# BIBLIOGRAPHIC DATA SHEET

| 1. CONTROL NUMBER | 2. SUBJECT CLASSIFICATION (695) |
|---|---|
| PN-AAH-863 | PC00-0000-G800 |

3. TITLE AND SUBTITLE (240)

Conference sur le Planning Familial a Domicile: Afrique/Asie de l'Ouest, Tunis, 1977

4. PERSONAL AUTHORS (100)

Gardner, J. S.; Mertaugh, M. T.; Micklin, Michael; Duncan, G. W.

5. CORPORATE AUTHORS (101)

Battelle Memorial Inst.

| 6. DOCUMENT DATE (110) | 7. NUMBER OF PAGES (120) | 8. ARC NUMBER (170) |
|---|---|---|
| 1977 | 388p. | 301.32.G227 |

9. REFERENCE ORGANIZATION (130)

Battelle

10. SUPPLEMENTARY NOTES (500)

(Papers from the conference)

11. ABSTRACT (950)

12. DESCRIPTORS (920)

Birth control
Contraceptives
Family planning
Health services
Asia
Africa
Marketing
Oral contraceptives
Meetings

13. PROJECT NUMBER (150)

14. CONTRACT NO.(140)

AID/pha-G-1158

15. CONTRACT TYPE (140)

16. TYPE OF DOCUMENT (160)

AID 590-7 (10-79)

301.32
G227

PN-AAH-863

# 2 Conférence sur le planning familial à domicile

# 2 Village and Household Availability of Contraceptives

Battelle

# CONFERENCE SUR LE PLANNING FAMILIAL A DOMICILE:

# AFRIQUE/ASIE DE L'OUEST

Edité par

Jacqueline S. Gardner

Michael T. Mertaugh

Michael Micklin

Gordon W. Duncan

Battelle Memorial Institute
Human Affairs Research Centers
4000 N.E. 41st Street
Seattle, WA 98105

# PREFACE

On a préparé la présente publication à l'occasion de l'atelier appelé: "Conférence sur Le Planning Familial à Domicile", tenu à l'Hôtel Africa à Tunis (Tunisie), du 27 au 30 mars 1977, sous le haut patronage de l'Office National Tunisien de Planning Familial et de la Population et du Centre Battelle d'Etudes sur la Population, financé par une subvention (AID/pha-G-1158) de l'Agence Américaine de Développement International, Office de la Population, sous la présidence de Monsieur Mezri Chekir de l'Office National Tunisien de Planning Familial et de la Population.

Battelle a rapporté les résultats d'un atelier similaire, tenu à Manille (Philippines), en juin 1976, dans une publication précédente, sous le titre: "Village and Household Availability of Contraceptives: Southeast Asia, 1976, eds. J. Gardner, R. J. Wolff, D. Gillespie et G. W. Duncan. Comme la publication précédente, le présent volume contient des communications préparées spécialement pour l'atelier. On prépara les dits rapports avec libéralité en vue de leur publication pour les adapter au format du livre. De plus, le présent volume met l'emphase sur les résultats des discussions officieuses qui se tinrent après les séances plénières. On a résumé dans la second partie de l'Avant-Propos les points et questions d'importance qui constituèrent les sujets de discussion. Il est à espérer que l'amplitude avec laquelle on s'est étendu sur les sujets qui ont été discutés mettra en lumière les questions qui se posent lors de l'Avant-Propos et de l'opération des programmes de distribution dans les villages et les foyers, et sera ainsi utile aux directeurs et au personnel de programmes qui désireraient organiser des programmes similaires dans leur région. Une liste complète des participants à l'atelier, de qui l'on pourrait obtenir des informations supplémentaires fait partie de l'Appendice A.

Nous tenons à reconnaître la contribution de Monsieur Mezri Chekir et de son personnel à l'Office National Tunisien de Planning Familial et de la Population pour leur assistance en vue de l'organisation et de la direction de la conférence. Nous sommes tout spécialement reconnaissants aux docteurs Miriam Labbok et Duff Gillespie de l'Agence Américaine de Développement International de leur aide dans le choix des participants à la conférence et le développement d'un cadre de travail pour le programme.

TABLE DES MATIERES


Page

PREFACE . . . . . iii

AVANT-PROPOS . . . . . 1

Sommaire des Séances Plénières . . . . . 4

Sommaire des Discussions d'Ateliers . . . . . 11

PRESENTATIONS PLENIERES . . . . . 31

Discours Inaugural (Mongi Kooli) . . . . . 33

A. COMMUNICATIONS GENERALES . . . . . 37

Planning Familial et Santé: La Relation Essentielle (Abdel R. Omran, Khairia F. Omran) . . 39

Epidémiologie de la Nécessité du Planning Familial Emanant de l'Observation Obstétrique Standard (Roger P. Bernard) . . . . . 65

Sûreté de la Pilule (M. F. Fathalla) . . . . . 101

Le Pouvoir de l'Accessibilité (Reimert T. Ravenholt) . . . . . 117

Recherche sur les Opérations des Systèmes de Distribution de Contraceptifs dans les Villages et les Domiciles (Duff G. Gillespie, C. Gary Merritt) . . . . . 125

B. LES PROGRAMMES DE PLANNING FAMILIAL ET DISTRIBUTION A DOMICILE . . . . . 151

Le Planning Familial en Tunisie (Mezri Chekir) . . 153

Le Planning Familial à Domicile en Tunisie: Essai d'Evaluation des Différentes Expériences (Mongi Bchir, Fethi Ben Messaoud) . . . . . 159

Le Projet de Planning Familial à Domicile à Bir Ali Ben Khalifa, Tunisie (Liliane Toumi) . . . 173

Distribution de Contraceptifs à Domicile dans le Gouvernorat de Menoufia en Egypte (Saad Gadalla) . . . . . 189

Page

Contrôle de la Population et Planning Familial au Bengladesh--un Regard vers l'Avenir (Tawfiq-e-Elahi Chowdhury) . . . . . 217

Distribution des Contraceptifs à Domicile au Bengladesh--l'Expérience Rurale (Atiqur R. Khan, Douglas H. Huber) . . . . . 235

Distribution à Domicile des Contraceptifs au Bengladesh--l'Expérience Urbaine (Peggy Curlin, Mufaweza Khan, Shama Choudhury) . . . . . 253

Projet de Visites à Domicile de Motivation Systématique--Marrakech (Mohamed Hassan Al Honsali) . . . . . 275

Population et Programme de Planning Familial en Iran (L. Ziaee) . . . . . 291

C. LES PROGRAMMES DE COMMERCIALISATION SOCIALE ET DISTRIBUTION COMMERCIALE . . . . . 299

Rapport sur la Commercialisation Sociale des Contraceptifs au Bengladesh (Robert L. Ciszewski) . . . . . 301

Le Planning Familial et la Distribution des Contraceptifs Basée sur la Communauté au Sri Lanka (Dennis Hapugalle) . . . . . 319

APPENDICES . . . . . 347

A. PARTICIPANTS . . . . . 349

B. RESUMES DE LA LITTERATURE ACTUELLE . . . . . 357

# AVANT-PROPOS

## AVANT-PROPOS

La Deuxième Conférence Internationale sur le Planning Familial à Domicile s'est tenue à Tunis, du 28 au 30 mars 1977, sous les auspices de l'Office National Tunisien du Planning Familial et de la Population et du Centre Battelle des Etudes sur la Population.

