



« Une bonne santé est beaucoup plus que l'absence de maladie »

SOMMAIRE

Editorial: Santé pour tous	3
Articles:	
P. C. Mutambuka: L'Afrique récolonisée?	4
R. Heremans: Kayibanda à travers ses notes personnelles	4
Dossier: Santé pour tous	
Dr. F. Muganza: Position et propositions d'un ministre	23
Dr. D. Hitiimana: Controverses: Santé et médecine du futur	36
M. Bogaert: Accompagnement spirituel du malade	47
Dr. E. Mutabaruka: Soins de santé primaires: Perspectives d'avenir	56
Dr. P. Vimont Vleary: Pour une médecine populaire	63
G. Kabanda: Santé oblige. Le point de vue d'un praticien	72
G. Musy: La guérison est la meilleure prévention	77
Dans l'Eglise au Rwanda:	
Nécessité de l'autofinancement — Place au laïc	80
Séminaire œcuménique — Séminaristes dans la paroisse	80
Carnet:	
Rédaction: Mai - Juin 1985	86
A travers livres et revues:	
J. M. Gabicoud: Le commerce des esclaves au Rwanda	91
C. Lombrière: Le Rwanda vu d'Europe	97
Le Scribe:	
J. Kagame: Démystifions le plan	109

DIALOGUE

DIALOGUE N° 112

Sept. - Octobre 1985

ONT COLLABORE A CE NUMERO

Pierre Claver MUTAMBUKA, Professeur, Université d'Illé-Illé, Nigeria
Roger HEREMANS, Professeur, Université Nationale du Rwanda, Campus de Nyakinama, Ruhengeri

François MUGANZA, Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Kigali

Déogratias HITIMANA, Docteur en médecine, Centre Hospitalier de Kigali
Marcel BOGAERT, Jésuite, Centre Christus de Remera, Kigali

Evariste MUTABARUKA, Docteur en médecine, Centre Hospitalier de Kigali

Pierre VIMONT Vicary, Docteur en médecine, Ancien directeur de la Région Sanitaire de Ruhengeri

Gaspard KABANDA, Assistant médical, Rutobwe, Gitarama

Guy MUSY, Dominicain, Revue DIALOGUE, Kigali

Raphaël GASHUGI, Prêtre diocésain, Aumônier militaire, Camps Kano-mbe, Kigali

Guy THEUNIS, Père Blanc, Paroisse Nyamirambo, Kigali

Jean GRIET, Prêtre Fidel Donum, Université Radiophonique de Gitarama
Emmanuel SENZIRA, Elève au Petit Séminaire de Rwesero, Byumba

Jean-Marie GABLOU, Père Blanc, Professeur au Petit Séminaire de Kabgayi, Gitarama

Claud LOMBRISER, Dominicain, Club Rafiki Nyamirambo, Kigali

Joseph KAGAMA, Technicien d'Analyses Biologiques, OVIBAR, Kigali

EDITEUR:

A.S.B.L. — DIALOGUE B.P. 572 KIGALI/RWANDA

REDACTION: Guy MUSY et Joseph NTAMAHUNGIRI

COMITE DE REDACTION:

BAGAMBIKI Zéphyrin — BAGARAGAZA Thaddée —

FUNGA François — HITIMANA Déogratias —

GAKWAYA Athanase — KAMEYA André —

MUKABUTERA Dorothée — MUNYAMBARAGA Narcisse —

MUNYARUGERERO François-Xavier — NGIRABACU

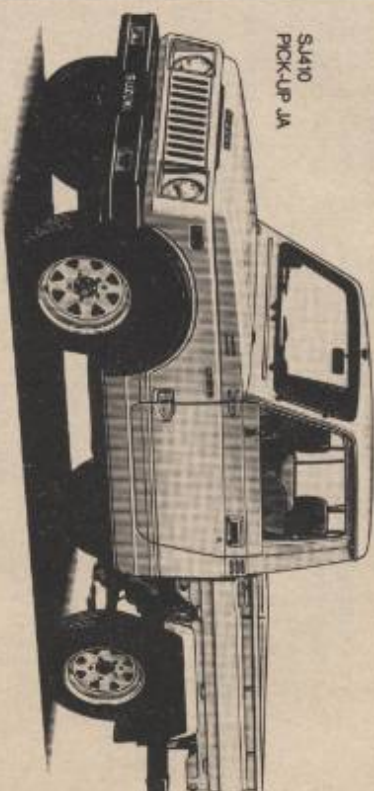
Jean-Baptiste — NTAKIRUTIMANA Jean Damascène —

NTIRABAHUTE Catherine — RUKESHASHA Aloys —

SINDAMBIWE Silvio — THEUNIS Guy

SECRETAIRE-DACTYLOGRAPHIE: KAMANGO T.

SUZUKI SUZUKI



4x4

La Camionnette Suzuki 500 kg. à 4 roues motrices permet d'emprunter les pires pistes sans appréhension.

Elle consomme peu, est très résistante et ne coûte pas cher.



RWANDAMOTOR S.A.R.L.

B.P. 448 KIGALI Tél.: 44 38 - 50 34 - 54 52



1979: La guerre dans les pays de transit menace de couper le Rwanda de son approvisionnement. Tout le monde déserte. La S.T.I.R. s'obstine: la pénurie est évitée.

1981: La S.T.I.R. est internationalement consacrée championne de transport. Internationallement reconnue, Nationalement vôtre: la S.T.I.R. La moins chère pour ses services de fret maritime, de transit et de transport.

Atout de notre désendowment: Cheville ouvrière dans le système d'approvisionnement de notre pays. Quelle que soit la provenance de vos marchandises dans le monde: Faites confiance en la S.T.I.R. Le transport c'est notre affaire.

Contactez la S.T.I.R. à KIGALI: Tél.: 64 65, Télex: 538
A ses Agences à KAMPALA: Tél.: 58962

MALABA: B.P. 6193 KAMPALA
NAIROBI: Tél.: 555139
MOMBASA: Tél.: 26948/55, Télex: 21093
ANVERS: Tél.: 03.233.28.00, Télex: 31891



S.T.I.R.: Clief de vôtre de notre Economie.



S.T.I.R.: Agent de liaison internationale.

Editorial

Santé pour tous

"SANTÉ POUR TOUS !". Il faut beaucoup de foi ou de naïveté pour adhérer à un tel programme. Même si on nous promet le miracle pour l'an 2000 !

C'est pourtant le défi qu'a lancé l'Organisation Mondiale de la Santé. La santé des peuples du tiers-monde - et particulièrement celle de ses enfants - contraste douloureusement avec les progrès spectaculaires et somptueux de la médecine moderne. Des enfants continuent de mourir de rougeole et de malnutrition au siècle des transplantations d'organes et des manipulations génétiques.

Santé pour tous, donc, et non seulement pour quelques-uns. Que l'on freine alors les constructions d'hôpitaux sophistiqués, réservés à une élite privilégiée et que l'on mette au profit du plus grand nombre nos budgets de santé !

Donnons, médecine même avec économie et démocratie.

Le Rwanda a choisi cette voie difficile mais coura-geuse. Elle lui impose de réviser sa politique so-ciale.

Elle impose aussi à tous et à chacun de gérer soi-même et aux moindres frais sa propre santé.

DIALOGUE

Articles

L'université d'Illé-Ifé (Nigéria), organisait en avril 1984 une conférence internationale sur le thème : Le Plan d'Action de Lagos et l'Avenir de l'Afrique. Une des thèses défendues : "Le Plan de Lagos ne vise que la recolonisation de l'Afrique". L'auteur de cet article partage cette conviction et nous le dit clairement. Il propose aussi une alternative qui, nous n'en doutons pas, suscitera un débat. La balie est dans le camp des lecteurs !

L'Afrique recolonisée ?

LES PRINCIPES DIRECTEURS DU PLAN DE LAGOS

Le Plan de Lagos prétend rendre compte du sous-développement de l'Afrique par l'histoire de ce continent. Ainsi, la traite des esclaves a vidé l'Afrique de sa population active et désarticulé ses économies. Puis vint la colonisation dont les objectifs ne visaient qu'à exploiter le continent pour le compte des puissances européennes. Le néo-colonialisme qui suivit a cimenté encore la dépendance de l'Afrique sur l'Europe Occidentale et l'Amérique du Nord dans le cadre de la "spécialisation internationale inégale".

Forts de ces explications, les signataires du Plan de Lagos décident de porter remède au sous-développement africain. Leur stratégie : l'auto-suffisance nationale collective et autocentrée, qui doit préparer la voie à un "marché commun africain",

prélude lui-même d'"une communauté économique africaine".

Les économistes ont fait l'inventaire de notre richesse. Outre son réservoir en ressources humaines, notre continent recèle, au niveau mondial, 97 % des réserves d'uranium, 13 % des réserves de cuivre, sans parler de la bauxite, du nickel, du plomb. Ajoutons encore 20 % de potentiel hydro-électrique, 20 % de pétrole commercialisé, 70 % de production de cacao, 33 % de la production de café et 50 % de celle de l'huile de palme, pour ne mentionner que ces pourcentages.

Nous sommes donc riches. Mais le Plan de Lagos estime que la coopération des Etats membres de l'OUA avec les pays industriels est indispensable pour mettre en valeur toutes ces ressources naturelles et atteindre ainsi les objectifs du développement industriel.

Cette coopération doit permettre :

- ~ un transfert massif de capitaux destinés à financer les projets industriels
- ~ l'acquisition de la technologie au moindre coût
- ~ le transfert sans frais des inventions et des brevets
- ~ le contrôle des activités des multinationales pour les rendre conformes aux intérêts des Etats africains
- ~ la suppression des barrières tarifaires et protectionnistes
- ~ la lutte contre le gaspillage des ressources financières
- ~ des prêts facilités pour les exportateurs de produits entrant dans le commerce interafricain
- ~ l'augmentation des moyens de la Banque Africaine de Développement qui pourrait ainsi fournir une aide plus substantielle aux pays africains moins avancés.

DES ALLIES QUI N'EN SONT PAS ...

Les stratégies et les tactiques du Plan de Lagos sont donc situées dans le cadre des structures économiques existantes. Le Plan suppose en effet un environnement international généreux et bienveillant à l'endroit de l'Afrique. Cette condition empêche le Plan de réaliser une transformation radicale des économies africaines. Elle ne peut même pas lui préparer la voie.

En effet, on ne peut parler d'auto-suffisance collective qui si et seulement les moyens de production et d'investissement sont dans les mains des africains. Or, un simple coup d'oeil sur la carte économique de l'Afrique révèle que ces moyens appartiennent à des multinationales ou à leurs succursales établies en Afrique. Si les vraies sources du pouvoir politique et économique sont les moyens qui permettent de créer et d'accumuler la richesse, nous devons dire alors que les managers des multinationales sont les authentiques détenteurs du pouvoir en Afrique. Les directeurs de NESTLE, GENERAL MOTORS, IBM, PEPSI-COLA, PFIZER, SHELL, VOLKSWAGEN, EXXON, ITT, etc... prennent chaque jour des décisions qui ont plus d'impact sur le bien-être des Africains que celles des Chefs d'Etat de ce continent. En effet, ce sont ces directeurs qui décident de l'emplacement ou du type de nouvelles habitations; ce sont eux qui décident de la quantité de travail à exécuter et du nombre de travailleurs qui en sont chargés; ce sont eux qui décident de la qualité et de la quantité de nos aliments, des médicaments, de l'éducation que fournissent nos écoles primaires, nos collèges ou nos universités. Ce sont eux qui décident du contenu de l'information que nous recevons et de la qualité de nos moyens de communication. Ils statuent

sur le taux de croissance de nos économies et fixent le rythme de nos naissances. Bref, ils déterminent quel genre de société - africaine - nos enfants vont hériter. Mais, l'objectif de ces managers est la "maximisation des profits" et ils en font la condition "sine qua non" de leur présence. Leur but est à priori contraire aux objectifs des plans nationaux de développement.

Le Plan de Lagos voudrait faire confiance à ces groupes internationaux en les invitant à investir "généreusement" en Afrique. N'est-ce pas les inviter au suicide ? Peut-on espérer que les multinationales renonceraient à leur doctrine de maximisation de profits et d'accumulation à l'échelle mondiale ? Et n'est-ce pas humilier encore l'Afrique que d'en faire un mendiant qui ne survit que grâce à la générosité de son riche patron ? Les auteurs du Plan de Lagos n'ont-ils pas oublié qu'"AK'IMOHANA KAZA IMWURA IHISE" ?

MOINS DUPES QU'ON NE LE PENSE

Peut-être, les auteurs du Plan de Lagos sont-ils moins dupes qu'on ne l'imagine. Ils ne font que défendre une position idéologique précise : le mercantilisme capitaliste. Il se pourrait que pour eux l'ordre économique établi doive être sauvegardé. Mais ne voient-ils pas que l'idéologie qui commande cet ordre fut celle qui a présidé aussi au partage de l'Afrique en 1885 à Berlin ? Alors, nos africains, auteurs du Plan de Lagos, sont-ils des émules et des héritiers de Bismarck ? Une seule



explication possible : ils envisagent et tracent l'avenir de l'Afrique à travers le prisme de leur classe sociale. En effet, ils font partie de la bourgeoisie politique, bureaucratique et marchande. Une bourgeoisie qui ne crée pas et n'invente rien, mais qui se contente de servir de courroie de transmission pour les idées et les dévotions étrangères. Elle peut bien se vanter de posséder des comptes bancaires à l'étranger; elle n'investit qu'en voitures de luxe et produits d'apparat dans son pays d'origine. Dans ce cadre, le Plan de Lagos ne pourrait renforcer que les intérêts et privilèges de ses auteurs, qui sont eux-mêmes au service du capital étranger. Le Plan de Lagos, au lieu de libérer l'Afrique, codifie sa dépendance.

● ALORS QUELLE ALTERNATIVE ?

L'autosuffisance nationale collective et autocentrée demeure posée comme objectif. Comment y parvenir en évitant les pièges du néo-colonialisme ? Il s'agit d'identifier préalablement le bénéficiaire du bien-être, résultat des programmes économiques. La réponse s'impose : ce sont les masses paysannes et les travailleurs qui s'entassent dans nos bidonvilles. Ce sont eux qui forment l'immense majorité de nos populations. Nos ressources naturelles leur appartiennent de droit. C'est donc à eux de contrôler l'exploitation. Mais une autosuffisance dont le point global est la masse paysanne et ouvrière nécessite de nouvelles prescriptions politiques et économiques.

● Une nouvelle classe d'hommes politiques

Il nous faut d'abord des dirigeants qui soient déterminés à remplacer les modes de produc-

tion mercantilistes par des institutions plus progressistes. Ils peuvent difficilement collaborer avec les quelques 500 sociétés multinationales qui contrôlent les 80 % de la production des biens et des services d'Europe Occidentale et d'Amérique. Ces sociétés ne sont pas intéressées par notre développement économique. Parler d'autosuffisance nationale, collective et autocentrée dans le cadre capitaliste est une contradiction dans les termes. Alors, devons-nous nous engager dans la voie du socialisme, qui pourrait exploiter au maximum nos ressources naturelles pour en redistribuer le profit à la majorité de la population ?

● Des prescriptions économiques

L'autosuffisance nationale, collective et autocentrée exige la nationalisation des industries des services de base (industries lourdes, communications et transports, commerce de gros et commerce extérieur, sources d'énergie et secteurs financiers). La nationalisation de ces secteurs va de pair avec leur développement.

Par ailleurs, l'autosuffisance ne peut être réalisée sans un taux national d'épargne égal au moins aux 25 % du revenu national. On y parviendrait d'autant plus si on éliminait l'importation des produits de luxe et le vol des deniers publics.

Une réforme agraire serait nécessaire aussi : réunis en coopératives agricoles, les paysans seraient en mesure d'accroître les rendements par unité de surface. Des industries appropriées seraient au service de ces coopératives; elles fourniraient les engrais ou traiteraient les matières premières provenant de la production agricole. L'épargne nationale en profiterait.

La réussite d'un tel programme s'accompa-

gène d'une véritable ascèse : il faut absolument prohiber l'importation des biens de consommation et réduire au minimum les autres importations. En particulier les produits de luxe.

● Des prescriptions éducationnelles

L'éducation est un élément fondamental et central dans tout processus de développement. Un Etat africain soucieux de son indépendance économique devrait financer l'éducation de tous ses citoyens de la crèche à la tombe. Si la richesse productive d'un pays est créée, maintenue et augmentée par tous les citoyens, le gouvernement n'a pas le droit d'empêcher une partie de ces citoyens à utiliser la richesse collective pour acquérir l'éducation à laquelle il a droit.

Dans ce processus, des efforts immenses devraient être déployés pour introduire un enseignement scientifique et technique à tous les niveaux et encourager la recherche. C'est la meilleure façon d'atteindre le seuil d'une culture technologique qui puisse soutenir un programme d'industrialisation.

● UNE SITUATION DE GUERRE

Le programme visant à instituer une autosuffisance nationale, collective et autocentrée est comparable à une situation de guerre. Il exige du courage, du patriotisme et des sacrifices. Il faut apprendre à se passer de beaucoup de choses. Il faut aussi se préparer à accepter des échecs et persévérer dans l'épreuve. Il faut même accepter que les produits du pays soient de qualité inférieure aux autres et même en être fiers. Seule cette attitude de courage lucide peut nous faire parvenir à l'indépendance économique.

P.C. MUTAMBUKA

L'article qui suit aurait dû faire partie d'un dossier consacré à commémorer les 25 ans de la révolution sociale rwandaise déclenchée en 1959. Des retards d'ordre rédactionnel ne nous ont pas permis jusqu'à ce jour de rassembler tous les articles prévus. Nous les ferons donc paraître au fur et à mesure de leur rédaction. Gageons que l'intérêt de nos lecteurs pour ce sujet national n'en sera que plus soutenu.

N.D.L.R.

KAYIBANDA

A travers ses notes personnelles

● LES GRANDES ETAPES DE SA VIE

Une histoire de la révolution sociale rwandaise de 1959 peut difficilement s'écrire sans parler de feu le président G. KAYIBANDA. Son rôle dans les événements qui ont transformé les structures politiques du pays a été trop grand pour pouvoir l'ignorer. N'est-il pas, en quelque sorte, le père du Rwanda contemporain ?

Nous connaissons les grandes étapes de sa vie. Une véritable biographie qui montrerait le cheminement et l'évolution des différentes phases de son existence et de sa pensée, n'existe pas encore, mais les faits les plus éclatants de sa carrière politique nous sont connus. Nous savons qu'il est originaire de Musambira dans la préfecture de Gitarama. Il y est né le premier mai 1924

dans une famille de modestes cultivateurs.

G. KAYIBANDA commence l'école primaire à Kabgayi et se classe d'emblée parmi les meilleurs élèves. Ces succès scolaires comme sa bonne conduite et sa piété le conduisent au petit séminaire Saint-Léon de Kabgayi, d'où il passe, en 1943, au Grand Séminaire de Nyakibanda. Le futur président reçoit dans ces établissements une formation classique et religieuse. Il n'est donc pas étonnant de retrouver dans les notes que nous allons présenter, le reflet de ces éléments de base de son éducation. Le latin comme le Français sont des langues que G. KAYIBANDA manie couramment avec une très grande aisance. Mais c'est surtout l'enseignement religieux qui marque profondément le jeune séminariste. Nous aurons l'occasion de revenir dans la suite sur cet aspect très particulier de la personnalité de G. KAYIBANDA.

Le futur président du Rwanda n'allait cependant pas devenir prêtre. Après trois années d'études de philosophie thomiste et deux années de théologie, il quitte le grand séminaire; il garde toutefois l'idée de rester au service de l'Eglise. Nous sommes en 1949. G. KAYIBANDA a 25 ans, et entre dans la vie active plein d'ardeur et d'idéalisme. Il se marie et, suivant le souhait du vicaire apostolique, devient enseignant à l'Institut Léon Classe, une école professionnelle que le vicariat venait de créer à Kigali. Il y reste quatre ans. En 1953, G. KAYIBANDA entre au service du bureau de l'inspection des écoles à Kabgayi. Il y travaille comme secrétaire, et s'occupe, en même temps, de la revue des anciens élèves du petit séminaire. A côté de cela une grande partie de son temps est consacré à la participation active à des oeuvres sociales diverses et surtout à des mouvements d'action catholique. Il devient un membre très actif de la "Légion de Marie".

Quelques années plus tard, G. KAYIBANDA est nommé par le vicariat, rédacteur en chef du journal "Kinyamateka"; il s'occupe toujours, à côté de cette fonction nouvelle, de diverses oeuvres sociales et religieuses.

