planning familial au Burundi. Cet organisme porterait le nom d'Association Burundaise du Bien-Etre Familial. L'ABBEF pourra s'affilier à l'IPPF et ainsi obtenir gratuitement des contraceptifs de l'IPPF. Par l'intermédiaire de ses organisations membres dans les pays en voie de développement, l'IPPF peut fournir certains équipements pour les centres de planification familiale. L'ABBEF s'occuperait de la formation du

personnel qu'il faut. De plus, cet organisme aurait pour tâche d'informer la population sur le bien-fondé du planning familial, de la motiver ensuite pour qu'elle recouvre librement aux services mis à sa disposition.

Pour mener à bien le programme de régulation des naissances, l'ABBEF devra :

- faire connaître les avantages et les possibilités de réaliser une parenté responsable dans le respect de la coutume et de la loi, mettre à la disposition des personnes et des familles qui le désirent les moyens et les services de planification familiale.

- contribuer à la recherche et à la diffusion des connaissances relatives à la famille, à la vie de famille, à la parenté responsable et aux problèmes démographiques du Burundi.

- rechercher et diffuser les connaissances relatives aux implications de la croissance démographique sur le développement économique national.

- faciliter l'intégration de la planification familiale dans les autres secteurs de la vie socio-économique (santé et autres activités de développement).

- assurer une éducation sur le planning familial et sur son importance pour la vie des parents et de leurs enfants.

- mener des campagnes éducatives d'information par la radio, la télévision, la presse écrite et tous les médias.

- organiser des conférences-débats sur la régulation des naissances à l'intention des personnels de santé.

- envisager des recyclages de tous les personnels de santé en vue de les préparer à la gestion d'un programme.

- préparer des programmes et du matériel d'éducation pour les écoles primaires et secondaires.

L'exécution du programme de planning familial exigera une mobilisation importante de moyens matériels et financiers. L'ABBEF devra mener des études, avant la mise en place du programme de régulation des naissances, pour connaître l'importance de l'intervention de l'Etat et de l'assistance extérieure dans ce domaine. L'ABBEF doit surtout insister sur l'éducation de la population parce que cela permettra à celle-ci de mieux comprendre la nécessité d'espacer les naissances. En effet, l'éducation peut contribuer à rapprocher, d'une part la prise de conscience et la connaissance du planning familial, et d'autre part, l'utilisation des techniques anticonceptionnelles. Les problèmes de planning familial devraient être introduits, dès à présent, au programme des écoles, secondaires certainement, mais aussi primaires, parce qu'à ce niveau, on peut influencer les esprits et toucher le maximum de personnes. En général, les adultes sont plus difficiles à éduquer : ils ont une certaine conception sur les différents aspects intéressant la vie nationale. Par contre, les jeunes n'ont pas encore mûri leurs idées et peuvent, de ce fait, être plus facilement influencés.

Il est vrai que dans des programmes conçus pour atteindre une clientèle éventuelle, les processus d'information et d'éducation sont étroitement liés dans le cadre d'une stratégie globale de communication. Toutefois, il semble que l'information elle-même ne puisse modifier les attitudes et les comportements ; il faut un effort éducatif plus systématique pour aider celui qui apprend à utiliser ses connaissances comme des outils de changement. Par conséquent, un des objectifs essentiels de l'éducation en matière de planning familial est de favoriser, de répandre l'usage des services anticonceptionnels et d'encourager une utilisation plus informée et plus soutenue de ces mêmes services.

L'ABBEF devra envisager l'éducation du planning familial comme un processus d'apprentissage qui permettra au public de mieux comprendre, dans un cadre plus large, les problèmes de population et de considérer le planning familial comme un moyen d'améliorer la vie de la famille. L'ABBEF devra intégrer l'éducation du planning familial dans le concept plus général de l'éducation familiale qui comprend planning familial, parenté responsable, éducation sexuelle, nutrition, problèmes de l'environnement et de la population, soins aux enfants. L'éducation familiale doit faire partie du concept plus vaste du développement économique et social.

Pour qu'une éducation en matière de régulation des naissances porte ses fruits et ait un sens pour les jeunes et les adultes, son orientation doit être différente des techniques de persuasion qui caractérisent de nombreux pays.

L'ABBEF ne devra pas ignorer les expériences des autres pays pour éviter les déboires encourus ailleurs. C'est pour cette raison que des stages ou des voyages d'observation doivent être organisés. Des tournées d'information à l'intérieur du pays doivent être prévues afin d'évaluer les besoins en planning familial.

L'ABBEF devra instaurer un programme d'éducation sexuelle pour les adolescents visant à :

- encourager les attitudes rationnelles à l'égard du comportement sexuel

- examiner les aspects éthiques, psychologiques et sociaux des relations sexuelles

- enseigner la biologie de la reproduction

- montrer les difficultés sociales et psychologiques que rencontre une fille qui se trouve enceinte à un âge précoce

- préparer les jeunes aux responsabilités parentales.

Avant d'élaborer ce programme, il faudra s'enquérir de l'avis des parents. A cet effet, un débat public est nécessaire pour persuader les parents encore réticents et méfiants. L'ABBEF devra penser à la formation des personnes capables d'assurer et former le personnel qu'il faut; l'ABBEF pourra penser à introduire l'éducation sexuelle à l'école. L'éducation sexuelle devra être généralisée dans les établissements secondaires pour familiariser les adolescents à la connaissance des notions élémentaires de la physiologie de la reproduction humaine et à la contraception. Une meilleure éducation sexuelle consiste dans une bonne formation générale, dans celle du caractère de la volonté en particulier.

L'ABBEF devra organiser des réunions, conférences, séminaires, projections de films et produira des émissions se rapportant aux thèmes et problèmes de la vie familiale. Les films constituent un des meilleurs moyens d'éducation de la population concernant la planification familiale. En effet, ils peuvent retenir et capter l'attention du public. Il est évident que choisir, obtenir et projeter un film approprié et efficace constitue une tâche difficile. Le film doit enseigner aux clients éventuels d'un programme de planning familial comment ils doivent utiliser telle ou telle méthode contraceptive. Les films doivent constituer le point central des séances d'éducation, de motivation, voire de prestations de services de planification familiale. Il faut susciter parmi les spectateurs des échanges de vue personnels ou des discussions en groupe susceptibles de faire clairement ressortir ce que le film signifie. Le coût du film représente un obstacle important à son utilisation pour les programmes de planning familial. "En 1981, produire et tourner un film coûtait environ 1.500 à 4.000 US dollars la minute du film terminé" (14). Les films en couleur et les dessins animés coûtent d'ordinaire plus chers que les films en noir et blanc. Il faut à ajouter à cela les frais de tirage et de distribution. La langue utilisée dans le film doit être appropriée au public. L'accent doit être mis sur le kirundi, surtout en milieu rural. Concernant la projection des films, l'ABBEF peut faire appel au service de cinéma du Ministère de

l'Information. L'ABBEF devra collaborer avec les ministères de l'intérieur, des affaires sociales, de la condition féminine, de l'éducation nationale, de l'information, de la santé publique : la complexité des actions à envisager exige l'intervention de ces ministères dans le programme de régulation des naissances.

