

PA-ABB-927

68615

Rapport d'avancement du Projet
sur 24 mois

LE PROJET TULANE/PRODEF DE RECHERCHE
OPERATIONNELLE AU BAS-ZAIRE

(Contrat AID/DSPE-C-0089)



Nlandu Mangani, M.D.
Directeur, Hôpital Evangélique
Nsona Mpangu, Bas Zaire, Zaire

Jane T. Bertrand, Ph.D.
Investigatrice Principale
Université de Tulane
New Orleans, Louisiana USA

Décembre 1982

TABLE DES MATIERES

	Page
I. Généralités, sur le projet PRODEF	1
A. Résumé du Plan	1
B. Calendrier des activités à ce jour	3
C. Rapports et déplacements relatifs au projet	3
II. Aspect Recherche du projet	3
A. Enquête de base	3
B. Statistiques des services et coût-efficacité	7
III. Résultats des livraisons de services à ce jour	8
A. Acceptabilité de la distribution de contraceptifs dans les ménages	8
B. Préférence de méthodes	10
C. Raisons du refus de contraceptifs gratuits	11
D. Essai et utilisation continue des contraceptifs distribués lors du premier tour	14
E. Efficacité relative des centres de services dans la distribution des produits: zone rurale	17
F. Efficacité et efficacité des visiteuses à domicile	19
G. Performances des Matrones	22
IV. Problèmes rencontrés pendant les six derniers mois	25
A. Pénurie d'essence	25
B. Sous-utilisation de l'équipe rurale	25
C. Services de planning familial dans les dispensaires de Matadi	25
D. Disponibilité limitée des stérilets et de la stérilisation des femmes	26
V. Activités du projet pour l'année prochaine	26

I. Généralités sur le projet PRODEF

A. Résumé du Plan

Comme décrit dans les rapports précédents, le projet de Tulane/CBZO dans le Bas-Zaïre (localement connu sous le titre de Programme d'Éducation Familiale ou PRODEF) a pour but d'accroître la disponibilité et l'acceptance de contraceptifs modernes dans une zone urbaine et dans une zone rurale du Bas-Zaïre, en République du Zaïre. Le projet urbain est vertical (planning familial uniquement) tandis que dans le projet rural le planning familial (PF) est intégré aux activités pour les enfants de moins de cinq ans: médicaments anti-paludiques, médicaments contre les vers intestinaux et sels de réhydratation orale (oralyte).

Le projet est implanté dans la zone urbaine de Matadi (population estimée à 150.000 - 200.000 habitants dont 133,000 environ font partie de la zone cible du projet) et dans la zone rurale de Songololo (population estimée à environ 36,000 habitants; le programme couvre 53 villages avec un total d'environ 25,000 habitants). Au premier octobre 1982, le projet se poursuivait depuis 24 mois.

Le projet a été conçu dans le but de comparer deux stratégies différentes de prestation de services de planning familial:

1. Traitement A

Stockages des dispensaires existants avec des contraceptifs (en plus des autres produits dans la zone rurale), accompagné d'un programme d'extension qui consiste en des réunions de groupes, de visites à domicile et de distribution de contraceptifs à domicile.

2. Traitement B

Uniquement le stockage des dispensaires existants sans le programme d'extension.

Les cartes des deux régions, comprenant la délimitation des zones de traitement 1 et 2 se trouvent dans les figures 1 et 2.

Dans la zone rurale il y a une source supplémentaire de contraceptifs et de médicaments : la Matrone. C'est une femme qui a été choisie par le village pour être formée par le PRODEF et gérer le dépôt de contraceptifs et de trois médicaments pour les enfants âgés de moins de cinq ans dans les villages démunis de dispensaires (ce qui est le cas de 44 des 53 villages). Une liste complète des villages contenant un dispensaire ou une Matrone se trouve dans l'annexe A.

Ce projet est un projet de service et de recherche, destiné à accroître la disponibilité et l'acceptance des contraceptifs; et à documenter l'impact de l'augmentation de la disponibilité sur la connaissance, les

attitudes et l'usage des contraceptifs. En outre, il analysera le coût-efficacité des traitements A et B par rapport aux objectifs à atteindre.

B. Calendrier des activités à ce jour

Comme le montre le tableau I, les activités principales pendant la première année du projet ont consisté en la finalisation du plan du projet et en la mise en marche de l'enquête de base dans les deux zones. Durant la seconde année les activités se sont concentrées sur le programme de service, dont la formation des visiteuses à domicile, des Matrones et des infirmières de dispensaires; le stockage des dispensaires; le début des visites à domicile; et des réunions de groupes dans les deux zones.

C. Rapports et déplacements relatifs au projet

Une liste des rapports rédigés durant la deuxième année du projet se trouve dans l'annexe B. Cette liste comprend également les déplacements effectués au Zaïre par Jane Bertrand, William Bertrand et Maria Waver pendant cette période.