L'objectif de la conférence était d'analyser l'expérience des programmes de diffusion de contraceptifs dans les villages et les domiciles, avec l'espoir que cet examen de programmes innovateurs actuellement en cours en Afrique, en Asie de l'Ouest, et au Moyen Orient, donnerait des indications valables pour d'autres tentatives de planning familial dans ces régions. On sait que la première conférence internationale sur ce sujet, qui s'est tenue à Manille en juin 1976, a amené à une meilleure conscience des possibilités d'impact et des aspects critiques des programmes de distribution dans les villages et domiciles en Asie du Sud-Est.

Les participants venus des pays d'Afrique, d'Asie de l'Ouest, et du Moyen Orient se sont réunis trois jours à l'occasion de séances plénières et de séances d'ateliers. Les pays participants comportent tous d'importantes proportions de population rurale pour lesquelles la distribution de services et de produits contraceptifs est un problème en pleine évolution.

Les points essentiels des 16 rapports présentés au cours des séances plénières sont brièvement résumés ci-dessous. (Le texte complet de ces rapports, révisé pour la présente publication, fait suite au résumé des séances d'ateliers.) En plus des textes des séances plénières, cet ouvrage comporte un texte des Dr. D. Gillespie et Dr. G. Merritt de l'Office de Population à l'USAID, qui donne une vue d'ensemble des projets de distribution à domicile sur trois continents.

Aux résumés de séances plénières fait immédiatement suite un recueil des sujets et problèmes principaux ressortant des discussions d'ateliers qui se tinrent à la suite des sessions plénières. Les ateliers donnèrent aux participants à la conférence l'occasion d'exprimer leurs vues sur des points particuliers qui avaient été soulevés ou mentionnés au cours des prises de parole formelles. On verra facilement que si l'accord s'est fait sur nombre de problèmes abordés en cours de discussion, des divergences se sont également manifestées sur quelques autres. C'est cette relation, résultant des réactions des participants entre eux, qui révèle le caractère essentiel de la conférence.

## SOMMAIRE DES SEANCES PLENIERES

Le planning familial est un droit humain fondamental, qui peut permettre d'améliorer la qualité de la vie; en tant que tel, il est, en de nombreux pays, un objectif de santé prioritaire. Le Dr. A. Omran souligna qu'un planning familial efficace peut avoir une influence favorable sur la santé, sur le développement et sur le bien-être des enfants, des parents, et de la cellule familiale. Des facteurs comme l'ordre des naissances, l'espacement des naissances, et l'âge de la mère au moment de la conception peuvent avoir une influence sur la mortalité, l'état pathologique de santé, et le développement intellectuel de l'enfant. Les mères qui mettent au monde des enfants dans des conditions défavorables--par exemple, un nombre élevé de couches, un âge précoce ou trop avancé--se trouvent également exposées à des risques élevés de mortalité, de problèmes de santé, de complications de grossesses, et de travail difficiles. La grossesse chez les adolescentes va de pair avec d'importants problèmes psychologiques, sociaux, et de santé.

Bien que les programmes de planning familial--en particulier ceux qui emploient des moyens chirurgiques du contrôle de la fécondité--bénéficient généralement d'une étroite collaboration avec de plus larges programmes de santé, dans certains cas l'intégration du planning familial aux services de santé risque davantage de gêner que de faciliter l'efficacité du programme. Bien plus, lorsqu'ils sont associés à des programmes parallèles de développement social centrés sur la transition épidémiologique. De tels programmes ont pour but un plan de la reproduction humaine selon des principes compatibles avec les impératifs de la santé.

Le Dr. R. Bernard fit son rapport sur les progrès du développement d'un système international d'observation des maternités (MCM, Maternity Care Monitoring). Le système qui prévoit des dispositions pour l'analyse rapide d'information par ordinateur, accumule les observations standardisées et les rapports donnant des informations sur perte reproductive, l'anémie, la fécondité, le désir de reproduction, l'allaitement au sein, et la contraception. Les objectifs de l'expérience sont (1) l'amélioration immédiate de la santé de la mère et de la santé de l'enfant et (2) la constitution d'une base de données exploitables par les programmes nationaux de planning familial et de développement. Le Dr. Bernard présenta une analyse descriptive de 6.000 rapports issus de 18 pays divers.

Le recours à du personnel para-médical ou extra-médical pour la distribution de contraceptifs oraux est au centre du problème concernant les programmes de distribution à domicile. La décision concernant l'usage de la pilule dans les

programmes de planning familial et les méthodes pour la dispenser doivent être fondées sur une évaluation des avantages et des risques que présentent d'autres formes possibles d'action. Dans une analyse générale des risques associés aux contraceptifs oraux, le Dr. M. Fathalla nota que la pilule, en s'avérant son efficacité anti-conceptionnelle, a un certain nombre d'effets sur le système reproducteur, qui découlent directement de ses propriétés hormonales. Certains de ces effets secondaires sont fâcheux cliniquement parlant; d'autres sont des effets systémiques qui, dépendant des caractéristiques de l'usagère, peuvent se manifester par des séquelles médicales malencontreuses. Il faut pourtant compter parmi ces dernières l'empoisonnement du sang (dyscrasie), les effets sur le fonctionnement du foie, le métabolisme des graisses, le système cardio-vasculaire. La portée selon laquelle se manifestent ces effets dépend beaucoup des caractéristiques fondamentales de la population à laquelle s'applique le traitement; on peut s'attendre à ce que la manifestation et la gravité de ces effets varient selon les cultures. En conséquence, l'évaluation des avantages et des risques associés à l'usage de la pilule et à son mode de prescription requiert une évaluation des données propres à la culture et à l'environnement particuliers dans lesquels se fait cette évaluation. De plus, les dangers pour la santé qui accompagnent le non-recours a la pilule ou à d'autres méthodes de planning familial doivent être pris en considération.