La participation de personnes ou d'organismes ayant une expérience en la matière peut être utile à la réalisation du programme de planning familial. Il serait souhaitable d'intéresser les représentants d'organismes internationaux tels que l'OMS, le FNUAP, l' USAID, l'UNICEF pour l'animation de certains thèmes à présenter.

La participation de l'Eglise est indispensable si l'on veut que les gens soient convaincus de la nécessité de planifer les naissances. L'Eglise peut participer aux campagnes d'information et d'éducation des couples à la parenté responsable. Elle peut assister les couples mariés en créant un ordre social et économique qui encourage la vie familiale. Il faut donner des informations sur la situation démographique de façon à ce que les couples puissent avoir une juste appréciation de leurs devoirs et de leurs possibilités. Des sessions de formation des formateurs appelés à diffuser les méthodes de régulation des naissances peuvent être organisées dans certains diocèses au profit des couples qui le désirent. La contraception pourra être acceptée par les fidèles comme un moyen d'espacement des naissances. Elle vise à mettre à la disposition de ceux qui le désirent un ensemble de techniques à utiliser dans le souci de sauvegarder l'harmonie du couple, de promouvoir la santé de la mère en lui évitant des accouchements trop nombreux et trop rapprochés et de protéger la santé des nourrisons par des soins appropriés. Tout cela suppose que les individus soient informés de façon précise sur ces possibilités et recoivent une éducation adéquate.

La contraception, en permettant au couple de n'avoir que des naissances désirées, enlève à l'avortement sa raison d'être qui est de supprimer les produits de conceptions non voulues. L'objection majeure à ce raisonnement est que la plupart des techniques contraceptives sont

d'application contraignante et peuvent conduire à des échecs par des insuffisances ou négligences lors de la mise en oeuvre : les conceptions accidentelles qui en résultent semblent destinées à déboucher sur un avortement provoqué.

Il est fort probable qu'une politique d'information sur les moyens d'éviter les conceptions non désirées soit de nature à faire baisser la fréquence des avortements provoqués, spécialement à l'époque actuelle où il existe des moyens contraceptifs très efficaces. Il est à noter que l'efficacité d'une technique est davantage liée au couple qui l'emploie, à ses motivations, qu'à la technique elle-même, du moins en ce qui concerne les procédés suffisamment élaborés (condom, diaphragme). L'efficacité se définit comme étant la capacité d'une méthode contraceptive de réduire, jusqu'à nulle, la probabilité de conceptions au cours de rapports sexuels dûment entretenus. Les dispositifs intra-utérins (D.I.U) sont parmi les méthodes contraceptives les plus efficaces. En effet, ils prennent la 2ème place, après les contraceptifs oraux (convenablement utilisés) et la stérilisation chirurgicale. Cette dernière, bien distincte de la castration, est plus bénigne pour l'homme, plus réversible aussi et de ce fait, plus fréquente; la vasectomie qui empêche l'éjaculation, par sectionnement du canal déférent, ne nécessite qu'une anesthésie locale. Ce procédé donne une certitude absolue et n'exige qu'une seule décision de l'intéressé.

Pour offrir des services d'interruption de la grossesse et de stérilisation, il faut que le pays dispose d'un personnel expérimenté et, d'ordinaire, d'installations cliniques aseptiques. L'efficacité des centres de planification familiale dépendra, dans une large mesure, de la qualité de la formation professionnelle du personnel qui y sera employé. Sur ce plan, le Burundi souffre d'une pénurie de personnel qualifié dans les trois services fondamentaux : les services médicaux, paramédicaux et sociaux. Le personnel paramédical joue un rôle primordial dans la planification familiale grâce aux services qu'il rend dans les cliniques et les maternités. Dans les campagnes, il représente le seul moyen de contact avec les populations rurales. Par conséquent, les agents

paramédicaux constituent un élément essentiel du personnel de la planification familiale.

De plus, il conviendrait d'assurer la formation d'assistantes sociales bénévoles qui iront travailler parmi les populations. Les services de la santé publique devront assurer la formation du personnel des services de planning familial.

Des visites à domiciles peuvent être prévues. On pourra faire appel à certaines personnes choisies sur place et connues de la collectivité, qui auront reçu une formation en matière d'assistance sociale. Ces personnes, qui travailleront en étroite collaboration avec les centres de planification familiale et de protection maternelle et infantile, serviront d'agents de liaison entre ces centres et la collectivité. Ces visites se justifient dans la mesure où certaines préfèrent discuter de leurs problèmes en tête à tête avec du personnel de la santé quand elles sont chez elles.

## II. Cas du Kenya

### 1. Quelques informations sur le planning familial au Kenya

En 1967, le Kenya devient le 1er pays d'Afrique Sub-saharienne à lancer un programme officiel de planification familiale. Notons qu'en 1955, des associations avaient déjà fourni des efforts de régulation des naissances à Nairobi et Mombasa. En 1978, 505 cliniques de protection maternelle et infantile/planning familial disposent de services de planification familiale. Le Gouvernement gère 416 de ces cliniques et le reste est supervisé par des agences locales, des églises et le Family Planning Association of Kenya (F.P.A.K.). Le programme de régulation des naissances visait une réduction de la mortalité infantile et de la fécondité.

Malheureusement, les cliniques ont mal fonctionné parce qu'elles ne disposaient pas de personnel compétent suffisant.

De 1974 à 1978, le coût total du programme de santé maternelle et infantile/planning familial a été estimé à 39 millions de dollars américains. Le Gouvernement a assuré plus ou moins le tiers du financement tandis que la Banque Mondiale, l'USAID, le FNUAP, les agences suédoise et danoise de développement, le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD), le Gouvernement de la République Fédérale d'Allemagne et le Ministère du Développement d'Outre-Mer du Royaume-Uni ont contribué au reste du financement. Pour la période 1975-1979, le programme de planification familiale avait comme objectif d'enregistrer 640.000 nouveaux adhérents, mais cet objectif n'a pas été atteint. Entre 1974 et 1978, le recrutement de contracepteurs n'a pas atteint la moitié de son objectif de 600.000 personnes et les taux d'abandon sont élevés.