II. Aspect recherche du projet

A. L'enquête de base:

L'analyse de l'enquête de base se poursuit à Tulane et des résultats préliminaires étaient disponibles en Novembre 1982. Le rapport "Résultats de l'étude PRODEF/TULANE dans le Bas-Zaïre. Première

Tableau I
Calendrier des activités du projet à ce jour

ACTIVITE	1980		1981					1982																	
	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O
Finalisation du plan et sous-contract	X	X																							
Enquête de base																									
- Conception et test préalable de l'instrument				X	X																				
- Formation des enquêteuses					X																				
- Collecte de données dans la zone rurale					X	X	X	X																	
- Collecte de données dans la zone urbaine													X	X	X	X	X								
- Codification				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
- Perforation des fiches													X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prestation de service																									
- recrutement et formation des visiteuses rurales																									
- Formation des infirmiers de dispensaires ruraux																									
- Stockage et (si nécessaire) réapprovisionnement des dispensaires ruraux	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
- Mise en marche du programme d'extension rural																									
- Recrutement et formation des visiteuses urbaines																									
- Formation des infirmiers de dispensaires urbains																									
- Stockage et réapprovisionnement des dispensaires urbains																									
- Mise en marche du programmes de visites à domicile urbaines																									
	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O
	1980																								

Figure 1.

Zone de Songololo

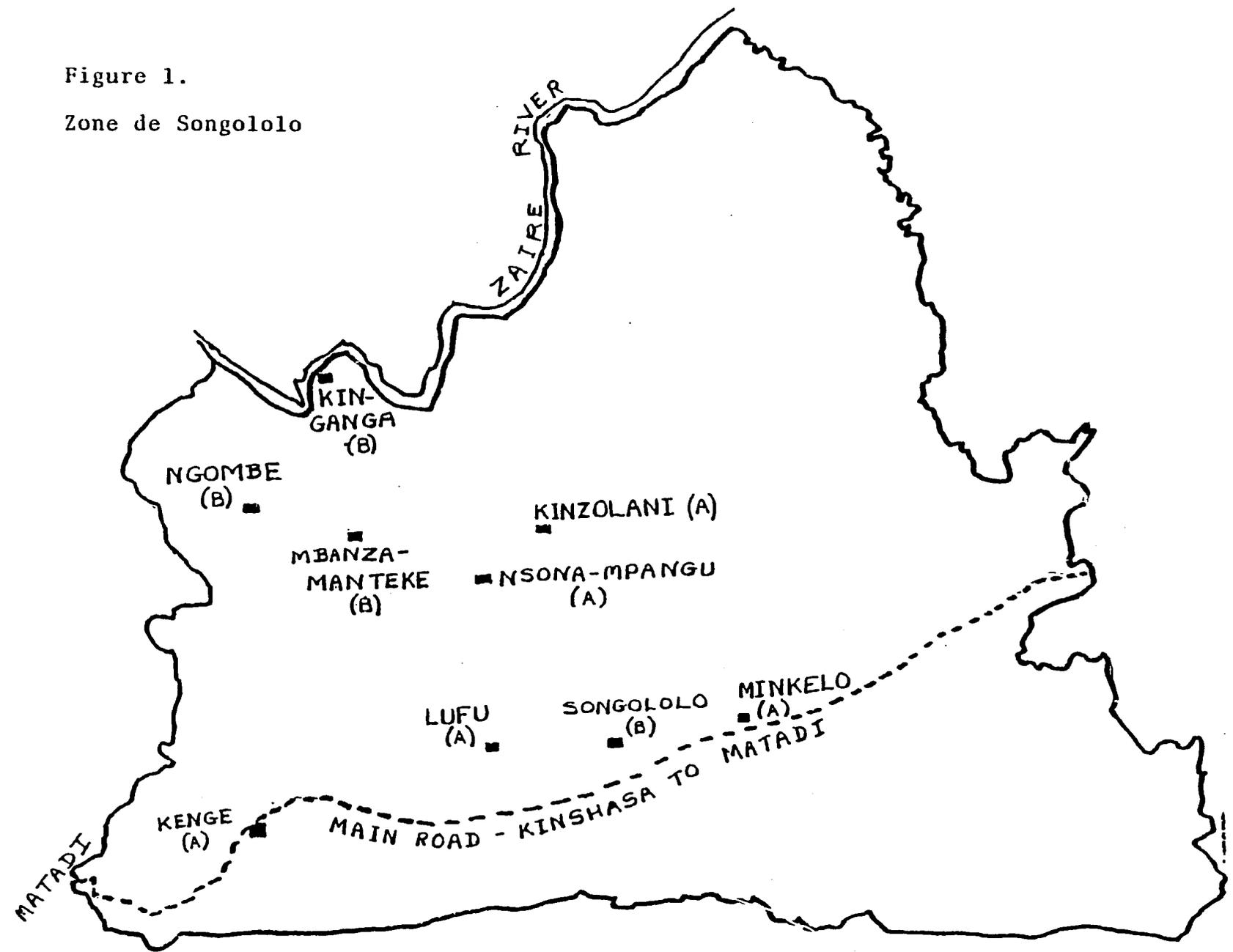
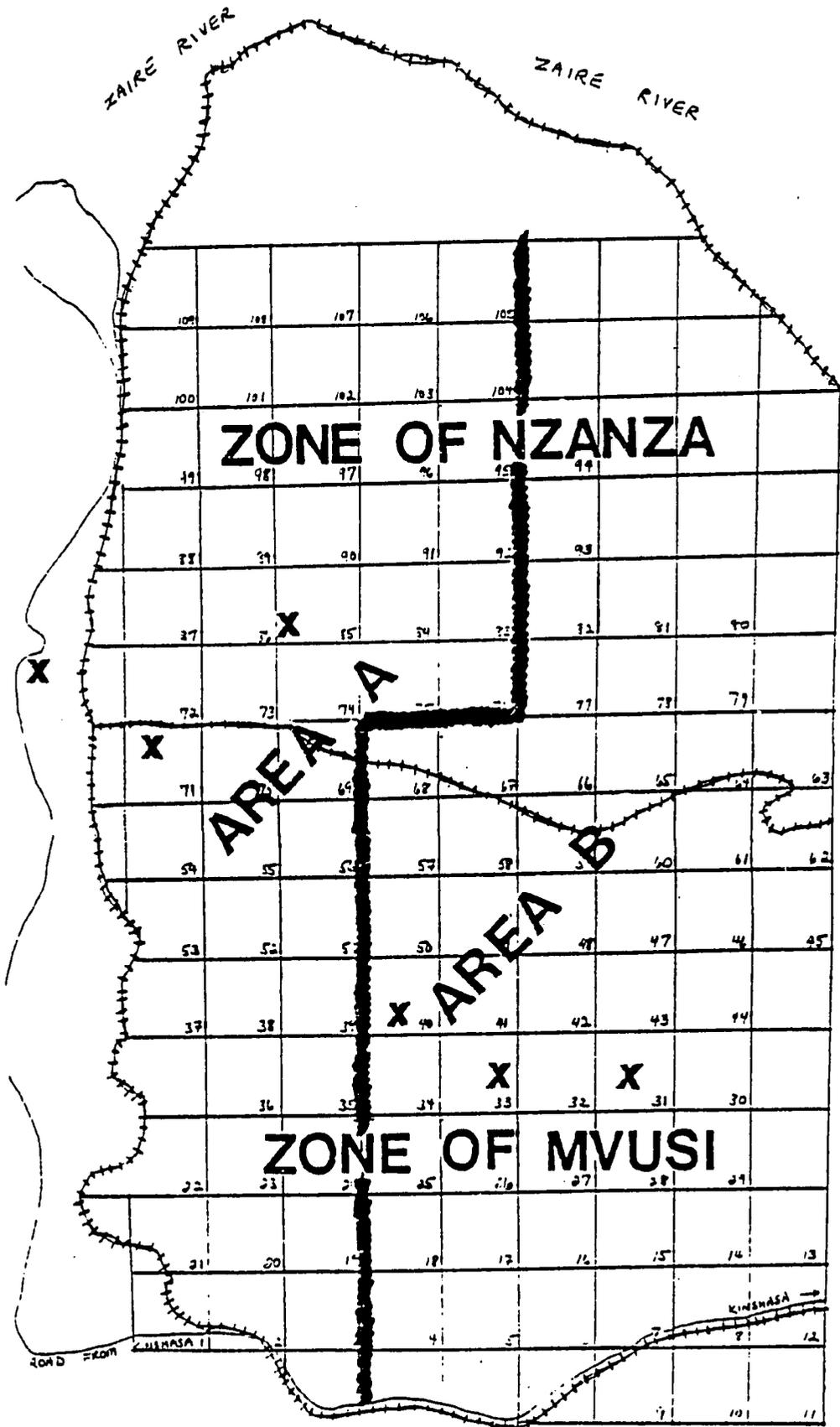