Les partisans des sytèmes de distribution de contraceptifs dans les villages et foyers soutiennent que, si l'accessibilité des méthodes de contrôle de la fécondité n'est pas le seul facteur déterminant le comportement à l'égard du planning familial, il augmente néanmoins considérablement l'efficacité des mesures du planning familial. Ces mêmes partisans font aussi remarquer que les actions pour augmenter l'accessibilité des contraceptifs peuvent habituellement être mises en oeuvre plus rapidement, plus sûrement, et plus efficacement que les autres manières d'aborder le contrôle la fécondité. Dans une discussion sur le "pouvoir" de l'accessibilité, le Dr. R. T. Ravenholt nota que le fait de rendre les contraceptifs accessibles au niveau des foyers avait permis de surmonter les barrières éducatives, professionnelles, économiques, et religieuses qui font obstacle à l'usage contraceptif.

Les rapports des pays participants révèlent de nombreuses approches au problème de fournir au plus grand nombre les services de santé et de planning familial. La Tunisie--où se tinrent les trois précédentes conférences internationales sur les problèmes relatifs à la population--a, depuis son indépendance en 1956, adopté plusieurs politiques qui ont eu un impact sur la santé et sur la croissance démographique. L'Office National de Planning Familial

et de Population (ONPFP) fut crée en 1973 pour etablir et mettre en oeuvre des programmes qui créeront les conditions nécessaires au bien-être de la cellule familiale et à la protection de la santé de chacun de ses membres. On considéra ces programmes comme des tentatives d'action sociale pour améliorer le bien-être physique, psychologique, et matériel des familles.

Pour atteindre ces objectifs, l'ONPFP, sous la direction de M. M. Chekir, président de la conférence, a poursuivi une stratégie de programme de planning familial qui embrasse la diffusion des informations, éducation, et la fourniture de services. M. Chekir et M. M. Bchir décrivirent les composants de ce programme de grande envergure, dans lequel les programmes d'éducation conçus pour atteindre les foyers sont intégrés à une infrastructure d'hôpitaux, de cliniques, de dispensaires, d'équipes mobiles, et de systèmes de distribution à domicile. Cette infrastructure fournit des contraceptifs et des services de stérilisation et d'avortement; toutes les méthodes de planning familial sont offertes soit gratuitement soit à des prix modiques. Depuis 1976, dans les programmes de distribution en clinique, dans le commerce, et dans les foyers, la pilule a supplanté le DIU en tant que méthode appréciée des programmes de planning familial en clinique ainsi que des programmes commerciaux et de distribution à domicile. Résultant du programme étendu ONPFP, les chiffres pour 1975-76 indiquent que 52.570 naissances furent évitées, que le nombre d'acceptrices de contraceptifs parmi les femmes mariées en âge de reproduire a augmenté de 30%, et que le taux de naissances est tombé de 34,5%.

Pour illustrer la manière dont furent obtenus ces résultats, le Dr. L. Toumi décrivit le projet de distribution à domicile de contraceptifs oraux qu'elle dirige dans le Gouvernorat de Bir Ali Ben Khalifa, à l'ouest de la municipalité de Sfax, en Tunisie du sud. Le projet emploie des enquêtrices para-médicales, femmes non-mariées et spécialement formées pour distribuer la pilule sans prescription medicale aux femmes qui vivent à la campagne, dans une région agricole reculée, et qui n'ont guère accès aux services et produits de planning familial. A moins qu'il ne soit de contre-indication médicale, la pilule est offerte à toute femme mariée en âge de reproduire qui n'est pas enceinte et qui vit avec son mari. Si la femme accepte ce service, les enquêtrices para-médicales lui fournissent une provision de pilules pour une durée de six mois, ainsi que de claires explications sur leur mode d'emploi correct et sur les effets secondaires possibles. La surveillance médicale des femmes qui éprouvent des effets secondaires constitue une partie importante du programme. Lors de la première visite, les femmes reçoivent des coupons pour des examens médicaux gratuits, soit chez elles où leur rend

visite la directrice du projet, soit au dispensaire local. Par la suite, les enquêtrices para-médicales visitent ces premières acceptrices afin de s'assurer qu'elles prennent effectivement la pilule, qu'elles la prennent correctement, et qu'elles n'ont pas éprouvé des effets secondaires. En cas d'effets secondaires, la femme est envoyée pour consultation médicale.

L'Egypte s'intéresse aussi aux tentatives originales de livraison des services de planning familial, en particulier en zones rurales. Un programme évaluant la praticabilité et l'impact d'une distribution à domicile de la pilule a été mis en oeuvre dans le Gouvernorat de Menoufia par le Centre de Recherche Sociale de l'Université Américaine du Caire, en collaboration avec le Ministère de la Santé. Ce projet de distribution à domicile, décrit par le Dr. S. Gadalla, dessert 38 villages. Tous ces villages se caractérisent par une forte densité de population, dépendance à l'agriculture comme source de moyen d'existence, une agriculture intensive et productive, des petites parcelles de terrains dispersées, un niveau de vie bas, un taux de naissances élevé, un taux de mortalité en baisse, une alphabétisation faible, la tendance des parents à fournir une éducation de préférence aux garçons, et un milieu socio-culturel qui favorise les familles nombreuses. Les résultats montrent que des programmes de distribution à domicile (1) peuvent être introduits et acceptés dans les zones rurales; (2) doivent être établis dans les limites de la société ou de la culture particulière à laquelle ils vont être appliqué; (3) devraient compléter les infrastructures de santé déjà en place; et (4) peuvent assurer la formation de personnel local en vue de fournir des contraceptifs et des informations ayant trait à leur usage. Ce qui est important surtout c'est que le programme a révélé que les femmes des villages ont à l'égard des contraceptifs et de leur usage des réactions rationnelles, ce qui a pour résultat un accroissement sensible de l'usage des contraceptifs, et une réduction du nombre de grossesses.

