

NATIONS UNIES  
CONSEIL  
ECONOMIQUE  
ET SOCIAL



Distr.  
LIMITEE

E/CN.14/POP/43  
1 Novembre 1971

FRANCAIS  
Original: ANGLAIS



COMMISSION ECONOMIQUE POUR L'AFRIQUE  
Conférence Africaine sur la Population  
Accra, Ghana, 9-18 décembre 1971

LES ASPECTS SANITAIRES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE  
(SESSION X)

par

L'Organisation Mondiale de la Santé

M71-2902

Table de matières

	Pages
Considérations générales	1-2
Santé et fécondité	2-3
Problèmes de santé des mères et des enfants	3-4
Santé et planification familiale	4-6
Services de santé de la famille	6-7
Le système de protection médicale	7-8
Que faut-il entendre par "soins médicaux satisfaisants"?	
Les Critères	8-9
Services de santé de base	9-10
La planification familiale dans le cadre des services de santé	10-15
Conclusion	15-16

## ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

## LES ASPECTS SANITAIRES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Considérations générales

1. Les mots "maladie" et "santé" se rencontrent souvent dans les conversations privées, dans les discours politiques nationaux et internationaux, dans les réunions de sociologues, d'ethnologues et de démographes, et partout où les questions de santé sont discutées. Tous les gens qui emploient les mots "maladie" et "santé" partent de l'idée que la définition de ces termes - s'il en existe une ou si elle a une signification quelconque - est la même pour celui qui écoute que pour celui qui parle.<sup>1/</sup> Cette remarque s'applique particulièrement à l'Afrique, laquelle est souvent considérée comme s'il s'agissait d'un tout homogène alors que ce continent présente en fait une grande diversité linguistique et culturelle. Les maladies qui dominent la scène ne sont pas les mêmes suivant les régions, et les attitudes vis-à-vis de ces maladies varient elles-mêmes.

2. Ce n'est pas par hasard que les régions les moins développées de l'Afrique sont celles où les problèmes sanitaires sont les plus graves et en particulier celles où la transmission du paludisme est le plus intense. Le développement de la santé exige une infrastructure éducative et administrative car il provoque par lui-même dans le système économique et social du pays certaines tensions qui ne peuvent être absorbées que si le pays repose sur une base économique, culturelle et industrielle suffisamment stable.<sup>2/</sup>

---

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

1/ Ordonez-Plaja, A. (1971) In: Teamwork for World Health, CIBA Foundation Symposium in honour of Professor S. Artunkal, p.167, London: J. & A. Churchill.

2/ Macdonald, G. (1963) Acta Tropica, 20, 3, 269-278.

3. Dans tout pays ou même dans toute localité, il y a ordinairement une maladie qui est plus répandue qu'ailleurs et qui peut même dominer tout le tableau sanitaire de la région, par exemple l'onchocercose qui provoque la cécité chez une proportion élevée des malades,<sup>1/</sup> la trypanosomiase qui s'étendait autrefois sur de vastes régions de l'Afrique centrale et occidentale,<sup>2/</sup> la filariose qui entraîne des effets invalidants et humiliants, la dracunculose, le pian, la lèpre et d'autres grandes entités morbides. Indépendamment de ces maladies prédominantes aux conséquences souvent dramatiques, les bases de la mauvaise santé en Afrique sont à peu près les mêmes que partout ailleurs: ce sont les carences alimentaires, l'ignorance des soins à donner aux nourrissons, aux jeunes enfants, et aux invalides, les infections et les risques liés à la reproduction. Un programme de développement de la santé qui ne porterait que sur les maladies exotiques ne pourrait pas être couronné de succès; en effet, il importe de tenir pleinement compte aussi des maladies qui frappent les gens de tous les pays et qui constituent une source importante de mortalité et de morbidité.

4. En Afrique comme ailleurs, il faut faire une distinction, pour la planification des services de santé de la famille, entre les deux grands secteurs de la population, c'est-à-dire le secteur urbain et le secteur rural. Pour les gens qui habitent les régions rurales, les principaux problèmes qui se posent sont les suivants: ignorance, le faible niveau économique, familles trop nombreuses, pénurie de personnel et d'installations sanitaires, manque de moyens de communication qui rend difficile la prestation de services sanitaires.

5. L'exode massif des populations rurales vers les villes a suscité de nombreux problèmes nouveaux parmi lesquels les problèmes sanitaires ne sont pas les moins importants. Ces populations ont échangé leurs anciens systèmes culturels contre l'économie monétaire, l'entassement dans des taudis et les mauvaises conditions d'hygiène. Cette situation oppose de formidables obstacles à l'aménagement d'un système de soins de bonne qualité pour la population de nombreuses zones urbaines de ce genre, population qui s'accroît à un rythme très élevé.