Figure 2.

Ville de Matadi



partie. Caractéristiques Démographiques, Idéaux de Reproduction, et Contrôle de la Fécondité est en cours de traduction et une version en français devrait être disponible en janvier 1983. Les copies des versions anglaises et françaises peuvent être obtenues à Tulane.

La partie II des résultats (qui seront disponibles dans un futur proche) concernera la santé et le statut nutritionnel des enfants de moins de cinq ans dans la région étudiée. Cette partie sera également disponible en début d'année 1983 et sera également traduite en français.

B. Statistiques du projet de service et coût-efficacité

Les formulaires préparés en collaboration avec l'université Johns Hopkins pour suivre la performance du programme et obtenir les données nécessaires à l'analyse coût-efficacité sont à présent utilisés de manière routinière. Une indication du genre d'informations fournies par ces formulaires est donnée dans la description du projet de services plus loin dans ce rapport.

En vue d'une analyse coût-efficacité ultérieure, toutes les données sur les coûts sont actuellement organisées en catégories de genre de dépenses et mises sur ordinateur pour être utilisées plus tard. Le Dr. Mark McBride de l'université de Tulane fournit l'assistance technique nécessaire à l'analyse

coût-efficacité.

III. Résultats de la prestation de services à ce jour

La prestation de services, à ce jour, a consisté dans le stockage de tous les dispensaires en contraceptifs: pilules, Néo-sampoon, mousse et préservatifs (dans les régions rurales et urbaines) et en trois sortes de médicaments destinés aux enfants de moins de cinq ans: Chloroquine, Mebendazole et Oralyte (dans les zones rurales uniquement). En outre, la visite à domicile (avec distribution de contraceptifs dans les ménages) s'est poursuivie pendant une année dans la zone rurale et quatre mois dans la zone urbaine (jusqu'à ce mois d'octobre 1982).

A. Acceptabilité de la distribution de contraceptifs à domicile

Vu la non-disponibilité relative des méthodes modernes de contraception pour la population cible antérieurement au projet PRODEF et l'existence très répandue de familles nombreuses, il y avait des doutes sur l'acceptabilité du projet.

