

Les modes de régulation de la reproduction humaine

Incidences sur la fécondité et la santé

Colloque international de Delphes (6-10 octobre 1992)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

L'attitude des femmes rurales envers la contraception et ses incidences sur la fécondité et la santé au Maniema (Est du Zaïre)

Lumembo TSHISWAKA

Maniema, Zaïre

Introduction

Parmi les déterminants proches de la fécondité, le niveau de pratique contraceptive peut avoir un impact non négligeable sur la fécondité des femmes et la santé materno-infantile.

Une enquête⁽¹⁾ réalisée en 1990 auprès de 2 000 femmes en âge de procréer dans quatre zones de santé du Maniema (Est du Zaïre) a montré un très faible taux de contraceptifs modernes chez les femmes en union (1,7 %) en dépit de l'existence depuis près de vingt ans du programme des Naissances Désirables (planification familiale). A l'heure actuelle, pour l'ensemble du pays, ce taux avoisine 2 %.

Bien que la contraception ne soit pas le seul facteur pouvant agir sur la fécondité et la santé maternelle et infantile, on ne peut douter qu'une baisse du niveau de fécondité aurait certainement contribué à résoudre quelques problèmes de santé dans un pays où selon une étude récente :

- 55,8 % de la population vit en milieu rural,
- 5 % seulement de la population rurale en 1984 bénéficie d'une eau saine,
- le budget consacré à la santé représentait 2,5 % du PNB en 1985,
- la couverture en soins de santé n'était que de 33 % en 1984 (OMS, BRA, 1987),
- la descendance finale était de 6,3 enfants (Page, 1988).

Malgré ce contexte socio-économique et sanitaire déplorable, on devrait normalement s'attendre à une forte utilisation des SMI/PF existants. Or tel n'est toujours pas le cas et c'est pourquoi des recherches ont été entreprises sur l'acceptabilité des services offerts et leurs adéquations aux besoins réels des individus, des familles, des collectivités (OMS, BRA, 1987).

⁽¹⁾ EDESAM : Enquête socio-démographique et de santé du Maniema (enquête financée par le FNUAP dans le cadre d'un projet SMI/PF dans l'Est du Zaïre, 1988-1992).

Le présent article s'inscrit dans cette préoccupation et tentera d'évaluer à partir des données d'EDESAM 90, les incidences possibles du faible niveau de pratique contraceptive sur la fécondité et la santé materno-infantile dans cette partie du Zaïre⁽²⁾.

I - Les femmes rurales face à la contraception au cours des vingt dernières années

En 1972 les Autorités Zaïroises lancèrent officiellement une politique de planification familiale, le « Programme des Naissances Désirables » (PND), visant à promouvoir l'espace et non la limitation des naissances. En dépit d'une population jugée trop faible et d'un accroissement modéré, les pouvoirs publics ont jugé que l'utilisation d'une contraception moderne pouvait contribuer à résoudre un certain nombre de problèmes dont notamment, le recours aux avortements provoqués et l'intervalle intergénéral trop court (moins de deux ans), deux facteurs importants dans le niveau de la mortalité maternelle.

Ce PND financé d'abord par la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) puis par l'Agence Américaine pour le Développement International (US-AID) au début des années quatre-vingts, s'est d'abord implanté à Kinshasa avant de s'étendre à tout le pays dont le Maniema situé à 2 000 km de la capitale zaïroise.

Les méthodes contraceptives modernes les plus diffusées sont : la *pilule*, le *dépoprovera* (injection), les *contraceptifs vaginaux* (sous forme de mousse ou de gel), le *DIU* (stérilet) et la *ligature tubaire*.

En dépit de ce programme, la diffusion de ces méthodes reste très faible et le taux d'utilisation diminue.

Quels peuvent être les facteurs à la base de cette situation ?

1) Le PND et les problèmes que posent sa diffusion, acceptation et pratique en milieu rural

Comme nous l'avons dit plus haut, l'introduction des méthodes contraceptives modernes est récente au Maniema et date de la fin des années soixante-dix. Cependant, comme dans beaucoup d'autres régions du Zaïre, les initiateurs de ces techniques ont oublié que « l'incidence démographique des différentes méthodes de régulation des naissances ne tient pas seulement à leur efficacité théorique. Des facteurs tels que l'accueil plus ou moins favorable que ces diverses méthodes sont susceptibles de recevoir auprès de la population et ensuite leur utilisation plus ou moins correcte » ne doivent pas être négligées (Ohlin G., 1967).