Le Ministère de la Santé Publique, le FPAK et le Maendeleo Ya Wanawake Organisation (M.Y.W.O) coopèrent dans différents projets de régularisation des naissances. Depuis 1979, le M.Y.W.O. a entrepris un projet d'information et d'éducation concernant la santé maternelle et infantile. Au 31 Janvier 1984, le projet avait recruté 65.968 nouveaux adhérents. Le tableau suivant reproduit montre la répartition des adhérents au programme de S.M.I./P.F. par province :

Tableau n° 1 : Répartition des adhérents au programme de S.M.I./P.F. par province

| Province | Agent M.Y.W. | Nombre d'adhérents pour les services de S.M.I. (15) et de P.F. | | |
|---|---|---|---|---|
| | | S.M.I. | P.F. | TOTAL |
| Ouest | 5.676 | 29.274 | 10.561 | 39.835 |
| Centre 'A' | 3.551 | 5.142 | 5.613 | 10.755 |
| Nyanza | 5.737 | 6.096 | 1.755 | 7.851 |
| Centre 'B' | 1.062 | 1.919 | 1.033 | 2.952 |
| Côte | 1.270 | 3.802 | 773 | 4.575 |
| TOTAL | 17.296 | 46.233 | 19.735 | 65.967 |

Le projet est terminé depuis le 1er Août 1983 à cause de problèmes rencontrés par le M.Y.W.

Le M.Y.W. forme ses agents avec l'aide du Ministère de la Santé et du F.P.A.K. L'information est assurée à deux niveaux :

- l'hôpital
- le village.

Des séances de cinéma et de causerie concernant les problèmes de la famille sont souvent organisées. Des visites à domicile sont prévues afin de mieux sensibiliser la population et la motiver à participer au programme de planning familial. 20 groupes de distributeurs de contraceptifs ont été constitués dans les circonscriptions de Emuhaya et de Kandara. Les contraceptifs utilisés sont les suivants :

- la pillule
- le dispositif intra-utérin
- le condom
- le spermicide
- le dépo-provera.

On pratique aussi la stérilisation.

Malgré la mise en place d'un système de planification familiale, le Kenya continue d'enregistrer un taux de croissance démographique très élevé (3,9 %). Près de la moitié de la population a moins de 15 ans. En 1962, les Kenyanes avaient une moyenne de 6,8 enfants. Actuellement, le chiffre est de 8,1. Au Kenya, les coutumes ont favorisé la fécondité du mariage et de la maternité. Les enfants sont considérés comme un investissement. Malheureusement, ce sentiment subsiste et la plupart des Kenyans vivent dans les zones rurales caractérisées par une économie de subsistance, au sein de laquelle les traditions sont plus longues à disparaître. De plus, la responsabilité de la planification familiale dépend des femmes, qui ne peuvent prendre des décisions dans une société

dominée par les hommes. Ces derniers constituent le plus grand obstacle au succès d'une campagne de planning familial. Ce n'est que dans le mariage, la grossesse et la maternité que la femme trouve dignité et respect. La crédibilité d'une femme est liée au nombre de ses enfants.

Deux raisons expliquent l'échec du programme de régulation des naissances au Kenya.

Premièrement, la qualité et la disponibilité des services laissent à désirer. Le programme a rencontré beaucoup d'obstacles : un personnel insuffisant, un manque d'information et un système d'éducation peu développé. En plus, les distances que les femmes doivent parcourir pour atteindre les services de planning familial sont longues. La faible demande de services de planification familiale par les Kenyans constitue la seconde raison de l'échec du programme de planning familial. Evidemment, le désir d'une large famille est universel. Cependant, les plus jeunes, les mieux instruites et les filles vivant en ville désirent des familles de dimension réduite. Au fur et à mesure que le pays s'industrialise et que les femmes obtiennent une meilleure éducation, si elles peuvent avoir un accès facile au marché du travail, la demande de services de planning familial va s'accroître.

L'espacement des naissances et la baisse du taux de mortalité continuent à être les principaux objectifs du programme de P.F. au Kenya. Les plans du gouvernement et des O.N.G. mettent l'accent sur l'éducation et l'information. Depuis que le Président du Kenya, Daniel T. Arap Moi, s'est prononcé en faveur d'une politique de contrôle démographique, le programme de planning familial enregistre des résultats positifs. Il est fort probable qu'en expliquant la nécessité de planifier les naissances, en assurant des services et en mettant fin, par une éducation adéquate, aux craintes et aux rumeurs dont les contraceptifs font l'objet, les responsables du programme de régulation des naissances obtiennent certains résultats.

## 2. Enseignements pour le Burundi

Le programme de régulation des naissances concerne aussi bien l'homme que la femme. La plupart des politiques de planification familiale sont orientées essentiellement vers les femmes pour la simple raison que les méthodes contraceptives modernes efficaces sont féminines. Or il a été constaté que le manque de collaboration, voire l'opposition des hommes pouvaient constituer un obstacle à des programmes très bien élaborés. Dans le cas du Burundi, les hommes doivent assister leur femme dans la contraception. Les méthodes contraceptives masculines doivent être disponibles. L'exemple du Kenya est là pour le prouver. En effet, la capacité de produire des enfants est si importante que beaucoup de Kenyans déclarent que les effets psychologiques de la stérilisation, même volontaire, les rendraient impuissants. Pour de nombreuses femmes, la crainte de voir leur mari prendre une seconde ou une troisième épouse suffit à rendre la planification familiale impensable. L'homme peut empêcher sa femme d'assister à une séance d'information ou de se rendre à une consultation de planning familial. Ceci souligne la nécessité de prendre en considération les aspects psychologiques et sociaux dans la programmation des activités de régulation des naissances.

Le Maendeleo Ya Wanawake Organisation participe activement au programme de planning familial. L'Union des Femmes Burundaises (U.F.B.) peut jouer un rôle de premièr plan dans la sensibilisation des jeunes filles et des femmes de tout âge pour leur expliquer les avantages de l'espacement des naissances. Elle est la mieux placée pour enregistrer les phénomènes d'acceptation ou de rejet et les orienter dans le sens du programme. L'organisation de conférences-débats serait souhaitable, car cela assurerait une meilleure circulation de l'information. Lorsque les femmes comprendront le bien-fondé du planning familial, elles se rendront spontanément aux centres de planification familiale afin de recueillir des informations sur l'utilisation des méthodes contraceptives.