Les résultats à ce jour ont été encourageants. Dans les zones rurales, l'équipe des visiteuses a été bien reçue dans les villages. Bien qu'il existât des personnes opposées au planning familial, ce programme n'a en aucun cas donné lieu à des antagonismes au niveau de la communauté.

Dans la zone urbaine, il y eut quelque résistance au début du programme, non pas de la part de la

Tableau 2

Acceptabilité des contraceptifs modernes
pendant le 1^{er} tour dans les deux zones.

	<u>Urbaines</u>	<u>Rurales</u>
Nombre de femmes de 15-49 ans visitées	6057	1994
Nombre de femmes ayant accepté un contraceptif moderne	2260	485
Pourcentage de femmes ayant accepté un contraceptif moderne (chiffre basé sur le nombre total de femmes visitées)	37%	24%

communauté mais de la part de certaines personnes bien placées qui estimaient que leurs intérêts économiques étaient menacés. Le projet a finalement démarré malgré cet obstacle et la résistance a disparu. Au niveau communautaire les visiteuses ont généralement été bien reçues, et il y eut très peu de femmes parmi la population qui ont refusé les visites.

Comme prévu, l'acceptabilité des méthodes contraceptives est quelque peu plus élevée dans la zone urbaine que dans la zone rurale. A Matadi, l'échantillon de contraceptif offert gratuitement au cours du 1^{er} tour, a été accepté par 37% des femmes visitées (âgées de 15 à 49 ans), contre 24% dans la zone rurale; (voir le tableau 2).

B. Préférence de méthode

Dans la zone urbaine, les méthodes les plus populaires au cours du premier tour étaient: le Néo-sampon(38%), la pilule (35%), suivi de la mousse (17%) et des préservatifs (10%). Par contre, dans la zone rurale plus de la moitié des femmes (58%) ont accepté la mousse, suivie des préservatifs (23%) et de la pilule (19%). Voir Fig. 3.

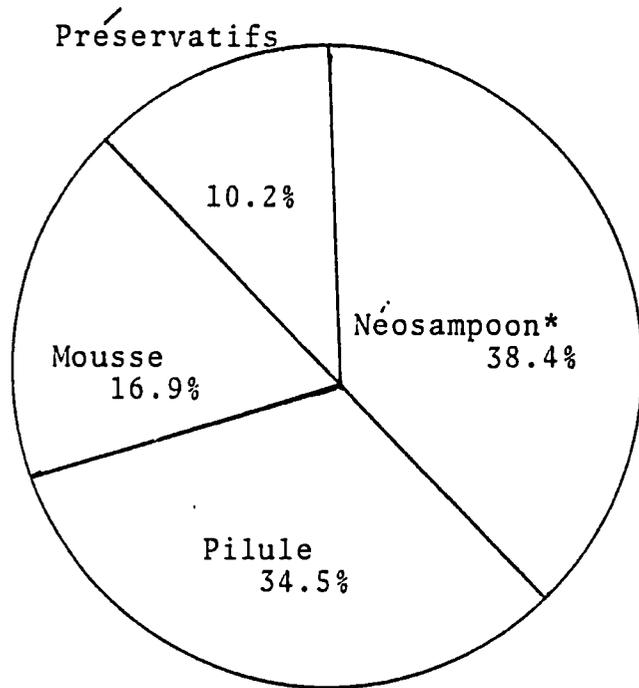
Deux facteurs sont responsables d'une grande partie de la différence qui existe entre les deux zones quant à la préférence de méthode. Au cours

du premier tour dans la zone rurale il avait été conseillé aux visiteuses de ne pas distribuer de pilules aux femmes allaitant au sein (ce qui constitue un grand nombre de celles intéressées par le planning familial). En plus de cela, le néo-sampon n'était pas disponible. Cependant, au moment du démarrage du premier tour dans la zone urbaine, les directives ont été modifiées de façon à permettre aux femmes de recevoir la pilule à partir de leur quatrième mois d'allaitement, et le néo-sampon était disponible.

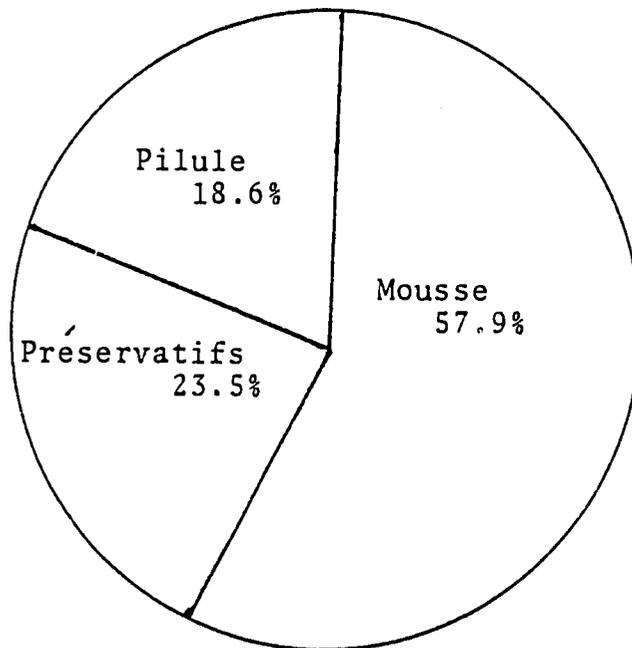
C. Raisons du refus de contraceptifs gratuits

Soixante trois (63) pourcent de la population urbaine et soixante-seize (76) pourcent de la population rurale n'ont pas accepté de contraceptifs gratuits. Comme le montre le tableau 3, la raison principale était l'absence de l'époux. Les femmes dont le mari était absent étaient considérées comme "non-éligibles". (Cette décision qui rendait nécessaire la présence de l'époux avait été prise dès le début des visites à domicile comme précaution pour éviter de donner l'impression que le PRODEF encourageait la promiscuité).