#### Santé et fécondité

6. Les données provenant de nombreux pays montrent une forte corrélation entre l'augmentation du revenu par habitant et l'abaissement de la mortalité. Les taux de mortalité infantile ont, plus que tout autre, une incidence sur la santé de la famille en ce sens qu'il y a toujours une corrélation entre la fécondité et la mortalité infantile. Ce phénomène est bien net en Afrique où les taux de mortalité infantile et juvénile sont élevés et où, dans beaucoup de régions rurales, un nouveau-né n'a souvent guère plus d'une chance sur deux

---

1/ Hunter, J.M. (1966) Geog. Rev., 56, 398.

2/ Mulligan, H.W. (1970) Ed. with Potts, W.H. The African Trypanosomiasis. London: Allen & Unwin.

d'atteindre l'âge de cinq ans.<sup>1/</sup> Parallèlement à ces taux élevés de mortalité, le taux de natalité peut aller jusqu'à 49 pour 1000 et la fécondité totale moyenne est d'environ 6,5 par femme, soit plus que dans toute autre région du monde. La mortalité élevée est certainement un facteur important, sinon le principal, de cette tendance à une grande fécondité. Des données de plus en plus nombreuses montrent que l'abaissement de la mortalité infantile doit précéder celui de la fécondité. L'évolution de la mortalité peut influencer sur celle de la fécondité de deux manières: (i) quand la mortalité baisse, il est nécessaire d'avoir une réduction compensatrice de la fécondité pour que la famille ait la dimension souhaitée, (ii) quand la survie est moins incertaine, on peut diminuer la dimension souhaitée de la famille.<sup>2/</sup>

7. Les mesures sanitaires (y compris la planification familiale) peuvent, par leurs effets sur la morbidité, la mortalité et la fécondité, accélérer le passage d'un faible niveau de production et de consommation à un niveau élevé. En pareil cas, on observe une tendance au parallélisme entre les faibles taux de mortalité et les faibles taux de natalité. Une telle situation assure le rendement maximal des "investissements en ressources humaines" et maintient à un minimum la charge que représentent les enfants. Les besoins et les ressources concernant les activités en faveur de la santé et de la planification familiale évoluent dans le cadre d'une amélioration générale des conditions de vie, entraînant les changements souhaités des taux de mortalité et de fécondité et assurant les transitions concomitantes sur le plan sanitaire, démographique et économique.<sup>2/</sup>

#### Problèmes de santé des mères et des enfants

8. Il convient de se rappeler que les problèmes sanitaires auxquels se heurte la région africaine sont déterminés tout autant par des facteurs économiques que par des facteurs géographiques. La comparaison entre les pays développés et les pays en voie de développement montre, dans les tableaux de la morbidité, des différences marquées qui sont plus manifestes en pédiatrie et en obstétrique que dans les autres disciplines cliniques. Les mères et les enfants représentent entre 60 et 75% de la population totale des pays africains. La vulnérabilité de ce groupe résulte des problèmes particuliers associés à la reproduction et à la croissance. La mortalité maternelle est élevée et la morbidité est fréquente.

9. Les dix principaux groupes de maladies chez les enfants en Afrique rurale sont les suivants: infections aiguës des voies respiratoires, troubles gastro-intestinaux avec déshydratation, malnutrition

---

<sup>1/</sup> Pradervand, F. (1970) Les programmes de planification familiale en Afrique. Paris: Centre de Développement de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques.

<sup>2/</sup> Frederiksen, H. (1969) Science, 166, 837.

protéino-calorique, complications de la rougeole, paludisme, tétanos, anémie, tuberculose, méningite purulente et troubles "iatrogènes". En outre, l'infestation par des parasites intestinaux constitue une importante charge supplémentaire dans la majorité des pays. Ce sont les maladies universelles qui font payer le plus lourd tribut de décès, mais elles sont plus fréquentes et plus létales parce qu'elles se produisent, en règle générale, dans des organismes affaiblis par la malnutrition protéino-calorique.

10. Pour la mère, les risques de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches présentent des caractères particuliers dans certains pays de la région africaine. Toutefois, dans tous les pays, le mauvais état nutritionnel, l'anémie et la multiparité constituent les principaux risques pendant la grossesses. Lors de l'accouchement, les risques de décès les plus fréquents sont la dystocie, l'hémorragie et l'infection.<sup>1/</sup>

#### Santé et planification familiale

11. Du point de vue médical, la planification familiale doit être considérée comme visant l'ensemble de la famille et en particulier la santé et le bien-être des mères et des enfants. Elle porte donc sur des questions très diverses suivant les pays: dans certains de ceux-ci la fécondité est relativement faible et l'accroissement de la dimension des familles est considéré comme souhaitable alors que, dans d'autres, les principaux problèmes sont la grande taille des familles et le taux élevé d'accroissement démographique.

12. La justification sanitaire de la planification familiale en tant que facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et infantiles peut être examinée sous les trois rubriques suivants: (a) âge de la mère, (b) rang de naissance, (c) autres facteurs augmentant les risques associés à la reproduction.