## IIème Partie : ESSAI D'EVALUATION DU COUT DE LA CREATION DES CENTRES DE PLANNING FAMILIAL

Les soins de santé primaires sont définis comme un ensemble d'actions qui doivent être réalisées au niveau périphérique (communautaire) pour permettre d'obtenir des résultats positifs sur l'état général de la santé d'une collectivité (16). La stratégie des soins de santé primaire compte huit éléments principaux : éducation sanitaire, alimentation suffisante et nutrition appropriée, eau potable et assainissement, soins maternels et infantiles (y compris la planification familiale), immunisation, préventions des endémies locales, traitement approprié des maladies, fourniture de médicaments essentiels à tous et en toutes circonstances.

La conférence d'Alma-Ata (6-12 septembre 1978) qui a promis la santé pour tous en l'an 2000 a reconnu que le planning familial était une composante essentielle des soins de santé primaire. La planification familiale est un droit fondamental de l'homme. La prévention des maladies infectieuses et parasitaires, première cause de mortalité et de morbidité, l'importance de la malnutrition chez les enfants et les nourrissons, la mise en évidence des complications de la grossesse et des accouchements montrent combien il est urgent d'éduquer les familles en matière de médecine préventive, d'hygiène, d'éducation sanitaire et nutritionnelle, de protection maternelle et infantile, d'espacement des naissances. Un centre de protection maternelle et infantile (P.M.I.) a pour but de sauvegarder la santé de la mère en cours de grossesse et pendant l'allaitement, de permettre aux femmes d'accoucher normalement des enfants sains et de leur apprendre des soins à donner aux enfants. La P.F. doit s'intégrer dans le cadre d'un centre de P.M.I.

La baisse du taux de fécondité va de pair avec celle du taux de mortalité. Il s'agit là d'un aspect essentiel du développement. Parmi les facteurs qui interviennent dans la fécondité, un élément joue un rôle particulièrement important dans les pays où la mortalité infantile est élevée : la volonté des parents d'avoir beaucoup d'enfants pour qu'un nombre suffisant d'entre-eux parviennent à l'âge adulte. Au Burundi, la

mortalité infantile oscille entre 121 et 140 o/oo naissances vivantes. La mortalité infantile entre 0 et 5 ans en rapport avec 1'espacement des naissances est élevée si 1'intervalle entre les grossesses court.

L'espacement des naissances contribue à améliorer 1'état de santé de la mère et de 1'enfant, et de meilleurs services de santé favorisent la planification familiale.

Afin de faire accéder la population aux soins de santé essentiels, le Burundi a opéré une décentralisation des services au sein du Ministère de la Santé Publique. En effet, le pays a été divisé en 4 régions médicales :

- la région médicale de Bujumbura ayant son siège à Bujumbura et comprenant les hôpitaux de Cibitoke, Rwibaga, Muramvya et Kibumbu ainsi deux centres hospitaliers de Bujumbura, 1'hôpital Prince Régent Charles et la clinique Prince Louis Rwagasore ;

- la région médicale de Gitega ayant son siège à Gitega et comprenant les hôpitaux de Gitega, Buhiga, Kibuye, Ruyigi et Murore.

- la région médicale de Ngozi ayant son siège à Ngozi et comprenant les hôpitaux de Ngozi, Kayanza, Kirundo, Musema, Ibuye, Kiremba et Muyinga.

- la région médicale de Bururi ayant son siège à Bururi et groupant les hôpitaux de Bururi, Rumonge, Matana et Rutana.

Un centre hospitalo-universitaire a ouvert récemment ses portes à Bujumbura. Les centres de P.F. doivent s'insérer dans les infrastructures sanaitaires existantes.

Pour diminuer la fécondité, il faut réduire la mortalité infantile. Si la mortalité infantile baisse, il est certain que la population adoptera un comportement nouveau concernant la fécondité.

## I. Raisons du choix d'une stratégie et sa description

### 1. Raisons du choix d'une stratégie

Nous avons considéré 4 stratégies, indépendamment des sources de financement. En 1982, le Burundi comptait 161 dispensaires et centres de santé dépendant de 24 formations hospitalières réparties dans les 4 régions médicales :

1.1. La première stratégie consisterait à créer des centres de P.F. dans les hôpitaux, les dispensaires et les centres de santé. Cette stratégie serait la plus indiquée à mettre en oeuvre puisqu'elle vise à implanter des centres de P.F. dans toutes les formations sanitaires. Le problème est de savoir si tous les centres de P.F. pourront être fréquentés par des personnes venant solliciter des services de planning familial. Ceci paraît invraisemblable compte tenu de la mentalité nataliste de la plupart des Burundais. Le meilleur moyen d'apporter une solution à ce problème est d'entreprendre une campagne intense de sensibilisation et d'éducation de la population concernant les problèmes démographiques. De plus, cette stratégie exige des moyens financiers et matériels importants. Compte tenu des possibilités du pays, elle est difficilement réalisable sur une période de 5 ans. Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire de créer des centres de P.F. avant de mener une campagne d'information qui conduira à l'adoption d'un comportement nouveau concernant le planning familial. Les centres de P.F. doivent être créés en fonction du degré d'acceptation du planning familial par la population, sinon le programme serait voué à l'échec. Même s'il est possible de réaliser cette stratégie avec l'appui financier et matériel extérieur, il faut au préalable qu'il existe une demande de services de P.F. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'organiser des tournées d'information pour évaluer les besoins.

1.2. La seconde stratégie aurait pour objectif l'achat et la distribution de contraceptifs. Le Ministère de la Santé Publique se chargerait de charger de fournir des contraceptifs aux hôpitaux, dispensaires et centres de santé.

Cette stratégie est à rejeter puisqu'elle néglige la côté "information". Or il a été constaté qu'une campagne d'éducation de la population sur le bien-fondé du planning familial est indispensable, sinon le programme n'enregistrerait pas les résultats en effet attendus, à savoir la baisse de la fécondité. Cette campagne peut amener les gens à demander des services de P.F. L'importance d'une campagne d'information n'est plus à démontrer. Par exemple, au Zaïre, il a été procédé à une campagne de sensibilisation de la population concernant les problèmes démographiques par le canal des mass-média avant la mise en place des services de planning familial à travers tout le pays. Le Programme des Naissances Désirables enregistre des succès dans certaines régions du Zaïre (Kinshasa, Bas-Zaïre).