La seconde raison dans les deux cas était que la femme était déjà enceinte. Lors du premier tour dans la zone rurale ceci la rendait non-éligible. Cependant lors du premier tour en zone urbaine les



URBAINE



RURALE

*Note: Le Néosampon n'était pas disponible dans la zone rurale lors du premier tour.

Figure 3. Préférence de méthodes parmi les femmes qui en ont accepté une au premier tour.

Tableau 3

Raison pour lesquelles la méthode de contraception
n'a pas été acceptée au premier tour

	URBAIN (n=3428)	RURAL (n=1130)
Mari absent au moment de la visite	25,9	25,8
Femme enceinte actuellement	16,0	21,9
La femme est opposée au PF	15,9	8,7
La femme n'est pas féconde ou sous-fertilité	9,4	---
La femme a atteint la ménopause	7,9	3,3
Le couple utilise déjà une méthode	6,4	---
L'épouse souhaite une grossesse	6,0	9,6
Le mari rejette le PF	5,8	2,3
Parents opposés au PF (pour leur fille)	2,9	---
Parents absents (dans le cas de jeunes filles)	2,0	---
Peur des effets secondaires	1,1	---
Autres	---	28.4**
	-----	-----
	100,0	100,0

*Les visiteuses à domicile ne sont pas autorisées à distribuer des contraceptifs aux femmes, si le mari n'est pas là pour prendre part à la décision.

**Dans la zone rurale, ceci comprend la sous-fertilité, l'abstinence de contacts sexuels, la préférence de méthodes traditionnelles, et autres.

visiteuses étaient autorisées à offrir, dans le cas où la femme enceinte était intéressée, une méthode à utiliser après l'accouchement.

Le rejet du planning familial constituait la troisième raison la plus répandue pour le refus de méthode de la part de la population urbaine, alors que parmi la population rurale, cette réponse était donnée par un pourcentage plus bas.

Les autres raisons allaient de l'infertilité/ sous-fécondité, à la ménopause, au désir d'être enceinte et à l'opposition du mari au planning familial. A Matadi, l'autorisation des parents était nécessaire pour parler avec des adolescentes célibataires. Ainsi, l'opposition des parents ou leur absence le jour de la visite constituaient des raisons supplémentaires de non-acceptance.

Un résultat étonnant est que peu de femmes parmi les deux populations présentèrent la peur des effets secondaires comme raison du refus des contraceptifs. Des commentaires (anecdotiques) de la part des visiteuses urbaines suggèrent que ceci posera un problème lors du second tour.

D. Essai et usage continu des contraceptifs gratuits distribués pendant le premier tour.

Il est bien connu qu'une femme puisse accepter un échantillon de contraceptif gratuit sans jamais l'utiliser ou en arrêter l'usage. Le tableau N° 4

Tableau 4

Essai et usage continu des contraceptifs distribués pendant le premier tour : zone rurale

Méthode	Tour #1		ont essayé la méthode		Tour #2		ont continué l'usage		avaient encore le coupon
	Nombre de femmes qui ont accepté une méthode	Nbre de femmes (qui ont précédé- demment accepté) trouvées chez elles et visitées de nouveau	n	%	n	%	n	%	
Mousse	281	180	139	77%	92	51%	154	86%	
Diaphragme	114	74	65	88%	46	64%	57	77%	
Pilule	90	48	35	73%	18	38%	36	75%	
Total de toutes les méthodes	485	302	239	79%	156	52%	247	82%	

fournit des données qui indiquent le degré auquel les femmes qui avaient accepté une méthode pendant le premier tour l'avaient utilisée ou l'utilisaient encore au deuxième tour (environ 6 mois plus tard). (Ces mêmes données ne sont pas encore disponibles en ce qui concerne la population urbaine du fait que le deuxième tour se poursuit encore à l'heure actuelle.)

En tout, 79% des acceptrices rurales du 1^{er} tour qui ont été revisitées au 2^{ème} tour ont essayé la méthode au moins une fois, et 52% l'utilisaient encore lors du 2^{ème} tour. L'utilisation a été plus poursuivie par les femmes qui ont choisi les préservatifs suivi de la mousse et de la pilule.

Au total, 82% de celles qui ont accepté les coupons lors du premier tour les possédaient encore, montrant par là qu'elles n'ont pas été s'approvisionner chez une matrone ou dans un dispensaire. Parmi celles-là un certain nombre présentèrent leurs coupons à la visiteuse. Ceci allait quelque peu à l'encontre du but recherché puisque les coupons étaient destinés à lier l'utilisatrice à un centre de distribution existant; les coupons devant permettre d'encourager l'usage continu de la méthode.

E. Effacité relative des centres de services pour la distribution des produits: Zone Rurale

Bien que l'inventaire des médicaments distribués aux membres de la population cible ne soit pas complètement à jour, les données préliminaires (voir le tableau 5) sont intéressantes à plusieurs niveaux.