L'activité politique du futur président s'exprime de plus en plus clairement à partir de 1957 : il participe à la rédaction du fameux "Manifeste des Bahutu", dont il est un des signataires; en octobre 1959, il fonde le Parmehutu ou le parti du mouvement de l'émancipation des Bahutu, dont il devient le président. Ce parti vainqueur des élections portera finalement Grégoire KAYIBANDA à la tête du pays (1).

LES CARNETS DU PRESIDENT

Comme on peut le constater, les grandes lignes de la vie et de l'oeuvre du premier président du Rwanda sont connus. Mais ce qu'on ignore, ou ce qu'on connaît beaucoup moins, ce sont les motifs profonds de son action sociale et politique, ses idées de base, ses critères, ou, en d'autres mots : les fondements de son oeuvre. Pour atteindre le coeur de l'homme, pour découvrir ce qui le pousse à agir, il est de la plus haute importance de pouvoir disposer de sources d'information qui peuvent éventuellement nous le révéler. Il est, en général, assez rare de trouver ce genre de document, et très souvent l'historien doit se contenter d'hypothèses et de conjectures. Si, au contraire, l'historien dispose de "papiers personnels", c'est-à-dire de documents émanant d'une personne privée ayant écrit en tant que telle, soit pour communiquer, soit pour conserver des impressions ou des souvenirs, il peut sans doute, connaître et mieux comprendre le genre de vie, les opinions, les motivations de la personne concernée.

Des documents de ce genre existent en ce qui concerne G. KAYIBANDA. Il s'agit de carnets, de cahiers et de papiers personnels que l'ancien président du Rwanda a assez régulièrement rempli d'une série de considérations plus ou moins intimes. Nous voudrions dans le présent article présenter succinctement ces écrits qui peuvent nous donner du président défunt une image assez inédite. Si nous n'avons pas pu examiner les documents originaux, nous avons pu consulter des photocopies ainsi que des copies dactylographiées et manuscrites de ces écrits (2). Ajoutons de suite que nous nous trouvons ici en face d'archives privées dont la consultation dépend de la bienveillance de la famille du défunt.

● "PLAIDER POUR LE PEUPLE"

Dans un premier carnet toilé gris de 174 pages manuscrites, les annotations commencent le 1er janvier 1955. D'emblée, dès les premières pages, on est frappé par le caractère religieux des réflexions du défunt président. Il se dégage de toutes ces notes une inspiration chrétienne intense. C'est vraiment encore le séminariste qui écrit; on serait tenté de dire : le prêtre manqué. *"Beatae Mariae Cordi Immaculato pie commendavi"* (3), note-t-il en première page. Si KAYIBANDA est pieux, très pieux même, il est aussi épris d'un sens social aigu. Il est idéaliste et peut-être même utopiste. Il veut, en tout cas, rendre plus juste, plus harmonieuse la société de son pays. Il écrit à la page 16 :

"En 1954, je me vois mis sur la liste des électeurs et voici que je suis élu au conseil de colline, à celui de province, et à celui de territoire. Puisque je suis

lancé sans ambition de ma part, je prends la résolution de ne flatter personne et autant que possible de plaider pour ce pauvre peuple condamné à tout faire sans en tirer aucun avantage".

On le voit : KAYIBANDA veut se dévouer, se donner; il veut servir son peuple "condamné à tout faire".

Quelques pages plus loin (à la p. 18), nous trouvons des indications intéressantes au sujet de son entrée à la rédaction du journal Kinyamateka. Il écrit notamment :

"... dans la situation actuelle du pays, je ne voudrais pas me voir "rédacteur en chef de quelque feuille", le dirigisme en politique, la sélection raciale mututu-mututi, le monopole que l'on veut garder à l'opinion du blanc et à l'influence politico-sociale du mututi ne permet pas au journaliste de dire la vérité, de dénoncer l'erreur, de défendre le droit, d'éclairer les populations que l'on a tendance à vouloir garder dans une perpétuelle servitude".

KAYIBANDA hésite à s'engager comme journaliste. On reconnaît l'homme droit qui ne veut s'engager que pour des causes justes, et qui pour cela, veut pouvoir disposer des moyens nécessaires.

● "DIACRE OU CARME DECHAUX"

Les premières notes de ce carnet s'arrêtent à la page 24. Le défunt président ne reprend ses annotations qu'en 1974. Les réflexions restent

très personnelles, très pieuses et méditatives. Sa famille occupe une place de choix dans les notes de ce carnet. Il parle de la mort de sa femme, de l'éducation de ses enfants : ce sont comme des méditations d'un homme au soir de sa vie. Il écrit à la p. 61 :

"Sollicitudo puerorum (4). Il n'est pas nécessaire d'écrire à ce sujet mais il faut garder la conviction qui est très évangélique et n'est pas pieuseuse, que ces enfants - ils sont huit - le Seigneur Dieu les aime mieux que moi dans n'importe quelle condition. Cela ne retire rien de mes devoirs et de tout ce que je pour et je dois réaliser pour toutes et tous".

C'est le père de famille qui parle ici et qui est préoccupé par l'éducation et la formation de ses enfants.

D'autres considérations se rencontrent dans ce petit carnet, dont certaines valent la peine d'être citées. Notons celle-ci, parce qu'elle nous semble originale :

"J'ai aimé les Bénédictins, pour leur prière et leur réalisme; ensuite j'ai aimé beaucoup les Dominicains à cause de leur but : ordo praedicatorum. J'ai aimé leur science et leur pondération - en cas de crise P.e. - en sciences théologiques et autres. Ce sentiment n'est pas étranger au fait de les appeler pour lancer l'université et instituts d'enseignement supérieur au Rwanda. A ce sujet, seize ans passés prouvent que je ne m'étais pas trompé par une sentimentalité vulgaire..." (p. 148).

G. KAYIBANDA nous apparaît dans ce texte comme un homme profondément attaché à l'Eglise dont il connaît et apprécie les grands ordres religieux. Lui-même d'ailleurs songe encore à une vocation religieuse. *"Diacre ou (et) Carme Déchaux, note-t-il un peu plus loin, comme fin de ma vie, ce serait l'idéal. Mais, "non mea voluntas tua ! Amen". Je ne refuse pas de traîner le boulet derrière celui, innocent, qui traite la croix" (p. 149).*

Cette dernière considération de l'ancien président nous révèle une intention assez surprenante : le désir de devenir diacre et religieux. En y réfléchissant un peu, on constate qu'elle n'est pas tellement surprenante : G. KAYIBANDA est vraiment un homme imprégné de christianisme, et qui a fardé jusqu'à la fin de sa vie le désir de s'engager dans un service ecclésial.

● "J'ACHEVE LA COURSE DE MA VIE ..."

A côté de ce premier carnet, nous avons d'autres documents : des papiers divers rédigés pendant sa captivité surtout et qui traitent de sujets variés. Nous y retrouvons les mêmes thèmes déjà cités plus haut. C'est ainsi que le côté religieux y demeure bien représenté : un commentaire assez original de la Bible y figure en bonne place. Un autre document parle du problème du manque de personnel ecclésiastique dans l'Eglise catholique. On le constate et nous l'avons déjà assez souligné : la formation cléricale a marqué de traces très profondes la personnalité de M. KAYIBANDA.

Un texte intitulé *Memor conditionis meae* (5) contient une série de réflexions qui nous paraissent intéressantes et également révélatrices

des idées du président défunt. Elles nous montrent assez clairement sa vision politique :

"Les petits, les humbles, écrit-il : ils sont les plus nombreux de l'humanité : dans les pays dits riches ils sont le grand nombre; la classe ouvrière et la classe paysanne et on peut y ajouter la petite bourgeoisie. Dans les pays sous-développés appelés le Tiers-Monde : les petits constituent quasi cent pour cent de la population ...

Devant cet état de choses, devant ce fait mondial ..., des prophètes s'élèvent nombreux : les clercs s'y sont consacrés et ont fait oeuvre très appréciable... L'action des hommes sociaux - dans les pays chrétiens -, des "chrétiens sociaux" a fort influencé l'évolution et le développement des masses populaires et paysannes... Peu à peu sous la poussée de la démocratie, les gouvernements ont inscrit dans leurs programmes comme élément fondamental la promotion des masses populaires... Il faut cependant reconnaître qu'à ce niveau, le travail demande une structure, un système politico-social qui l'étaye... Il apparaît à l'expérimenté que le système politico-social existant est le seul apte à réaliser dans les délais qui s'imposent la promotion des masses populaires"...

D'aucuns seront peut-être étonnés de lire sous la plume du très catholique KAYIBANDA un tel éloge du socialisme, "seul apte" à améliorer les conditions de vie des masses populaires. N'oublions pas le sens très poussé du social chez G. KAYIBANDA, son souci des classes laborieuses. Un peu plus loin,

dans la même note, le défunt président écrit :

"C'est dans cette perspective d'un socialisme pour la promotion des masses populaires qu'est monté le mouvement social hutu et particulièrement sa branche le mouvement pour l'émancipation des hutus. Les initiateurs, tous, ont toujours entendu en hutu l'homme du peuple, la masse laborieuse et non les ethnies comme telles : qui comprendrait autrement les initiateurs ignoreraient complètement le sens du *kingamunda* de hutu et la bonne foi mais bien éclairée des initiateurs".

On pourrait conclure cette brève présentation des notes personnelles de G. KAYIBANDA par cette réflexion qui résume parfaitement tout ce qui a été dit plus haut :

"En voyant comment approche la fin de mon existence ... l'essentiel est que j'achève la course de ma vie et que j'accomplisse la mission que j'ai toujours cru m'avoir été désignée par le Seigneur Dieu, mon Créateur et mon Rédempteur, à savoir : "la libération des petits, des pauvres, des humbles, des asservis", in *libertatem filiorum Dei* !" (feuillet séparé).

● "IL N'Y A PAS LIEU D'ETRE PESSIMISTE"

G. KAYIBANDA était un idéaliste, profondément marqué par sa formation chrétienne et cléricale. Sa vision religieuse du monde et des situations concrètes dans lesquelles se débattaient la masse populaire de son pays le démontre clairement. Cette religiosité assez conservatrice et rigide - il faut le dire - a orienté toute sa desti-

née et l'ensemble de son action politique et sociale. C'était un homme du peuple, conscient d'appartenir à une fraction de l'humanité, exploitée depuis des siècles. Il fallait libérer ce peuple d'un double joug : "féodal et colonial". KAYIBANDA deviendra ainsi un homme de gauche : républicain et anti-impérialiste. Même si les apparences étaient quelque fois différentes, et son appartenance militante à l'Eglise catholique semblait justifier cette opinion, il nous semble qu'on peut qualifier l'ancien président de révolutionnaire et de grand africain. N'a-t-il pas aidé à "libérer" un pays ? Etait-il modéré ? En tant qu'homme d'Eglise, oui peut-être, mais comme libérateur social, non. Il savait ce qu'il voulait, et tout devait concourir à libérer les exploités. Son action militante concrète le clairement démontré.

G. KAYIBANDA pouvait se montrer clairvoyant, et suite à cela se comporter durement vis-à-vis de situations qu'il jugeait malsaines. Nous avons montré plus haut comment il a hésité avant d'accepter sa fonction de rédacteur au Kinyamareka.

"Je trouve qu'un laïc ne peut être utile à l'avancement du Royaume, écrit-il à cette époque, que dans la mesure où ses engagements sur le temporel sont libres de tout ingérence; et hélas l'ingérence - un peu trop colonialiste - des missionnaires belges, dans leur bonne volonté nuit à la croissance du laïc au Rwanda; un certain racisme même qui favorise le mutuel pour des motifs politiques, guide le mutuel évoluant vers la séparation d'avec l'Eglise..." (premier carnet p.17).

L'ancien président est conscient de la situation très particulière dans laquelle évolue son pays; il est conscient du phénomène colonial,

de la place qu'occupe l'Eglise dans ce système et du danger qui en découle pour cette Eglise à laquelle il est tellement attaché.

On serait incomplet si on ne mentionnait pas ici la place qu'occupait la famille du président défunt dans ses préoccupations. Presque à chaque page de ces notes nous retrouvons l'une ou l'autre considération au sujet de son épouse et de ses nombreux enfants. G. KAYIBANDA aimait sa femme et ses enfants d'une façon très personnelle et très religieuse. Une expression qui revient souvent dans ses notes quand il parle d'eux est la suivante : *"ma femme et mes enfants que je dois aimer sicut Christus Ecclesiam"* (premier carnet, p. 20).

G. KAYIBANDA a été conscient et convaincu jusqu'à la fin de sa vie d'avoir une mission à remplir : libérer les petits, les exploités. Cette vocation particulière il fallait l'assumer pleinement comme une réponse à une invitation divine.

"Retirer les petits d'une sous-existence sociale, culturelle, politique et économique, a toujours été mon seul souci, l'inspiration de mes peines et fatigues". (feuillets séparés).

Cette mission a-t-elle été réalisée ?
Ecoutons une dernière fois l'ancien président :

"Je ne peux dire (avoir) atteint tout ce que nous souhaiions dans tous les domaines de l'existence, cela n'a rien d'étonnant : l'idéal de par sa nature n'est jamais atteint; nombreux sont les handicaps à l'idéal même extérieurs, surtout dans nos pays sous-développés... Il n'y a cependant pas lieu d'être pessimiste et

on ne qu'on a servi à rien. L'équipe très jeune, bien instruite, très productive qui m'a éjecté de la vie publique, est elle-même, le témoignage clair que les efforts précédents ne furent pas vains" (Feuilles séparés).

R. HEREMANS

NOTES

- (1) On trouve des indications biographiques concernant G. KAYIBANDA dans F. NKUNDABAGENZU, Rwanda politique, 1958-1960, Bruxelles, 1961, p. 408.
- (2) Nous remercions vivement Monsieur l'abbé J. MASSION qui nous a permis d'avoir accès à ces documents. Signalons également que G. KAYIBANDA n'a rien écrit dans ses carnets pendant la période de 1959 à 1973.
- (3) Traduction : "Au coeur immaculé de la Bienheureuse Marie, je me recommande pieusement".
- (4) Traduction : "Préoccupation pour mes enfants".
- (5) Traduction "Rappel de ma condition".

Si tu as deux mains, avec elles prends celles qui se tendent vers toi :

- la main du jeune qui cherche dans la drogue le cœur qu'il n'a pas trouvé,
- la main du malade qui s'accroche à la tienne pour éloigner l'angoisse,
- la main du chômeur qui, parfois, la tient cachée,
- la main de cet enfant handicapé qui peu à peu se détend au contact de la tienne,
- la main lointaine du Libanais ou de l'Ethiopien qui te lance un signe de détresse,
- la main du Polonais qui réchauffe la tienne et te transmet le courage de sa Foi.

Dossier

SANTÉ POUR TOUS

Dans une interview dont nous publions la première partie, le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales nous brosse en quelques traits les performances de son département. Mais la tâche est encore ardue, devant deux principaux handicaps : l'argent et le personnel.

Position et propositions d'un ministre

DEFINITION D'UN PROGRAMME

Question : *Quels sont les principaux problèmes de santé publique que doit affronter votre département à l'heure actuelle ?*

Réponse : Ce sont les principales causes de morbidité et de mortalité. En voici la liste :

- le paludisme - les maladies diarrhéiques y compris la dysenterie bacillaire et le choléra - les verminoses - les maladies des voies respiratoires y compris les tuberculoses - la rougeole - les affections rhumatismales - les troubles liés à la grossesse et les suites des couches.

Mais toutes les données statistiques ne nous pré-sentent qu'une vue approximative de la situa-

tion sanitaire nationale. Car :

- certains malades ne sont pas diagnostiqués faute de moyens techniques, humains et matériels;
- une proportion non négligeable de malades recourent directement aux guérisseurs traditionnels et aux charlatans "magendu" ou à l'automédication;
- d'autres ne perçoivent pas les symptômes de la maladie même s'ils existent.

Q : Que signifie "LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000", quels sont ses préalables et les conditions de la réussite de cette opération que d'aucuns qualifient de fort ambitieuse ?

R : L'expression "SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000" (SPT 2000) est un objectif que se sont fixés les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à la 30e Assemblée Mondiale de la Santé en 1977. Cet objectif prône que dans 15 ans tout le monde doit avoir facilement accès aux soins de santé essentiels et mener "une vie socialement et économiquement productive". C'est une ferme détermination d'établir une justice sociale dans le domaine de la santé et de réduire les inégalités sanitaires existant entre les "nantis et les déshérités de la santé".

En effet, les connaissances scientifiques actuelles permettraient de dispenser à tous les soins de santé essentiels. Mais le recours aux techniques toujours plus performantes, plus sophistiquées, excessivement chères ont fait que seule une minorité jouit d'un état de santé très élevé alors que la majorité des populations des pays en voie de développement croupit dans une misère inacceptable. Ainsi, sur 1000 enfants des pays pauvres, 150 meurent sans fêter leur premier anniversaire. Mais ils ne sont que 10 dans les pays industrialisés.

Pour atteindre cet objectif très ambitieux, il faut :

- Mettre en place un système de santé basé sur une infrastructure solide où chaque membre de la communauté devient dispensateur et destinataire des prestations sanitaires.

- Opérer un changement de mentalité du personnel de santé, de l'autorité politico-administrative et de la population. La santé doit devenir une affaire de toute la communauté. Le personnel de santé doit se sentir responsable de toute la communauté, à laquelle il doit dispenser l'ensemble des soins de santé promotionnels, préventifs, curatifs et réhabilitatifs.

- Une prise de conscience du coût des soins de santé pour la communauté. La vie n'a pas de prix mais les soins de santé coûtent cher. Aussi faut-il opérer des choix judicieux bien que souvent douloureux.

- Une coopération internationale car un tel objectif nécessite absolument une étroite collaboration entre les pays développés et les pays en voie de développement. Surtout pour l'échange des expériences.

Q : Quel est le chemin déjà parcouru par le Rwanda et dans le monde pour atteindre cet objectif ?

R : Au Rwanda, la politique de la SANTE POUR TOUS a reçu la sanction officielle la plus élevée et ceci dès avant la Conférence d'Alma-Ata. La couverture sanitaire s'est améliorée. Actuellement on compte une formation sanitaire par commune, c'est-à-dire pour + 25.000 habitants. La proportion de la population ayant accès aux soins de santé primaires peut être évaluée selon la composante ci-après :

1. Eau potable et Assainissement du territoire

o Milieu urbain : 55% de la population urbaine (+ 300.000 habitants) disposent d'une eau saine, soit :

- . 35% desservis par branchement privé
- . 20% par borne fontaine.

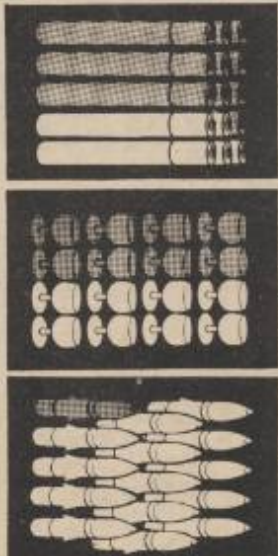
o Milieu rural : 60% de la population rurale en 1983 avaient facilement accès à une eau saine.

Par contre en matière d'assainissement et d'évacuation des déchets en milieu urbain, il n'existe pas à proprement parler du système dit : "tout-à-l'égout". 25% des habitations ont des systèmes privés d'évacuation ou des fosses septiques et 35% disposent de latrines ou fosses sèches.

En milieu rural où l'habitat est dispersé, on estime 60% la proportion d'habitations possédant des latrines.

LE PRIX DE LA SANTÉ

La prestation des soins de santé primaires (eau et assainissement, agents de santé qualifiés, lutte contre les maladies transmissibles et médicaments essentiels) coûterait \$ 50 milliards de plus par an pendant les 20 prochaines années, à savoir \$ 12,50 par personne et par an:



2 des dépenses mondiales en cigarettes
1 des dépenses mondiales en alcool
1 des dépenses militaires mondiales

Dossier de presse de l'OMS. La santé dans le monde - Progrès des soins de santé primaires. Résumé d'une étude.

2. Lutte contre les maladies vaccinales dont les objectifs 1984 étaient de couvrir 50% des enfants de - 1 an et 30% des femmes enceintes

En 1984, les statistiques des vaccinations contre les 6 maladies cibles chez les enfants d'un an montrent un taux de couverture globale de + 42% ou + 80% de l'objectif fixé, soit :

. BCG primo-vaccination	= 173.449	soit 57,5%
. Polio (3ème dose)	= 79.828	" 28,6%
. DTCoc (2ème dose)	= 96.440	" 44,7%
. Rougeole	= 144.753	" 38,1%

La proportion de femmes enceintes vaccinées contre le tétanos en 1983 était de 32% ou + 100% de l'objectif fixé, soit :

. Première dose	= 103.484	" 42 %
. Deuxième dose	= 53.617	" 22 %

La proportion de femmes ayant fréquenté les consultations prénatales en 1983 était de 246.188 soit 20 %.