En réalité, les choses sont bien plus complexes dans les milieux ruraux. Au cours de nos différentes enquêtes, pendant quatre ans, au Maniema, nous avons dénombré quelques facteurs qui constituent des entraves à la diffusion et à l'acceptation de la contraception moderne, notamment :

(2) Des quatre zones de santé étudiées (Kindu, Kasongo, Kibombo et Lusangi), seules les deux premières (Kindu et Kasongo) étaient fonctionnelles au moment de l'enquête, nous les appellerons ZSA et les autres ZSB. Une zone de santé est fonctionnelle quand elle a un minimum d'infrastructure sanitaire pour assurer les soins de base.

1. La politique de la Planification familiale au Zaïre a été conçue de l'extérieur, sans avoir véritablement associé les intéressés (femmes, hommes).

2. Les initiateurs de ce programme pensaient avoir introduit quelque chose de nouveau alors que les principes de la planification familiale existent depuis la nuit des temps dans ces sociétés.

3. Dans les campagnes de sensibilisation auprès des femmes, les maris sont rarement associés. Aussi certains d'entre eux s'opposent à la contraception qui pousse, pensent-ils, les femmes à se prostituer.

4. Les moments choisis pour informer et motiver les femmes à pratiquer la contraception moderne sont des moments où psychologiquement, ces dernières ne peuvent qu'accepter les principes, même si elles sont sûres de ne pas le faire plus tard (consultation pré-natale, pesée, etc.).

5. Certaines femmes utilisent la contraception sans avoir reçu les avis d'une personne qualifiée et contribuent à la désinformation suite aux effets secondaires provoqués par ces contraceptifs.

6. Certains contraceptifs arrivent parfois presque périmés et le personnel qualifié est soit insuffisant, soit inexistant.

7. Le taux de discontinuité, parmi les femmes qui utilisent la contraception moderne est très élevé à cause des ruptures de stock, du mauvais état des routes et des ponts, du manque de suivi.

8. La politique actuelle de distribution des contraceptifs n'est pas basée sur la communauté et reste trop sélective.

9. En présentant les méthodes contraceptives modernes auprès des femmes, le personnel de santé a surtout présenté leurs avantages et non leurs inconvénients. Quand ces derniers surgissent, les femmes sont souvent découragées.

10. Les nombreuses unions polygames (36,7 % des femmes en union) ne favorisent pas l'acceptation de la contraception moderne. Pour plaire à leur mari, chaque femme en union polygame veut avoir le plus d'enfant possible.

11. L'influence de la religion catholique dans trois des quatre zones de santé enquêtées ne doit pas non plus être négligée. En effet, la position officielle de l'Eglise Catholique qui considère que « les Naissances Désirables sont une fausse solution aux problèmes de développement, un nouvel esclavage du peuple de Dieu et une forme organisée de génocide », condamne toutes les méthodes artificielles et encourage les méthodes naturelles (C.E. Ki, 1984).

12. De nombreux autres facteurs empêchent la diffusion de la contraception :

- « le manque d'information des femmes,
- leur niveau d'instruction qui lorsqu'il s'élève, favorise le recours à la contraception,
- l'éloignement du Centre de Santé » (Chauliac et Rimbault, 1985).

Dans notre échantillon d'enquête, 53,3 % des femmes en union n'ont reçu aucune instruction.

2) L'attitude des femmes rurales envers la contraception

L'attitude des femmes rurales du Maniema envers la contraception est très voisine de celle des autres africaines vivant dans les mêmes conditions.

Une étude de la CEA faite dans sept pays d'Afrique sub-saharienne (Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Lesotho et Soudan) révèle que la part des femmes utilisant une méthode moderne n'atteint une valeur significative que dans trois pays : Ghana (6 %), Kenya et Soudan (4 %). Dans les quatre autres pays, elle n'atteint même pas 1 % (CEA, 1988).

Qu'en est-il exactement au Maniema ?