Le programme de population du Bengladesh est passé du stade de débat politique à celui de problème national reconnu en janvier 1976, lorsque le Président de la République du Bengladesh déclara que l'explosion démographique était le plus grand problème du pays. La politique nationale en matière de population, discutée par M. T. Chowdhury, met l'accent sur le besoin de faire du planning familial une part intégrante de la mobilisation sociale et des efforts de développement national. Dans les années 50, 60, et au début des années 70, des programmes de planning familial volontaires, officiels, et basés sur les cliniques furent entrepris mais n'eurent aucun effet sensible sur la croissance de la population. La situation actuelle cependant semble plus prometteuse. Un certain nombre de tentatives originales

pour la diffusion des services de planning familial, aussi bien que des études sur les déterminants du comportement vis-à-vis de la contraception, sont actuellement mis à exécution grâce à un programme de planning familial et de santé maternelle et infantile. Le programme emploie dans une large mesure des agentes mobiles lettrées et travaillant à plein temps, travailleuses de service familial (FWAs, Family Welfare Assistants), et assistants de planning familial (FPAs, Family Planning Assistants) comme agents sur le terrain. Les projets sur la terrain sont intégrés aux hôpitaux, aux complexes de santé ruraux, et aux équipes mobiles de stérilisation; ils se voient actuellement complétés par les canaux commerciaux de distribution de contraceptifs. Le programme fait usage de toutes les méthodes contraceptives excepté l'avortement. M. Chowdhury souligne que les programmes de planning familial doivent faire plus que fournir des services de planning familial; ils doivent étendre leur portée et inclure tout aussi bien des facteurs économiques et sociaux. Ils devraient mettre l'accent sur les efforts au niveau de l'individu et au niveau de la communauté, en invitant les organisations et les groupes réprésentatifs locaux à participer à l'application du planning des programmes de distribution dans les villages et à domicile.

Au Bengladesh, dans les zones rurales, le projet Matlab tente de combler la lacune qui existe entre le nombre d'enfants souhaité par famille et une pratique contraceptive inadéquate. Ce projet, décrit par les Drs. A. Khan et D. Huber, fournit des contraceptifs oraux, des contraceptifs injectables, et des condoms faisant de porte-à-porte. Sur les 19.027 femmes en âge de reproduire qui furent contactées au début, 69% acceptèrent de recevoir six cycles de pilules; le taux d'usage actif, neuf mois après la distribution, était approximativement de 13%. Les résultats des efforts pour augmenter l'usage des condoms ne sont pas encore connus. Le taux le plus élévé d'utilisation de contraceptifs était parmi des femmes de 35 à 40 ans qui avaient déjà un grand nombre d'enfants vivants. Dans ce groupe, le nombre moyen d'enfants par femme était de 5,2, en comparaison avec le nombre souhaité d'enfants par famille de 4,8. Ce projet de démonstration était associé à un accroissement du taux de la pratique contraceptive qui s'éleva de 1% à 15%; ce taux, néanmoins, était encore plus bas que la proportion de femmes (36%) qui exprimaient le désir de pratiquer la contraception.

Au même moment, un groupe de femmes volontaires de Dacca mit en train un projet s'adressant aux besoins de planning familial dans les milieux urbains du Bengladesh. Ce groupe, connu sous le nom de Femmes s'Intéressant au Planning Familial, établit un système de distribution à domicile. Les éléments essentiels du projet étaient la direction sur place, l'utilisation de personnel féminin sur

le terrain, la disponsibilité d'une variété de méthodes de planning familial, et une surveillance consistante. Comme le rapporta Mme. P. Curlin, ce projet conçu "pour des femmes, par des femmes" a atteint un taux de continuation de 71% après 11 mois de mise en opération. Parmi les acceptrices, 82% choisirent la pilule, 12% les condoms, et 4% la stérilisation. Le nombre moyen d'enfants en vie pour l'ensemble des acceptrices était de 3,2; celui des femmes qui avaient choisi la stérilisation ou les piqûres était quelque peu plus élevé. Le coût pour chaque acceptrice, sans compter les contraceptifs, était de US $1,90. Ainsi le projet montrait que le porte-à-porte peut être pour la distribution de contraceptifs un système peu coûteux et efficace dans une société à main-d'oeuvre intensive.

Un projet de portée ambitieuse, prévu pour mettre en oeuvre dans la Province de Marrakech au Maroc, fut décrit par le Dr. M. Al Honsali. Un des objectifs du projet est de fournir, en pratiquant le porte-à-porte, des services de planning familial dans 198.000 domiciles avant juin 1978. Le projet de Marrakech est conçu comme un projet modèle qui sera appliqué à tout le Maroc.

L'Iran, pays qui passe par une phase intermédiaire de transition démographique, a une population de 33,5 millions d'habitants et un taux de croissance moyen de 2,6% par an dans l'intervalle de deux recensements. Les régions urbaines du pays, comme cela est souvent le cas, sont affectées de taux de croissance disproportionellement élevés--la ville de Téhéran ayant connu un accroissement de population de 80% au cours des dix dernières années. Depuis 1960, le gouvernement se montre soucieux des problèmes de croissance démographique et le programme de planning familial est maintenant considéré comme partie intégrante du programme de développement national--stratégie qui situe le contrôle de la population dans le cadre des programmes de développement économiques et sociaux. Le Dr. L. Ziaee décrivit les diverses manières d'aborder le problème approuvées par le Ministère de la Santé Publique et de la Prévoyance Sociale et visant à fournir des services contraceptifs. Le programme comporte l'approvisionnement gratuit de pilules, DIUs, et condoms à toutes les organisations et cliniques. De plus, l'avortement et la stérilisation sont disponibles. Quelques 20% des couples intéressés pratiquent maintenant le planning familial en Iran.

Le programme iranien met particulièrement l'accent sur la distribution des contraceptifs dans les zones rurales. L'élément le plus important de ces efforts de distribution en campagne est l'utilisation du Corps Sanitaire, en particulier le Corps Sanitaire Féminin. Les membres du Corps Sanitaire sont des personnes qui ont fait des études secondaires ou universitaires et qui ont choisi cette autre forme

de service militaire pour participer à des activités de service social dans les zones rurales. Trois mille femmes, dont une partie importante reçoivent une formation spéciale de sage-femme, fournissent des services de planning familial et dispensent des contraceptifs. De plus, on augmente le rôle de la sage-femme traditionnelle dans les programmes de planning familial. Pilules, condoms, et des informations relative au planning familial sont aussi fournis au niveau de la communauté par un réseau de "maisons de la culture" et de coopératives rurales.

Au Bengladesh, un autre projet a atteint des niveaux de distribution satisfaisants et a constitué un excellent reséau de détail en un temps relativement court grâce à l'utilisation des méthodes et voies commerciales pour la distribution des contraceptifs. Ce projet, décrit par M. R. Ciszewski, est connu sous le nom de Projet de Commercialisation Sociale du Planning Familial (FPSMP, Family Planning Social Marketing Project). Mis en route en 1974, il a à son actif une portion notable des livraisons de contraceptifs et pilules. L'accent mis sur la "commercialisation sociale"--le recours aux méthodes commerciales afin de vendre des idées plutôt que des produits spécifiques--indique un changement notable dans l'attitude envers le marketing de contraceptifs et de la question du planning familial au Bengladesh. Quelque 25.000 magasins de détail ont maintenant en stock soit des condoms ou la pilule, soit les deux. D'après les résultats du projet on fait l'estimation de 50.000 naissances évitées dans une année, au prix de revient de US $8,50 par naissance prévenue.