Le nombre d'enfants suivis dans les consultations des nourrissons 0-5 ans en 1983 était également de 20 %.

L'espérance de vie à la naissance, estimée à partir du recensement de 1978 a considérablement augmenté entre 1970 et 1978. Elle est passée de 39 à 46,4 ans. En 1983, elle est estimée à 48 ans.

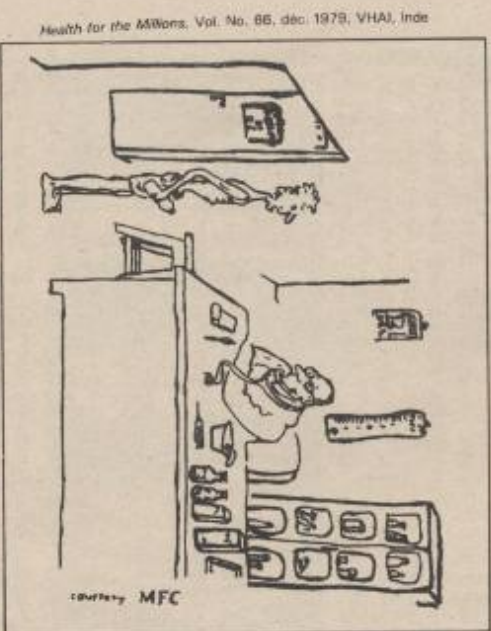
Le taux d'alphabétisation des adultes hommes et femmes d'après le recensement de 1978 était estimé à 49,5% pour les hommes et 30,5% pour les femmes, soit + 40% de l'ensemble de la population.

ET LES MEDICAMENTS ...

Q : Pour une bonne partie de la population rwandaise, le problème de l'accès aux médicaments reste des plus aigus. Peut-on espérer améliorer cette situation ?

R : Le problème que vous posez est réel. Il est dû principalement à la faiblesse de nos moyens. Les experts de "MEDICUS MONDI" qui l'ont analysé dans des pays à faible revenu comme le nôtre estiment qu'il faut au moins 1 \$US/an/habitant pour couvrir les besoins minimaux en médicaments. Cela représenterait pour notre pays ± 600 millions FRW. Or notre budget "achat de médicaments" est de 120 millions FRW, soit 1/5 du strict minimum.

Nous couvrons donc annuellement les besoins de trois mois. Ce qui donne au public l'im-



"Docteur, j'ai pris le fortifiant. Mais j'ai dû me priver de nourriture pendant plusieurs jours pour me l'acheter."

Health for the Millions, Vol. No. 86, déc. 1979, VHAJ, Inde

pression d'une baisse de la quantité de médicaments dans les formations sanitaires gouvernementales. Le budget n'a guère changé depuis 1976 alors que le nombre d'hôpitaux et de centres de santé a augmenté de façon remarquable.

★ BUDGET OPHAR CES 4 DERNIERES ANNEES (en FRW)

Année	Budget total	Budget achat médicaments + matériel	% achat médicaments + matériel sur le budget total
1981	130.000.000	86.168.001	66 %
1982	130.000.000	80.788.821	76 %
1983	132.000.000	82.826.827	82 %
1984	141.790.084	113.356.646	80 %

Q : La pharmacopée rwandaise peut-elle contribuer à résoudre cette question et si oui dans quelle mesure ?

R : Oui, elle le peut. Grâce aux plantes médicinales un certain nombre d'affections peuvent être soignées. Des expériences prouvent que certains médicaments de la pharmacopée rwandaise peuvent être produits industriellement. C'est d'ailleurs un des objectifs du CURPHAMETRA qui est en train de monter à cet effet une usine pilote à Butare.

LE PERSONNEL DE SANTE

Q : Tous ces objectifs sont certes très louables. Mais votre département dispose-t-il d'un personnel suffisant pour la formation et le per-

fectionnement suivent le rythme des exigences actuelles ?

R : Le problème du personnel se pose effectivement d'une façon très aiguë au département de la Santé et des Affaires Sociales, en quantité et en qualité (cfr tableau page suivante).

Il est donc clair que ni la formation, ni le perfectionnement du personnel n'ont suivi le rythme des exigences actuelles. Pour satisfaire les prévisions du 3e Plan, il aurait fallu construire 7 nouvelles écoles paramédicales et 10 écoles d'auxiliaires de santé en plus de celles déjà existantes à la fin du 2e Plan.

Or, on n'a ouvert qu'une école de laborantins à Butare et 2 écoles d'auxiliaires de santé. On en a même fermé quelques-unes.

Notre Ministère est plutôt inquiet quand on lui propose de construire de nouvelles formations sanitaires alors qu'il n'a même pas les moyens d'assurer le fonctionnement de celles qui existent.

★ COMPARAISON BUDGET NATIONAL - BUDGET SANTE

en FRW

Année	Budget National	Budget Santé	%
1977	6.337.580.000	450.041.762	7,06%
1978	6.645.412.000	533.107.212	8,02%
1979	8.214.319.000	580.037.192	6,29%
1980	11.976.056.573	718.386.236	5,99%
1981	14.438.400.000	836.708.354	5,78%
1982	15.240.100.000	829.977.086	5,11%
1983	16.441.768.000	888.908.000	4,83%
1984	18.650.132.000	1.087.457.497	5,83%

★ ESTIMATION DU NOMBRE D'HABITANTS PAR AGENT DE SANTE EN 1985 (Situation actuelle comparée aux prévisions du Plan pour 1986)

	SITUATION 1985		PREVISIONS DU PLAN POUR 1986		Déficit par rapport aux prévisions du plan en %
	Effectif du personnel	Nombre d'habitants par agent de santé	Effectif du personnel	Nombre d'habitants par agent de santé	
Médecin	247	25.000	284	23.000	10 %
Assistant médical + Inf. A2	831	7.447	932	6.879	8 %
Inf. A1	81	76.000	286	23.000	238 %
Inf. A3	513	12.000	1.125	6.000	110 %
Laborantin	59	105.000	160	40.000	159 %
Auxil. de santé	163	38.000	1.814	4.000	966 %
Pers. social et autres qualifications	201	31.000	470	14.000	124 %
Ensemble	2.095	3.000	5.071	1.200	150 %

LES VACCINATIONS

Q : La vaccination peut jouer un rôle vital dans la protection de la population surtout infantile. Comment se fait-il qu'une bonne partie des enfants en bas âge ne soient pas vaccinés?

R : Les vaccins coûtent cher. Pour vacciner complètement un enfant, il faut en moyenne 124 FRW. Pour que 1.140.000 enfants de moins de 5 ans puissent l'être complètement, il faut déboursier 141.360.000 FRW. Heureusement, tous les vaccins utilisés dans notre pays sont des dons des organismes internationaux comme l'O.M.S., l'UNICEF, l'USAID, etc.

Par ailleurs, la réussite d'un programme élargi de vaccination exige des préalables :

- disponibilité du personnel qualifié et suffisant
- moyens logistiques : chaîne du froid et les moyens de locomotion, pétrole et essence
- matériel médical et vaccins
- et surtout la motivation de la population.

S'agissant de cette dernière, il faut constater que les mères ne viennent pas à souhait aux séances de vaccination. Cela est dû à l'ignorance des avantages de la vaccination et/ou à la croyance des tabous.

Elles ne perçoivent pas la nécessité de la vaccination surtout quand elles sont confrontées à un grand nombre de problèmes de santé plus urgents sans oublier les multiples préoccupations socio-économiques. Pour la population en général la vaccination n'est pas encore une priorité.

Le Ministère de la Santé a donc concentré ses efforts sur la sensibilisation de la population pour l'amener à comprendre et à adopter le programme élargi de vaccination.

Compte tenu de ses moyens et de toutes les contraintes, il s'est fixé pour objectif de couvrir par tous les vaccins la population cible de la manière suivante :

1ère année du programme	1978	=	5 %
2ème " "	1979	=	10 %
3ème " "	1980	=	15 %
4ème " "	1981	=	20 %
5ème " "	1982	=	30 %
6ème " "	1983	=	40 %
7ème " "	1984	=	50 %
8ème " "	1985	=	60 %
9ème " "	1986	=	70 %
10ème " "	1987	=	80 %

En 1984, nous avons atteint une couverture globale de 42% de la population cible, soit 84% de notre objectif.

Les experts internationaux qui ont évalué notre programme élargi de vaccination ont conclu que nous avons au Rwanda "une bonne couverture obtenue en regard d'un plan national ambitieux". Les formations sanitaires n'épargneront aucun effort pour accroître cette couverture.

UNE LUTTE INEGALE : LA MALARIA

Q : La malaria reste une maladie débilitante qui diminue la capacité de production des individus et des communautés. Vu son intensité d'agression et après les vicissitudes qu'ont

connues les programmes de son éradication, quelle stratégie de lutte envisagez-vous ?

R: La malaria est le problème de santé n° 1 dans notre pays de par sa fréquence et sa gravité. Or, tout programme d'éradication doit gagner alternativement ou simultanément quatre grands paris :

- L'élimination du vecteur de la malaria : c'est impossible actuellement parce que la plupart des insecticides sont devenus inefficaces ou dangereux pour l'environnement et leur utilisation à large échelle appellerait des investissements gigantesques.
- Le vaccin contre la malaria dont les recherches se poursuivent encore dans les laboratoires.
- Les médicaments très efficaces, peu chers et facilement utilisables sur le terrain.
- La coopération régionale et internationale : un programme d'éradication de la malaria qui se limiterait à un seul pays surtout s'il est petit et enclavé comme le nôtre serait voué à l'échec. Les anophèles, moustiques vecteurs de la malaria, ne reconnaissent pas en effet les frontières des pays.

Au Rwanda, nous préconisons :

~ La chimioprophylaxie, c'est-à-dire la prise régulière de médicaments anti-malariens particulièrement pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les travailleurs très exposés aux piqûres des moustiques comme par exemple les travailleurs des rizières et d'autres projets à haute intensité de mains d'oeuvres.



~ Le traitement des malades par les anti-paludiens efficaces. Mais il semble que certaines souches de *Plasmodium falciparum* sont devenues peu sensibles à la nivaquine, médicament peu cher et non toxique. Nous avons maintenant au Rwanda un projet dénommé triple CD : Combating Communicable Childhood Diseases (CCCD). Grâce à ce projet qui concentrera ses efforts sur les groupes les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes, une étude sur la sensibilité de l'agent pathogène de la malaria sera faite et nous permettra d'améliorer notre stratégie diagnostic-traitement de la malaria.

Il est recommandé en outre d'éviter le plus possible les contacts avec l'anophèle par le dépoussailage et la destruction des gîtes larvaires autour des habitations et des lieux de travail et surtout de déconseiller la construction d'étangs piscicoles non habités qui sont des réservoirs privilégiés des larves de moustiques de la malaria.

Dr François MUGANZA



Pour un "nouvel ordre médical mondial". Ainsi pourrait s'intituler les réflexions du Dr HITIMANA. Elles plaident pour plus de justice en faveur de la santé des enfants du Tiers-Monde. Ce programme exige cependant des choix douloureux et des révisions décisives.

Controverses

Santé et médecine du futur

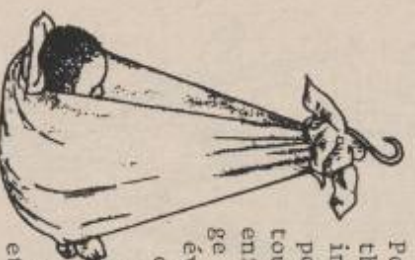
LA MEDECINE : PHENOMENE CULTUREL

Y'a-t-il une définition de la santé valable pour tout le monde ? Beaucoup le pensent. Certains auteurs estiment au contraire que santé et maladie sont des notions culturelles et arbitraires, élaborées par les diverses sociétés. Pour Hippocrate, "il n'est de pesée, pas de conformation, pas de calcul, dont on puisse faire un critère de santé ou de maladie". La médecine moderne, quant à elle, définit la "bonne santé" par rapport à certaines normes et elle appelle "pathologie" toute déviation par rapport à ces dernières. Dès lors, le patient serait vraiment malade, non pas parce que "il se sent malade", mais à partir du moment où les résultats de ses analyses ne sont pas conformes à la moyenne statistique de son groupe. Dans ce cas seulement, il aura droit à la "médicalisation". La médecine traditionnelle a, quant à elle, une autre vision des problèmes de santé.

DES MEDECINES PARALLELES

Les diverses médecines qui se sont élaborées à diverses époques et dans des cultures particulières témoignent donc chacune d'un esprit médical original. Aujourd'hui encore, l'existence des "médecines traditionnelles" ne signifie pas de leur part la revendication d'une marginalité par rapport à la médecine moderne. Elles ne désirent pas non plus se substituer à cette dernière.

Mais la médecine traditionnelle conserve son rôle et son importance : elle permet à certains malades d'éviter les abus de la médicalisation. Elle pallie aussi au manque de souplesse vis-à-vis de l'individu dont fait preuve la médecine moderne exercée à grande échelle. (Sur ce point, la médecine traditionnelle a précédé la médecine psychosomatique moderne en orientant vers le guérisseur des malades qui retrouvent à son contact le colloque singulier d'homme à homme, dans l'ambiance isoculturelle nécessaire à leur guérison).



Pourtant, malgré les multiples choix thérapeutiques, beaucoup de malades impatientes de guérir, vont de faux espoirs en faux espoirs, en faisant la tournée des médecins avant de trouver enfin la bonne thérapeutique. Ce manque frustrant et coûteux pourrait être évité si chacun était informé sur les divers types de médecine, sur leurs succès mais aussi sur leurs limites. Nombreux sont les malades dont les troubles expriment un problème humain qui rejallit sur leur santé et qui exigent comme préalable à l'amé-

lioration de leur état l'établissement de relations confiantes. À quoi bon prescrire des médicaments, si le patient n'est pas convaincu de la nécessité de les prendre ?

● LE MALADE DE L'AN 2000

Les frontières traditionnelles de la médecine éclatent au fur et à mesure que son action s'étend. Elle n'est plus l'apanage des seuls médecins : l'économiste, le technicien, le statisticien, l'informaticien, sont partie prenante du fait médical.

Par ailleurs, le temps est désormais révolu où le malade recevait passivement tel ou tel traitement. Il veut désormais prendre la décision ; le médecin n'étant que son conseiller. Le patient est appelé à se "prendre en charge lui-même", par la prévention, le dépistage précoce et l'auto-surveillance. Il doit "gérer sa santé", sans pourtant pousser cette prise en charge jusqu'à ses extrêmes limites en se passant de tout concours médical. Aussi certains parlent-ils d'un "nouvel ordre médical" où il est surtout question d'hygiène de vie alimentaire, corporelle, physique et musculaire, mentale et sexuelle.



Les recherches récentes ont établi que le quinquagénnaire américain moyen de sexe masculin pourrait prolonger son espérance de vie onze ans grâce à l'application de quatre mesures d'un coût pratiquement nul : ne pas fumer - boire de

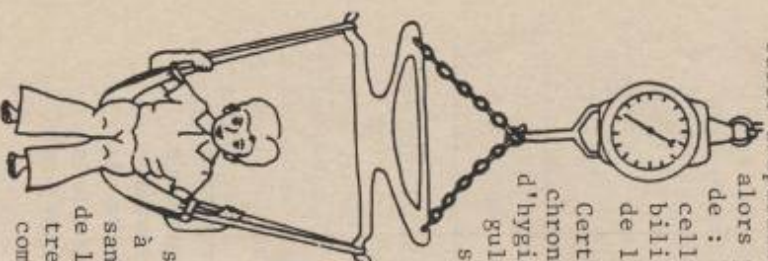
l'alcool avec modération - éviter l'obésité et prendre de l'exercice.

Les progrès dans le domaine de la santé pourraient donc moins dépendre de performances techniques que d'une évolution sans coût du mode de vie individuel.

Dans ce contexte, une médecine efficace serait inséparable de la notion de liberté, de responsabilité et de créativité. Médecine difficile et exigeante, tant pour le médecin que pour le patient, puisqu'elle ferait appel à un certain engagement que la médicalisation généralisée tend aujourd'hui à faire disparaître. En effet, le malade ne pourrait

alors prendre un remède sans y prendre garde : la vraie thérapeutique ne serait plus celle qu'il subit en laissant la responsabilité au praticien, mais celle vis-à-vis de laquelle il serait lui-même attentif.

Certes, on ne pourra guérir des maladies chroniques seulement avec des règles d'hygiène. Mais en revanche, sans cette régularité apportée par l'engagement personnel, toute thérapeutique peut s'avérer inopérante.



● CONTRE UNE MÉDECINE DE LA DERNIÈRE CHANCE

Face à son malade, le médecin s'oblige à lui donner des soins consciencieux conformes aux données actuelles de la science. Mais, le public qui recourt à lui, saturé de reportages retentissants, rapportant les succès sensationnels de la médecine moderne, ne peut plus admettre d'échecs fortuits. Il demande des comptes à celui qui le soigne et veut vé-

rier la qualité de ses interventions. Cette attitude n'est pas sans dangers : le médecin ne peut remplir son rôle que dans un climat de liberté, permettant l'initiative, la possibilité d'affronter les risques et de décider souverainement.

Certes, le praticien peut s'entourer de précautions et recourir à de nombreux examens complémentaires, mais toute cette couverture technique est en contradiction avec les objectifs d'économie. Le coût de certains traitements devient ainsi une charge énorme pour la société qui devra nécessairement en "sélectionner" les bénéficiaires. Faut-il engager des sommes énormes pour effectuer des soins qui ne concernent qu'un nombre limité de malades plutôt que d'utiliser ces ressources dans un sens égalitaire ? La sophistication des techniques médicales est telle qu'une amélioration minime réclame des sommes considérables dont le poids est insupportable dans le contexte de crise économique actuelle.

LA NOUVELLE VOIE

La persistance de la récession économique et l'absence de toute perspective d'amélioration de l'économie mondiale dans le sens de l'équité et de son bon fonctionnement indiquent qu'il est peu réaliste d'espérer un accroissement des ressources mises à la disposition du progrès social au cours de la présente décennie. Attendre que la récession

Dire que la santé est un droit de l'homme n'a guère de sens : autant dire que la connaissance et le courage sont des droits de l'homme. Il serait plus juste d'affirmer que la santé est une responsabilité que chacun doit assumer.

cède le pas revient à accepter que des dizaines de milliers d'enfants continuent à mourir chaque jour, tandis que des milliers d'autres restent malades ou affamés. Que diraient alors ces enfants s'ils avaient leur mot à dire dans les affaires mondiales ? Il apparaît donc que les systèmes de santé occidentaux adoptés par tant de pays du Tiers-Monde ne répondent pas à leurs besoins et ne sont pas des modèles appropriés. Imposer la médecine occidentale à des populations incapables d'en payer le prix - faute de sécurité sociale - est un non sens. Non sens aussi que de construire un ensemble hospitalier urbain et négliger les collectivités rurales qui restent sous-médicalisées.

Les méthodes d'avenir doivent donc être conçues pour que le Tiers-Monde puisse espérer améliorer la santé d'un nombre plus grand de personnes. Ces méthodes ne se fondent pas sur les connaissances d'un personnel médical hautement spécialisé travaillant dans des hôpitaux coûteux, mais sur la participation active d'agents de développement communautaire, appliquant des techniques appropriées avec l'aide des services publics. Priorité serait donnée à la médecine communautaire sur la médecine individuelle, à la médecine préventive sur la médecine curative et à l'éducation sanitaire.

La Conférence d'Alma Ata proposa que les soins de santé primaires pouvaient d'ores et déjà modifier favorablement le rapport entre le niveau de vie et la santé. Ainsi naquirent ici et là les promoteurs de santé villageois, les auxiliaires de santé communautaire bénévoles, les gardiens de santé, etc. au service des populations rurales. La multiplication de ces agents conjuguée à l'accroissement des taux d'alphabétisation et de scolarisation, à l'audience de la presse et de la radio, à l'extension des moyens de transport permettront de mettre

à disposition des populations des techniques peu coûteuses pour améliorer la santé.

UN CRITERE SINGULIER

Pour vérifier le développement social, le taux de mortalité infantile (décès d'enfants de moins d'un an pour 1.000 naissances vivantes) est un indicateur éloquent. Plus éloquent que le produit national brut. L'amélioration de la vie des enfants a autant d'importance que la croissance économique. Contrairement au produit national brut par habitant que la richesse disproportionnée d'une minorité de privilégiés peut contribuer à relever, le taux de mortalité infantile ne peut être réduit dans des proportions significatives que moyennant une amélioration de la santé et des conditions de vie de la majorité de la population.