(a) Age de la mère: En général, les risques associés à la reproduction augmentent à mesure que l'âge de la mère diminue en deçà de 20 ans et, d'autre part, à mesure que l'âge de la mère s'étend vers les dernières années de la période fertile.<sup>2/</sup>

(b) Rang de naissance: La mortalité maternelle augmente avec chaque grossesse au-delà de trois et est significativement plus grande avec chaque grossesse au-delà de cinq. L'âge avancé et la parité élevée contribuent parfois indépendamment l'une de l'autre à augmenter le risque pour la mère, mais en général leurs effets s'additionnent.

---

<sup>1/</sup> OMS (1969) Organisation et administration des services de protection maternelle et infantile. AFR/ACH/49. Brazzaville: OMS, Bureau régional pour l'Afrique.

<sup>2/</sup> Perkin, G.W. (1969) In: Family Planning and National Development, pp.59-67. Londres: Fédération internationale pour le planning familial.

13. La fréquence des mortinaissances augment aussi avec ces deux facteurs.<sup>1/</sup>

14. Les programmes de planification familiale qui s'occupent spécialement des mères exposées à un risque élevé ont donc des chances d'avoir une influence importante non seulement sur la mortalité infantile et maternelle, mais aussi sur la fécondité non désirée ou excessive.

(c) Autres facteurs liés à la reproduction: Les grossesses très rapprochées contribuent à l'anémie qui est si répandue chez les femmes en Asie et en Afrique. Yerushalmy<sup>2/</sup> et al. ont montré qu'un intervalle de trois ans ou davantage entre les grossesses est celui qui assure le mieux la survie de l'enfant et que la mortalité infantile augmente progressivement à mesure que l'intervalle intergénéral diminue. La mortalité infantile est significativement plus élevée dans les régions rurales que dans les régions urbaines. Dans les premières, la plupart des mères ont tenu à accoucher chez elles, à peu près sans aucune assistance d'une personne qualifiée. D'une manière générale les risques liés à la reproduction sont sensiblement plus élevés chez les mères peu instruites des régions rurales que chez les femmes des villes, plus instruites.

15. L'un des arguments les plus convaincants en faveur de l'espacement des naissances est l'effet qu'entraînent sur le plus jeune enfant des grossesses trop rapprochées. Si la mère interrompt soudainement l'alimentation au sein, à cause d'une grossesse nouvelle, l'enfant risque de souffrir d'une carence marquée en protéines, car il ne peut assimiler les protéines moins digérées et moins abondantes que lui fournit la nourriture familiale. En Afrique, parmi les enfants en bas âge, la mortalité est maximale (en dehors de la période néonatale) à l'époque du sevrage. Le danger augmente si le sevrage est précoce, parce que la résistance de l'enfant aux infections est abaissée juste au moment où l'immunité d'origine maternelle vis-à-vis des maladies infantiles commence à s'épuiser.

16. Une revue d'ensemble des aspects sanitaires de la planification familiale a été faite par un groupe scientifique en 1970.<sup>3/</sup> Indépendamment des questions proprement sanitaires qu'il mentionne, d'autres considérations sanitaires et sociales justifient la planification familiale; en effet, celle-ci permet: (i) d'améliorer les soins aux enfants et l'état de nutrition de ceux-ci, (ii) d'améliorer l'état de nutrition et le bien-être de la mère, (iii) d'éviter les risques liés aux avortements provoqués.

---

<sup>1/</sup> Eastmen, N.J. & Hellman, L.M. (1961) William's Obstetrics, 12th Edn. New York: Appleton-Century-Crofts.

<sup>2/</sup> Yerushalmy, J., Bierman, J.M., Kemp, D.H., Connor, A. & French, F.E. (1956) Amer. J. Obstet. Gyn., 71, P.80.

<sup>3/</sup> OMS (1970) Sér. rapp. techn., N° 442.

17. La prévention de la grossesse chez les femmes à risque élevé est probablement le moyen sanitaire le plus efficace pour influencer directement le nombre des décès et le nombre des naissances.

18. Les catégories de femmes suivantes peuvent être considérées comme exposées à un risque élevé:

- (i) Femmes souffrant de certaines maladies chroniques qui menacent la vie en cas de grossesse et d'accouchement; femmes atteintes de maladies telles que les maladies cardio-vasculaires, l'anémie grave, la toxémie au début de la grossesse, le diabète, la tuberculose, les troubles rénaux et le cancer.
- (ii) Femmes chez lesquelles les grossesses sont peu espacées.
- (iii) Mères de parité supérieure à trois.
- (iv) Mères ayant moins de 20 ans ou plus de 35 ans.
- (v) Femmes ayant des antécédents de grossesses anormales.
- (vi) Femmes ayant une mauvaise situation économique, généralement associée à un ou plusieurs des facteurs indiqués ci-dessus.