La contraception moderne n'est pas encore très connue

Seules 22 % des femmes en union connaissent l'existence des méthodes contraceptives modernes dont 25,7 % dans la ZSA et 10,4 % dans la ZSB. La méthode la plus connue, quel que soit le type de zone de santé, est la stérilisation féminine, sans doute parce qu'elle a été pratiquée dans le pays bien avant l'introduction d'autres types de contraceptifs (tableau 1). Ensuite vient la pilule qui a eu la chance d'être diffusée dès le début du programme. Les méthodes vaginales sont les moins connues.

TABLEAU 1 - POURCENTAGE DES FEMMES EN UNION CONNAISSANT UNE METHODE CONTRACEPTIVE MODERNE SELON LE TYPE DE METHODE ET LA ZONE DE SANTE

Méthode	% des femmes		
	ZSA	ZSB	Ensemble
Pilule	5,1	2,9	4,6
DIU	4,5	-	3,4
Injection	4,5	1,9	3,9
Méthode vaginale	2,2	-	1,7
Condom	4,4	0,6	3,5
Stérilisation féminine	5,6	4,8	5,5

Le taux d'utilisation des contraceptifs modernes a baissé de 75 % au cours des deux dernières décennies

Au début du programme, alors que le Zaïre était dans une situation économique plus ou moins bonne, des efforts réels furent déployés pour acheminer les contraceptifs jusque dans les régions les plus reculées de ce vaste pays (2 345 000 km²). C'est sans doute ce qui explique, comme on le voit dans le tableau 2 le taux élevé (6,7 %) d'utilisation des contraceptifs modernes dans le passé, alors qu'au moment de l'enquête, il n'est plus que de 1,7 % dans l'ensemble des quatre zones de santé.

TABLEAU 2 - EVOLUTION DU TAUX D'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS MODERNES PARMIS LES FEMMES EN UNION (1972-1992)

Zone de santé	Taux d'utilisation (%)	
	Avant l'enquête	Au moment de l'enquête
ZSA	8,3	2,2
ZSB	1,9	0,3
Ensemble	6,7	1,7

Source : Tshiswaka, 1990

Parce qu'encore sous-informées, seulement 25,4 % des femmes souhaiteraient utiliser la contraception dans l'avenir

Le tableau 3 nous révèle que quel que soit le nombre d'enfants, 25,4 % des femmes souhaiteraient utiliser la contraception dans l'avenir, dont 24,5 % dans la ZSA et 28,3 % dans la ZSB ; 66,5 % ne souhaiteraient pas l'utiliser du tout et 5,3 % ne savent pas encore. En raison de différences peu marquées entre les zones de santé fonctionnelles et non fonctionnelles, nous avons préféré ne présenter que les résultats d'ensemble.

TABLEAU 3 - POURCENTAGE DES FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION QUI N'UTILISENT PAS LA CONTRACEPTION SELON L'INTENTION DE L'UTILISER DANS L'AVENIR ET LE NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS

Opinion des femmes	Nombre d'enfants vivants (y compris la grossesse actuelle)					
	0	1	2	3	4 et +	Total
Oui	17,1	23,4	20,0	27,4	30,4	25,4
Ça dépend	2,6	2,8	4,6	1,7	2,5	2,8
Non	72,4	70,2	69,2	67,5	61,2	66,5
NSP	7,9	3,6	6,2	3,4	5,9	5,3
Total	100	100	100	100	100	100

Source : Tshiswaka, 1990

Les raisons invoquées par les femmes pour la non-utilisation de la contraception sont dans 58,6 % des cas, le désir de grossesse et dans 32,2 % des cas des raisons liées à la coutume ou à la culture. Mentionnons que 14 % des femmes en âge de procréer étaient enceintes au moment de l'enquête. Entre 20 et 34 ans, les proportions des femmes enceintes sont très élevées : dans l'ensemble des quatre zones de santé, elle est de 1 sur 6 (Tshiswaka, 1990).

Cette situation assez particulière n'est pas partout la même. En effet, de nombreuses études ont révélé que dans toutes les parties du monde, les parents des familles nombreuses préféraient ne pas avoir d'autres enfants, et ceux qui avaient entendu parler de la régulation des naissances étaient très désireux d'être mieux informés à ce sujet (Ohlin G., 1967).

L'avenir de la contraception moderne en milieu rural du Maniema dépendra en grande partie de la manière dont seront organisées les stratégies en matière d'Information, Education et Communication (IEC).

II - Incidences du niveau de pratique contraceptive sur la fécondité et la santé

Le faible niveau de pratique contraceptive a eu et continue à avoir des incidences sur la fécondité des femmes, leur santé ainsi que celle de leurs enfants.