M. Ciszewski suggéra que les moyens utilisés par le FPSMP peuvent être appliqués presque partout et qu'étant donné leur souplesse d'adaptation, de tels programmes peuvent compléter efficacement et à bas prix les programmes nationaux de planning familial. Les faits montrent que les coûts de distribution atteints jusqu'ici au Bengladesh puissent être obtenus sinon améliorés dans une grande partie du monde en voie de développement. Cela étant, il n'est peut-être pas irréaliste de prévoir que des millions de naissances non-souhaitables pourront finalement être évitées grâce aux programmes de commercialisation sociale, à des prix bien moindres que ceux habituellement crus nécessaires.

Le Colonel D. Hapugalle décrivit un programme de distribution basé sur la communauté (CBD, Community-Based Distribution Program) lancé au Sri Lanka en 1973 sous les auspices du Ministère de la Santé, de l'Association de Planning Familial, et de la Société Pharmaceutique de l'Etat du Sri Lanka. L'objectif du programme était de déterminer si une approche orientée vers le marketing, qui utiliserait les infrastructures commerciales existantes pour la distribution de condoms (Preethi) et de contraceptifs oraux

(Mithuri) pouvait augmenter le nombre de couples pratiquant le planning familial au Sri Lanka. Il était plus particulièrement conçu pour créer une meilleure conscience de la nécessité du planning familial et de ses méthodes; pour combler les lacunes existant entre le système de distribution du secteur public et celui du secteur privé; et pour créer une meilleure conscience et une attitude plus positive au niveau de la distribution. La principale raison du choix d'un programme CBD comme complément aux cliniques, c'est le pouvoir qu'a le secteur privé de fournir un système de distribution à l'échelle du pays, un système de marketing efficace et des débouchés au détail pratiques. Parmi les caractéristiques qui firent choisir le Sri Lanka comme terrain où tester les possibilités d'un programme CBD, il faut citer sa politique sociale, les conditions économiques et sociales, les caractéristiques de la population, le taux de croissance, et l'incapacité des programmes existants, basés sur les cliniques, à atteindre les zones rurales.

Le projet a fait la preuve de son impact sur les leaders d'opinion et sur l'attitude et la conduite des communautés. Une prise de conscience et un intérêt accrus furent crées grâce à la promotion par les mass media et par les moyens populaires, cependant qu'une meilleure connaissance de la contraception et de l'usage des contraceptifs était obtenue grâce aux efforts d'information et d'éducation. Le projet accrut sensiblement la distribution et la disponibilité des condoms et des contraceptifs oraux en créant quelque 4.600 débouchés; ces derniers comprenaient des grossistes, des épiciers, des pharmaciens, des restaurants, et de magasins textiles ainsi que des médecins de campagne. La vente totale de contraceptifs comme la part qui, dans le cadre du programme, en revient au marché ne cessent d'augmenter; les ventes de condoms Preethi occupent 97% du marché des condoms dans le secteur privé. On estime à 13.600 le nombre de naissances non-souhaitables qui furent évitées au cours des 18 premiers mois du programme. Le programme a comme objectif supplémentaire de se suffire de lui-même par rapport aux coûts; fait significatif, le programme pour l'année 1977 prévoit déjà un degré d'indépendance financière accompli de 51%.

## SOMMAIRE DES DISCUSSIONS DES ATELIERS

A la suite de la présentation des communications officielles au cours des séances plénières, les participants à la conférence se divisèrent en trois groupes d'ateliers, deux étant conduits en anglais et un en français. Les participants de chaque atelier se sont réunis environ trois heures l'après-midi du mardi, 29 mars et environ trois

heures également le matin du jour suivant. Le but des dits ateliers était de donner aux participants à la conférence l'occasion de s'étendre sur les sujets abordés ou suggérés au cours des présentations officielles. On s'attendait à ce que ces discussions aient pour résultats:

- Une analyse critique des questions majeures et découvertes empiriques que les conférenciers avaient présentées au cours des séances plénières.

- Une évaluation de l'applicabilité des programmes de distribution dans les villages et les domiciles dans les pays ou régions où ils n'existent pas actuellement, en même temps que le développement de méthodes pour la mise en oeuvre de tels programmes.

On aborda beaucoup de sujets différents au cours des ateliers. Les sujets s'étendirent de l'acceptabilité du concept de planning familial jusqu'aux méthodes de financement des programmes. Nous résumons dans les sections suivantes les arguments et conclusions des participants aux trois ateliers.

## Acceptabilité Politique et Sociale des Programmes et Méthodes de Planning Familial

Les participants sont généralement d'accord sur le fait que toutes les femmes ont le droit d'avoir accès à la contraception sur la base de l'amélioration de la santé familiale ainsi offerte. La contraception protège à la fois la santé maternelle et infantile en espaçant davantage les grossesses et en diminuant les risques de mortalité des mères, des nourrissons, et des enfants. Bien que de plus en plus de pays reconnaissent la nécessité des programmes de planning familial, l'acceptabilité sociale et politique des programmes de planning familial et des méthodes contraceptives varie de pays à pays. En vue du comportement social en pleine évolution de beaucoup de pays et le risque élevé correspondant de grossesses non désirées et avortements illégaux, il est critique de rendre les programmes de planning familial et les méthodes contraceptives acceptables politiquement et socialement aux communautés où on les introduit.

### Influence des Facteurs Démographiques

Les caractéristiques démographiques d'un pays--particulièrement le fait qu'un pays présente ou non une crise de la population--peuvent affecter la réaction politique aux

programmes de planning familial au sein du dit pays. Par exemple, dans les pays où la pression de la population n'est pas marquée, des facteurs tels qu'un taux élevé de sous-fécondité et d'échec reproductif pourraient résulter en une attitude négative envers le planning familial. D'un autre côté, dans les pays où la pression de la population excède les ressources nationales, ou la densité de la population est devenue excessive--par exemple au Sri Lanka et au Bengladesh--le planning familial peut être considéré d'une manière très favorable. En résumé, les gouvernements ayant déjà à faire face à une crise de la population pourraient trouver que les programmes de planning familial sont plus acceptables que les gouvernements moins sujets aux pressions causées par la croissance de la population.