#### Services de santé de la famille

19. Les problèmes spéciaux qui se posent en Afrique rurale et généralement dans les régions tropicales résultent du fait qu'il s'est établi une relation délicate entre les facteurs physiques (climat, sol) et la communauté biologique naturelle. Cet équilibre est facilement rompu et toute altération importante risque d'être catastrophique.<sup>1/</sup> Toutefois, comme on l'a noté, les facteurs socio-économiques ont aussi une grande influence sur les niveaux généraux de santé; en particulier les services sanitaires mis à la disposition de la collectivité sont directement tributaires des contraintes économiques.<sup>2/</sup>

20. Indépendamment des faits épidémiologiques, la présentation de soins médicaux à la famille est donc influencée par beaucoup d'autres facteurs.

21. La protection médicale a fait l'objet d'une définition large comprenant toute la gamme des services sanitaires personnels: promotion de la santé; prévention des maladies; dépistage précoce des maladies;

---

<sup>1/</sup> Adu, A.L. (1964) Int. Union Conserv. Nature. I.U.C.N. Publications N.S.4., Morges, Suisse.

<sup>2/</sup> Abel Smith, B. (1963) Coût et financement des services médico-sanitaires. Cahiers de Santé publique, N° 17, OMS, Genève.



diagnostic, traitement et réadaptation des malades. Ces services sanitaires personnels sont aménagés, financés et fournis sous la forme d'activités très diverses, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. L'expression "protection médicale" doit donc être considérée comme couvrant tout le système des relations personnelles et des moyens organisés par lesquels les services sanitaires sont mis à la disposition de la population.<sup>1/</sup>

#### Le système de protection médicale

22. Les trois principaux éléments du système de protection médicale sont les suivants:

- (1) L'élément personnel, c'est-à-dire les gens qui ont besoin de services sanitaires. Ce sont les individus et les familles qui, à un moment ou un autre de leur vie, ont besoin des services mis à leur disposition par le système de protection médicale et utilisent ces services.
- (2) L'élément professionnel, c'est-à-dire les gens qui fournissent les services sanitaires.
- (3) L'élément social, c'est-à-dire les organisations publiques et privées qui exercent dans la collectivité diverses fonctions destinées à mettre les services sanitaires à la disposition de la population.

23. Les liaisons et interactions entre ces éléments constituent la structure du système de protection médicale, lui donnant forme et montrant ses fonctions. La principale interaction est toujours entre les gens qui ont besoin des services et ceux qui les fournissent; il s'agit soit d'une interaction personnelle, par exemple entre le malade et son médecin, soit d'une interaction indirecte et quelque peu impersonnelle comme dans une campagne de vaccination de masse. Toutefois, qu'elle soit directe ou indirecte, l'interaction personnelle qui intervient dans les services fournis et reçus constitue le coeur du système de protection médicale. Les gens, en tant qu'individus, familles ou groupes, ont besoin des services sanitaires personnels et les utilisent. Les dispensaires, centres de santé, hôpitaux, etc., sont les établissements essentiels par le moyen desquels on peut organiser le personnel pour fournir des services, où le travail d'équipe peut être encouragé et où l'on peut s'occuper efficacement de malades nombreux présentant des affections très diverses.

---

<sup>1/</sup> Myers, B.A. (1969) A Guide to Medical Care Administration. New York: American Public Health Association.

24. Les individus et les familles sont les consommateurs ultimes des services sanitaires personnels et il y a entre eux, bien entendu, de grandes différences en ce qui concerne les services qu'ils attendent. Toutefois, en général, les principales raisons pour lesquelles un individu intervient dans le système de protection médicale sont les suivantes: on attend le soulagement de la douleur et des symptômes ou bien l'on cherche à éviter pour l'avenir une douleur ou une invalidité. Pour la plupart des individus, en Afrique, les soins médicaux seront surtout recherchés lorsqu'une maladie ou un traumatisme vient troubler les activités quotidiennes. Par conséquent, pour la majorité des individus, les soins médicaux sont une nécessité qu'on cherche plutôt à éviter. Un individu peut ignorer que lui-même ou les personnes de son entourage ont besoin de soins médicaux, particulièrement en ce qui concerne l'enfant; souvent, même si le besoin est reconnu, l'individu ne cherchera pas à se faire soigner ou bien il ignorera l'existence d'établissements locaux de soins médicaux auxquels il pourrait faire appel.

25. Ces considérations sont d'une importance capitale pour les plans visant à introduire des services de planification familiale dans le système de protection médicale. Les services sanitaires qui sont insuffisants en quantité ou en qualité ou qui ne parviennent pas à répondre aux demandes des individus et de la collectivité pour le simple soulagement des signes et symptômes ou des invalidités résultant de la mauvaise santé seront probablement inefficaces aussi en matière de planification familiale. Aucune mère n'acceptera les conseils ou les services de la planification familiale si l'établissement sanitaire considéré se montre incapable de donner des soins médicaux satisfaisants à ses enfants quand ils sont malades.