On estimait par le passé que toute amélioration significative du taux de la mortalité dépendait avant tout d'une accélération de la croissance économique. L'UNICEF a nuancé cette thèse en prétendant que l'augmentation de la santé des enfants est à la fois la cause et la conséquence du développement économique. Il y a une relation de cause à effet entre le développement physique et mental des enfants et la croissance économique d'un peuple.

Des données accumulées ces dernières années prouvent que des pays à bas revenus peuvent réduire la mortalité des enfants sans attendre une augmentation de leur produit national brut. Les exemples de la République Populaire de Chine, du Sri Lanka, des deux Corées, de l'Inde, sont significatifs à cet égard. Dans chacun de ces pays, le taux de mortalité infantile a été porté à un niveau moins élevé que dans de nombreux pays disposant d'un PNB/habitant situé entre 1500 et 2300 \$ (cf. Tableau).

★ DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET MORTALITE INFANTILE

(Sources : "La situation des enfants dans le monde 1984" UNICEF)

PAYS	PNB/habitant (dollar) en 1981	Taux de mortalité infantile		
		1960	1981	
- HAUTE-VOLTA	240	250	210	Pays à très haute mortalité infantile.
- RWANDA	250	150	140	
- ARABIE SAOUDITE	12.600	190	110	
- TANZANIA	280	150	100	Pays à haute mortalité infantile
- AFRIQUE DU SUD	2.770	140	90	
- REP. POP. DE CHINE	300	170	70	
- EMIRATS ARABES UNIS	24.660	140	50	Pays à mortalité infantile moyenne
- SRI LANKA	300	70	43	
- U.R.S.S.	4.550	33	26	
- CUBA	1.410	70	19	Pays à faible mortalité infantile
- U.S.A.	12.820	26	12	
- JAPON	10.080	17	7	

Il est clair que le progrès économique ne va pas automatiquement profiter aux enfants les plus pauvres.

IDEAL TROP AMBITIEUX ?

En 1980, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopta l'objectif de réduire la mortalité infantile dans tous les pays à 50 pour mille au moins, d'ici l'an 2000. (Actuellement le taux oscille entre 7 pour mille en Suède et 210 pour mille au Bourkina Faso). On estime maintenant que cet objectif ne saurait être atteint à la fin du siècle et que le taux de mortalité infantile de plus de 70 pays continuera de dépasser largement 50%.

En effet, les services médicaux modernes sont trop coûteux pour que les pays pauvres puissent en faire profiter la majorité de la population en un temps aussi court.

Dans ces pays le rapide déclin de la mortalité infantile observé à une étape plus précocée grâce notamment à l'emploi des antibiotiques, des insecticides et des vaccinations, semble actuellement se stabiliser autour de 100 à 200 pour mille contre 10 à 20 pour mille dans les pays industrialisés.

Comme c'est surtout l'infection et la malnutrition dont l'action conjuguée continue à menacer la santé et la vie de la majorité des familles du Tiers-Monde, les mesures concrètes telles que la surveillance de la croissance, la promotion de l'allaitement maternel, l'extension de la vaccination et la thérapeutique de la rehydratation par voie orale constituent les composants des soins de santé primaires susceptibles d'être les plus uti-

les, moyennant un coût minime, à une majorité d'enfants du Tiers-Monde.

- En effet, ces mesures ont l'avantage de :
- ▶ donner aux parents les moyens d'agir au mieux en faveur de leurs enfants,
 - ▶ donner des résultats tangibles et donc pouvant susciter un enthousiasme favorable à leur acceptation,
 - ▶ faire appel à la participation de la population aux côtés des spécialistes de la santé.

PROMESSES ET ESPOIRS

La voie est donc ouverte vers les progrès au profit notamment des enfants dans le cadre des soins de santé primaires. Pour la plupart des enfants, le plus important agent de ces soins est leur mère. De son niveau de formation et de sa capacité d'accéder à l'information dépendra son comportement, qu'il s'agisse de vaccinations, d'espacement des naissances ou de préparations de meilleurs aliments disponibles.

Le défi à relever semble désormais plus politique que technique ou financier.



Il y a plus de 10 ans la communauté internationale a fait une promesse aux enfants. A l'occasion de la clôture de la conférence mondiale sur l'alimentation (1974), un objectif a été fixé : *"Que d'ici dix ans, plus aucun enfant n'ira se coucher en ayant faim, qu'aucune famille n'aura peur de manquer de pain et qu'aucun être humain ne verra son avenir et ses capacités entravés par la malnutrition".*

Hélas ce soir plus nombreux encore sont les enfants qui iront se coucher le ventre creux au risque de voir leurs capacités compromises que le soir où furent prononcées ces paroles.

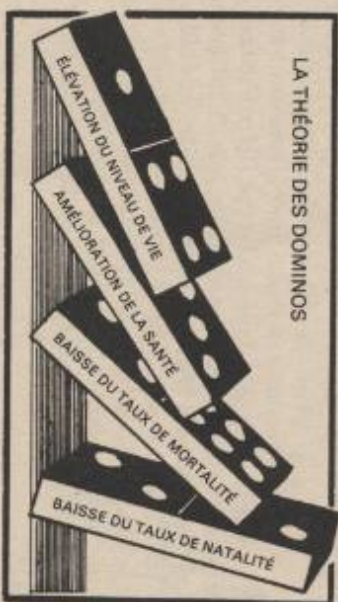
La route est donc longue et semée d'obstacles. Aussi, tout en formulant des vœux avec l'OMS pour que la révolution sanitaire assure la santé pour tous à l'an 2000, devons-nous veiller à ce que ce mot d'ordre ne subisse pas le même sort.

Dr D. HITIMANA

BIBLIOGRAPHIE

1. Pr. Maurice TUBIANA, "Le refus du réel", Edition Robert Lafont
2. Dr Y.M. KERVAN et al., "Les nouveaux espoirs de la Médecine", Ed. Calman-Lévy, 1982
3. Dr Huguette BERCY et al., "Les Médecines différentes", Ed. du Dauphin, 1983
4. Ivan ILLICH, "Némésis médicale", Ed. Le Seuil
5. La situation des enfants dans le monde, 1984, par James P. GRANT - UNICEF

LA THÉORIE DES DOMINOS



Les notes qui suivent sont extraites d'une communication présentée aux journées de l'Union Chrétienne Médicale et Paramédicale" (U.C.M.P.) tenues à Kigali en janvier 1985. Elles réaffirment heureusement l'équilibre entre la dimension physique, psychique et spirituelle chez le malade. Une véritable thérapie doit tenir compte de ces trois composantes.

Accompagnement spirituel du malade

● PRIORITE A LA SANTE GLOBALE

Dans une vie chrétienne qui tâche d'être cohérente, la relation au malade ne peut donc jamais se résoudre au simple fait d'administrer des soins cliniques, si parfaits soient-ils. Certains hôpitaux, impeccables au plan technique, se muent en "grande surface" de la "santé" et n'engendrent que morosité, tristesse, désespoir. On hypertrophie la technique thérapeutique sans l'intégrer dans la globalité de la relation interpersonnelle humaine. La spécialisation cloisonne, dépersonnalise, comme s'il fallait à tout prix faire fonctionner séparément chaque rouage de cette merveilleuse complexité qu'est le corps humain. L'intégrité physique, et même la santé du corps, ne sont pas des absolus. Jacques Lebreton crie toute la richesse d'une vie "sans yeux et sans bras" !

Un autre écueil à éviter serait d'imputer à Dieu une certaine volonté qui prédestine à la maladie et à l'épreuve. Mais le Dieu d'amour ne peut être sadique, avide de vengeance ou de revanche !

Nous devons faire attention à nos réactions et même à un langage facilement fataliste et tout à fait inacceptable pour un chrétien : pour accueillir la souffrance, on ne peut invoquer une pieuse résignation à la volonté de Dieu. Il y a un vocabulaire que nous devons absolument nous interdire. Dieu ne peut vouloir qu'une chose, c'est l'amour et la vie.

Mais en voulant ainsi la vie et l'amour, Dieu refuse d'avoir comme partenaire des esclaves ou des automates ligotés par leur programmation génétique ou sociale. Si l'homme utilise mal l'infrastructure mise à sa disposition et qu'il a mission de valoriser, il en subira lui-même tout d'abord les retombées douloureuses, et il fera souffrir les autres autour de lui ! L'être humain tout entier est altéré et blessé par une perte d'harmonie, de communion, et cette perte d'inégalité entraîne inévitablement une perturbation dans tout l'être psychosomatique ainsi que dans son réseau de relations. "Guérir" voudrait dire remettre en symbiose, en harmonie interne et externe, en "santé" ?

Dès lors, priorité doit être donnée à la santé globale, à l'intégralité, qui ne peut être supplantée par le souci d'une santé simplement physiologique. Ce serait une idolâtrie invivable à la longue ! Le P. Teilhard a déjà réagi contre toute réduction visant à fixer le point de référence aux niveaux inférieurs. Une santé physique même limitée ou déficiente trouvera toujours des suppléances pour s'intégrer dans une synthèse plus large, dans une "santé" plus intériorisée et plus riche en qualité d'être. Dès lors, même l'handicap physique peut être source de croissance, et c'est une grâce de pouvoir approcher des communautés d'handicapés vivant joyeusement une qualité évangélique prophétique. Jean Vanier en est témoin :

l'handicapé nous apprend le primat des valeurs du coeur, le primat irremplaçable d'une charité plus gratuite.

Dans la même ligne, l'important n'est pas de prolonger coûte que coûte le nombre de jours que nous vivons sur terre, mais il faut plutôt veiller à la qualité de cette vie. Et celle-ci mérite notre priorité absolue.

Il m'est arrivé une fois d'être très dur avec une malade que je connaissais et que j'accompagnais depuis un certain temps. Veuve et mère de plusieurs jeunes enfants, elle se découvre atteinte d'une tumeur maligne très grave. L'opération était risquée et inéluctable, mais elle se révélait violemment contre sa maladie et voulait "vivre". En se débattant, elle devenait pénible à

Dieu n'a pas voulu ma souffrance, il l'a comblée

Jacques Lebreton, lorsqu'il avait vingt ans, a perdu ses mains et ses yeux à cause de l'écèlement d'une grenade. Et cependant, son immense malheur n'est pas demeuré un malheur absolu.

"En rencontrant le Christ, j'ai trouvé la paix, je suis devenu le gars à l'hôpital qui remontait le moral des copains ! Il m'est arrivé de dire que "je n'avais pas perdu au change". Oui, c'est vrai, je l'ai dit et ce n'est pas de la littérature : deux yeux et deux mains en moins, qu'est-ce que c'est à côté de la rencontre de Dieu... Seulement, heureusement qu'on ne m'a pas demandé mon avis ! J'ai dit au Christ : Je ne te comprends plus mais je te fais confiance.

Je ne dirai pas que Dieu a voulu ma souffrance, mais il l'a comblée... Et je lui rends grâce depuis trente ans pour cela."

Jacques Lebreton. "Sans yeux et sans mains" (Casterman)

supporter pour tout le monde. Je me suis alors résolu à lui dire carrément que l'important n'était pas pour elle de vivre quelques jours de plus, en laissant un mauvais souvenir à ses enfants; mieux valait leur transmettre un témoignage de paix et de confiance ... De telles prises de position sont délicates à exprimer, même si elles sont libératrices et humainement vraies. C'est que la maladie et la souffrance restent malgré tout une conséquence mystérieuse de notre état de pécheurs, d'hommes qui veulent s'accomplir par eux-mêmes sans trouver leur harmonie et leur santé en Dieu.

ETAPES DE MATURATION A ACCOMPAGNER

Un des points les plus difficiles à assumer dans notre vie personnelle et dans l'accompagnement des autres est de nous rendre compte que nous sommes irrémédiablement voués à un déclin de notre corps, de nos forces physiques, psychiques, mentales ... Force nous est cependant de nous y préparer. Cette prise de conscience devient même libératrice pour aider les autres à assumer une telle contrainte. On ne peut y arriver sans un climat de charité.

Même s'il est limité et s'il diminue physiquement, l'autre doit comprendre qu'on l'aime. Sa vie, sa valeur personnelle, son intégrité, sont plus importantes à nos yeux que son intégrité physiologique. Une telle assurance de charité apaise et guérit des frustrations et des blessures; elle remet en harmonie avec soi-même et aide à vivre positivement les diminutions de dynamisme extérieur, car on trouve un sens plus profond à sa vie, au-delà de la recherche d'efficacité immédiate ou d'épanouissement personnel. Même les souffrances se chargent alors de valeur nouvelle; on se décou-

vre de nouvelles potentialités, des alternatives inattendues, des suppléances parfois même plus riches d'humanité.

Le temps de la maladie confronte aux valeurs essentielles et peut ainsi devenir un temps privilégié d'intériorisation, un "temps fort" pour la pastorale. Ceux qui ont la grâce et la mission d'approcher les souffrants savent combien l'épreuve de la maladie déclenche un véritable cheminement spirituel. Diverses étapes requièrent là un accompagnement spécifique qu'il nous faut ajuster et discerner dans la réflexion et la prière. Tâchons ici d'en marquer les principaux jalons.

D'ABORD LA REVOLTE

Quand une épreuve physique ou morale s'abat sur quelqu'un, la première réaction est souvent la révolte, le refus : "pourquoi cela m'arrive-t-il à moi ? Qu'ai-je fait de mal pour être amputé, pour avoir ce cancer ... ? Dieu est injuste, car les autres sont en bonne santé. Non, ce n'est pas possible ! Je dois lutter, mobiliser toutes mes énergies, refuser cette fatalité".

Cette étape de refus est très pénible pour le malade et pour son entourage qui doit accueillir son cri, sa lutte, comme un combat intérieur qui rejoint l'agonie même de Jésus. Patience et délicatesse ... il ne sert à rien de répondre, de discuter, de servir de bonnes paroles ou des sermons inacceptables pour celui qui souffre. L'encouragement et la présence fraternelle doivent se poursuivre. Ce n'est pas jouer la "comédie", car l'évolution d'une maladie reste imprévisible, et peut souvent varier d'après le tempérament humain et spirituel du malade. Il faut délicatement aider à une prise de conscience lucide de son mal.

Après la phase de révolte et de refus plus ou moins violent, le malade se rend compte de l'impasse : son état physique ne s'améliore pas ! Il a beau se révolter, cela ne change rien à sa situation. Sa révolte empire même la maladie, car la déchirure en est plus à vif, plus douloureuse. Le processus de dégradation s'avère irrémédiable, inéluctable. A ce moment, il risque de sombrer dans le découragement, la dépression, le désespoir.

L'accompagnement amical est alors de première importance pour que le malade ne se sente pas réduit à être un cas désespéré, un objet de pitié. Il doit se sentir reconnu dans sa valeur de personne, dans l'appréciation de son cœur. Il doit aussi rencontrer dans le regard et l'attitude de l'autre une source de confiance, de respectueux encouragement à assumer son mal ; autour de lui on croit à la valeur positive d'une vie, diminuée peut-être au plan physique, mais riche de virtualité au plan de l'intensité profonde. Pas question donc de désespérer ou de laisser tomber les bras, de poser des gestes irrémédiables ...

"La tradition biblique refuse de voir dans telle maladie la conséquence de telle faute. Mais elle ne refuse pas pour autant une certaine relation entre le domaine du mal et du péché et celui de la guérison et du salut. Car la Bible considère toujours l'homme concret, éprouvant en son corps les sentiments de son âme. La distinction entre l'âme et le corps est grecque, elle n'est pas biblique. C'est ainsi que se comprennent les nombreuses guérisons de Jésus : guérisons corporelles oui, mais opérées au nom de la foi en Dieu et signes de la guérison totale appelée salut. Jésus n'est pas un médecin, mais il s'intéresse à l'homme, à tout l'homme, et ne supporte pas de voir des femmes ou des hommes rabougrés."

(Paul de Clerck, dans *Visiteurs de malades*, sept. oct. 83, p. 40)

Petit à petit, le malade se rend compte qu'il est encore "quelqu'un pour quelqu'un", que sa diminution physique n'est pas une tare absolue. Ainsi s'amorce la troisième phase de sa réaction : il commence à assumer sa maladie. Il accepte d'être diminué dans son activité extérieure car il découvre paisiblement des valeurs d'intériorité. Même autour de lui, on perçoit une croissance de qualité de vie : l'être se réconcilie vraiment avec lui-même, avec les talents qu'il a reçus, avec ses limites également. C'est le moment du bilan et d'une remise confidentielle entre les mains de Dieu. Mais pour en arriver là il faut se savoir et se sentir aimé. Se sentir aimé par des êtres proches qui restent fidèles jusqu'au bout, et peut-être par un témoin privilégié de l'amour gratuit et fidèle de Dieu. L'être blessé pourra alors avancer avec confiance et rayonner lui aussi sa qualité d'être, de personne. Bien que diminué, il se sent habité et soutenu par l'amitié, par une force de résurrection qui le fait grandir dans son être profond, dans une relation confiante et rayonnante.

Pour cela, il doit rencontrer un ou des "éveilleurs" qui le révèlent à lui-même et soutiennent avec confiance ses tâtonnements, ses hésitations ... Il doit trouver en eux des témoins qui re-présentent l'amour indéfectible de Dieu, dans l'assurance que cette étape de souffrance a un sens positif.

Les dépassements progressifs feront découvrir un monde d'intériorité et la fécondité de la souffrance. La femme qui enfante gémit mais est heureuse de mettre au monde un homme nouveau. Saint Paul se déclarait heureux de souffrir dans sa

"sollicitude de toutes les églises". Il se sentait travaillé et soutenu par une force de résurrection qui, en lui, devenait communicative. La souffrance n'est plus perçue comme une impasse, un échec, un moment de replis sur soi. Elle se découvre pascalle, passage pour un être qui garde l'assurance de continuer sa route, de rester toujours "en devenir". Sa vie gagne en sens dans cette intériorisation des valeurs à transmettre avec une efficacité nouvelle.

QUELQUES URGENCES

<1> Notre premier souci doit rester de rencontrer l'autre, le souffrant comme personne. Sans idolâtrer le simple bon fonctionnement des organes physiologiques, il convient de soigner l'autre dans sa globalité de personne humaine. Les soins techniquement valables doivent rejoindre et aider une personne, sans découpage arbitraire.

<2> Les soins de santé doivent ainsi mobiliser toute la personnalité de l'accompagnant. Ils requièrent un engagement, un vécu de prière, de cœur, d'amitié.

<3> L'amitié et le soutien d'une communauté sont à assurer, ou du moins faut-il veiller à ce que d'autres pourvoient à l'entourage amical si on ne peut s'y investir soi-même. Ce point ne peut jamais être négligé. La communauté reste le lieu de guérison plus totale. N'est-ce pas là que l'on rétablit le mieux la relation blessée ou altérée ? Dès lors, il faut veiller à l'intégration saine de l'autre dans un réseau d'amitié vraie afin qu'il se sente accepté, respecté, soutenu. Cela est indispensable pour un rétablissement global et humain.

<4> Ne serait-il pas urgent d'intensifier un travail d'équipe autour de la personne souffrante ? Avec leur discipline et leur déontologie propres, les soins de santé s'intègrent dans un ensemble de relations interdisciplinaires. Un réel travail de libération visera l'harmonie du malade avec son environnement.

<5> Toute thérapie doit préserver sa dimension proprement religieuse vécue dans des relations interpersonnelles vraies. Un sourire aide efficacement à assumer le mal. La charité même silencieuse, ne constituerait-elle pas la meilleure - et parfois la seule - thérapie, car elle mise au fond sur la force de résurrection à l'œuvre dans les cœurs ?

<6> Une petite suggestion pratique pour terminer : pourquoi ne pas développer en nous "la dévotion de Ste Véronique" ? Cette sainte a rencontré Jésus

"Si l'on prétend, comme nous le faisons, que le droit à la vie de tout embryon devrait être protégé par la loi civile et soutenu par le consensus des citoyens, alors nos responsabilités morales, politiques et économiques ne s'arrêtent pas au moment de la naissance. Ceux qui défendent le droit à la vie des plus faibles d'entre nous doivent également se manifester en faveur de la qualité de la vie de ceux qui, parmi nous, ont le moins de pouvoir : les vieillards et les jeunes, les affaiblis et les sains, les immigrants sans papiers et les chômeurs. Prendre parti pour cette qualité de la vie se traduit en prenant des positions politiques et économiques précises sur la politique fiscale, la création d'emplois, la politique sociale, les programmes d'alimentation et de santé."