Rôle du Plan du Programme

L'acceptabilité politique dépend aussi du plan du programme. Ainsi, dans les pays où un programme de planning familial en soi pourrait ne pas être politiquement acceptable, un programme intégré à un programme sanitaire pourrait être accepté plus aisément. Ce fut le cas des programmes au Gabon, Cameroun, République Centrale Africaine de l'Est, et Libéria.

Certains des participants étaient d'avis que les services de planning familial et services de santé devraient s'intégrer au sein d'un plan général de développement, et que la compatibilité des objectifs des programmes de planning familial avec ceux d'autres buts de développement devrait être démontrée à tous les citoyens. Dans tous les cas, la participation du gouvernement est nécessaire dès le début et aide à assurer l'acceptabilité et le soutien continus des programmes.

Importance de la Participation de la Communauté

Le succès d'un programme exige, non seulement la participation du gouvernement national, mais aussi celle de la communauté locale. Dans le programme du Bengladesh, par exemple, les agents mobiles commencèrent par le contact avec les dirigeants locaux du gouvernement et l'obtention de leur appui avant d'en fait approcher les femmes qui allaient participer au programme. De cette façon, on incorpora les dirigeants de la communauté dans le programme dès le commencement.

Cette participation au programme des dirigeants de la communauté est avantageuse du point de vue de l'acceptabilité politique autant que sociale. Le trait commun à tous les programmes réussis de distribution contraceptive est une communauté locale engagée--c.à.d. une population orientée vers la solution de ses problèmes communs. Pour que les

programmes réussissent, il faut qu'il y ait autant de participation de la communauté que possible. Il faut combiner temporairement un système social, construit sur la confiance mutuelle et reflétant une résolution collective envers un problème commun, pour attaquer le problème spécifique. Les solutions collectives apportées par un tel système engendreront les conditions nécessaires pour aller au delà des simples programmes de distribution à domicile. Sans une telle coopération communautaire et une telle action collective, l'accessibilité des contraceptifs, aussi étendue qu'elle puisse être, ne produira que des résultats infimes.

Bien que l'appui des dirigeants de la communauté paraisse être un aspect important du système de distribution dans les villages ou les domiciles, on ne manqua pas de mentionner que ces dirigeants sont habituellement des hommes et occupent des positions politiques élevées. En conséquence, ces personnes peuvent avoir leurs propres préjugés et être victimes de rumeurs sans fondement sur l'usage des contraceptifs. On suggéra que ce qu'il faudrait en réalité, c'est d'établir une communauté d'usagers, composé surtout de femmes, qui fournirait la base d'un programme soutenu après le départ des premiers organisateurs. Là encore, l'intégration sociale en est la clé: si un projet prend racine et s'intègre au sein de la communauté, il survivra à n'importe quel dirigeant ou groupe de base. Le problème, bien entendu, est d'atteindre un tel niveau d'intégration sociale.

### Importance des Coutumes Locales

Les coutumes locales sont des bases importantes d'acceptabilité sociale. Il faut considérer ces coutumes lorsqu'on présente des contraceptifs--spécialement lorsque les récipiendaires en sont des femmes post-partum. Dans certains programmes, par exemple, on présente des contraceptifs oraux après six mois post-partum. Toutefois, dans les groupes culturels où il existe une lactation prolongée et abstinence de rapports sexuels--comme en beaucoup des pays africains--l'introduction de la contraception à six mois ne paraît pas rationnelle. D'autre part, des informations sur la contraception devraient être mis à la disposition de toutes les mères qui allaitent, car le système traditionnel pourrait ne pas fonctionner en certaines circonstances--par exemple, en cas de mortalité infantile élevée.

Parce que le cadre socio-culturel, tout comme le cadre économique d'une communauté, influencent les résultats des programmes de distribution à domicile, il faut prendre ces facteurs en considération lorsqu'on établit un programme pour un pays particulier. Les perceptions, normes, et traditions locales ont toutes leur importance. Quelques

questions de base à poser pendant l'établissement d'un programme de distribution à domicile sont:

- Quels sont les besoins de la communauté?
- Le programme offre-t-il aux participants des choix suffisants?
- A-t-on fait place à la discussion de la part des femmes avec leur mari au sujet de leur décision vis-à-vis de la contraception?

Ce dernier point est d'une importance particulière dans les sociétés où les hommes sont dominants. Dans de tels cas, il importe que les programmes de planning familial approchent la famille en tant qu'unité plutôt que juste les femmes. Ceci s'applique aussi bien aux programmes distribuant les contraceptifs oraux qu'à ceux distribuant des condoms.

Il importe aussi que l'on consulte les familles au sujet de leur désir de contraception au cours de l'effort de distribution plutôt que de leur donner des contraceptifs, qu'elles en désirent ou non. Il ne faut pas traiter les récipiendaires avec condescension. De plus, quel que soit le nombre d'enfants qu'elle ait mis au monde, une femme ne devrait pas être forcée d'accepter la contraception: il faut permettre à chaque femme d'avoir le nombre d'enfants qui est "bien pour elle."

Le type du contraceptif est aussi un facteur important dans la structure du programme. On a noté qu'au début, l'acceptabilité de la pilule était plus élevée que celle du condom à la plupart des programmes de distribution à domicile, bien que cette différence ne soit pas caractéristique dans tous les pays.

Finalement, un fait concernant l'acceptabilité sociale est que, quelle que soit l'ampleur de la nécessité d'un programme de planning familial dans une communauté, cette dernière verra son équilibre troublé par la mise en oeuvre d'un programme de distribution contraceptive; de plus, les usagers auront à encourir des frais sociaux et personnels. Il faut prendre ces frais en considération à la fois pour les communautés et pour les individus au cours de l'évaluation de l'efficacité des programmes de distribution dans les domiciles et les villages.

## Techniques Pour Motiver les Accepteurs

Un facteur étroitement lié à l'acceptabilité d'un programme de planning familial est constitué par les techniques

employées pour la motivation des usagers potentiels à accepter des contraceptifs. La motivation est considérée comme étant vitale pour assurer le succès d'un programme de distribution à domicile. Une motivation adéquate portera au maximum la probabilité de l'appui social et de la solidarité au sein de la communauté, deux facteurs importants pour assurer la continuité et le succès d'un programme. Un tel appui aidera également à dissiper les tabous qui se rattachent encore à la contraception dans certaines communautés.

Plusieurs participants suggérèrent qu'on néglige à la fois l'instruction et la motivation dans les évaluations des programmes de distribution à domicile, et qu'on met trop d'accent sur la simple mise à disposition des contraceptifs. Quel que soit le degré d'accessibilité, un programme aura peu de chance de réussite s'il manque d'instruction et de motivation.