1.3. Le but de la troisième stratégie serait de créer des centres de P.F. dans les hôpitaux, car ils sont mieux équipés que les autres formations sanitaires. Cette stratégie peut porter des fruits si la campagne d'information et d'éducation de la population en matière de régulation des naissances a été bien menée. Toutefois, il n'est pas évident qu'il existe une demande de services de P.F. dans toutes les régions. De plus, les hôpitaux sont souvent éloignés. Or il faut que les centres de P.F. soient facilement accessibles à la population. Cela s'explique dans la mesure où les longues distances à parcourir pour atteindre un centre de P.F. peuvent décourager toute personne qui souhaiterait demander des services de planning familial.

1.4. La dernière stratégie serait la plus avantageuse puisque les centres de P.F. seront implantés dans la région médicale de Bujumbura, région où il existe une demande et une offre de services de planning familial.

Les chances de réussite de cette stratégie se remarquent à travers le projet de PMI/PF de Muramvya. Les objectifs immédiats de ce projet consistent à améliorer la qualité et la couverture des services d'éducation sanitaire et nutritionnelle, d'hygiène personnelle et de l'environnement, de la prévention des maladies transmissibles, de protection maternelle et infantile et de planification familiale en milieu

rural afin d'obtenir une diminution de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile ; à informer la population des conséquences préjudiciables pour la santé de la mère et de l'enfant des naissances trop rapprochées ; à mettre à la disposition des couples qui en expriment le désir des services de planification familiale. De plus, dans la ville de Bujumbura, il existe un C.M.C. (17) du Foréami du H.P.R.C. (18) qui distribue gratuitement des contraceptifs. L'inconvénient de cette stratégie est que les actions de P.F. sont menées seulement dans la région médicale de Bujumbura. Or il a été constaté que la demande du planning familial a rapidement augmenté, dans la ville de Bujumbura, dès le moment où des services ont été disponibles. Il faudra aussi songer à implanter des centres de P.F. dans les autres régions médicales en fonction de la demande de services de régulation des naissances.

Pour la mise en application de cette stratégie, l'Etat peut bénéficier d'un appui financier et matériel d'organismes internationaux (I.P.P.F., U.S.A.I.D., F.N.U.A.P., F.P.I.A., etc...). Toutefois, le financement interne du programme de plannification familiale est important pour plusieurs raisons :

- pour s'engager à fond dans la poursuite d'une politique démographique, l'état doit assurer une part substantielle de son budget de planning familial.

- les services de P.F. n'ont jamais la certitude de pouvoir compter sur des fonds venant de l'extérieur pendant une période prolongée.

- le gouvernement peut exercer un contrôle plus strict sur l'orientation, la nature et le fonctionnement du programme quand il est financé par la trésorerie de l'Etat.

## 2. Description de la stratégie retenue

La région médicale de Bujumbura comprend 7 hôpitaux, 41 dispensaires et 10 centres de santé répartis dans les secteurs médicaux suivants :

- Bujumbura-Bubanza
- Cibitoke
- Muramvya
- Kibumbu.

Ces chiffres nous donnent la répartition des formations sanitaires par secteur médical pour l'année 1982. Les secteurs médicaux sont définis autour des différents hôpitaux. A la tête de chaque région médicale se trouve un médecin directeur qui est responsable de la région au niveau technique et administratif. Le médecin directeur doit remplir les tâches suivantes :

- il dirige et supervise toutes les activités des hôpitaux, centres de santé et dispensaires de son ressort

- il s'occupe de la gestion du personnel qui est mis à sa disposition

- il peut effectuer des mutations à l'intérieur de sa région.

- il veille à l'approvisionnement régulier de tous les services de santé de sa région en médicaments, appareils et instruments médicaux, vivres et toutes les autres fournitures pour le fonctionnement de ces services.

Puisque les centres de P.F. doivent s'insérer dans les structures sanitaires existantes, il faudra en implanter 58 dans la région médicale de Bujumbura. En plus des tâches quotidiennes, le médecin-directeur régional pourrait aussi superviser les centres de P.F. de son ressort. L'idéal serait de créer ces centres sur une période de 4 ans. Un centre de P.F. serait dirigé par une infirmière A2.

L'objectif d'un centre de P.F. est d'inculquer aux mères et aux membres des familles les notions requises pour assurer eux-mêmes bon nombre des soins primaires de santé maternelle et infantile/planification familiale. L'organisation du fonctionnement des centres de P.F. consiste à :

- recruter les clients
- accueillir au centre et dispenser les différents services
- collecter les données nécessaires
- rédiger des rapports d'activités
- gérer le budget et le matériel des centres
- mettre en oeuvre les différentes prestations de soins complets de S.M.I./P.F.
- collaborer avec les autres persennels de santé.

Les activités cliniques consistent essentiellement dans la mise en oeuvre des prestations dans les domaines de :

- l'infécondité et la stérilité
- la contraception (en tenant compte de la nécessité de respecter ou de promouvoir l'allaitement maternel)
- la stérilisation (masculine ou féminine)
- l'interruption volontaire de grossesse.

De plus, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le dépistage des cancers de la sphère génitale constituent des activités qui sont souvent organisées dans le cadre de la planification familiale.

La mise en place, l'équipement et le fonctionnement sont naturellement différents d'un pays à l'autre, d'un environnement social à un autre. Il faut éviter d'impressionner le public par des équipements sophistiqués, car il sera réticent à adhérer au programme de régulation des naissances.

Pour le cas du Burundi, compte tenu des services de santé existants et du niveau de développement, les besoins matériels minimum strictement nécessaires d'un centre de P.F. doivent être simples. Ils doivent correspondre aux exigences cliniques et sociologiques. Les aménagements nécessaires doivent permettre aux clients d'avoir des entretiens en privé avec une infirmière (ou éventuellement un médecin). Les cas compliqués seront confiés au médecin lors de sa visite au centre. Il faut disposer de stocks de contraceptifs suffisants. Le personnel qui travaille dans un centre de P.F. devrait lui aussi utiliser les méthodes de contraception qu'il recommande. Le stock minimum de plaquettes de contraceptifs oraux d'un centre sera toujours au moins égal au double du nombre de utilisatrices. Il existe des associations de P.F. qui sont disposées à fournir gratuitement des contraceptifs aux associations nationales de P.F. qui en formulent la demande. Le centre de P.F. doit disposer d'un système d'enregistrement de l'information dont le minimum peut consister en un registre dans lequel on réservera à chaque cliente du centre une ligne où seront indiqués son nom, son âge, le nombre de ses enfants, la méthode de contraception choisie et s'agit d'une première visite ou d'une visite de contrôle. Dans les systèmes de fichiers plus complets, chaque utilisateur ou utilisatrice aura sa propre fiche, auquel cas une liste alphabétique supplémentaire sera utile. Des cartes séparées que l'on remettra aux clientes et qui portent leur nom, le numéro du centre, l'adresse et la date de la prochaine visite sont généralement nécessaires. Lors d'une visite, il faut établir une carte au nom de la femme et la classer à la visite de contrôle suivante. Lorsque la personne revient, il faut porter sur la carte la date de la seconde visite de contrôle. Chaque semaine, les cartes du fichier qui n'ont pas été déplacées correspondent à celles des femmes qui ne sont pas revenues et, si le centre dispose d'un personnel suffisant, il sera facile de se mettre en contact avec elles par le canal de la poste, le téléphone ou en leur rendant visite.