Cardinal BEVANS
Archevêque de Cincinnati

Ce geste (comme celui du lavement des pieds) ne serait-il pas exemplaire pour l'accompagnement spirituel dans les soins de santé ?

M. BOGAERT

Cet article propose une stratégie originale des soins de santé pour tous : un comité de santé et son agent au niveau de chaque cellule. Proposition qui relève de l'utopie ou de la prophétie ? Ce programme semble répondre aux souhaits de nos stratégies médicaux-sociaux.

Soins de santé primaires

Perspectives d'avenir

● PREVENIR VAUX MIEUX QUE GUERIR

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. La santé n'est donc pas seulement l'absence de la maladie. Elle n'est pas une affaire strictement individuelle, mais collective. D'où les concepts de "médecine de masse", de "santé de base" et de "santé publique".

Médecins et sociologues conviennent qu'il vaudrait mieux prévenir que guérir, endiguer les causes de la maladie plutôt que de lutter contre elle. La médecine préventive a tendance désormais à l'emporter sur la médecine curative. Au cours des deux dernières décennies, la "santé publique" a remporté quelques succès, comme l'éradication de la variole et, dans le cas du Rwanda, la diminution de la rougeole, due à un programme élargi de vaccinations.

Cependant ces succès ne doivent pas faire oublier la lenteur et les carences que la médecine publique enregistre encore. Elles sont dues principalement à des infrastructures de santé figées et

et statiques qui ne parviennent pas à toucher toute la population concernée, à l'oubli de certains secteurs de santé et aussi à la réticence de certains praticiens à changer de méthode et de mentalité. Ces derniers préfèrent axer leurs soins sur le curatif uniquement. C'est pourquoi l'Assemblée Mondiale de la Santé, dans sa résolution WHA 30.43, a lancé l'objectif : SANTÉ POUR TOUTS EN L'AN 2000. La stratégie définie pour atteindre ce but sont "Les Soins de Santé Primaires" (SSP).

PLUSIEURS COMPOSANTES POUR ATTEINDRE UN MEME OBJECTIF

Cette stratégie qui veut apporter les soins le plus près possible de la population exige la participation de la communauté locale qui, en quelque sorte, prend en charge sa propre santé. Les composantes des SSP sont donc : l'éducation sanitaire - les méthodes de prévention et de lutte contre les maladies - la promotion nutritionnelle - l'approvisionnement en eau potable - l'hygiène - la protection maternelle et infantile (qui implique aussi le planning familial) - les vaccinations contre les maladies infectieuses - la prévention et le contrôle des endémies - le traitement des maladies et des lésions courantes et la fourniture des médicaments essentiels. Pour organiser et exécuter les SSP dans la communauté, la présence d'un agent, membre de cette communauté et choisi par elle, est un élément essentiel.

Un système de santé implique donc toutes les composantes des SSP. Certaines concernent plutôt les affaires sociales, d'autres le domaine agro-pastoral, l'hydraulique rurale, d'autres encore l'éducation et l'environnement. On le voit, plusieurs départements ministériels sont impliqués dans ce système et on peut comprendre dès lors

l'opportunité d'intégrer au Ministère de la Santé le sous-département des affaires sociales.

● LA CELLULE : PREMIERE STRUCTURE SANITAIRE

Dans notre pays, l'application du programme global exigé par les SSP peut bénéficier de l'organisation politico-administrative avec comme élément de base la cellule où déjà la population est mobilisée dans le cadre du développement local. Ainsi la cellule peut-elle devenir l'infrastructure élémentaire de santé. On instituerait en son sein un "comité de santé" et on choisirait parmi les membres de la cellule un "agent de soins de santé primaires". La commune disposerait d'une infrastructure sanitaire (Centre de Santé) plus large avec toutes les composantes des SSP et pourrait assurer aussi la formation et les stages des agents de santé.

Cette formation devra être basée sur les problèmes réels qui se posent dans chaque cellule. Chaque région ne présente pas les mêmes difficultés : la typhono-miase a une grande incidence dans les régions proches du Parc National, mais on l'ignore à Kibuga; deux cellules voisines peuvent avoir des problèmes différents d'approvisionnement en eau potable; les facteurs géographiques et socio-économiques varient ostensiblement de région en région. On ne saurait donc généraliser les problèmes de santé ni uniformiser la formation des agents sanitaires.

La formation des agents de SSP sera précédée d'une enquête sanitaire de la cellule concernée qui recensera les principales difficultés et définira les objectifs prioritaires à atteindre.

● L'AGENT DE SSP

Le profil de l'agent de santé pourrait être le suivant : être membre du comité de sa cellule, avoir été scolarisé (au moins jusqu'au niveau du CERAL). Ses attributions seraient les suivantes : éducation et prévention sanitaires - organiser les transferts de malades - servir de liaison avec le Centre de Santé et administrer les premiers soins d'urgence. C'est la population locale qui le recrutierait (le pouvoir central pourrait aussi l'encourager en lui allouant quelques autres avantages). L'expérience du Mozambique ou de la Mauritanie a prouvé que lorsque l'agent de santé n'est pas stimulé par des gratifications, son dévouement ne fait pas long feu ...

● LES CENTRES DE SANTE

A l'échelon communal, ils devront intégrer toutes les composantes des SSP. Il faudra leur assurer une enveloppe budgétaire suffisante et une certaine autonomie de la gestion ("décentralisation budgétaire"). Ils devront être mieux approvisionnés que les hôpitaux. Et l'équipe qui y travaillera sera formée ou recyclée dans le sens des SSP. Le Centre de Santé devra éviter la dispersion des efforts et les "luttes d'influence" qui opposent souvent le "social et le médical". Ce biccéphalisme

devra disparaître au profit d'une action concertée, intégrée, coordonnée et homogène.

Il faudra aussi mieux intégrer toutes les activités de santé "connexes" qui relèvent d'autres départements ministériels (comme les communications, l'hydraulique rurale, les activités agro-pastorales, etc...). Pour remédier au manque flagrant de concertations qui règne en ce domaine, il serait souhaitable que tout projet de développement prenne en considération les soins de santé primaires. Le budget MINISAPASO en serait allégé d'autant. Citons un exemple de projet qui a ce souci : DERB/FIDA de Byumba...

● RENOUEVER L'ENSEIGNEMENT MEDICAL

La généralisation des SSP implique une réforme de l'enseignement médical. Le profil du médecin généraliste, formé à l'Université Nationale du Rwanda, ou celui des assistants médicaux et infirmières doivent être définis à partir des rôles précis qu'ils devront jouer dans l'exécution des soins de santé du Rwanda, que l'on adapte la méthodologie et l'heuristique et que l'on développe chez les étudiants des attitudes conduisant aux tâches à exécuter sur le terrain et les habiletés techniques nécessaires. Par dessus tout, il s'agit de développer chez

Les maladies de la civilisation

Selon le président de la Conférence mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) les tumeurs considérées jusqu'ici comme les maladies de la civilisation industrielle menacent de plus en plus les pays en voie de développement, notamment : l'alcoolisme, la dépendance des médicaments, le tabagisme et autres toxicomanies, les maladies cardiovasculaires, les troubles psychosociaux. Actuellement, le mode de vie n'est plus déterminé par le climat et la culture, mais par les modèles proposés par les moyens de communication modernes. Les plus influents, et donc les plus menaçants, sont les jeunes des pays du Tiers-Monde.

Continuer à avoir des doutes sur la pertinence de l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000, c'est refuser de payer le prix des révisions douloureuses qu'implique le changement sanitaire. Au lieu d'attendre que des grands hôpitaux avec les équipements sophistiqués que les Etats ne sont pas à même d'entretenir fournissent l'essentiel des soins médicaux, mettons-nous au travail pour bâtir un système solide de services fondé sur les SSP. Souvenons-nous qu'il existe aussi des techniques sûres, peu coûteuses, acceptables et efficaces qui peuvent rendre d'utiles services à différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ce sont les technologies appropriées.

Dr COMLAN A.A. QUEMIN
Directeur Régional de
l'OMS/Afrique

eux le sens du travail en équipe et de leur donner des principes de bonne gestion.

Les formateurs devront eux aussi se recycler : qu'ils abandonnent leurs méthodes magistrales et axent leur enseignement sur des objectifs précis en harmonie avec les SSP. De même, la planification des programmes, la production des guides de formation devront être basés sur les SSP.

● RATTRAPER LE RETARD

Pour mieux atteindre les objectifs très vastes des SSP, ne pourrait-on pas créer au Rwanda une institution disposant de son propre budget et

et dont le rôle serait de veiller à la formation médicale, à la coordination des activités de santé, à la planification de l'enseignement médical et paramédical ainsi qu'à la recherche opérationnelle sur les SSP. Nous pourrions l'appeler : "Projet National des Soins de Santé Primaires". L'urgence d'une telle institution s'explique en fonction du retard de notre système de santé national. Ce retard devrait être rattrapé d'ici cinq ans si la stratégie voulait être au rythme de la stratégie mondiale des SSP (références au 7e Programme Général de Travail de l'OMS 1984-1989 et au 3e Plan National 1982-1986).

Certains signes nous disent que ce retard pourrait être rattrapé. Grâce aux travaux communautaires Umuganda, nous sommes assez avancés dans les constructions des Centres de Santé et nous disposons déjà d'une partie du personnel qualifié.

Dr E. MUTABARUKA

A MURUNDU (KIBUYE)

Un comité de santé

Le Centre de Santé de Murunda (paroisse de la Préfecture de Kibuye) a'est choisi son Comité de Santé composé de 72 membres élus au sein de la collectivité à raison de 2 personnes par cellule. Ce comité se réunit 2 fois par mois et sert d'intermédiaire entre les responsables du Centre de Santé et la population locale.

(Information : Dr MUNG'ANUZE Camisius - IMBONEZAMUTYANCO, Avril 1985, p. 33)

Le Dr VIMONT connaît les problèmes de santé au Rwanda, spécialement dans les préfectures de Ruhengeri et de Gisenyi où il fut responsable de la supervision des dispensaires ruraux. Partisan lui aussi d'une médecine populaire, il voudrait la rendre réaliste en adaptant ses faits aux possibilités économiques du pays.

Pour une médecine populaire

● UN PLAN AMBITIEUX, MAIS PEU REALISTE

Le plan quinquennal propose à juste titre un développement des infrastructures sanitaires et une médecine favorisant surtout la santé maternelle et infantile. Pour assurer une bonne couverture sanitaire du pays en dotant chaque préfecture d'un certain nombre d'hôpitaux (2 à 3) et chaque commune d'un centre de santé (CDS), ce même plan propose en tout la construction d'au moins 9 hôpitaux et de 30 CDS. Dans le même temps il prévoit la réparation et l'agrandissement d'un bon nombre d'hôpitaux et de CDS existants (IIIe Plan Quinquennal in Journal Officiel, Rapport annuel 82, Ministère de la Santé).

En raison de 700 millions de francs rwandais (dont 200 pour l'équipement) pour un hôpital d'une capacité de 250 lits et de 25 millions (dont 10 pour l'équipement) pour 1 Centre de Santé de 40 lits, le coût total s'élèverait à + 7 milliards de francs rwandais soit $700 \times 9 = 6,300$ mil-

liards FRW (pour les hôpitaux) et $25 \times 30 = 0,750$ milliards FRW (pour les Centres de Santé).

En y ajoutant les frais récurrents qui représentent $\pm 30\%$ de l'investissement, soit ± 2 milliards, on arrive à ± 9 milliards de FRW. Compte tenu de ces chiffres, le plan quinquennal est-il réaliste quand on sait que le budget du Ministère de la Santé n'était en 1983 que de 0,830 milliards de FRW ? Les objectifs de ce 3e plan, basés sur des normes européennes (où, comme on le sait, le personnel sanitaire et médical est très bien payé) ne peuvent se comprendre que si le financement était assuré par de généreux donateurs étrangers !

Et pourtant, tout le monde sait que ces généreux donateurs se raréfient d'année en année. Dès lors, ne serait-il pas plus réaliste de chercher comment atteindre les mêmes résultats, si pas plus, avec moins de frais ? Dans l'élaboration des plans, on viserait d'abord à changer les mentalités et à favoriser la prévention des maladies plutôt que de construire des hôpitaux sophistiqués pour assurer les soins curatifs.

LES LECONS DE LA SITUATION ACTUELLE

Actuellement avec ses 272 lits, l'hôpital de Ruhengeri dépense ± 20 millions FRW pour son budget de fonctionnement et ± 20 millions FRW pour le budget destiné aux salaires du personnel national, soit en tout 40 millions. Ramené à une capacité de 250 lits, cela représenterait ± 36 millions FRW par an. Si les 9 nouveaux hôpitaux étaient conçus sur le modèle de celui de Ruhengeri, ils contiendraient donc 330 millions FRW par an.

L'hôpital de Gisenyi, avec 166 lits dépense ± 5 millions FRW pour son budget de fonctionnement et ± 14 millions FRW pour le personnel. Avec une capacité de 250 lits, un hôpital modèle Gisenyi représenterait donc ± 30 millions FRW soit ± 270 millions pour les 9 nouveaux hôpitaux.

La juste moyenne entre ces deux modèles donne l'équivalent de 300 millions FRW. Ils sont bien loin de 6,3 milliards de francs randaïs !

DES ETABLISSEMENTS SOUS-OCCUPES

Est-il nécessaire de construire des hôpitaux à 250 lits et des Centres de Santé à 40 lits ? L'on sait que de tels établissements entraînent une très lourde charge en personnel, en matériel et en fonctionnement. Par ailleurs on a constaté que leur taux d'occupation était souvent inférieur à leur capacité. Le tableau I de la page suivante nous donne les résultats d'une enquête réalisée en 1983.

POUR UN AMENAGEMENT REALISTE D'UN CSD

Pour équiper un CDS, deux solutions sont possibles. Un équipement type européen, sophistiqué, acheté à Kigali. Un équipement en mobilier local et robuste acheté dans les économats généraux ou chez des menuisiers locaux. Il est possible d'équiper un Centre de Santé pour un coût 2 fois moins élevé, comme le montre le tableau II, p.

TABLEAU I

ETABLISSEMENT	LIEU	CAPACITE	TAUX D'OCCUPATION HOSPITALISATION	% DU TAUX DE LA CAPACITE MAXIMUM
Hôpital	Ruhengeri	272 lits	51.628 journées	52
Hôpital	Gisenyi	166 lits	29.544 journées	48
Hôpital	Nemba	110 lits	25.000 journées	65
CDS	(Gisenyi (Ruhengeri)	16 lits	?	19
CDS	Rambura	22 lits	?	?
CDS	Kigufi	18 lits	?	5,2

Face à ces données, ne serait-il pas plus réaliste et plus sage de construire des hôpitaux type Nemba, d'une capacité de 100 lits, quitte à prévoir, en début de construction, des zones d'extension pour des décennies à venir ?

TABLEAU II

MOBILIER	P.U. KIGALI	P.U. LOCAL	NBRE	PRIX TOTAL KIGALI	PRIX TOTAL LOCAL
Lit	20.000	12.000	16	320.000	192.000
Table gynécologique	70.000	35.000	4	280.000	140.000
Soit pour les 30 CDS				600.000	332.000
				x 30	x 30
				18.000.000	9.960.000

(P.U. = Prix unitaire en FRW)

En tenant compte du taux d'occupation ainsi que du logement de deux infirmiers, les devis proposés localement pour 1 Centre de Santé ne devraient pas dépasser 11 millions de francs rwandais, soit moins de la moitié des devis du plan quinquennal.

COUT DE FONCTIONNEMENT D'UN CDS

En 1984, la Région Sanitaire de Gisenyi dispose de 4,8 millions de francs rwandais par an pour 10 CDS, c'est-à-dire 480.000 FRW/an pour 1 CDS. Cette somme paraît suffisante si l'on s'en tient à la liste des médicaments essentiels. Par ailleurs, faute de situation idéale où un CDS devrait disposer de 18-19 personnes, on pourrait se contenter de 12 personnes, dont 5 diplômés. L'addition des salaires et des frais pour l'achat des médicaments donne les chiffres suivants :

Médicaments :	480.000 x 30	= 14.400.000
Salaires :	15.000 x 5 x 12 x 30	= 27.000.000
	+ 7.000 x 7 x 12 x 30	= 32.800.000
TOTAL		= 79.200.000

Le budget général de fonctionnement devient ainsi 300 millions + 79,200 millions = 380 millions de francs rwandais.

Si l'on se rappelle que le budget pour l'achat des médicaments représente le 1/3 du budget général, où trouverait-on cette centaine de millions ? L'OPHAR pourrait-il supporter cette nouvelle charge, lui dont le budget s'élève à 130 millions FRW qui n'a pas varié depuis quelques années ? Pour les 30 nouveaux Centres de Santé, il faudra déboursier + 1.350.000 FRW; mais déjà en 1982, l'hôpital de Kigali avait grignoté 25 millions FRW sur le budget de l'OPHAR. Est-ce que les donateurs et les prêteurs ont prévu ces dépenses ?

MIEUX VAUT PREVENIR QUE GUERIR

Une petite enquête sur les principales

causes d'hospitalisation au Rwanda en 1982 a donné les résultats suivants :

Maladies	Nombre de cas
Paludisme	18.603
Diarrées	9.303
Rougeole	5.260
Dysenterie bacillaire	3.626
Vermineuses	2.564
Kashinokori	1.150
TOTAL	38.508

Ces hospitalisations étaient-elles nécessaires ? On pourrait diminuer de la moitié et même de 3/4 le nombre de ces hospitalisations et pour un coût mille fois moindre. Comment ? En investissant dans la prévention en zones rurales plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Pour combattre le paludisme, il suffirait de détruire les gîtes larvaires par le drainage et l'assèchement des marais ou de procéder à l'injection des chimioxyphylax aux personnes vulnérables.

Pour combattre les diarrhées, la dysenterie, les vermineuses, il suffirait d'une éducation sanitaire comme le simple usage du savon, l'aménagement des sources, des latrines... Un programme continu et élargi de vaccination pourrait combattre efficacement la rougeole.

En résumé, on peut éviter plusieurs cas d'hospitalisation :

- En équipant les communes et les collines de sources aménagées, d'adductions d'eau et de toute une infrastructure sanitaire.
- En propageant et en améliorant des technologies appropriées telles : les réserves de grains (pour pallier aux périodes de disette), le séchage, les citernes individuelles, les fours économiques d'énergie.

- En diminuant les accidents de la route grâce à l'instauration de la "Sécurité" et de la "prévention" routières, etc.

DES CONSTRUCTIONS FONCTIONNELLES

Un Centre de Santé est un centre de soins journaliers et surtout de prévention. Aucun cam-pagnard ne désire y être hospitalisé. Quand cela s'avère nécessaire, il préfère aller à l'hôpital le plus proche. De toute façon un tel cas dépasse les compétences et les moyens thérapeutiques du responsable d'un Centre de Santé.

Puisque un malade se présente à un Centre de Santé pour des soins, des médicaments, des conseils, le souvenir qu'il en gardera sera la qualité de l'accueil et des soins qu'on lui aura prodigués. Ce ne seront nullement l'esthétique des bâtiments, le lit superbe, le faux plafond en triplex, les fenêtres métalliques.

Il faut donc des constructions fonctionnelles, sans luxe inutile, faciles à entretenir. La tâche peut servir également de plafond et l'inclusion d'une tâche transparente dégage la lumière nécessaire. Elle vaut mieux que le faux plafond qui diminue le volume de la pièce et qui se dégrade dès qu'il y a une fuite dans la toiture.

CHANGEMENT DE MENTALITE

Un personnel du Centre de Santé doit dépasser le binôme classique "malade-guérisseur". Il doit descendre de son piédestal, quitter l'habit du guérisseur pour aller sur la colline, vers le

patient. Il doit dégager un dialogue où il fera comprendre à la population qu'elle a la plus grande part de responsabilité dans la lutte contre la maladie. Cette population doit prendre sa propre destinée en main. Cette démarche déjà tentée dans des zones pilotes semble difficile mais elle est possible. Le personnel médical doit s'abaisser pour aider le malade à sortir de sa mentalité d'éternel assisté.

Si l'on veut réussir le 3ème plan quinquennal en matière de santé, il faut procéder à une meilleure redistribution des tâches et des infrastructures en favorisant la campagne où vivent la majorité de la population, des mères et des enfants. Avec peu de moyens, on peut construire "très beau" et solide, assurer un meilleur ravitaillement de médicaments.