Un commentaire aussi pertinent fut que l'extension des programmes de planning familial aux domiciles n'est pas simplement une question de mettre davantage de contraceptifs à la disposition générale, mais aussi d'avoir plus de personnes disponibles pour travailler dans la communauté, afin qu'on puisse expliquer pleinement le programme aux participants éventuels. On mit également l'accent sur l'importance du fait d'intégrer une large variété d'activités d'assistance sociale au sein d'un programme. En d'autres termes, le succès du programme exige bien plus que simplement la distribution de pilules et condoms.

### Eviter Slogans et Propagande Simplistes

On exprima une certaine inquiétude au sujet des slogans engageants employés par beaucoup de programmes de marketing commercial. On les trouva peut-être trop simplistes et trompeurs. Un exemple en fut l'accent au Sri Lanka sur le "bonheur" soi-disant associé à la participation aux programmes. Des slogans publicitaires comme "la famille avec deux enfants est une famille heureuse" peuvent être non seulement trompeurs, mais aussi une insulte envers l'intelligence des utilisateurs de contraceptifs. Le simple usage de la pilule ne rend pas une famille heureuse. De même, au Ghana, il y eut une réaction mixte à une campagne publicitaire basée sur un slogan déclarant les condoms "sains, simples, et raisonnables."

En général, on opina que la promotion des contraceptifs ne peut se baser sur les mêmes principes que la promotion de denrées comme le lait ou le Coca Cola. Plutôt que de compter sur de vagues slogans et sur la propagande, les programmes devraient se concentrer sur l'offre d'une explication claire des avantages et des risques de l'usage des contraceptifs.

On mit également en lumière le fait que s'appuyer sur la propagande présuppose que les usagers n'ont pas de logique, c.à.d. qu'ils ne prennent pas de décisions d'une manière rationnelle. De l'avis de plusieurs participants à l'atelier, cette présomption n'est pas correcte. En Egypte, par exemple, les femmes refusant de prendre la pilule le firent pour des raisons parfaitement logiques. Parmi ces raisons:

- Elles voulaient encore des enfants--c.à.d., elles désiraient devenir enceintes.
- Elles allaitaient et croyaient que cela les protégeait donc contre la conception (croyant aussi que l'usage de la pilule affecterait leur allaitement et amènerait le retour de leurs règles).
- Des rumeurs, aussi bien que des recherches scientifiques publiées, les avaient mises au courant des complications pouvant résulter de l'usage de la pilule.
- Certaines femmes croyaient que seules les femmes en bonne santé devraient prendre la pilule. Elles disent: "Donnez-nous des vitamines et alors nous prendrons la pilule."

En résumé, ces raisons que les femmes donnent pour refuser les contraceptifs paraissent rationnelles et constituent pour elles une source de souci réel.

Rôle de la Participation de la Communauté

Le programme du Bengladesh se servit de la communication entre égaux plutôt que de propagande pour motiver les nouveaux accepteurs. Un mode typique était de faire parler de la contraception par ses usagères satisfaites à leurs amies. On trouva que le consommateur satisfait était le candidat idéal pour disséminer des informations sur les avantages de la contraception régulière. Toutefois, nulle recherche n'a été effectuée concernant les genres d'encouragements et d'avantages qui sont communiqués parmi ces égaux. Il serait utile de savoir exactement quel genre d'information une personne donne à une autre, créant une orientation soit positive, soit négative envers l'usage des contraceptifs.

On mit aussi en lumière le fait que, parce que beaucoup de messages sur le planning familial se basent typiquement sur des buts définis par le gouvernement, ils pourraient négliger les considérations négatives. Par exemple, ils pourraient ne pas faire mention de la possibilité des effets secondaires négatifs de la pilule pour certains individus.

Afin d'éviter ce problème, le point central des efforts de motivation devrait être la communauté locale des usagers--les individus mêmes dont le bien-être est en jeu.

Plusieurs participants suggérèrent que le terme "planning communautaire" devrait se substituer à "planning familial," afin de refléter le concept que le succès du programme ne peut résulter que de l'action collective. Un programme ne fera augmenter l'usage de la contraception que si les membres de la communauté partagent la conviction commune que l'usage des contraceptifs et des familles moins nombreuses amèneront une amélioration de la qualité de leur vie. En conséquence, une exigence pour le succès de la distribution de contraceptifs et programme d'utilisation pourrait être de permettre aux femmes--c.à.d., aux clientes--de reconnaître leur condition difficile commune, et de comprendre que, collectivement, elles ont le pouvoir d'améliorer leur existence.

Raisons du Refus

Les techniques de motivation doivent aussi prendre en considération les raisons pour lesquelles on refuse les contraceptifs. Un tel refus reflète souvent le désir d'une famille plus nombreuse. Le nombre d'enfants désiré, toutefois, peut être sujet à changer au moyen d'une politique délibéré ou d'efforts de motivation. Il peut aussi y avoir des différences entre les maris et les femmes à ce sujet. Un participant sous-saharien ayant une connaissance étendue des sentiments des femmes envers l'expansion continue de la famille, dit que souvent les femmes ne veulent plus d'enfants alors que leurs maris veulent une famille plus nombreuse. Puisque ce sont les femmes qui supportent directement les devoirs et responsabilités d'élever les enfants, les avantages du planning familial ont tendance à leur paraître plus évidentes. Il y eut un certain désaccord au sujet de décider si, à cause de cette disparité entre maris et femmes au sujet des normes du nombre d'enfants, il faudrait préparer des programmes pour atteindre maris et femmes séparément ou ensemble.

Certains participants, toutefois, mirent en question toute la présomption de la disparité entre maris et femmes, déclarant que les maris ne constituaient pas une barrière à la participation de leurs femmes. Les dits participants pensaient que maris et femmes négocient beaucoup plus qu'on ne le croit généralement. Ils présentèrent cet argument en particulier au sujet des sociétés musulmanes, mais pensaient qu'ils pourrait refléter les conditions dans la plupart des sociétés traditionnelles également.

## Structure et Caractéristiques des Programmes

On insista que chaque pays individuel aura à déterminer les meilleurs moyens de conduire ses propres programmes. Les agences de financement et leurs représentants ne peuvent dicter comment établir des programmes réussis. Une stratégie couronnée de succès évoluera à partir de l'expérience du pays en question.