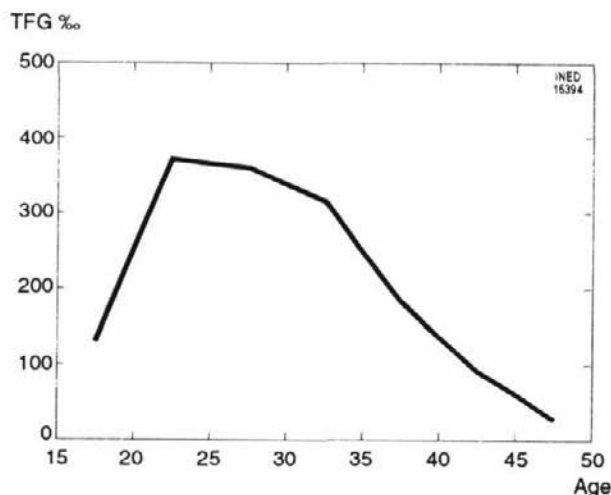
Ces conséquences se traduisent par :

- une stagnation du niveau de fécondité et même une tendance à la hausse,
- des taux de morbidité maternelle et infantile élevés,
- des taux de mortalité infantile et maternelle élevés.

1) Incidences sur la fécondité

L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 5,9 en 1955-57 (Bureau de la Démographie et IRES, 1960) à 7,4 enfants en 1990 (Tshiswaka, 1990). Au cours de la même période, le taux global de fécondité générale est passé de 129 à 244 ‰. L'enquête démographique par sondage 1955-57 est la seule enquête menée dans la région, à laquelle nous pouvons comparer les données de 1990.

La courbe de fécondité du graphique 1 illustre bien cette hausse au moment de l'enquête.



Graphique 1 - TFG par âge selon l'âge de la mère au moment de l'enquête

Source : Tshiswaka, 1990.

Il ne nous a malheureusement pas été possible de comparer les TFG en 1990 avec ceux calculés en 1955-57 car les groupes d'âges sont différents.

C'est dans les zones de santé non fonctionnelles c'est-à-dire, celles où la couverture en soins de santé est insignifiante que les indices de fécondité sont les plus élevés (tableau 4).

TABLEAU 4 - QUELQUES INDICES DE FECONDITE SELON LA FONCTIONNALITE DE LA ZS, 1990

Indice	Zone de santé		Ensemble
	ZSA	ZSB	
ISF	7,2	8,3	7,4
D45-49	6,3	6,7	6,4
TGF (‰)	240	256	244

Source : Tshlwaka, 1990.

Dans ce contexte, il est clair que l'« *espacement des enfants est principalement le résultat de l'aménorrhée causée par l'allaitement au sein et qu'un déclin de la fécondité que l'on pourrait attendre de la crise économique n'irait pas aussi loin qu'un déclin produit par le développement socio-économique* » (Page, 1988).

Au Maniema rural, la dégradation du niveau de vie des populations semble contribuer à une hausse de la fécondité, alors que la planification familiale permettrait d'éviter les naissances non désirées et de prévenir les avortements provoqués (Tettekpoe D.A., 1988).

Des enquêtes ultérieures nous montreront si oui ou non, la tendance observée dans le passé se poursuivra.

2) Incidences sur la santé

Le refus d'utiliser la contraception moderne place les femmes rurales dans un régime de fécondité presque naturelle, caractérisé également par des taux de mortalité infantile et maternelle élevés.

Pourtant, la planification familiale est susceptible d'avoir des effets favorables sur la santé, essentiellement parce qu'elle permet :

- d'éviter les grossesses non désirées,
- de modifier la descendance d'une même femme,
- d'espacer les grossesses,
- de modifier le calendrier des naissances.

Plusieurs travaux ont mis en évidence des corrélations positives entre la santé des enfants, la dimension de la famille et l'espacement des naissances (Nesbit J.D. et Entwistle N.J., 1967 ; Dingle J., 1964 ; Chen E. et Colb S., 1960 ; OMS, 1970 etc.).

La contraception n'agit pas directement sur la santé. Elle passe nécessairement par la fécondité.

Cette influence indirecte du niveau de pratique contraceptive sur la santé peut être démontrée par divers indices démographiques et sanitaires : taux de morbidité, d'utilisation des services de santé et taux de mortalité maternelle et infantile.