Du reste, pourquoi ne demanderait-on pas à cette population de payer les soins qu'elle reçoit ? Elle le fait pourtant lorsqu'elle reçoit ceux du guérisseur ! Dans tous les cas, elle préférerait sûrement payer et recevoir les médicaments nécessaires à sa guérison, que de passer "gratuitement" des journées au Centre de Santé et de rentrer sans médicaments parce qu'il y en a pas !

Tout cela permettrait d'augmenter le nombre du personnel et d'éviter des cadeaux empoisonnés. La santé pour tous au Rwanda commencera sur la colline.

Dr P. VIMONT Vicary

Prochain dossier : Jeunesse

Nos lecteurs ne seront pas insensibles au point de vue d'un praticien, en l'occurrence un assistant médical qui travaille dans un Centre de Santé communautaire. Ses propos sont dictés par une expérience particulière. Les autres agents médicaux s'y retrouveront-ils ?

Santé oblige !

Le point de vue d'un praticien

Le 1/8/1973, le Général Major définissait ainsi les nouvelles orientations qu'il entendait donner à la santé publique : *"La médecine doit être une médecine de masse et être davantage axée sur les groupes les plus vulnérables : les enfants, les mères et les travailleurs"*. Il semblait que cet appel ait été entendu. Depuis plus de dix ans, les infrastructures sanitaires se sont multipliées dans le pays et en même temps on mettait en place une stratégie répondant aux normes idéales de protection sanitaire totale. Mais en dépit de ces réels efforts, il subsiste encore un climat d'insatisfaction du peuple pour les services médicaux dispensés par les formations gouvernementales et, par ailleurs, un sentiment de désaffection pour la carrière médicale qui tend à se généraliser. Comment expliquer cette contradiction ?

UN DENIGREMENT INJUSTIFIÉ

Tout d'abord, il est intéressant de constater que les rwandais qui hier se faisaient prier pour être soignés accourent aujourd'hui en masse pour exiger, souvent de façon fantaisiste et

et irrévérencieuse, des soins à tous leurs petits bobos. Parallèlement à cet éveil du peuple pour la "médecine des soins", le ministère de la santé multiplie les formations médicales au point de créer de graves problèmes de logistique et de personnel. C'est ici qu'il faut chercher l'explication de la crise qui secoue nos services de santé. Une opinion publique non éclairée a déclenché une campagne de dénigrement antimédicale (provoquée d'abord par certains articles parus dans la Presse Nationale) et qui a fini par faire tâche d'huile dans tous les milieux, y compris le milieu rural. Médecins ou auxiliaires médicaux ont été accusés de filouterie ou de mercénariat là où il n'aurait fallu voir qu'insuffisance de personnel et pénurie de médicaments. Le personnel de santé à tous ses niveaux se voit souvent débordé par une clientèle nombreuse en quête de soins curatifs. Et à chaque patient, il incombe de donner satisfaction puisqu'il faut, selon le précepte d'Hippocrate : *"Parfois guérir, mais toujours consoler"*. Ce qui nécessairement prend du temps et oblige les patients à stationner en longues files devant les bureaux de consultations.

SALAIRE EGAL, MAIS PRESTATIONS INEGALES

La notion de Centre de Santé, vieille de plusieurs dizaines d'années, est d'origine britannique. Elle n'a cessé d'évoluer au cours des temps pour acquérir une conception plus vaste et pluridisciplinaire. Aujourd'hui, un centre de santé devrait rassembler les services suivants : consultation externe avec soins, hospitalisation courante, éducation sanitaire et nutritionnelle, médecine préventive et prophylactique, maternité, santé maternelle et infantile, hygiène et assainissement. Chargé autrefois de la seule médecine curative, à

l'instar des grands médecins, l'assistant médical placé à la tête d'un centre de santé doit changer radicalement d'attitude et de méthode. Un nouveau régime de prestations exigera de sa part des efforts nouveaux et un dévouement à toute épreuve. L'introduction de nouvelles charges qui s'ajoutent aux activités traditionnelles l'amènera peut-être à ne pouvoir donner attention à tous les services. Pourtant ce surcroît de travail ne modifie pas son salaire. Il jalouse alors ceux qui - pour un salaire égal - mènent la "dolce vita" dans un centre hospitalier, alors que là-bas, très loin dans la brousse, un seul assistant médical et une infirmière s'épuisent jour et nuit et mettent en jeu leur propre santé pour sauver celle des autres. Avec un régime de travail de 15 heures par jour, non seulement l'agent médical porte atteinte à sa santé, mais risque de gâcher son service.

● LA CHARRE AVANT LES BOEUF

Il semble que nous soyons mal partis. Nous avons mis les charres avant les boeufs en construisant des formations médicales sans tenir compte de tous les paramètres. Il faut chercher la raison dans le manque de concertation inter-ministérielle qui a provoqué ce que le Chef de l'Etat a appelé fort à propos : "le développement en ordre dispersé". En effet, la formation des agents de santé, confiée au Département de l'Enseignement, n'a pas suivi le rythme des infrastructures sanitaires. D'où la pénurie actuelle du personnel médical. De même, il semble bien que le sous-équipement en matériel et le manque de médicaments dont souffrent de manière chronique la plupart des unités médicales soient dus à l'incapacité budgétaire du Ministère de la Santé, incapacité aggravée par la construction effrénée de nouveaux Centres de Santé à des fins purement politiques.

● D'AVANTAGE D'ASSISTANTS MEDICAUX

Quelle médecine en l'an 2000 et quelle santé pour nos populations ? Du coup, les perspectives s'avèrent apparemment sombres. Depuis 1978, la plupart du budget national alloué à la santé n'a cessé de décroître en pourcentage du budget de l'Etat. Mais l'argent n'est pas l'essentiel. Des citoyens conscients de leurs responsabilités valent mieux que tout l'or du monde. Il nous faut donc à l'avenir des agents médico-sociaux qualifiés, dévoués et qui acceptent de se sacrifier pour leur profession. Ce qui n'est pas encore le cas. Nos infirmières, leurs études terminées, refusent d'exercer leur art en milieu rural. Elles n'y trouvent pas, disent-elles, les conditions de leur épanouissement personnel. Alors pourquoi multiplier les écoles d'infirmières au détriment des écoles d'assistants médicaux ? Si notre médecine se veut d'abord une médecine de masse, elle doit être d'abord au service des ruraux qui forment le 90% de notre population. Pouvons-nous entrevoir une santé pour tous en l'an 2000 si ceux et celles qui sont formés à cet effet boudent leur travail au profit de leurs propres intérêts ? Il vaut mieux encourager les assistants médicaux qui ont joué et continuent de jouer un rôle capital en milieu rural. Leur travail serait amélioré si on savait les encourager (stages de perfectionnement, recyclage, bibliothèque médicale, moyens de déplacement, indemnités, etc...).

● MAIS AUSSI DES MEDICAMENTS

Pour atteindre l'objectif : "santé pour tous en l'an 2000", il faut prévoir assez tôt la

la formation d'agents de santé de base. Déjà nous avons applaudi à la création des Ecoles d'Auxiliaires de Santé dans chaque Préfecture. Et pour que la médecine ne s'exerce pas dans des conditions proches du dénuement total, il faut aussi que les centres de santé soient équipés en matériel et en médicaments essentiels.

A ce propos me revient en mémoire une anecdote significative. On s'en souvient, l'année 1982 a été marquée au Rwanda par une épidémie de dysenterie bacillaire. Au cours d'une réunion dans un secteur communal, l'assistant médical prit la parole pour expliquer la stratégie de la lutte contre l'épidémie : *"Creuses des latrines convenables et utilises-les régulièrement"*. Aussitôt, un vieillard appuyé sur son bâton, à l'ombre d'un accacia, demanda la parole pour répondre au docteur : *"Bana Muganga, la dysenterie bacillaire est une maladie connue depuis longtemps. Avant l'arrivée des blancs, nos guérisseurs la soignaient avec des médicaments indigènes. Puis les européens ont introduit des médicaments plus forts et nous avons cru que le mal allait disparaître. Hélas, ces derniers temps, les médicaments se font rares et l'épidémie reprend. Et vous ne trouvez rien d'autre à nous dire que "creuses des latrines". Bana Muganga, nous obéissons à vos ordres, mais trouvez-nous des médicaments !"*

Ce vieux avait peut-être la nostalgie des temps coloniaux, mais, en fin de compte, c'était son droit de souhaiter que le budget alloué à la santé soit à la mesure de son enjeu.

G. KABANDA

Abonnez-vous à DIALOGUE

La guérison est la meilleure prévention

Les grands principes qui définissent la politique médicale pour l'an 2000 laissent souvent perplexes les praticiens et praticiennes qui luttent au quotidien et au ras du sol des dispensaires. Ils adhèrent au programme, bien entendu, mais soulèvent les bras quand il s'agit de le réaliser. Comment porter attention à toutes les composantes exigées par des soins de santé intégrés, sans porter préjudice à quelques-unes d'entre elles ? Faut-il abandonner les malades dans les cours des hôpitaux et partir pour assainir les canalisations, creuser des latrines et élaborer un projet piscicole ?

L'infirmier(e) n'a qu'une tête et deux mains et il ne peut les utiliser partout à la fois. L'application des soins de santé primaires exige donc complémentarité et concertation.

A titre d'exemple, voici quelques chiffres recueillis dans le Centre de Santé de Bilyogo, à 1 km du Centre Hospitalier de Kigali. Ces données sont suffisamment éloquentes et disent l'impossibilité pour le personnel en place de se livrer à d'autres tâches que celles exigées par le soin immédiat des malades. Mais, après tout, la meilleure prévention c'est encore ... la guérison. Ceci ne devrait pas faire oublier cela.

La première réaction, la réaction naturelle face à un malade, c'est de lui apporter des soins dans l'espoir de le guérir. Le Bon Samaritain ne s'est pas assis pour s'interroger tout à loisir sur le côté économique de la distribution des soins médicaux. S'il l'avait fait, il serait probablement parvenu à la conclusion qu'il aurait mieux valu se débarrasser des voleurs. Mais entre-temps le voyageur serait peut-être mort !

* Fréquentation du dispensaire

	1981	1982	1983	1984	1985
Janvier	8375	9118	8730	10710	14486
Février	6591	9359	8730	8839	12481
Mars	5572	9128	9167	10865	10536
Avril	6327	7762	8611	12220	13145
Mai	7539	8484	11780	11741	-
Juin	7869	9829	11881	11879	-
Juillet	6769	7716	9405	8823	-
Août	6599	8789	10702	9174	-
Septembre	6814	7731	10950	11267	-
Octobre	7562	7636	11617	12335	-
Novembre	8880	8396	13434	14155	-
Décembre	12022	10425	13262	14350	-
TOTAL	91179	104373	128269	136958	-

Moyenne journalière (25 jours ouvrables) :

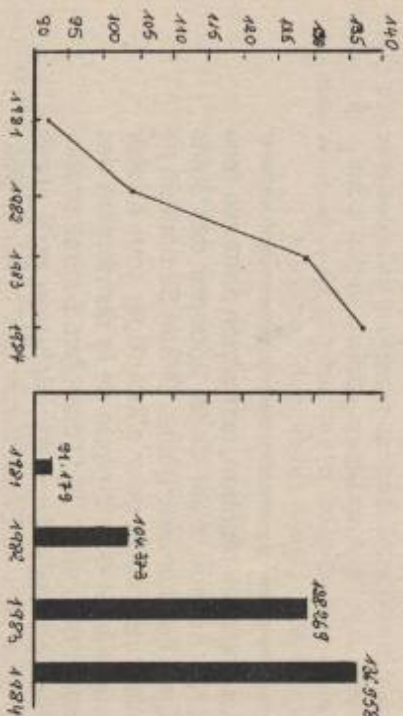
1981 = 303

1983 = 428

1982 = 348

1984 = 457

(en milliers)



* Nouveaux cas enregistrés

Pour la seule année 1984, le Dispensaire de Bilyogo a accueilli 42.376 nouveaux cas, soit une moyenne de 141 par jour.

* Personnel affecté au Dispensaire

Le Dispensaire de Bilyogo emploie 22 personnes : 10 infirmières payées par l'Etat, 10 aides-infirmières payées par le Centre de Santé et 2 autres travailleurs. 7 infirmières sont affectées à la consultation. Soit pour 1984 une moyenne de 65 malades par infirmière et par matinée de consultation.

* Fréquence des principales maladies

	Année 82	Nov. 83	Année 84
Paludisme	36 %	36 %	38 %
Vers intestinaux	18 %	9 %	11,9 %
Maladies vénériennes	9 %	5 %	6,5 %

Le personnel soignant de ce dispensaire souhaiterait se livrer à une médecine sociale qui privilégierait les visites de malades, l'éducation sanitaire (surtout en matière de médicaments) et accompagnerait les patients sur le chemin de la guérison. Mais comment peut-il le faire, accaparé par les soins immédiats ? Un tel projet ne peut être imaginé que si la ville de Kigali disposait de Centres Hospitaliers ou de Polycliniques suffisamment équipés en personnel, en lits, en ambulances et en médicaments. Ces institutions déchargeraient les centres de santé périphériques, leur permettant ainsi de réaliser un service de médecine sociale.

G. MUSY

Dans l'Eglise au Rwanda

Notre rubrique comporte aujourd'hui quelques flashs qui convergent tous sur la nécessité pour l'Eglise du Rwanda de se prendre en charge.

Le texte de l'abbé Raphaël GASHUGI, aumônier militaire et responsable de la paroisse du Camp de Kanombe est extrait d'une communication qu'il a présentée aux prêtres de l'Archidiocèse de Kigali. Les statistiques recueillies par le Père Guy THEUNIS insistent d'une autre façon sur la nécessité de donner voir et placé un laïc formé et informé (cf. la communication de l'URG). Mais, déjà ici et là, le bîlé se lève et les futurs prêtres qui se forment au Petit Séminaire de Ruaseru manifestent bien, en patrouillant dans les rizières, qu'ils ne doivent d'abord compter que sur Dieu et sur eux-mêmes.

Nécessité de l'autofinancement !

Les communautés de base ne sont qu'en formation chez nous. Elles sont sans ressources et ne déploient aucun effort pour en avoir. En effet, leurs membres n'ont jamais été formés pour pourvoir à leurs besoins : ils attendent tout du prêtre ou de la paroisse, même le "livre de Prières". Au lieu de les former à se suffire et à s'autofinancer, nous les rendons irresponsables. En gémissant, nous autres prêtres, nous leur cons-

truisons quand même des lieux de culte, des salles de catéchuménat et de réunion sans qu'ils n'apportent une seule brique provenant de leur propre effort. Dans les réunions de la Caritas, on apprend à distribuer, mais non à produire pour les pauvres. Et dans les réunions du Comité Diocésain de Développement, je pense qu'on apprend comment demander de l'argent à l'étranger plutôt que de produire pour en trouver sur place.

Nous pouvons affirmer qu'en considérant ce plan matériel, notre Eglise n'est pas encore fondée. Et ce fait devrait nous interpeller tous. Il faut changer certains de nos comportements, de nos attitudes, de nos façons de faire et de penser. Chacun s'occupera à responsabiliser davantage les membres de l'Eglise du Rwanda à leur Eglise. Personne ne pensera plus que le denier de culte ou la dîme est à supprimer. Les chrétiens rwandais devraient être les premiers responsables de l'entretien de leurs prêtres, de la construction de leur lieu de culte, de l'entraide. Pour aider les pauvres, ils n'ont pas à chercher ailleurs des fonds qu'ils pourraient trouver chez eux. La catéchèse est leur affaire. Les prêtres devraient s'occuper davantage des recyclages des animateurs de catéchèse plutôt que de construire des "écoles catéchétiques". Nous ne nous contenterons plus de donner sans exiger de quote-part, ou sans apprendre à nos chrétiens et nos collaborateurs comment produire et même organiser de petites entreprises de rapport.

Sur le plan matériel, les membres de notre Eglise sont encore trop irresponsables envers leur Eglise, elle-même trop dépendante de ses soeurs d'Europe. Il nous manque de prendre au sérieux la nécessité d'une politique d'autofinancement. Sous cet aspect, nous pouvons dire que notre Eglise n'est pas encore fondée.

R. GASHUGI

Place aux laïcs

S'il fallait dégager certaines orientations actuelles de l'Eglise du Rwanda, déterminantes pour l'avenir, on pourrait dire ceci :

■ L'Eglise catholique au Rwanda est une Eglise où la place du prêtre va évoluer, sans doute assez rapidement : d'une part, le nombre de prêtres étrangers va en diminuant; d'autre part, le nombre de prêtres rwandais augmente lentement (même si l'actuelle explosion de vocations semble donner une impression contraire), si bien que chaque prêtre a en charge un nombre de plus en plus grand de chrétiens, et, du coup, de moins en moins de contacts directs avec eux. Voici quelques chiffres:

A. NOMBRE DE PRÊTRES

1959 : 262 prêtres : 114 rwandais : 138 étrangers
1969 : 380 prêtres : 142 rwandais : 238 étrangers
1979 : 479 prêtres : 226 rwandais : 251 étrangers
1984 : 484 prêtres : 241 rwandais : 243 étrangers

B. NOMBRE DE CHRÉTIENS PAR PRÊTRE RWANDAIS

1950 : 11 prêtres rw. : 50.000 catholiques : 1/4.500
1945 : 73 " " : 350.000 " : 1/4.800
1960 : 118 " " : 700.000 " : 1/6.000
1979 : 228 " " : 2.300.000 " : 1/10.000

Avec l'évolution actuelle et vu le nombre de grands séminaristes, on peut dire qu'en 1990, il n'y aura même pas un prêtre rwandais pour 20.000 catholiques. A ce moment aussi, le nombre de prêtres étrangers aura sans doute fortement diminué.

■ Le nombre de prêtres étant tel, ce sont en fait les religieux, religieuses et surtout les catéchistes qui de fait, assurent et assureront de plus en plus l'enseignement chrétien, aussi bien dans les paroisses que dans les établissements scolaires (primaires et secondaires). L'impact des prêtres est de plus en plus faible : il se limite souvent à la prédication dominicale. A l'avenir, il en sera de même, à moins que par le biais de leurs publications, ils ne trouvent une nouvelle forme de communication tant auprès des chrétiens que des non chrétiens.

■ Le visage de l'Eglise au Rwanda est assez différent selon qu'on se trouve au nord ou au sud du pays. Dans le nord (diocèses de Byumba, Ruhengerie et Kigali), l'accent est mis sur l'engagement et la formation des chrétiens laïcs : le nombre de prêtres rwandais y est minime (en 1984, une dizaine seulement par diocèse), les synodes diocésains y ont pris comme option les communautés ecclésiales de base, et l'effort porte sur la formation des laïcs.

Dans le sud, au contraire (diocèses de Butare, Kibungu et Cyangugu), les vocations sont plus nombreuses et on ne semble pas avoir suffisamment pris conscience encore de l'importance du laïcat.

G. THEUNIS

La crise économique mondiale et actuelle doit réveiller nos énergies et nous inciter à prendre en main la situation en adjuvant pour que l'Eglise du Rwanda en sorte transformée, voire plus rayonnante parce que plus dynamique et moins dépendante des aides extérieures.

Mgr Ferencelac KALIBUSHI

Evêque de NYUNDO

A Gitarama Un séminaire œcuménique

En 1982, l'Université Radiophonique de Gitarama (URC), avec la Fédération luthérienne Mondiale, avait organisé un séminaire œcuménique, consacré à élaborer du matériel pour une catéchèse audiovisuelle. Le résultat fut alors la production de deux séries de diapositives ayant pour thème: "Les récits bibliques de la création".

Deux ans furent nécessaires pour préparer une deuxième rencontre analogue. Elle se tint en avril à Kabgayi au Centre Saint-André et regroupa des participants de diverses confessions chrétiennes. Si la partie protestante avait pu inclure dans sa délégation un camerounais et un béninois, les catholiques ne se retrouvèrent qu'entre ressortissants et résidents au Rwanda.

Le résultat de cette deuxième rencontre prendra forme avec un montage de 92 diapositives réparties en 9 thèmes et ayant pour titre: "En Jésus-Christ, Dieu sauve et libère tout homme et tout l'homme".

Après un inventaire africain des divers ses aliénations et "esclavages" actuels (argent, corruption, gaspillage, injustice, dot, polygamie, ignorance, désinformations, fatalité, racisme, violence, maladie, prostitution, drogue, conformisme, superstition, etc.), on a cherché une solution biblique dans le récit de l'Exode. On y a trouvé la volonté de Dieu de sauver, la proposition d'alliance, la fidélité de Dieu et l'infidélité de l'homme. Enfin, à partir de l'Evangile, on propose la libération dans la foi, qui sauve des aliénations et des "esclavages" de nos vies.