Premièrement, les données sur le volume des contraceptifs distribués par rapport à la quantité de médicaments donnés aux enfants âgés de moins de cinq ans indiquent que le volet PMI de ce projet répond plus directement aux besoins (pressentis) de la population rurale que ne le font les contraceptifs. Ceci est vrai pour tous les trois moyens de distribution: les visiteuses à domicile, les dispensaires et les matrones.

Deuxièmement, alors que la vente de contraceptifs est faible, il est prometteur de voir que les dispensaires et les matrones (ensemble) ont écoulé un volume plus important de médicaments (payants pour la plupart) que les visiteuses à domicile (qui distribuent la plus grande partie de leurs contraceptifs gratuitement).¹ Ceci est important du fait que ces centres de distribution seront les seuls disponibles lorsque les visites à domicile seront terminées en zone rurale (en fin février 1983). De plus, le volume de médicaments vendu pour les enfants de moins de cinq ans suggère que les emplacements des centres sont bien accessibles à

1. Sauf pour une femme qui aurait déjà échangé son coupon et voudrait acquérir plus de contraceptifs.

Tableau 5

Contraceptifs et médicaments distribués
dans la zone rurale par les centres de services

	Visiteuses à domicile	Dispensaires	Matrones	Total
CONTRACEPTIFS				
Pilule (cycle)	182	176	687	1045
Mousse (boîte)	413	75	191	679
NéoSampoön (tube)	25	31	132	188
Préservatifs (douzaines)	265	74	265	604
MEDICAMENTS				
Aspirine (comprimés)	4105	5542	20652	30299
Oralyte (paquets)	608	334	896	1838
Chloroquine (comprimés)	3112	2025	14506	19643
Mebendazole (tablettes)	3716	2016	3580	9312

¹Ces chiffres représentent la première année de la prestation de services, d'octobre 1981 à octobre 1982. Ils sont un peu en dessous de la réalité du fait que certains dispensaires et Matrones n'ont pas été inventoriés récemment.

la population cible quand il y a assez de motivation pour les utiliser.

F. Efficacité et efficience des visiteuses à domicile.

Bien qu'il soit encore trop tôt pour faire l'analyse coût-efficacité du projet, il y a plusieurs indicateurs d'efficacité et d'efficience qui peuvent être actuellement examinés.

Un des indicateurs fondamentaux est le nombre de jours de travail mensuel des visiteuses. Les données du tableau 6 mettent en valeur le fort contraste entre l'équipe rurale et l'équipe urbaine. Dans la zone urbaine, l'équipe a travaillé sans arrêt depuis le début du programme en fin juin (à l'exception du mois d'octobre, pour le recyclage à la fin du premier tour). Ceci donne comme prévu 20⁺ jours par mois.

Etant donné la plus grande difficulté à se déplacer en zone rurale, il était prévu que l'équipe ne travaillerait que quinze jours par mois. Cependant la moyenne se situe bien au dessous de ce chiffre, et il y avait plusieurs mois au cours de l'année 82 où l'équipe rurale n'a travaillé qu'une seule semaine par mois. Il y a plusieurs raisons à cela: Primo, l'équipe rurale doit disposer d'un véhicule pour pouvoir se déplacer vers les villages et y travailler. Pendant les derniers six mois il y eut une pénurie d'essence très ressentie au Zaïre, si bien qu'il fût difficile d'en obtenir et les gens

TABLEAU 6

Nombre moyen de visites complétées par visiteuse et par jour dans les deux zones

	ZONE URBAINE				ZONE RURALE			
	Nbre de jours de travail	Nbre total de jours	Nbre de visites complétées	Nbre moyen de visites par visiteuse par jour	Nbre de jours de travail	Nbre total de jours	Nbre de visites complétées	Nbre moyen de visites par visiteuse par jour
1982*								
Jan.	---	---	---	---	8	31	311	10,0
Fév.	---	---	---	---	12	48	290	6,0
Mar.	---	---	---	---	6	30	123	4,1
Avr.	---	---	---	---	6	28	111	3,9
Mai	---	---	---	---	14	56	360	6,4
Juin	1	8	76	9,5	21	84	599	7,1
Juil.	22	191	1821	9,5	(congé)	---	---	---
Août	21	177	1748	9,5	7	28	215	7,7
Sept.	21	172	1532	8,9	(pas de véhicule)	---	---	---
Oct.	16	107	827	7,7	4	16	100	6,3
TOTAL	81	655	6004	9,2	78	321	2109	6,6

*Bien que l'équipe rurale ait commencé les visites en octobre 1981, ce tableau n'inclut que les données de 1982.

se retenaient d'utiliser le peu qu'ils arrivaient à trouver. En fait ce problème a totalement immobilisé l'équipe pendant le mois de septembre.

Secundo, avec le commencement des activités de prestation de services à Matadi, les plus grands efforts de supervision ont été concentrés dans cette zone. En outre puisque le projet ne disposait que d'un seul véhicule, celui-ci était souvent utilisé pour le déplacement vers Matadi, immobilisant ainsi l'équipe rurale.

Tertio, en vue d'activer d'autres volets du projet, les directeurs (aussi bien ceux de Tulane que ceux du PRODEF) ont ignoré ce problème et n'ont pas essayé d'y remédier. Cependant, l'équipe complètera les trois tours de visites nécessaires dans la période de 18 mois. Néanmoins, l'équipe a été utilisée inefficacement et ceci représente une dépense budgétaire importante.