En milieu rural au Maniema où les femmes, en dehors de leurs nombreuses maternités accumulent un certain nombre de facteurs défavorables tels que « *le surmenage physique et nerveux, un statut social inférieur, la fatigue chronique et les responsabilités grandissantes dues à l'urbanisation et à l'exode des hommes* » (Chauliac et Raimbault, 1985), nous avons constaté que :

Les taux de morbidité sont très élevés

– *Morbidité maternelle*

Au cours du mois ayant précédé l'enquête près d'une femme sur cinq (19,1 %) est tombée malade dans les quatre zones de santé. Ces proportions sont de 17,6 % pour la ZSA et 23,9 % pour la ZSB. Les maladies les plus courantes parmi les femmes sont : l'anémie, le paludisme, les lombalgies.

– *Morbidité infantile*

C'est un fait déjà connu : les enfants des familles nombreuses sont plus exposés que les autres à la malnutrition et à la maladie.

Ces enfants peuvent souffrir d'un plus grand manque d'attention et de soins maternels, parce que la mère est souvent malade et que le nombre élevé de ses enfants pèse lourdement sur elle (Hutchings E. ; Brown H., 1970).

On trouvera dans le tableau 5, les proportions d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée ou le paludisme au cours des quatre dernières semaines précédant l'enquête.

TABLEAU 5 - PROPORTIONS DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 5 ANS AYANT CONTRACTE LA DIARRHEE OU LE PALUDISME

Zone de santé	Proportion d'enfant ayant eu (%)	
	la diarrhée	le paludisme
ZSA	14,5	27,7
ZSB	17,9	29,4
Ensemble	15,3	28,1

Source : Tshiswaka, 1990.

Comme dans les autres régions africaines, le problème de santé le plus préoccupant, du point de vue du développement socio-économique, reste celui du paludisme. Cette dernière maladie affecte plus de la moitié des enfants de moins de 3 ans et est responsable de 10 % des décès des enfants de moins de 5 ans (OMS, AFRO, 1970).

Au Maniema, 15,3 % d'enfants ont eu la diarrhée et 28,1 % le paludisme (près du tiers de tous les enfants), au cours du mois précédent l'enquête.

Les services de santé existant ne sont pas suffisamment utilisés

Préoccupées par les besoins de survie quotidiens de leurs nombreux enfants et découragées par des services de santé peu performants, beaucoup de femmes se sont tournées vers la médecine traditionnelle. Là où ils existent, les Centres de Santé ne sont pas suffisamment utilisés.

Comme on le remarquera dans le tableau 6, lors de leur dernier accouchement :

- 50,9 % des femmes sont allées à la consultation prénatale (CPN),
- 42,2 % ont été vaccinées contre le tétanos néonatal,
- 46,4 % ont accouché en présence d'un personnel de santé qualifié (en Europe, cette norme est de 97 %).

Dans les zones de santé non fonctionnelles, où il y a trois fois moins de médecins et huit fois moins de Centres de Santé que dans les zones fonctionnelles, les taux d'utilisation des services sont très bas.

TABLEAU 6 - TAUX D'UTILISATION DE QUELQUES SERVICES DE SANTE

Zone de Santé	Taux d'utilisation des services (%)		
	Consultations Prénatales	Vacc. contre tétanos néonatal	Assistance PSM lors du dernier accouchement
ZSA	55,0	48,1	56,6
ZSB	37,6	23,0	13,9
Ensemble	50,9	42,2	46,4

Les taux de mortalité infantile et maternelle sont particulièrement élevés

Les taux de mortalité infantile et maternelle sont de bons indicateurs du niveau de santé pour les milieux ruraux. Trop élevés, ils pourraient indiquer un haut niveau de fécondité ou un état sanitaire déficient.

Trop souvent « *les jeunes enfants des familles nombreuses ont des taux de mortalité élevés, une croissance physique plus lente et un développement intellectuel moindre* » (Hutchings E., Brown H., 1970).

Au Maniema rural, le taux de mortalité infantile était de 170 ‰ alors que le taux de mortalité maternelle était de 1 667 décès pour 100 000 naissances. Ce dernier taux se situe parmi les plus élevés d'Afrique Noire (Tshiswaka, 1990).