Que faut-il entendre par "soins médicaux satisfaisants"? Les critères

26. Les éléments essentiels des "soins médicaux satisfaisants" sont les suivants:

- (i) accessibilité
- (ii) qualité
- (iii) continuité
- (iv) efficience.<sup>1/</sup>

27. Ces éléments doivent constituer les objectifs de la prestation de soins médicaux de bonne qualité.

(i) Accessibilité: Les soins médicaux doivent être accessibles à l'individu à l'endroit et au moment où il en a besoin, tandis que celui qui fournit les services doit pouvoir recourir lui-même à une gamme

---

<sup>1/</sup> Myers, B.A. (1969) A Guide to Medical Care Administration. New York: American Public Health Association.

étendue de services de la part de ses collègues, et disposer des installations, de l'équipement et des médicaments nécessaires pour ses malades.

(ii) Qualité: Pour être de qualité, les soins médicaux doivent s'appuyer sur les connaissances scientifiques et les techniques modernes et, en même temps, doivent être acceptables par l'individu.

(iii) Continuité: Du point de vue du malade, le processus des soins médicaux doit traiter en lui la personne et non pas simplement la maladie. Par conséquent, pour l'individu, la continuité signifie que l'on se préoccupe de lui en tant qu'être humain dans le cadre de sa famille et de sa communauté et que l'on s'oriente vers la promotion et le maintien de sa santé totale. Cela implique donc l'intégration des services préventifs et des services curatifs. Par exemple, une mère qui emmène son enfant dans un dispensaire où elle constate qu'on s'occupe de son enfant avec gentillesse et efficacité sera plus sensible à toute suggestion tendant à ce qu'elle amène au dispensaire. Ses autres enfants pour y subir des examens préventifs et elle acceptera plus volontiers des conseils sur les services de planification familiale visant à améliorer la santé de sa famille.

(iv) Efficience: Le quatrième élément essentiel est l'efficienc, dont l'économ<sup>ie</sup> constitue un aspect important. Une administration efficace des programmes de soins médicaux favorise l'emplci économique de ressources sanitaires limitées et permet d'assurer une bonne protection médicale de la collectivité.

#### Services de santé de base

28. La protection médicale de la famille et de la collectivité est assurée par un réseau d'unité périphérique et intermédiaire coordonnées, coiffées par une administration centrale capable d'accomplir efficacement certaines fonctions indispensables à la santé de la région et de veiller à la mise en place d'un personnel professionnel et auxiliaire compétent pour exercer ces fonctions. Ce réseau constitue l'ensemble des services sanitaires de base.<sup>1/</sup>

29. L'unité sanitaire périphérique doit être un établissement permanent facilement accessible à la population qu'il dessert et être doté d'une équipe de travailleurs sanitaires professionnels et/ou auxiliaires capables d'exercer ses fonctions soit dans l'établissement, soit au domicile des gens. Lorsque la zone à couvrir est petite à cause de la densité de la population, le personnel de l'établissement sera normalement en poste au centre principal; dans les régions à population dispersée ou bien lorsque l'état des moyens de communications rend les déplacements difficiles, il sera nécessaire de prévoir des postes sanitaires ou des centres dotés de travailleurs résidant sur place.

30. On estime que les services sanitaires de base doivent comprendre les éléments suivants:

- (1) Santé maternelle et infantile, y compris la planification familiale
- (2) Lutte contre les maladies transmissibles
- (3) Assainissement
- (4) Tenue de dossiers à des fins statistiques
- (5) Education sanitaire de la population
- (6) Services infirmiers de santé publique
- (7) Soins médicaux (dans une mesure variable avec les besoins de la région et l'accessibilité des grands centres hospitaliers).

31. Pour assurer des soins médicaux satisfaisants et répondre aux critères d'accessibilité, qualité, continuité et efficacité, l'administration sanitaire doit avoir pour objectif d'offrir un service sanitaire intégré, assurant la protection de la santé d'une zone donnée soit dans le cadre d'une seule administration, soit par l'intermédiaire de plusieurs institutions dont les services sont coordonnés.<sup>1/</sup>

#### La planification familiale dans le cadre des services de santé

32. Il y a de multiples avantages à assurer la planification familiale dans le cadre du système de protection de la santé. Les travailleurs sanitaires ont de nombreuses occasions d'aborder ce sujet: soins donnés après un accouchement ou un avortement, soins aux enfants, vaccinations, conseils aux familles sur l'alimentation, conduite du traitement de certaines maladies comme la tuberculose. Non seulement les travailleurs sanitaires de base rencontrent les personnes à ces moments critiques mais ils ont aussi la possibilité d'établir des rapports personnels avec les individus, ce qui est un élément très important pour les problèmes relatifs à la reproduction. En outre, de nombreuses catégories de travailleurs sanitaires bénéficient maintenant d'une formation et d'une expérience qui leur permettent d'exercer auprès des individus et des groupes l'action éducative qui est si indispensable à tout effort de planification familiale.