Un centre de P.F. peut être divisé en 3 services :

- un bureau du chef du centre
- une salle des techniques
- une salle de motivation composée seulement d'un toît.

La salle des techniques est une salle où se déroule l'insertion des dispositifs intra-utérins ou stérilets aux clientes. C'est dans cette salle que les contraceptifs seront conservés. Les examens généraux et les examens gynécologiques s'effectuent dans la salle des techniques. L'examen gynécologique permet de déterminer la taille, la position de l'utérus. Les examens généraux et les examens gynécologiques sont nécessaires puisque les résultats de ces examens permettront à l'infirmière de prescrire le contraceptif qui convient à la cliente. Quant à la salle de motivation, il s'agit d'une salle où se dérouleront les séances d'information. L'infirmière chargée de diriger cette séance essaiera d'éduquer et d'informer la population sur le bien-fondé du planning familial en utilisant les méthodes contraceptives. Elle expliquera aussi l'avantage d'espacer les naissances pour le bien-être de la mère et de l'enfant.

La mission de transmettre un message, d'informer ou la mission de communiquer fait appel à deux méthodes :

- l'entretien individuel;
- la discussion en groupe.

Lors de l'entretien individuel, l'infirmière qui a animé la séance de motivation essaiera d'avoir un dialogue avec la cliente : le dialogue permet de comprendre les problèmes et de trouver des solutions appropriées à ces problèmes.

## II. Essai d'évaluation des coûts liés à cette stratégie

### 4.1. Coûts annuels

Une étude de ce genre n'a jamais été entreprise et pose de nombreux problèmes : les informations souhaitées ne sont pas disponibles. C'est pour cette raison que nous ne procéderons qu'à un essai d'évaluation des coûts liés à la mise en place d'un système de planning familial portant essentiellement sur l'implantation de centres de P.F. L'objectif de

cette étude est de provoquer d'autres travaux qui nécessiteront le concours de personnes disposant d'une longue expérience en matière de régulation des naissances.

Cette évaluation se base sur les prix du marché de 1984. Si l'on considère que le $m^2$ bâti vaut 40.000 F.Bu et que le $m^2$ d'un toît revient à 15.000 FBu, nous pouvons estimer que les coûts engendrés pour la construction d'un centre de P.F. s'élèvent à 1.880.000 FBu. A cela, il faut ajouter l'équipement, pour un montant de 240.000 FBu, et l'achat d'un véhicule pour 1.880.000 FBu. Par conséquent, en additionnant les coûts mentionnés ci-dessus, nous obtenons un total de 4.000.000 FBu. Ce montant doit être, d'abord et avant tout, considéré comme une valeur indicative.

Les coûts de mise en place sont répertoriés dans le tableau n° 2, page suivante:

Tableau n° 2 : Estimation des coûts relatifs à la mise en place d'un centre de planification familiale sur une année.

| Types de dépenses | Quantités | Prix unitaire | Montants | Totaux |
|---|---|---|---|---|
| Construction | | | | |
| Bureau du chef du centre | 12 m2 | 40.000 | 480.000 | |
| Salle de techniques | 20 m2 | 40.000 | 800.000 | |
| Salle de motivation | 40 m2 | 15.000 | 600.000 | |
| Sous-total 1 | | | 1.880.000 | 1.880.000 |
| Equipement | | | | |
| Bureau du chef du centre | | | | |
| Bureau double corps | 2 | 42.000 | 84.000 | |
| Chaise avec accoudoir | 2 | 11.500 | 23.000 | |
| Armoire | 1 | 36.000 | 36.000 | |
| Salle des techniques | | | | |
| Table d'examen | 1 | 27.000 | 27.000 | |
| Table d'instruments | 1 | 18.700 | 18.700 | |
| Tabouret | 1 | 3.600 | 3.600 | |
| Lampe | 1 | 4.000 | 4.000 | |
| IUDKIT | 2 | 11.350 | 22.700 | |
| Salle de motivation | | | | |
| Chaise avec accoudoir | 1 | 11.500 | 11.500 | |
| Une table avec banc | 1 | 9.500 | 9.500 | |
| Sous-total | | | 240.000 | 240.000 |
| Véhicule | 1 | | 1.880.000 | 1.880.000 |
| TOTAL | | | 4.000.000 | 4.000.000 |

Pour ce qui est du volet "exploitation", beaucoup de rubriques ne seront indiquées que pour mémoire faute d'informations suffisantes ;

notamment le matériel nécessaire, dépendant du nombre de clients, en d'autres termes du succès du programme de planification familiale en général et des types de contraceptifs en particulier.

Le personnel du centre de P.F. doit être formé. Des sessions d'études groupant médecins et infirmiers d'une même région médicale doivent être organisées. Au début du programme de régulation des naissances, le personnel pourrait être composé d'une infirmière diplômée et d'une infirmière auxiliaire. On pourra augmenter le personnel si les demandes de services de P.F. augmentent de telle sorte que le personnel disponible ne soit plus en mesure d'assurer convenablement les services demandés. Le coût de formation reste, faute d'informations fiables, difficile à déterminer pour le Burundi et nous ne disposons pas de coûts standards que nous pourrions adapter. Une infirmière diplômée touche 18.000 FBu par mois tandis qu'une infirmière auxiliaire perçoit un salaire de 14.000 FBu/mois. Ainsi, nous nous contenterons de chiffrer les frais du personnel.

Tableau n° 3 : Estimation des coûts d'exploitation d'un centre de planning familial sur une année

| Types de dépenses | Quantités | Prix unitaire | Montant |
|---|---|---|---|
| Personnel | | | |
| Infirmière diplômée | 1 | 216.000 | 216.000 |
| Infirmière auxiliaire | 1 | 168.000 | 168.000 |
| Chauffeur | 1 | 120.000 | 120.000 |
| Formation | p.m. | p.m. | p.m. |
| Contraceptifs* | p.m. | p.m. | p.m. |
| Matériel de bureau | | | |
| Fiches, registres | - | - | 14.000 |
| Divers | p.m. | p.m. | p.m. |
| Véhicules | | | |
| Carburant | 2.400 | 90 | 216.000 |
| Entretien | - | - | 150.000 |
| Total des dépenses chiffrables | | | 884.000 |

* Pour un pays comme le Burundi, il ne devrait pas être difficile de se procurer gratuitement ceux-ci.