La solution à ce problème consiste à essayer de terminer le troisième tour de visites dans les zones rurales aussi rapidement que possible (vers février 83), date à laquelle les visiteuses à domicile seront enlevées des fiches salariales. Au même moment, des efforts seront fournis pour renforcer le mécanisme de distribution à travers les dispensaires et les Matrones, dans le but de

soutenir l'intérêt dans le planning familial.

Plusieurs autres aspects d'efficacité et d'efficience ont été examinés en ce qui concerne l'équipe urbaine, dans le but d'évaluer la performance individuelle ainsi que celle de l'équipe entière. Comme le montrent les données du tableau 7, l'équipe a visité au total 64% des ménages de la zone A (la partie de Matadi qui devait recevoir la totalité du programme d'extension). Les pourcentages individuels par visiteuse allaient de 45% pour le plus bas à 74% pour le plus élevé. Les raisons qui ont fait que certaines maisons n'ont pas été visitées sont les suivantes; (a) maisons inhabitées, (b) inoccupées au moment de la visite ou (c) la visite a été refusée.

Le nombre moyen de visites par heure de l'équipe urbaine était de 1,9, allant de 1,1 (dans le cas d'une visiteuse n'ayant travaillé qu'un seul mois avant de quitter) à 2,4 visites/heure. Comme noté plus haut et aussi comme le montre le tableau 2, 37% des femmes visitées dans la zone urbaine ont accepté une méthode contraceptive. Ce pourcentage allait de 21% à 55% parmi les différentes visiteuses. En outre, 4% des femmes visitées ont été référées pour un stérilet ou du Dépoprovera ou pour une stérilisation de la femme.

G. Efficacité des Matrones

Les Matrones n'étaient même pas mentionnées

Efficacité relative des visiteuses à domicile
en termes de couverture et d'acceptance des contraceptifs

Tour # 1

V I S I T E U S E

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Couverture:											
Nombre de maisons par section	725	782	685	580	781	532	491	49	696	613	5934
Pourcentage visité*	62%	65%	65%	74%	52%	73%	66%	45%	56%	73%	64%
Nombre moyen de visites par heure	1,6	1,6	1,8	2,2	1,8	1,8	1,7	1,1	2,4	1,6	1,9%

Acceptance des contraceptifs:											
Nombre de femmes 15-49 visitées	649	885	749	611	679	602	575	23	630	668	6057
Pourcentage qui a accepté											
Une méthode moderne (pilule, Mousse, NéoS, préservatifs)	53%	31%	40%	37%	55%	22%	21%	35%	42%	32%	37%
Une référence** (pour stérilet, stérilisation ou Dépoprovera)	3%	3%	4%	6%	4%	1%	3%	0%	2%	6%	4%

*La raison principale pour une non-visite est qu'il n'y avait personne à la maison ou que la maison était inhabitée.

**Ces pourcentages représentent à la fois les femmes qui voulaient seulement une référence et celles qui ont accepté une méthode entre-temps, (ces dernières sont également classifiées ci-dessus parmi celles qui ont accepté une méthode).

dans le plan initial du projet. En effet, l'idée est venue plus tard et a été incorporée au projet une fois qu'il devint évident que les dispensaires ne seraient pas pratiques pour une bonne partie de la population cible.

Jusqu'à présent il y a très peu de données sur l'efficacité des Matrones à l'exception de leurs registres sur les quantités de contraceptifs et de médicaments pour enfants de moins de cinq ans distribués. Cependant, notre impression est que les Matrones constituent l'un des aspects les plus réussis du projet rural. Ces femmes ont la confiance de leur communauté; Elles paraissent prendre plaisir à leur participation au projet, et jusqu'à présent, elles ont distribué une quantité importante de produits. En outre, leur coût pour le projet est minime, (elles perçoivent 50% des ventes mais pas de salaire ni de prime).

Il est intéressant de noter que lors de la conception du projet, on était de l'avis que la distribution des produits par un personnel non-médical basé à l'intérieur de la communauté, n'était pas acceptable dans les zones rurales. Le système des Matrones a évolué en réponse aux problèmes d'accessibilité aux services, et représente maintenant un modèle utile pour les futurs efforts de distribution communautaire au Zaïre

et pour d'autres pays francophones sub-sahariens.

IV. Problèmes rencontrés pendant les derniers six mois

A. Pénurie d'essence

Ceci a été un problème national et menace de paralyser plusieurs activités au Zaïre. Le PRODEF a fait preuve de beaucoup d'imagination à trouver des moyens pour se procurer de l'essence, mais ceci a nécessité un investissement considérable en temps et en énergie. En outre, ceci a retardé la poursuite des activités, surtout dans la zone rurale.

B. Sous-utilisation de l'équipe rurale

Ceci est en partie dû à la pénurie d'essence et du fait que les efforts ont été surtout dirigés vers le programme urbain et c'est en partie le résultat du manque de perception des directeurs du projet (aussi bien au Zaïre qu'à Tulane). Des efforts seront fournis pour conclure les visites à domicile dans la zone rurale au plus vite, et ainsi éviter la persistance de cette situation.