Comme il semble que ce genre de séminaire soit exceptionnel et dans son but (la catéchèse audio-visuelle) et dans son fonctionnement, les participants et ceux qui ne purent venir ont demandé qu'une association soit constituée qui, au niveau de l'Afrique, pourrait continuer le travail, organiser des séminaires et diffuser les productions.

J. GRIET

A Rwecero: Les séminaristes dans la rizière

Pendant les grandes vacances, on avait fait des semailles sur une grande rizière que nous avons entretenue tout le premier trimestre durant. Le riz était bien à point lorsque nous sommes revenus des vacances, au début du mois de janvier, et nous nous sommes mis à le récolter presque aussitôt. Pendant les travaux manuels des samedis et des mercredis, un certain nombre de séminaristes devait travailler à la rizière. Le travail n'était pas du tout épuisant: il était plutôt épanouissant. Il suffit d'avoir de la volonté. Les uns transportaient les épis en gerbes, les autres procédaient au battage. Là s'arrêtait notre compétence. Il faut recourir après aux services de Kabuye.

Cependant, cette récolte n'a pas été bonne, car une erreur a été commise lors du semis: on a mélangé deux sortes de riz dont l'une ne répondait pas au climat du Buganza.

Après la récolte, nous avons procédé à l'aménagement des parcelles pour de nouvelles semailles.

E. SENZIRA

Carnet

Mai-Juin 1985



LE COLONEL KADHAFI EN VISITE À KIGALI

Le 16 mai, jour de la fête de l'Ascension (ordinairement chômée au Rwanda), la population de la capitale était invitée à venir saluer à sa descente d'avion le Président lybien Mouamar Kadhafi. Accompagné de son épouse et d'une délégation de 24 personnes, ce Chef d'Etat répondait ainsi aux vœux que lui avait rendus le Président du Rwanda.

Le séjour du Colonel Kadhafi ne devait durer que 48 heures au cours desquelles il lui fut donné entre autre d'inaugurer l'Ecole Islamique Scientifique et le Centre Culturel attenant ainsi que la route, longue de 8 km, qui relie le Centre en question au carrefour de Nyabugogo.

La présence lybienne au Rwanda n'est du reste pas circonscrite à Nyamirambo. Les déclarations faites à l'occasion de cette visite ont rap-
pelé l'extension de cette coopération qui débord
l'intérêt que manifeste la Lybie pour la cause isla-
mique.

Toutefois, c'est ce dernier aspect qui a été plus remarqué à Kigali. Le vendredi 17 mai, le Chef d'Etat lybien prit part à la prière solennelle du vendredi dans la mosquée du Centre Islamique et il n'a pas manqué de s'adresser à ses corréligion-
naires - en arabe - venus en masse pour l'écouter. La presse étrangère (cf. LE MONDE, 25 mai 1985), citant la radio lybienne, a rapporté - en les tra-
duisant - certains de ses propos qui ont laissés perplexes les chrétiens du Rwanda qui constituent la majorité de la population.

Mais les musulmans de Nyamirambo ont cer-
tainement été honorés de cette visite. Preuve en est le bain de foule qu'ils ont réservé au leader de la révolution lybienne venu les conforter dans leur croyance.

COLLOQUE INTERNATIONAL D'HISTOIRE

Un colloque international d'histoire sur "les réactions africaines à la colonisation en Afri-
que Centrale" s'est tenu à Kigali du 6 au 10 mai. Il a réuni les représentants de 7 pays : RWANDA - BURUNDI - FRANCE - GABON - TANZANIE - ZAIRE - ZAMBIE. Ce colloque qui faisait suite à ceux de Brazzaville, de Yaoundé, de Berlin-Ouest et de Berlin-Est, de Libreville et du symposium international de Kinshasa rentrait ainsi dans le cadre du 100e anniversaire de la Conférence Internationale de Berlin (1884-1985) où les grandes puissances se partageaient l'Afrique.

Il avait un double objectif : "faire le point de l'état des connaissances dans le domaine des réactions africaines à la colonisation; permettre aux historiens de l'Afrique Centrale d'apporter leurs contributions à l'étude de ce sujet".

Le Colloque comportait quatre thèmes (problèmes de terminologie et de typologie; les premiers contacts entre l'Europe et l'Afrique Centrale à l'époque contemporaine; les africains et la première guerre mondiale; les peuples africains face à l'impact colonial) totalisant 14 communications. Il a recommandé :

- la création d'une Association des historiens de l'Afrique Centrale
- la promotion des échanges de professeurs et chercheurs entre les universités et instituts de l'Afrique Centrale
- l'élaboration des thèmes communs de recherche sur les peuples de la région
- la création d'une édition pour la publication des résultats des recherches historiques sur l'Afrique Centrale.

Rappelons que le Colloque était organisé par l'Université Nationale du Rwanda et présidé par Mr NTEZIMANA Emmanuel, Doyen de la Faculté des Lettres.

● LE SIXIEME SEMINAIRE JUDICIAIRE

La justice est à l'honneur dans notre pays. Après la tournée du ministre de la Justice et du ministre de l'Intérieur et du Développement Communal, les chefs des juridictions du siège et des parquets se sont réunis pour la sixième fois depuis 1975, dans un séminaire judiciaire tenu à Kigali du 27 mai au 2 juin 1985.

Le ministre de la Justice, Jean Marie Vianney MUGEMANA, a présidé l'ouverture et suivi tous les travaux. Le séminaire a été placé sous le signe du renouveau dans l'administration de la justice. Il est le point de départ d'une ère où la justice sera caractérisée par le respect de la loi, l'amour des justiciables et l'entente cordiale entre le personnel judiciaire.

Dans les recommandations, les magistrats ont demandé le retour à la contrainte par corps dans l'exécution des jugements en matière civile, la création rapide du barreau, la publication dans les journaux de la liste des évadés et leur identification. Ils ont demandé également la formation professionnelle des I.P.J. (Inspecteurs de la Police Judiciaire) et la création d'une commission chargée d'étudier le problème de la criminalité.

● LE TRAVAIL DE LA FEMME EN MILIEU URBAIN AU RWANDA

Le ministère de la Santé Publique et le Mouvement Mondial des Mères (MMM) ont organisé du 30 mai au 2 juin un séminaire sur le travail de la femme en milieu urbain au Rwanda. Après avoir constaté et rappelé que la femme rwandaise ne jouit pas des mêmes droits que son homologue masculine, le Séminaire (le premier du genre au Rwanda) a émis une série de recommandations visant à promouvoir la femme rwandaise, socialement et au niveau familial.

Il a ainsi demandé au Gouvernement de "prendre toutes les mesures qui s'imposent pour faciliter l'accès de la femme à tous les secteurs d'activités, de veiller à la sauvegarde de l'emploi de la femme en cas de mutation du mari, de

faire respecter par tous les employeurs les dispositions déjà existantes en sa faveur et de multiplier les mesures de sa protection, surtout de hâter la mise sur pied d'une organisation féminine".

Rappelons que lors de l'audience que le Secrétaire Général du M.R.N.D. avait accordée à la Secrétaire Régionale de l'Organisation Panafricaine des Femmes pour l'Afrique Centrale (le 24 mai dernier), celle-ci (Mme Madeleine TEFAR) avait "regretté que le Rwanda était le seul pays en Afrique Centrale à ne pas disposer d'une organisation nationale de femmes".

➔ NOUVELLE LOI SCOLAIRE

Le Conseil National de Développement (C.N.D.) a voté, le 5 juin, la nouvelle loi portant organisation de l'Enseignement Primaire, de l'Enseignement Rural et Artisanal Intégré et de l'Enseignement Secondaire. Après 14 jours de débats, les députés ont ainsi mis fin au système d'enseignement de 1966. La nouvelle loi consacre la Réforme Scolaire entamée en 1979.

Les débats parlementaires qui ont suscité l'adoption de cette loi n'ont pas manqué d'être intéressants. Les députés ne se sont pas privés d'intervenir sur plusieurs points. En particulier sur l'article 42 qui maintient dans les écoles l'enseignement religieux comme cours optionnel en compétition avec un cours de "morale". Plusieurs députés auraient souhaité que seul le cours de "morale" soit retenu dans le programme scolaire. Au nom du principe de la laïcité de l'Etat. Ils se sont rendus toutefois après avoir constaté "qu'ils ont actuellement des partenaires encore puissants".

LA REDACTION

A travers livres et revues

Le commerce des esclaves au Rwanda

Tous ceux qui s'intéressent au Rwanda apprécieront cette étude qui "reconstitue - selon les exigences d'une approche scientifique - l'histoire d'un phénomène relativement important" (p. 249) et assez mal connu de certains. L'auteur a voulu présenter une "histoire globale, unifiée et détaillée de ce commerce d'un genre particulier" (p.2). Nous pensons qu'elle a pleinement atteint son objectif.

Eugène MUJAMANA, Le Commerce des esclaves au Rwanda.

Mémoire de Licence, Ruherengeri, Juin 1983, 266 pages.

● COMMERCE PLUTOT QUE TRAITE

"Etude aussi exhaustive que possible sur le commerce des esclaves au Rwanda pris dans ses limites actuelles" (p.1). Voilà bien caractérisé le propos de l'auteur dans ce travail remarquable de 266 pages.

Le terme "commerce" a été retenu dans le titre de préférence à "traite" qui évoque des scènes (razzias systématiques, esclaves enchaînés,

etc.) étrangères à la réalité rwandaise. L'étude porte cependant sur l'esclavage de traite qui a existé au Rwanda de 1890 à 1918; l'esclavage domestique n'y est évoqué qu'incidemment.

La documentation a été recueillie en grande partie par l'auteur qui a procédé à des enquêtes orales auprès de 136 personnes, la plupart élevées dans des familles de marchands d'esclaves ou dans leur environnement. Deux d'entre elles, nées en 1900 et 1907, sont elles-mêmes d'anciennes esclaves.

COURTIERS DES ARABES

Une première partie présente l'historique de ce trafic et les facteurs qui ont favorisé son développement. L'existence de ce commerce repose sur des preuves bien établies : le vocabulaire propre à ce commerce, le témoignage d'esclaves encore en vie, celui des descendants d'anciens esclaves et les écrits des Européens - officiers allemands et missionnaires - qui, dès les années 1895-1896, alors qu'ils étaient encore dans la Tanzanie actuelle, y libérèrent des esclaves en provenance du Rwanda.

Au Rwanda même, le commerce des esclaves a commencé vers 1890 sous le chef Muguru dans le Gisaka (à l'est du pays) où il fut introduit par des trafiquants noirs étrangers, courtiers des Arabes (ceux-ci ne s'installèrent au Rwanda qu'après 1896). Ces commerçants étrangers étaient présents au Rwanda depuis 1887 pour y échanger des étoffes contre l'ivoire. Comme celui-ci se faisait rare, ils demandèrent aux marchands rwandais, de manière clandestine, de les payer en esclaves. Des Banyarwanda, chefs ou grands commerçants, entrèrent

ainsi dans le jeu et les esclaves devinrent monnaie d'échange partout trouvable.

Plusieurs facteurs influencèrent l'évolution de ce commerce : les famines, le désir des familles riches d'augmenter le nombre de leurs esclaves domestiques, les guerres intérieures.

CINQ CENTRES DE COMMERCE

La seconde partie est intitulée "les centres du commerce des esclaves et les circuits commerciaux".

Il n'y a jamais eu au Rwanda de "marché d'esclaves" dans le sens d'une place publique où se seraient opérées les transactions et où les esclaves auraient été exposés comme des marchandises. Vendeurs et acheteurs devaient pénétrer dans les "ingo" (enclos) des marchands pour y conclure leurs affaires. Ces marchands résidaient en des lieux délimités : Rukira, Kivumu, Rwanza, Byahi et Mbuga, auxquels l'appellation de "centre de commerce des esclaves" convient mieux que celle de "marchés".

Ces cinq centres ont créé autour d'eux des circuits commerciaux qui relient les régions d'origine des esclaves aux lieux de vente et d'exportation. Le transport s'effectuait par la marche en caravane, ce qui constituait la face la plus visible de ce commerce; on évitait toutefois de passer trop près des postes européens.

Un chapitre sur "les circuits commerciaux et la conduite des caravanes" situe les régions d'origine des esclaves (l'ouest du lac Kivu, Burundi, Rwanda) et les axes reliant ces régions aux lieux

rwandais de transit et d'exportation. Les esclaves ne semblent guère l'avoir été au-delà de Tabora vu que sur la côte orientale de l'Afrique et dans les îles de l'océan Indien la traite avait été abolie en 1873.

● UNE JEUNE FILLE CONTRE UNE POIGNEE DE HARICOTS

Les trafiquants d'esclaves, Rwandais ou étrangers, étaient-ils tous des professionnels ? Comment se fournissaient-ils ? Que pensaient de leurs activités les chefs et les sous-chefs ? Quels étaient les prix d'achat et les prix de vente, les barèmes d'échange ? ... Ces diverses questions font l'objet de la troisième partie : "Le personnel commerçant et les transactions commerciales".

Un trouvera ici de nombreux détails : noms d'une trentaine de grands caravaniers rwandais professionnels du trafic d'esclaves, leurs itinéraires, leurs relations avec les traitants locaux ou les exportateurs; nombre, noms et activités des petits caravaniers; origine des esclavagistes étrangers; noms d'une quinzaine de chefs et de sous-chefs du Gisaka qui étaient devenus des traitants occasionnels. Les activités de ces différents personnages sont illustrées par les biographies de deux d'entre eux : Murinzi, grand esclavagiste à Kivumu; Muliro, sous-chef au Gihunya de 1897 à 1916.

Le prix des esclaves variait en fonction du sexe (96% de femmes) et de l'âge (généralement en dessous de 20 ans). En temps normal, un commerçant donnait entre 3 et 6 étoffes (ou 10 à 15 chèvres) pour une jeune fille de 12 à 18 ans et il la vendait entre 15 étoffes et 12 "majyora" (rouleaux de tissu). Les biens d'échange, spécialement les

étoffes ou d'autres produits nouveaux, étaient très recherchés. Pour se les procurer, des Banyarwanda allait jusqu'à vendre leurs enfants, leurs femmes ou des membres de leur parenté. Mais le moyen ordinaire d'obtenir des esclaves était l'enlèvement.

Les famines voyaient se multiplier le nombre des commerçants occasionnels et les prix devenir dérisoires. On cite le cas de jeunes filles de 18 ans achetées pour un "uruboho" (charge enveloppée dans une feuille de bananier) de haricots ou de sorgho.

● ET LES AUTORITES ?

La quatrième partie examine l'action des autorités politiques rwandaïses, allemandes et belges et celle des missionnaires catholiques.

Cette partie s'ouvre par un essai d'évaluation du nombre d'esclaves exportés du Rwanda de 1895 à 1916. En se basant sur des sources orales, durant ces 23 années le nombre d'esclaves exportés est estimé à 109.296, soit 4.752 par an. L'auteur insiste sur le caractère approximatif de ces chiffres.

Du côté de la monarchie rwandaïse, lorsque les courtiers noirs des commerçants arabes introduisirent au Rwanda le commerce des esclaves, Rwabugiri, le monarque de l'époque, laissa le champ libre à ses chefs et à ses commerçants. Il ne participe pas personnellement au trafic d'esclaves, mais en accordant aux marchands étrangers la libre circulation dans son pays, il avait indirectement introduit le loup dans la bergerie. Lui-même tirait profit de ce trafic par les redevances,

principalement en étoffes, qui lui versaient les marchands. Cette situation ne se modifia pas sous le règne de son successeur Musinga.

L'Allemagne en signant l'Acte de Berlin en 1885 s'était engagée à mettre fin au commerce des esclaves dans ses colonies. Or au Rwanda ce commerce fut pratiqué durant tout le protectorat allemand (1899-1916) malgré plusieurs interventions de l'administration militaire d'abord, puis civile. La courte durée du protectorat, le petit nombre d'Allemands présents dans le pays (une dizaine en 1914), leur méconnaissance des modalités de ce trafic, les renseignements erronés obtenus de certains chefs, la politique générale d'attente pratiquée par le Reich au Rwanda, certaines réserves du gouvernement impérial ont handicapé l'action effective des Allemands contre le trafic des esclaves. Ils ont cependant contribué à sa disparition progressive par la peur qu'inspirait leur présence, par des libérations, et surtout en autorisant les Arabes et les Indiens à entrer dans le pays. Ceux-ci y introduisirent en grande quantité les produits nouveaux, dont les cotonnades, qui pouvaient désormais s'échanger contre des peaux de bovins ou de caprins, et non plus exclusivement contre des esclaves.

La Belgique était également partie prenante de l'Acte de Berlin. Dès leur arrivée en 1916, les Belges encadrèrent effectivement le pays et abolirent, à la fin de 1918 déjà, l'esclavage de traite; l'esclavage domestique le sera en 1923.

● L'ATTITUDE DES MISSIONNAIRES

Quant aux missionnaires catholiques - membres de la société des Missionnaires d'Afrique

connus sous le nom de "Pères Blancs" - leur fondateur, le cardinal Lavignerie, leur avait recommandé de lutter contre l'esclavage en agissant sur deux plans : l'influence morale et les rachats (notamment d'enfants). Concernant l'application de ces directives au Rwanda, l'auteur s'étend sur deux points :

a) L'action de Mgr Hirth, vicaire apostolique du Nyanza méridional qui englobait alors le Rwanda. Les autorités allemandes désapprouvaient les rachats; elles accusaient ceux qui les pratiquaient de favoriser indirectement les trafiquants d'esclaves en leur assurant un débouché pour leur marchandise humaine et une légitimation de leur action, puisque les Pères Blancs en faisaient autant. Cette désapprobation irrita Mgr Hirth qui, par ailleurs, accusait "les hautes sphères de la colonie de ne rien vouloir faire pour arrêter efficacement la traite" (27 février 1900). S'ajoutant à cela, les propos du prélat sur le dépeuplement du Rwanda qu'il imputait à la traite firent éclater le conflit entre lui et l'administration allemande dans les années 1900-1902. Par la suite, Mgr Hirth se résigna et interdit à ses missionnaires, en 1907, de délivrer ou de racheter des esclaves au Rwanda.

b) L'œuvre des rachats. "L'œuvre sociale de rachat qu'ont pratiquée les Pères Blancs au Rwanda" (p. 254) y fut moins importante que dans d'autres pays. La mission de Zaza, qui se trouvait près des pistes d'exportation, vint en tête de cette action. On y construisit une sorte d'orphelinat et des maisons pour les esclaves rachetés ou fugitifs.

J.-M. GABRIUD

Les milieux tiers-mondistes ont l'habitude de penser que toute intervention en faveur de la population défavorisée doit aller de pair avec une sensibilisation de la population des pays riches. L'effort entrepris dans cette direction par d'innombrables groupements, associations, cercles et revues est considérable. On ne peut que s'étonner de leur imagination et de leur créativité, tout en admettant que celles-ci peuvent conduire une fois ou l'autre à des prises de position idéologiques trop simplistes pour coller à la réalité.

Le Rwanda vu d'Europe Opération "feed-back,"

● LES PLUS PETITS SONT LES PLUS DYNAMIQUES

La population du tiers-monde ignore souvent cet effort de sensibilisation. Elle n'en voit que des retombées immédiates - positives, ambiguës, voire négatives - : un dispensaire se construit, une église sort de terre, une source captée, des boursiers partent pour l'Europe, des livrets à prix dérisoire, sinon gratuitement.

On aurait tort cependant de ne mesurer que les retombées directes de l'aide au développement. La tentation est d'ailleurs fort grande, parce que ce volume des interventions est souvent inversement proportionnel aux efforts de conscientisation. Ce sont les organismes qui disposent de peu de moyens et ne peuvent intervenir qu'en faveur de petits projets qui développent le plus de dynamisme pour

défendre la cause du tiers-monde auprès de l'opinion publique de leur pays.

Nous présentons quatre exemples de sensibilisation, parmi beaucoup d'autres, qui ont l'avantage de se référer tous directement au Rwanda:

- 1) Un livre pour enfants intitulé MURAHU
- 2) Les calendriers illustrés de l'association ISOKO
- 3) La collaboration d'un groupement de jeunes avec les XAVERI
- 4) Une série de diapositives présentant le travail d'animation rurale à MWEZI et l'association COFORWA, dont l'animateur est le P. Bourguet.

● MURAHU! VISITONS LA FAMILLE SIBOMANA

MURAHU! Zu Besuch bei der Familie Sibomana. Gemalt von Kathrin Lutz-Marxer. Erzählt von Christoph Lutz. Jugenddienstverlag, Wuppertal 1978.
Adaptation française de Laurence Boillod, aux éditions du Soc, Lusame, 1979.
Begleitheft zum Bilderbuch, Jugenddienstverlag, Wuppertal, 1978.
"Für alle, die Arbeit mit dem Bilderbuch MURAHU in der Familie, im Kindergarten und in der Schule vertiefen möchten".