III - L'avenir de la contraception moderne en milieu rural : quelques suggestions pratiques

L'échec du PND au cours de ces deux dernières décennies et son impact sur la fécondité et la santé en milieu rural peut-il nous conduire à envisager l'avenir avec pessimisme ?

Loin de nous décourager ; nous pensons que « *la mise en place d'une politique de planification familiale nécessaire à l'amélioration de l'état de santé des femmes, des enfants et de la famille, nécessite l'adhésion du personnel de santé à ces principes et à sa formation, l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services pour toutes les femmes* » (Chauliac M., Raimbault A.M.D., 1985).

Quelques suggestions pratiques peuvent aider les responsables de ce programme à atteindre leur but :

1. Dans les campagnes de sensibilisation, il faut viser le couple et insister aussi bien sur les avantages que les inconvénients de chaque méthode contraceptive.

2. Il faut former, en dehors du personnel de santé, de nombreux agents de distribution communautaire des contraceptifs et réorganiser toute la stratégie de distribution en impliquant aussi bien les secteurs publics que privés.

3. Dans les campagnes de sensibilisation auprès des femmes, il faut associer des cours d'alphabétisation et la distribution de quelques médicaments essentiels tels que la quinine, l'aspirine et les vermifuges et montrer aux femmes qu'en réduisant leur fécondité, elles peuvent mieux contribuer aux efforts de développement socio-économique de leur milieu.

4. Les séances d'éducation sanitaire destinées aux mères doivent être améliorées pour aider ces dernières à :

- soigner les diarrhées avec du matériel local, le sachet de l'UNICEF n'étant pas toujours accessible à toutes les bourses,
- soigner le paludisme en maîtrisant les doses des médicaments couramment utilisés à cet effet,
- avoir une petite pharmacie familiale,
- protéger leurs enfants en bas âge par une nutrition saine et bonnes règles d'hygiène,
- se reposer pendant les grossesses et fréquenter les Centres de Santé pour suivre la consultation pré-natale.

Conclusion

Depuis près de vingt ans que le PND a été introduit au Zaïre, l'utilisation des contraceptifs modernes ne s'est pas beaucoup développée particulièrement en milieu rural.

Dans les quatre zones de santé du Maniema, d'après les résultats d'une enquête menée en 1990, ils ne sont utilisés que par 1,7 % des femmes en union. Tous les indices relatifs à la fécondité, la morbidité et l'utilisation des services de santé sont

affectés, directement ou indirectement par ce faible taux d'utilisation des contraceptifs modernes.

L'avenir de la contraception moderne en milieu rural dépendra de la manière dont les responsables de ce programme pourront se servir des leçons de cet échec pour inventer l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

- BUREAU DE LA DEMOGRAPHIE ET IRES, 1960. Tableau général de la démographie Congolaise. Enquête démographique par sondage 1955-57. Analyse générale des résultats statistiques, Léopoldville.
- CHAULIAC M. ; RAIMBAULT A.M.M., 1985. Vie des femmes : santé des mères, in *L'enfant en milieu tropical n° 159*.
- CONFERENCE EPISCOPALE DU KIVU (CEK), 1984. Quiconque est contre la vie contredit le plan de Dieu. *Lettre Pastorale des Evêques du Kivu Cepki*. Bukavu.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 1981. *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000*. Genève.
- OMS - AFRO, 1970. A la recherche d'une philosophie de l'action médico-sanitaire dans la Région Africaine. *Cahiers techniques AFRO n° 1*. Brazzaville.
- OMS - AFRO, 1971. Place de l'enseignement de la santé publique dans les programmes de formation de l'équipe de santé *Cahiers techniques AFRO n° 3*. Brazzaville.
- OMS - BUREAU REGIONAL POUR L'AFRIQUE, 1987. Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, 7^e rapport sur la situation sanitaire dans le monde vol. 2 - Région Africaine - Brazzaville.
- PAGE H., 1988. La fécondité et la planification familiale en Afrique in *l'état de la démographie africaine en 1988*, IUESP.
- TETTEKPOE D.A., 1988. Pourquoi la planification familiale en Afrique in Colloque « Information, Education, Communication et Planification Familiale », UEPA. Documents de base - Dakar.
- TSHISWAKA L., 1992. Enquête socio-démographique et de santé au Maniema (EDESAM-90). Résultats préliminaires (non encore publié), Kindu.