33. L'ensemble des problèmes associés à la reproduction (stérilité, grossesse, prévention de l'avortement, éducation sexuelle, etc.) exige les compétences et les techniques des services sanitaires généraux. Lorsque les services de planification familiale sont ainsi intégrés dans les services de santé généraux, ils peuvent tenir compte de l'interdépendance de tous les facteurs et mieux déterminer les priorités et les ressources nécessaires à des collectivités particulières.

---

<sup>1/</sup> OMS (1954) Sér. Rapp. techn., N° 83.

34. De nombreuses méthodes de régulation de la fécondité existent actuellement ou sont susceptibles d'être utilisées; elles exigent un personnel sanitaire ayant reçu l'entraînement nécessaire pour fournir les techniques, en surveiller l'utilisation, en étudier les effets secondaires et y remédier. L'utilité des différentes méthodes repose sur un certain nombre de facteurs: l'efficacité avec laquelle elles empêchent la grossesse; les risques qu'entraîne leur utilisation pour la santé; leur coût et leur simplicité d'emploi, et autres facteurs qui influent sur leur acceptabilité. Ces facteurs réagissent les uns sur les autres et contribuent à influencer le choix de telle ou telle méthode par les administrateurs ainsi que le choix et la continuité d'emploi des méthodes par les individus ou les couples.

35. De nombreuses méthodes employées avec succès par des individus ayant une motivation suffisante sont trop difficile ou désagréables à employer régulièrement par ceux qui sont moins motivés. Certaines méthodes d'emploi facile sont trop inefficaces pour empêcher une grossesse non désirée. Les effets secondaires importants et, plus souvent, les effets secondaires mineurs de nombreuses méthodes empêchent la persistance d'utilisation.

36. Essentiellement, les risques associés à n'importe quelle méthode doivent être comparés aux risques qu'il y a à utiliser d'autres méthodes ou à n'employer aucune méthode. Par exemple, les risques qu'entraîne pour la santé ou la vie une grossesse non désirée dans une situation donnée peuvent être beaucoup plus graves que les risques d'effets secondaires dus à tel ou tel contraceptif. Les conditions de morbidité et de mortalité qui règnent dans un pays ou une collectivité et la possibilité de recourir aux soins médicaux dont on peut avoir besoin pour certaines méthodes doivent être prises en considération lorsqu'on détermine les risques comparés de la prévention des grossesses non désirées et, d'autre part, ceux des effets secondaires graves ou mineurs des différentes méthodes.

37. De grands progrès ont été faits ces dernières années dans la mise au point et l'amélioration des méthodes de régulation de la fécondité mais, à en juger d'après n'importe quel critère, l'état actuel de ces méthodes est loin d'être satisfaisant et il est indiscutablement nécessaire que le secteur sanitaire élargisse et intensifie les recherches fondamentales et appliquées en vue de la mise au point de méthodes meilleures.

38. D'autres facteurs encore renforcent l'efficacité de la planification familiale dans le cadre des services sanitaires. La structure administrative établie pour recueillir des données sur les naissances, les décès, les maladies, le travail fourni par le personnel et les moyens disponibles, constitue un moyen commode pour l'évaluation de l'élément "planification familiale" des services sanitaires. Il y a également des raisons logistiques pour intégrer les activités de planification familiale dans celles qui concernent les autres besoins sanitaires des collectivités. Le financement peut être groupé,

on peut renforcer l'infrastructure, améliorer le contrôle du personnel et éviter les doubles emplois d'installations.<sup>1/</sup>

39. Comme la mise en oeuvre des activités de planification familiale s'adresse à des individus ou à des groupes d'individus, toute intégration des activités de planification familiale dans un système de services sanitaires doit viser l'individu et la famille. Les ressources et autres facteurs étant divers, il en est de même de l'étendue des services sanitaires, de sorte que les activités et les tâches sanitaires sont assurées par différentes catégories de personnel suivant les situations. Les facteurs communs sont les tâches à remplir pour assurer un service ou répondre à une demande. Ces tâches sont universellement reconnues sinon uniformément exécutées. Il y a peu de variations dans les tâches, mais la variation peut porter sur la catégorie de personnel dont on dispose pour les réaliser.