C. Services du planning familial dans les dispensaires de Matadi

Alors que le PRODEF a un contrôle direct sur les visiteuses à domicile, les infirmières des dispensaires (rémunérées par l'état ou par des organismes privés) ne sont pas employées par le projet et sont donc moins concernées par ses

objectifs.

Le Docteur Richard Brown de l'USAID/Zaire, qui a récemment visité le projet à Matadi a observé que le programme des visites marche bien, mais que le succès final dépendait des points de distribution existants. En réponse à ce problème, le PRODEF pense incorporer de nouveaux dispensaires au projet et organiser des stages de recyclage au profit du personnel des dispensaires participant actuellement.

D. Disponibilité limitée en stérilets et en moyens de stérilisation de la femme

Ceci est un problème dans les deux zones. A Matadi il n'y a qu'un seul dispensaire équipé pour l'insertion de stérilets, et la procédure pour référer les femmes vers la stérilisation requiert plus d'attention. Dans la zone rurale ces services sont offerts à l'Hôpital Evangélique de Nsona Mpangu. Cependant, à cause de la récente pénurie d'essence et aussi des diverses autres tâches du Dr. Nlandu, il y avait peu d'activités dans ce domaine.

V. Activités du projet pour l'année prochaine

Les activités principales pour 1983 seront:

1. Renforcer le système dispensaire/Matrone dans les zones rurales, en partie grâce à des stages de recyclage.
2. Mener l'enquête finale à la fin des visites à

domicile dans la zone rurale.

3. Poursuivre le 2^{ème} tour et commencer le 3^{ème} tour des visites à domicile dans la zone urbaine.
4. Organiser des réunions de groupes dans la zone urbaine.
5. Accroître le nombre de dispensaires et améliorer la qualité des services offerts dans les dispensaires de Matadi.
6. Participer aux prises de vue, à l'édition et à la narration du film de 16 mm sur le planning familial qui doit être produit en collaboration avec le RATALESCO.

ANNEXE A

Villages inclus dans le projet

A. Zone A (Programme d'extension et stockage des centres de service

	<u>Source des Service</u> ¹
<u>Nsona Mpangu</u>	H
Bete	M
Ndemba	M
Kumbi	M
Mbata Bonde	M
Landango	M
Matombe	M
Mansonso	M
Kitombadio	M
Ecole Primaire-Lunionzo	Néant (petit village près de deux autres)
Kisende	M
Lundu	M
<u>Lufu</u>	D
<u>Mazonzi</u>	M
Kongo-Songolo	M
Nkamuna	M
Vemadiya Km 70	Néant (a refusé d'envoyer une Matrone pour formation)
Mavumba I	M
<u>Kenge</u>	D
<u>Pompage</u>	M
Kimaza	M
Kitadila	M
Nlamba	Néant (pas de candidate disponible)
<u>Minkelo</u>	D
<u>Lumueno</u>	M
Nionga	M
Kiombia	M
Kimfinda	M
<u>Kinzolani</u>	D
<u>Kiesa Kiayenga</u>	M
Kinsala	M
Nsonso	M
Mbinda	M

¹H= hôpital, D= dispensaire, M= Matrone

B. Zone B. (Stockage des centres de service seulement)

Source des services

<u>Songololo</u>	D
<u>Livitulu</u>	Néant (Petit village près d'un dispensaire)
Kimbala Zoele	Néant (a refusé d'envoyer une Matrone pour formation)
Kinganga	D
Kintoto	M
Nsumbi	M
<u>Mbanza-Manteke</u>	D
<u>Tendele</u>	M
Vunda	Néant (Petit village)
Ntombo Lukuti	M
Kimpevolo	M
Nlambazi	M
Nsilu	Néant (près du dispensaire)
<u>Ngombe</u>	D
<u>Kemba</u>	Néant (près du dispensaire)
Mpumbaz	M
Mbata-Kimanga	Néant (pas de candidate disponible)
Kimbembo	M
Mativa	M
Inga II	M

RESUME

	<u>Zone A</u>	<u>Zone B</u>	<u>TOTAL</u>
Nombre de villages	33	20	53
Nombre de dispensaires	5	4	9
Nombre de matrones	25	10	35
Nombre sans centre de service	3	6	9

ANNEXE B

Rapports de Projet publiés durant la deuxième année

<u>Date</u>	<u>Auteur</u>	<u>Titre</u>
2/12/81	Jane T. Bertrand	Field Activities in Bas Zaire One Year Into the Project. Trip Report: Zaire, November 11-30, 1981.
26/4/81	Jane T. Bertrand	PRODEF: The Bas Zaire Family Planning Project, April, 1982. Trip Report: April 8-23, 1982.
30/4/82	Jane T. Bertrand	Zaire Family Planning Operations Research Project: 18-Month Progress Report.
Juillet, 1982	Jane T. Bertrand	Bas-Zaire Family Planning Project. Trip Report: July 7-28, 1982.
Juillet, 1982	Jane T. Bertrand	Trip Report: July, 1982.
2/9/82	Elizabeth Maguire	Trip Report; Zaire, July 9-17, 1982
Septembre, 1982	Maria Waver	Trip Report: PRODEF Family Planning and Health Project. Bas Zaire, Zaire, August 22-September 1, 1982
Novembre, 1982	PRODE. and Tulane	Results of the PRODEF/Tulane Survey in Bas Zaire. Part I. Population Characteristics, Reproductive Ideals and Fertility Control.