## 2. Evaluation des coûts totaux de la stratégie adoptée

Rappelons que la région médicale de Bujumbura comprend 58 formations sanitaires et que les centres de P.F. doivent s'insérer dans les structures sanitaires existantes. Le tableau n° 4 indique les coûts qui seront occasionnés par l'implantation de centres de P.F. sur une période de 4 ans. Le tableau n° 5 montre les coûts d'exploitation des centres de P.F. sur la même période.

Tableau n° 4 : Coûts engendrés par l'implantation de 15 centres de planning familial par an les deux premières années et de 14 centres de planning familial par an les deux dernières années (aux prix de 1984)

| Année / Types de frais | 1 | 2 | 3 | 4 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Construction des locaux | 28.200.000 | 28.200.000 | 26.320.000 | 26.320.000 | 109.040.000 |
| Equipement | 3.600.000 | 3.600.000 | 3.360.000 | 3.360.000 | 13.920.000 |
| Véhicules | 28.200.000 | 28.200.000 | 26.320.000 | 26.320.000 | 109.040.000 |
| Total | 60.000.000 | 60.000.000 | 56.000.000 | 56.000.000 | 232.000.000 |

Tableau n° 5 : Récapitulatif des coûts d'exploitation des centres de planning familial.

| Année / Types de dépenses | 1 | 2 | 3 | 4 | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Personnel | | | | | |
| Infirmieres diplômées | 3.240.000 | 6.480.000 | 9.504.000 | 12.528.000 | 31.752.000 |
| Infirmières auxiliaires | 2.520.000 | 5.040.000 | 7.392.000 | 9.744.000 | 24.696.000 |
| Chauffeurs | 1.800.000 | 3.600.000 | 5.280.000 | 6.960.000 | 17.640.000 |
| Formation | p.m. | p.m. | p.m. | p.m. | p.m. |
| Contraceptifs | p.m. | p.m. | p.m. | p.m. | p.m. |
| Matériel de bureau | | | | | |
| fiches, registres | 210.000 | 420.000 | 616.000 | 812.000 | 2.058.000 |
| divers | p.m. | p.m. | p.m. | p.m. | p.m. |
| Véhicule | | | | | |
| Carburant | 3.240.000 | 6.480.000 | 9.504.000 | 12.528.000 | 31.752.000 |
| Entretien | 2.250.000 | 4.500.000 | 6.600.000 | 8.700.000 | 22.050.000 |
| Total des dépenses chiffrables | 13.260.000 | 26.520.000 | 38.896.000 | 51.272.000 | 129.948.000 |

Pour la mise en application de cette stratégie, l'Etat peut bénéficier du concours financier d'organismes internationaux tels que l'IPPF, l'USAID, le FNUAP, le FPIA, le Corps de la Paix, l'OMS, etc...

## CONCLUSION GENERALE

Un programme de planification familiale doit s'insérer dans la politique globale de développement économique et social. Le développement constitue une affaire de sensibilisation de la population qui montre ses préférences. Il faut canaliser ces préférences dans le domaine du faisable. D'une façon générale, il a été admis que les pratiques d'espacement des naissances doivent s'accompagner de progrès dans les différents secteurs du développement économique et social (santé, culture, éducation, niveau de vie, etc...). C'est pour cette raison que, dans certains pays, les résultats n'ont pas été concluants, car on a parfois mis "la charrue devant les boeufs", en oubliant que l'espacement des naissances pour les pauvres signifie "effacement" lorsque les taux de mortalité ne chutent pas et que les niveaux de vie restent à leur stades les plus bas. Il est probable que les soins de santé primaire, dans le cadre d'une politique équilibrée combinant le développement rural et agricole, des possibilités d'emploi accrues et un meilleur niveau d'alphabétisation peuvent aider le Burundi à réaliser un équilibre entre fécondité et mortalité. Des services de parenté responsable peuvent être mis à la disposition d'un nombre croissant d'hommes et de femmes, tandis que d'autres services sanitaires (immunisations, campagnes contre les maladies endémiques, services curatifs) et une meilleure nutrition améliorent l'état de santé et réduisent la mortalité, notamment parmi les nourrisons et les jeunes enfants.

L'objet de cet article est de fournir des renseignements susceptibles d'aider les personnes qui sont appelées à élaborer une politique de planning familial applicable au Burundi. Nous avons tenté d'évaluer les coûts qui seront occasionnés par la construction de centres de régulation des naissances. Nous avons insisté sur le fait qu'une politique d'espacement des naissances porte essentiellement sur l'implantation de services de planification familiale, visant à amener un plus grand nombre de couples à l'utilisation des méthodes contraceptives. Le programme de régulation des naissances doit faire l'objet de la création d'un organe national qui organise, dirige et contrôle ses activités.

Afin de franchir tous les obstacles liés à la mise en place d'un système de planning familial au Burundi, il est nécessaire d'utiliser toutes les techniques disponibles en vue de rendre les moyens de communication plus efficaces, surtout en ce qui concerne la vie familiale, la santé familiale, l'éducation sexuelle. Il s'agit en fait d'informer, de sensibiliser pour motiver les gens à adopter des attitudes de vie saines. Le programme d'information, d'éducation et de motivation doit être conçu comme un programme continu dont le but serait d'aider les couples non seulement à satisfaire leurs besoins d'espacement des naissances, mais à acquérir une connaissance suffisante pour choisir une contraception convenable et devenir, eux-mêmes, de réels motivateurs. Pour parvenir à changer graduellement la mentalité nataliste de la population afin qu'elle adopte consciemment des attitudes correctes en matière de fertilité, il est capital de l'informer sur le bien-fondé du planning familial, puis de la motiver.

L'information et l'éducation portant sur la planification de la famille doivent être fondées sur des connaissances scientifiques sérieuses et vérifiées. De plus, elles doivent décrire en détail les risques que peuvent comporter l'utilisation ou la non-utilisation de contraceptifs. L'information pourrait être donnée à travers les mass-média, les centres de santé, les foyers sociaux, les réunions et assemblées du Parti, les réunions de l'UJRB et de l'UFB. Les mass-média peuvent diffuser des connaissances à propos des méthodes contraceptives et des services existants et fournir des informations sur d'autres sujets liés aux problèmes de la famille et des conséquences préjudiciables pour la santé de la mère et de l'enfant des naissances trop rapprochées. Il est souhaitable d'avoir deux ou trois enfants en bonne santé plutôt que de voir défiler 12 enfants chétifs. L'abaissement de la mortalité soulagerait les pressions exercées sur l'infrastructure sanitaire du Burundi et le pays pourrait concentrer ses efforts sur la médecine préventive et curative, nécessaire pour le bien-être de la population.