40. Les établissements des services sanitaires varient suivant le système de prestations des soins médicaux. L'utilisation de ces établissements pour la planification familiale dépendra des engagements actuels du personnel (charge de travail et temps disponible) ainsi que des contacts possibles avec les groupes visés par les objectifs du programme. Plutôt que de considérer isolément les établissements prestataires, il peut donc être plus profitable de passer en revue les activités assurées dans les secteurs correspondant aux services de santé de base indiqués plus haut et de voir comment ces services peuvent s'articuler avec la planification familiale. Cet examen peut se résumer comme suit:

#### (1) Santé maternelle et infantile

41. Les problèmes sanitaires que posent les mères et les enfants sont nombreux et complexes, et ils réagissent les uns sur les autres de façon importante. Les facteurs qui contribuent à la mauvaise santé sont en grande partie connus et il faut constamment les avoir présents à l'esprit lorsqu'on cherche à fixer les objectifs des programmes de santé maternelle et infantile en Afrique. L'objectif ultime doit être d'atteindre l'effectif maximum de la population avec le minimum de services que l'on peut considérer comme fondamentaux.

42. L'étendue des soins et du contrôle compris dans ces services couvre le contrôle prénatal et postnatal, l'accouchement, les dispensaires pour nourrissons et enfants ainsi que les enquêtes spéciales de dépistage. Les activités de planification familiale peuvent être raccordées à toutes les activités des dispensaires de protection maternelle et infantile car ils permettent à l'infirmière sage-femme de montrer les avantages de la planification familiale lors de ses

---

<sup>1/</sup> OMS (1969) Sér. rapp. techn., N° 428.

visites à domicile avant et après l'accouchement et de suivre l'utilisation des méthodes de planification familiale. Avec une bonne organisation, la planification familiale et les soins généraux de protection maternelle et infantile se renforceront mutuellement et leur association favorisera la continuité des soins destinés à la famille. Il est facile de calculer la demande potentielle de ces services; l'objectif, en termes quantitatifs, est d'assurer la protection sanitaire de toutes les mères et de tous les enfants. L'efficacité de ces services peut donc être déterminée facilement d'après leur utilisation.

43. En Afrique, les activités de protection maternelle et infantile sont assurées principalement, dans les établissements périphériques, par des auxiliaires qui ne peuvent pas travailler correctement tout seuls. L'efficacité des auxiliaires est donc directement proportionnelle à la quantité de formation en cours de service et de directives données par des cadres professionnels ainsi qu'à l'intérêt qu'ils portent à leur travail. La sage-femme villageoise non qualifiée a aussi un rôle important à jouer en matière de planification familiale dans les collectivités rurales, dans le cadre des opérations de protection maternelle et infantile.

44. Il est indispensable que les services de santé maternelle et infantile aient des objectifs bien définis et accessibles, compte tenu de leur situation géographique et de leurs ressources totales, et que la réalisation de ces objectifs ait été évaluée avant que l'on ne fixe la place des activités de planification familiale dans ce cadre.

#### (2) Lutte contre les maladies transmissibles

45. Les programmes spéciaux de lutte contre des maladies telles que le paludisme et la tuberculose, la lèpre et les maladies vénériennes, donnent au personnel l'occasion de se rendre au domicile des gens. On fait en général une reconnaissance géographique comportant l'établissement de registres des ménages, lesquels constituent la base d'un enregistrement ultérieur des données d'état civil. On peut donc très bien utiliser ce personnel pour identifier les groupes vulnérables et pour prendre des mesures éducatives simples.

#### (3) Assainissement

46. Dans la plupart des plans nationaux, l'un des principaux objectifs du secteur sanitaire est celui de la participation et de la coopération des collectivités, particulièrement en ce qui concerne l'amélioration du milieu. Cette notion fait d'ailleurs partie de la définition de la santé publique.<sup>1/</sup> La participation de la collectivité doit être associée de préférence à l'éducation des adultes dans tous les domaines de la santé des collectivités, et en particulier dans celui de la planification familiale.

<sup>1/</sup> OMS (1952) Sér. Rapp. techn., N° 55.

#### (4) Collecte de données et tenue de dossiers

47. Le degré d'enregistrement des naissances et des décès varie dans toute l'Afrique. Dans certaines régions, on a organisé un cadre d' "agents de village" à l'occasion de programmes spéciaux visant l'endiguement ou l'éradication de maladies transmissibles. Dans la plupart des cas, ce personnel fait partie de l'équipe sanitaire locale avec des tâches spéciales relatives à la surveillance des maladies et à la tenue des dossiers. Les statistiques d'état civil enregistrées par ces agents peuvent aider à identifier des zones, des familles et des individus vulnérables et, par la suite, à évaluer les programmes de planification familiale.