Marco et Sabine, un couple européen, visitent la famille Sibomana, quelque part sur la colline Mukinga au Rwanda. Avec eux, des enfants allemands regardent ce livre illustré écrit à leur intention. Ils découvrent le paysage et ses habitants, le travail des champs, la vie familiale dans un "rugo" rwandais, les jeux des enfants, le marché de la commune, l'intérieur d'une boutique, l'école, la cuisson, le dispensaire et le centre nutritionnel, et même les contrastes de la ville.

Le livre est dominé par les dessins. Ils sont admirables. A de rares exceptions près (les puits), tout rwandais peut s'y reconnaître. Une série de détails bien observés donne aux dessins un cachet riche et vivant qui ne laisse aucun enfant insensible. Un texte accompagne les dessins et décrit les étapes de la journée. Il est souvent complété par quelques indications plus techniques pour répondre aux questions d'enfants plus éveillés et les amener à réfléchir au-delà des détails observés.

Les auteurs de ce livre (qui connaissent le Rwanda pour y avoir vécu) pensent que des enfants suisses ou allemands sont capables de faire la connaissance d'un monde différent du leur. Cet exercice est même nécessaire pour éviter que l'enfant soit exposé aux préjugés et aux clichés. Seulement, il faut lui permettre d'accéder à ce monde de manière émotionnelle. C'est pour cela que les auteurs ont encore complété l'ouvrage par un livret de travail à l'intention des parents et des instituteurs qui veulent approfondir avec leurs enfants la connaissance de la vie d'une famille en Afrique.

LES CALENDRIERS DE L'ASSOCIATION ISOKO

ISOKO - Internationale Solidarität und Kommunikation,
c/o Maria Grill
Vorgebirgsstrasse 8
D - 5300 BONN 1 RFA

Dans un cercle d'anciens volontaires allemands au Rwanda, auxquels se sont associés des étudiants rwandais en République Fédérale d'Alle-

magne, est née l'idée de faire connaître un pays africain dont on parle peu à l'aide d'un livre-calendrier illustré. Cette association s'est donnée le nom ISOKO - jouant ainsi à la fois sur son abréviation en allemand et sur sa double signification en kinyarwanda - et s'est fixée comme but "l'échange international d'expériences sur les questions développement - sous-développement, différentes cultures, et aide au développement".

ISOKO est de l'avis que "cet échange d'expériences est le fondement qui permettra de faire progresser la compréhension des peuples et la solidarité internationale". Le calendrier en question est fait de 12 feuilles et sur chaque feuille est imprimée - en couleurs - une photo qui représente un aspect typique du Rwanda. Celui-ci est alors commenté de manière assez détaillée au verso ou sur une feuille adjointe. Une carte géographique permet aux lecteurs de situer le Rwanda. Ce n'est pas un hasard si celle-ci est reproduite selon la projection Peters : la place du continent africain est prépondérante. C'est déjà tout un credo idéologique.

Le calendrier de l'année 1984 était intitulé "MULISANZE MU RWANDA". Celui pour l'année 1985 "MU RUGO I RWANDA". Les photos sont généralement bien choisies et typiques pour la situation qu'on veut décrire. Elles sont vraies et évitent le piège qui consiste à cacher la pauvreté ou la transformer en misère. "Ce n'est pas un beau calendrier. Ces choses, nous les voyons tous les jours", affirmait un rwandais. Sans le vouloir, il faisait des compliments !

D'une année à l'autre, le calendrier reprend les grands aspects de la vie rwandaise, les décrivant avec toujours plus de soins et de manière plus différenciée. Le texte de 1985 est devenu dense. S'adresse-t-il encore à un public à gagner

pour la cause du tiers-monde ou à des initiés ? Le lecteur ne sait pas toujours si l'on décrit la situation historique ou idéale, ou la vie telle qu'elle est vécue aujourd'hui avec toutes ses contradictions. Tout en faisant allusion, par exemple, aux problèmes d'éducation dans la société actuelle, le texte du mois de mai 1985 brosse le tableau de l'éducation idéale au Rwanda. Autre exemple : tout en admettant que plus de 50% de la population rwandaise appartient au christianisme, le texte décrit la religion traditionnelle (Novembre 1985), alors que le problème est précisément de savoir comment le christianisme s'est acculturé (ou pas) à la tradition religieuse rwandaise et les rwandais à celui-là.

C'est la particularité de ce calendrier d'être commenté en trois langues : allemand, français et kinyarwanda. En kinyarwanda "*pour éviter de produire quelque chose à l'insu des principes de production sans les en informer*" (introduction au calendrier 1986). Il serait intéressant de faire une analyse détaillée de la traduction en kinyarwanda, qui témoigne d'assez de liberté par rapport à l'original allemand pour y mettre ses propres nuances.

LES XAVERI ONT TROUVÉ DES JEUNES PARTENAIRES

RWANDA. Xaveri-Bewegung und Blauring/Jungwacht bauen eine Brücke zwischen Afrika und der Schweiz. De même : TUT-WEITE WELT n° 21/82 ainsi que IDEE 10/82.

A l'occasion d'un congrès qui réunissait des représentants des mouvements de jeunesse catholiques, le responsable des Xaveri au Rwanda a soumis à ses collègues suisses et autrichiens le

projet d'aider à financer le nouveau manuel de l'animateur. Ce manuel, indispensable pour le mouvement, contient les idées-maîtresses des Xaveri; décrit la formation des jeunes et donne les éléments de sa spiritualité. Une nouvelle édition, mise à jour, s'imposait.

Les deux grands mouvements catholiques de jeunesse en Suisse, la Jungwacht (garçons) et le Blaurig (filles) ont accepté de collaborer et trouver, si possible, auprès de leurs membres, la somme de 7.000 \$. Pour eux, il ne s'agissait pas seulement de trouver ce montant pour financer l'impression d'un manuel de jeunes dans une quelconque langue africaine, mais c'était une occasion précieuse pour construire un pont entre l'Afrique et la Suisse. C'est du reste sous ce titre que l'action fut lancée : "Entre l'Afrique et la Suisse". Il y a là une nuance. On espérait un échange. "*Nous voulons faire l'expérience que nous avons mutuellement à apprendre les uns des autres. Nous aimerions donner et recevoir*". S'informer, s'engager activement et se sentir concernés étaient alors les trois piliers de l'Action "Xaveri". Le processus devait amener les jeunes suisses, et parmi eux surtout les animateurs, à réfléchir sur leur propre manière de vivre et même mieux contrôler leurs habitudes de consommation. Lorsque vous parlez - suggérait la brochure d'information à l'intention des animateurs - de la musique, de la danse, de la famille africaine, demandez-vous en même temps ce que musique, danse, famille, signifient pour vous.

Chaque animateur (trice) du mouvement Blaurig et Jungwacht était invité à acheter la brochure "Rwanda" en le payant de sa poche. Pour l'acquiescer, il payait "le prix d'un billet de cinéma". La moitié couvrait les frais d'impression, l'autre moitié contribuait à financer le manuel des Xaveri au Rwanda. Le don en faveur d'un mouvement de jeunes

dans le tiers-monde lui revenait donc, en quelque sorte, sous forme d'une série d'informations sur un pays africain.

Les responsables des deux mouvements de jeunesse en Suisse ont donc fait la preuve qu'il est possible de construire un pont d'Europe vers l'Afrique. (Cela a été souligné par la participation de quatre responsables au camp national des Xavéri en 1985 à Gikondo). Ils avouent pourtant qu'il s'est avéré difficile de construire ce pont à partir de l'Afrique. Qu'ont-ils su, les Xavéri rwandais, de l'action de leurs partenaires en Suisse, et surtout de ce qu'elle a déclenché à la base ? Ont-ils été conscients que, de l'autre côté du continent, des jeunes européens sont avides de mieux connaître et comprendre la vie en Afrique ? Et même de réfléchir sur leur propre style de vie à partir des expériences africaines. Et si une brochure du même genre avait présenté aux jeunes rwandais la vie de la jeunesse en Suisse ? Qui s'avère être bien différente des clichés qu'on se faconne communément en Afrique ...

● DE NYAKABANDA A MWEZI: EAU ET AGRICULTURE

IN RWANDA UNTERWEGS. Fastenopferprojekte in Rwanda. Konzept und Texte : Charles Ridore.
Matériel audiovisuel préparé par l'Action de Carême.

Si le travail de la COFORWA (Compagnons Fontainiers du Rwanda) et son animateur, le P. Bourguet, sont connus au Rwanda et bien au delà de la commune de Nyakabanda, il n'en est peut-être pas de même pour le travail d'animation rurale qui

se fait depuis des années par l'équipe de la paroisse Mwezi, dans la Préfecture de Cyangugu.

Les deux projets ont, depuis longtemps, retenu l'attention de l'Action de Carême des catholiques suisses. Pour deux raisons : priorité y est accordée au développement rural et la population est parti prenante du projet.

En 1984, Mwezi et Nyakabanda figuraient donc sur la liste des projets que l'Action de Carême soumet chaque année aux paroisses ou à des groupements suisses, disposés à insérer dans leur budget annuel un montant précis en faveur de l'aide au développement. Pour permettre aux intéressés de s'informer aussi exactement que possible, une série de 74 diapositives a été élaborée avec texte sur cassette et en fascicule.

Les diapositives n'éveillent guère l'enthousiasme ... Mais le texte compense la faiblesse des images, présentant tout d'abord la situation du pays, "un pays de rêve, habité par une population heureuse et hospitalière", mais sur le point de s'enfoncer dans la misère à cause de la surpopulation, la chute des prix du café ... On parle d'endettement ... Néanmoins, le pays a la volonté de marcher en avant, "par ses propres forces". Et l'aide extérieure ne veut être que subsidiaire. L'animation agricole à Mwezi et le travail de la COFORWA sont - aux yeux de l'Action de Carême - exemplaires pour cette politique d'autodéveloppement rural, qui ne passe jamais à côté ou au-dessus de la population concernée. Celle-ci doit "acquiescer une nouvelle conscience, afin qu'elle découvre ses problèmes et ses difficultés". La parole est la voie royale pour y parvenir et les coopératives l'expression la plus adéquate.

L'aide au développement est une arme à double tranchant, rappelle la cassette aux intéres-

sés. "Elle peut, néanmoins, améliorer les conditions de vie et contribuer à ce que des hommes courageux retrouvent leur dignité". Et l'Action de Carême de se réjouir que les fonds accordés à ces deux projets (dont 16 millions de Frw à la COFORWA en dix ans) demeurent modestes, par rapport au travail accompli et aux projets exécutés. Ce qui est sans doute vrai - et plutôt rare par les temps qui courent -.

QUELQUES CONSTANTES

Le travail de sensibilisation pour la cause du tiers-monde auprès de la population dans les pays riches, dont nous avons analysé ici quatre exemples, est marqué par quelques constantes que nous avons tout intérêt de relever avant de conclure.

► L'aide au développement n'est qu'un apport pour soutenir et encourager les efforts de la population rwandaïse elle-même. Celle-ci doit donc être sujet de son développement. Le calendrier ISOKO parlait "d'acteurs" pour signifier la même chose. L'allemand connaît la formule séduisante : "Hilfe zur Selbsthilfe" (Action de Carême). La conscientisation de la population locale est donc un élément essentiel et indispensable de l'aide au développement.

► L'option de base en faveur du développement rural dans tout le sens du terme. Il s'agit d'augmenter la production vivrière pour prévenir la famine, certes, mais aussi pour offrir une alternative à la ville. Il est significatif que dans les quatre cas analysés, sans exception, on ne parle de la ville africaine que de manière négative : elle est le lieu de chômage, du banditisme et de la prostitution.

La ville est aussi le lieu d'affrontement entre les classes sociales, entre les pauvres et les riches, qui détiennent également le pouvoir de décision (ISOKO, juillet 85). Le dernier dessin du livre pour enfants, MURAHU, est également révélateur : Sabine et Marco rentrent à Kigali après avoir passé une belle journée à la campagne. Ils retrouvent en ville le chômage, la mendicité, l'opulence arrogante et la pauvreté criante, tandis que Papa Sibomana rentre, heureux, sous un beau clair de lune, sur sa colline de Mukinga.

► L'institution la plus apte et aussi la plus typiquement africaine pour développer le pays est l'UMUGANDA (travaux communautaires). On en parle avec beaucoup d'enthousiasme et on y voit la concrétisation de la volonté de développer le Rwanda par le travail manuel en commun de ses fils et filles. L'umuganda est impliqué dans la description d'une journée-type d'une famille rwandaïse (ISOKO, janvier 85). C'est dans le cadre de l'umuganda que les habitants d'une colline préparent les infrastructures pour l'approvisionnement en eau potable (EN ROUTE AU RWANDA).

► Une certaine méfiance et même une mise en question est sous-jacente aux exemples cités. Le système économique occidental a influencé, voir détruit la culture africaine (Brochure RWANDA, 25). Les conséquences d'une politique économique néocoloniale sont "un chômage considérable, une dépendance dangereuse de quelques matières premières (café, thé), un endettement grimpant" (MURAHU, cahier de l'animateur, 26). Comparé à un présent ambigu et à un avenir incertain, le passé apparaît comme un âge d'or, et le Rwanda Ancien "comme un pays de rêves" (EN ROUTE AU RWANDA), où l'homme, et non le profit, était au centre de la vie (brochure RWANDA, 19). Mais le Rwanda des années 80 "n'est plus un paradis pour la plupart des 6 millions d'habitants".

(EN ROUTE AU RWANDA). Il faut donc modifier les rapports économiques en faveur "d'un développement approprié à petits pas" (EN ROUTE AU RWANDA).

► Tout le travail d'information sur la vie dans les pays du tiers-monde n'a de sens que si elle déclenche auprès du lecteur européen une réflexion sur sa propre manière de vivre, de produire et de consommer. La brochure RWANDA en faveur de Xavéri développe cet aspect de manière exemplaire à l'aide du phénomène du tourisme dans le tiers-monde. Il s'agit également d'apprendre du tiers-monde. Le livre pour enfants, MURARO, veut explicitement transmettre des valeurs africaines, telles que le rôle des liens familiaux, l'intimité de l'homme africain avec la nature, le sens de l'hospitalité. La brochure RWANDA parle de la "vision totalisante (*gansheitlich*) du monde comme d'une caractéristique de la culture africaine". ISKO attribue à la médecine traditionnelle rwandaise la particularité de soigner l'homme dans sa totalité (Ganzheit) (septembre 85). C'est une question, on le voit, très discutée en Occident, où l'homme semble avoir perdu cette harmonie de corps et âme, technique et nature.

● ON CHERCHE DES PARTENAIRES

Les hommes et les femmes qui sont derrière ce travail d'information sont, plus que d'autres, à la recherche de partenaires africains. Les étudiants rwandais aux études en Europe, les évêques en tournée, les hauts fonctionnaires en quête de fonds, auraient tout intérêt à entrer en contact avec eux pour défendre habilement et avec vigueur la cause du tiers-monde. Ils trouveraient des partenaires véritables dont l'influence sur l'opinion publique n'est pas négligeable à la longue.

C. LOMBRISER

Démystifions le plan

J'ai connu dans mes belles années de collègue un professeur de français qui était un fanatique du "plan". Chaque devoir de dissertation était introduit par ces mots : "réfléchissez avant d'agir..." faites d'abord le plan". Mais voilà, ce maître exigeait trois plans pour un seul devoir : le premier qui était "provisoire", le second qui devait être "détaillé" et enfin le troisième "définitif". Et, bien sûr, nous devions remettre les trois plans avec le devoir.

Je regardais le sujet avec désolation ne sachant comment l'entreprendre. Et finalement, je commençais le travail par où j'aurai dû le terminer. Je commençais donc à rédiger la dissertation et laissais ma plume courir sur le papier. Rien n'était plus aisé que de confectonner par après les trois plans exigés.

Quelle ne fut pas ma stupeur lors-qu'un jour le professeur, me rendant la copie, déclara à la classe : "voilà un élève qui a suivi mes conseils et qui est ainsi parvenu à produire une bonne rédaction !". J'écoutais ce compliment tête baissée, me gardant bien de contredire le professeur. Je savais déjà qu'il est dangereux de convaincre les grandes personnes de leurs erreurs.

Depuis ce temps-là, j'ai compris que le plan ne possède en lui-même aucun pouvoir créateur. Il ne joue qu'un rôle ordinaire. Et je persiste à croire avec Alain que "le secret de l'action, c'est de s'y mettre".

Joseph KAGAME



NAHV RWANDA SARL

PEUGEOT

MITSUBISHI

HONDA

PHILIPS

B.P. 626 Kigali

Tél.: 5449 — 5458 — 5655 — 6978

Dépt véhicules

Tél.: 5333 — 5338

KIPHARMA

- Produits pharmaceutiques, vaccins et sérums;
- Produits de beauté;
- Médicaments et vaccins vétérinaires;
- Instruments et accessoires chirurgicaux;
- Microscopes et appareils scientifiques;
- Réactifs et verrerie de laboratoire;
- Produits chimiques pour l'industrie;
- Insecticides, fongicides, herbicides et «dipping liquids»;
- Pulvérisateurs et appareils pour l'agriculture et pour l'élevage.

**«LA PHARMACIE DE KIGALI»
ET «SES SUCCURSALES»**

Hoechst



HOECHST BURUNDI ET HOECHST-RWANDA,
FILIALE DE HOECHST AG/RFA PRODUITS CHIMIQUES POUR L'AGRICULTURE ET L'INDUSTRIE
PRODUITS PHARMACEUTIQUES HUMAIN ET VÉTÉRINAIRE

NOUS POUVONS VOUS OFFRIRE:

- ACIDE NITRIQUE, CHLORHYDRIQUE, SULFURIQUE, ETC.;
- ALCOOL À BRÛLER ET DENATURÉ À L'ÉTHÉR;
- AMMONIAQUE SOLUTION 25%;
- CREOLINE;
- CARBURE DE CALCIUM;
- FRIGEN R 12 + 22
- HYPOCHLORITE DE CALCIUM;
- PAPIER OZALID;
- SOUDE CAUSTIQUE COULÉE.
- THINNER CELLULOSIQUE ET SYNTHÉTIQUE;

AGRICULTURE:

- CURASOL TYPE «AH» PRODUIT POUR LUTTER CONTRE L'ÉROSION;
- HERBICIDES, FONGICIDES, INSECTICIDES, ETC.;
- ENGRAIS CHIMIQUES POUR TOUTES LES PLANTES DU JARDIN;
- PULVERISATEURS DE 5 LITRES ET 15 LITRES;

ALIMENTS MINÉRAUX POUR:

- BÉTAILS, VOLAILLES, PORCS, ETC.
- BLOCS À LECHER.

BUREAUX ET MAGASINS:

BUJUMBURA, B.P. 90 - TEL. 2556
AVENUE DE L'OUA
KIGALI, B.P. 535 - TEL. 6359
AVENUE DE KIVOVU N° 34

La revue Dialogue est une revue d'information et de réflexion.
Elle paraît tous les deux mois.

DIALOGUE aborde tous les problèmes économiques, sociaux, culturels, politiques, religieux et autres, qui intéressent surtout le Rwanda.

Sans être l'organe officiel d'une Eglise, Dialogue envisage les problèmes traités dans une perspective chrétienne.

DIALOGUE — B.P. 572 KIGALI Téléphone 4178

Abonnements: Rwanda: Un an: 800 fr. rwandais / Etudiants 600 fr.

Abonnement de soutien: 1000 fr. rwandais

Banque Commerciale du Rwanda n° 3778/92 Kigali
ou par mandat-poste Dialogue B.P. 572 Kigali
ou par un Economat Général.

On peut aussi souscrire un abonnement chez le Père Louis PIEN à Gemeta (Procure de Kigali).

Burundi: Un an: 1000 fr. bu.

Dominicains — B.P. 2960 Bujumbura

Etranger: Un an: 1000 fr. belges, 50 Fr. suisses ou 2500 Fr. rwandais
CCP 000-1495122-61 Pierre Massion, Bruxelles

CCP 17-2941-6, Revue Dialogue Rwanda R. Aebischer, Fribourg /

Suisse

En vente: à la Librairie Caritas, à Kigali
: à la Librairie Universitaire, Butare } 150 Frw. le numéro.

Adresser la correspondance:

Rédaction et Abonnements « Dialogue » B.P. 572 Kigali

IMPRIMERIE DE KAGAVI