Pour devenir adulte et disposer d'une bonne santé, l'enfant a besoin d'une bonne alimentation, d'une eau propre, d'un habitat salubre,

c'est-à-dire d'un environnement socio-culturel et économique favorable. Si l'on veut obtenir une baisse de la mortalité et de la morbidité maternelle et infantile, il faut améliorer la qualité et la couverture des services d'éducation sanitaire et nutritionnelle, d'hygiène personnelle et de l'environnement.

Une politique démographique efficace présente trois aspects différents : premièrement, les méthodes d'espacement des naissances ; deuxièmement, la manière dont on peut convaincre la population de les adopter ; enfin, des mesures correctes sont nécessaires. En premier lieu, il convient d'opérer un choix entre les méthodes anticonceptionnelles et de stérilisation. En second lieu, on doit considérer surtout le rôle de l'ignorance, de la propagande, des centres de consultation. Enfin, des mesures correctes s'avèrent indispensables si l'on veut que le programme de planification familiale porte ses fruits. Les fonctionnaires doivent absolument montrer l'exemple et jouer un rôle de "leaders" dans ce domaine : ils sont les mieux formés à comprendre les problèmes et à y apporter les solutions nécessaires. De plus, ils seront à même de sensibiliser la population et d'adhérer les premiers au programme de régulation des naissances.

L'acceptation du planning familial exige une évolution fondamentale des attitudes et des comportements, car il s'agit d'un énorme changement socio-culturel. Pour assurer le succès du programme de régulation des naissances, il faut contrarier la mentalité et la culture natalistes des Barundi.

Les résultats ne vont pas s'obtenir du jour au lendemain. La mise en pratique d'une politique de planification familiale constitue un projet de longue haleine. Toutefois, il est nécessaire de mener dès maintenant une campagne de sensibilisation concernant les problèmes de population. Il est fort probable que le Burundi pourrait connaître les premiers résultats de son programme de contrôle des naissances au courant de la décennie prochaine si l'information circule dès maintenant. La mise en place d'un système de planning familial exige que les actions à entreprendre se fassent progressivement.

En premier lieu, il est nécessaire d'organiser l'information concernant la planification familiale et de créer les organes de concertation en vue de préparer le terrain. Secundo, il faudra procéder à la formation des techniciens et agents du programme de régulation des naissances. Il est souhaitable de prévoir l'envoi de missions à l'étranger, soit pour des stages d'études ou de perfectionnement, soit pour bénéficier de l'expérience des autres pays. Tertio, le moment serait venu de lancer le programme de planification familiale. Enfin, au stade final du programme, il faudra procéder à l'évaluation. Les activités d'évaluation revêtent une très grande importance : elles permettent d'apprécier les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés au départ et d'effectuer les changements nécessaires. Il est préférable de pouvoir évaluer le programme d'espacement des naissances par rapport à ses effets sur la santé. Par exemple, on pourra voir l'évolution du taux de mortalité infantile ou l'évolution de l'écart moyen entre les naissances ou l'évolution de l'incidence des maladies sexuellement transmissibles. Il est primordial que le personnel chargé de conduire les activités du planning familial participe à la fixation des objectifs et à l'évaluation des résultats, puisqu'il est le mieux indiqué pour accomplir cette tâche.

Enfin, la réussite du programme de régulation des naissances dépendra de la rapidité avec laquelle le gouvernement mettra sur pied les services indispensables. Trop attendre pourrait rendre inefficace la politique à appliquer, car les problèmes s'accumuleraient et beaucoup de choses seraient à exécuter pour rattraper le temps perdu.

## NOTES ET REFERENCES

(1) Siriba, P. : "Le problème démographique au Burundi : la planification familiale", Le Renouveau n° 1146, 18 novembre 1982, p. 1

(2) Hakizimana, D. : Population et démographie au Burundi : quelles solutions pour quels problèmes ? Le planning familial en question, Bujumbura, octobre 1983, p. 24.

(3) Léon, Aux parents, essai de pédagogie familiale, Ed. des Frères Maristes, Bruxelles, 1945, cité in : L'enfant en milieu tropical, n° 141, p. 60.

(4) Docteur M; Pechevis, "Formation en planification familiale et besoins de la communauté", L'enfant en milieu tropical n° 141, 1er trimestre 1983, p. 7.

(5) The Futures Group : Burundi. Les effets des facteurs démographiques sur le développement social et économique. Washington, D.C., 1982, p. 6.

(6) Robatel, J.P. ; Nyamoya, P. et al. : Les problèmes de population au Burundi. Résultats d'une enquête sur les motivations démographiques. Bujumbura, Université du Burundi, Faculté des Sciences Economiques et Sociales, Boston, Pathfinder Fund, 172 p.

(7) Robatel, J.P., Nyamoya, P. et al. ibidem, p. 106.

(8) Robatel, J.P., Nyamoya, P. et al. ibidem, 172 p.

(9) Kikassa Mwanalessa, "Le planning familial et le concept de Naissances Désirables" Zaire-Afrique n° 174, avril 1983, p. 230

(10) I.P.P.F. : International Planned Parenthood Federation. Son siège est situé à Londres.

(11) JHPIEGO : Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics.

(12) E.U. : Etats-Unis

(13) Kikassa Mwanalessa, op. cit., pp. 221-238.

(14) Population Reports, Série J, numéro 23, janvier 1982 : Films pour programmes de planning familial, J-5.

(15) S.M.I. : Santé Maternelle et Infantile.

(16) O.M.S. : Stratégie Mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. Genève, O.M.S., 1981, p. 13.

(17) C.M.S. : Centre de médecine communautaire.

(18) H.P.R.C. : Hôpital Prince Régent Charles.

Centre Universitaire de Recherche pour le Développement Economique et Social

**Référence bibliographique des Cahiers du CURDES**

Pour citer cet article / How to citate this article

NDONDERA Albert, Essai d'évaluation des coûts liés é la mise en place d'un système de planning familial au Burundi, pp. 1-44, Cahiers du CURDES n° 5, Octobre 1986.

Contact CURDES : curdes.fsea@yahoo.fr