#### (5) Education sanitaire

48. Beaucoup d'éléments fondamentaux de la mauvaise santé dans une collectivité - par exemple les troubles de la nutrition, l'ignorance au sujet des soins aux enfants en bas âge et aux jeunes enfants, la mauvaise hygiène personnelle et la mauvaise hygiène du milieu, la propagation désordonnée des infections et les nombreux accidents de toute nature - ne peuvent être corrigés que par une action personnelle ou communautaire en association avec les services de santé ou sur leur conseil; si l'on tient compte de ce fait, on se rendra compte que l'éducation sanitaire doit faire partie intégrante des services sanitaires de base et doit accompagner tous les services sanitaires fournis. Si l'on prend en considération la santé de l'ensemble de la famille, il faut tenir compte de facteurs tels que la densité de population et ses effets sur les ressources du milieu, y compris l'eau, le logement, etc., ainsi que les risques personnels qu'entraînent des grossesses trop fréquentes et trop nombreuses. L'éducation au sujet de l'espacement des naissances doit donc faire partie intégrante de l'éducation sanitaire des familles et de la collectivité.

#### (6) Services infirmiers de santé publique

49. Des services tels que les visites à domicile, le dépistage des contacts, les soins postnatals, les soins aux enfants, et l'éducation sanitaire générale sur l'hygiène personnelle et la nutrition, donnent au personnel l'occasion d'apporter une assistance dans les différentes phases des activités de planification familiale.

#### (7) Soins médicaux

50. Indépendamment du traitement général des maladies et traumatismes banaux dans les dispensaires, il existe de nombreux établissements spécialisés. Partout où il existe des établissements spécialisés de ce genre pour la malnutrition, la tuberculose, la lèpre ou d'autres affections dans lesquelles la grossesse peut constituer un risque du point de vue médical et doit donc être différée, il faut donner des informations et des conseils sur la planification familiale. Les soins médicaux donnés dans les services d'hospitali-



sation des hôpitaux offrent de nombreuses occasions d'exercer des activités de planification familiale. On mentionnera par exemple l'accouchement, les suites de couches, ainsi que les avortements. Les examens et traitements gynécologiques permettent de même d'identifier les femmes qui ont besoin de conseils et d'aide pour la planification familiale.

51. C'est dans ces différents cadres des services sanitaires de base que l'on peut organiser l'introduction de la planification familiale. Avant de faire des choix définitifs, il est nécessaire d'établir une prévision sur l'accélération probable de la demande de services, car ceux-ci, comme n'importe quel autre élément des services sanitaires de base, doivent répondre aux critères d'accessibilité, qualité, continuité et efficacité.

### Conclusion

52. Il est facile de voir que, lorsqu'on examine l'utilisation possible des services sanitaires actuels pour les activités de planification familiale, les services qui ne parviennent pas à améliorer la santé et à s'occuper de la famille seront probablement tout aussi inefficaces dans la régulation de la reproduction.<sup>1/</sup>

53. La tâche de l'administrateur sanitaire est de fournir un système assurant un service médical préventif et curatif intégré, appuyé par une administration efficace. Il est nécessaire de rechercher constamment un équilibre entre efficacité et économie, entre services nationaux et services locaux, entre services mobiles et services fixes, entre les soins quotidiens à la population et la nécessité de développer les recherches scientifiques qui profiteront à la collectivité.<sup>2/</sup>

54. Les services de santé de la famille doivent donc viser à prévenir, endiguer et, le moment venu, éliminer les principaux problèmes pathologiques, à protéger les enfants en bas âge et les jeunes enfants, et, enfin, à prévenir et à traiter les maladies et accidents courants de la vie. Ces conclusions appellent un effort constant en faveur de l'établissement d'une infrastructure de services sanitaires capables de répondre à tous les besoins sanitaires, y compris la planification familiale. Une fois cette infrastructure installée, les objectifs de la santé générale et ceux de la planification familiale seront atteints et se soutiendront mutuellement.

---

<sup>1/</sup> Bryant, J. (1969) Health and the Developing World. Ithaca and London: Cornell University Press.

<sup>2/</sup> ONS (1967) Sér. Rapp. techn., N° 350.

55. Une bonne planification sanitaire est nécessaire si l'on veut répartir et utiliser de la façon la plus judicieuse des ressources limitées.<sup>1/</sup> D'après les estimations actuelles sur le coût d'un système mondial de services sanitaires de base, ceux-ci sont tout à fait dans les limites des ressources économiques disponibles.<sup>2/</sup> Sur le plan technique, les administrateurs de la santé publique ont accumulé les connaissances nécessaires pour l'organisation de services sanitaires de base décentralisés. D'un point de vue politique et humanitaire, cette méthode est acceptable partout.

56. Ce dont on a besoin maintenant, c'est en quelque sorte d'une "campagne de masse" en faveur des services sanitaires de base, campagne qui permettra d'apporter avec succès les bienfaits des services de santé généraux, y compris la planification familiale, au plus grand nombre possible de gens.<sup>3/</sup>

---

1/ OMS (1967) Sér. Rapp. techn., N° 350.

2/ Taylor & Berelson (1968).

3/ Kessler, A. & S. (1970) Les aspects sanitaires de la planification familiale. Groupe d'étude OMS sur la vulgarisation des aspects sanitaires de la planification familiale.