Une raison majeure pour établir des programmes sur mesure pour chaque pays individuel est de se servir des structures communautaires existantes. Dans la plupart des pays d'Afrique, par exemple, l'infrastructure sanitaire pour distribution à domicile existe déjà sous la forme des accoucheuses traditionnelles. Les besoins les plus pressants sont les conseils techniques, l'instruction, les approvisionnements, et la formation. Un exemple d'infrastructure commerciale est constitué par les "femmes des marchés" du Ghana. Ce sont des femmes d'affaires très entreprenantes, qui couvrent toute la partie rurale du pays. Dans les endroits à population nomade, comme le Botswana, des cliniques mobiles seraient nécessaires, malgré leur coût, en vue d'assurer l'accessibilité continue des contraceptifs.

Un point marqué par la plupart des participants est le besoin d'accentuer une approche intégrée des programmes de distribution à domicile. Il faut placer le planning familial dans un contexte social, économique, culturel, politique, et psychologique total. Il est nécessaire de reconnaître la gamme entière des causes et conséquences possibles des variations, non seulement dan l'utilisation des contraceptifs, mais dans les résultats de l'usage de la contraception.

Il est également essentiel d'allouer assez de temps pour planifier un programme. Avant de commencer le programme, il faut obtenir des informations sur les caractéristiques démographiques, sanitaires, économiques, sociales, culturelles, et religieuses, ainsi que les statistiques d'état-civil. Généralement, il faut une période préparatoire d'environ deux ans.

### Intégration des Programmes de Planning Familial avec Autres Services

L'avantage d'une approche intégrée envers le planning familial se fit sentir dans le contexte de la définition du planning familial. D'un côté, on est généralement d'accord sur le fait que le planning familial est quelque chose de plus que la limitation des naissances--il peut aussi inclure

des concepts tels que l'espacement des naissances, le traitement de la stérilité et, d'une manière plus générale, la santé de la famille. D'un autre côté, il ne paraît guère probable qu'un accord unanime soit jamais atteint au sujet de décider si les programmes de planning familial devraient être en fait intégrés à d'autres services spécifiques, tels que protection maternelle et infantile (PMI). Le point de vue général fut que l'intégration est quelquefois utile, mais pas toujours; cela dépend du pays en question. Toutefois, il y eut des désaccords même sur ce dernier point.

Quelques participants croyaient que, dans certains pays, il y avait de bonnes raisons pour lier les programmes de distribution à domicile avec la PMI ou autres programmes sanitaires (entre autres: maladies contagieuses, programmes sanitaires et de nutrition). On aurait tendance à préférer ces programmes intégrés dans les pays sous-sahariens d'Afrique: Kenya, Botswana, Tanzania, Libéria, Nigeria, etc. . . . Une raison de cette préférence est que les programmes intégrés réduiraient le coût du personnel et leur rendement serait par conséquent meilleur par rapport à leur coût. De plus, des considérations politiques rendent plus expédient de conduire des programmes de distribution à domicile dans le contexte de l'infrastructure sanitaire existante du pays en question.

On mit également l'accent sur le rapport probable entre le fait que les rapports des maternités dans la plupart des pays en voie de développement indiquent qu'on y désire des familles nombreuses (voir la contribution de Roger Bernard dans le présent ouvrage) et que le taux de mortalité infantile est élevé dans ces pays à cause du manque de services médicaux. L'intégration des programmes de planning familial avec les programmes sanitaires rehausserait l'efficacité des deux types de services.

Une question de base fut de décider, si on combine les programmes de santé et de planning familial, le programme sanitaire devrait-il alors précéder le programme de planning familial ou vice-versa--ou si on peut les commencer simultanément. L'un des points de vue était que, dans les régions nouvellement desservies par des services de santé, il serait sans doute nécessaire de n'offrir que des services de PMI seuls pendant quelque temps, avant d'y ajouter les services de planning familial dans le but de donner à la population visée le temps de développer une certaine confiance dans le programme de santé/planning familial. L'un des participants exprima cette opinion en disant qu'il serait "indécent" de faire opérer un service de planning familial dans une région où les services sanitaires sont inexistants. D'autres prirent la position qu'en certains pays, le planning familial n'est pas un supplément à un

programme de santé quelconque déjà existant, mais est la base du développement d'un programme sanitaire naissant.

Certains participants pensaient qu'une approche intégrée conduirait à trop de difficultés. Ces individus indiquèrent que, bien que des activités intégrées puissent offrir des avantages du point de vue de rendement pour le coût, ils pourraient avoir de sérieux inconvénients du point de vue de l'organisation sociale du programme. En particulier, des agents à tâches multiples dans les programmes combinés auraient à faire face à de sérieux problèmes à cause des nombreuses espèces de responsabilités qu'on exigerait d'eux.

D'autres questions furent posées concernant l'utilité de combiner les programmes de santé et de planning familial. On mit l'accent sur le fait que, dans beaucoup de pays en voie de développement, les programmes sanitaires pourraient n'atteindre que 20 à 30% de la population, et que de 20 à 25% seulement des naissances se font en présence d'un médecin. En fait, il n'est pas très réaliste de jamais s'attendre à ce que la majorité des accouchements dans les pays en question puissent prendre place dans des cliniques et/ou des hôpitaux. Dans de telles circonstances, il serait extrêmement difficile de baser un programme de planning familial sur un système de soins de santé. De plus, l'addition d'une fonction de planning familial à un programme sanitaire constituerait un fardeau supplémentaire pour le minimum de services déjà existants.

### Programmes Basés sur les Villages et Domiciles et Programmes en Clinique

On mit l'accent sur le fait qu'il existe un grand nombre de variations parmi les différents types de programmes de distribution. Par conséquent, il est difficile de généraliser en partant de l'expérience d'un seul programme quelconque, et il pourrait être fallacieux de ranger cette variété étendue de programmes sous une seule étiquette. Néanmoins, on fut généralement d'avis que la distribution dans les villages et à domicile est une méthode efficace pour mettre la contraception à la portée du plus grand nombre.

Une observation dans ce domaine est que le cadre d'une clinique est menaçant pour beaucoup de femmes. Les malades sont traitées d'une manière impersonnelle, l'équipement est effrayant, et presque tout le personnel médical est du sexe masculin. Pour ces raisons et pour d'autres, la plupart des participants trouvait que la clinique ne constitue pas le cadre idéal en vue de recruter des femmes dans les programmes de planning familial.

On présenta aussi l'argument que le coût des programmes en clinique est plus élevé que celui des programmes à domicile, bien qu'on ait admis la possibilité du coût plutôt élevé de la surveillance pour les programmes à domicile. Il est important de considérer les deux types de coût en déterminant les avantages et inconvénients relatifs des programmes en clinique et ceux basés sur les villages et domiciles

On exprima aussi un certain souci sur la question de savoir si les différents types de programmes se complètent ou se font concurrence les uns aux autres. A ce sujet, on posa la question de savoir si les approches non-cliniques devraient considérées comme des coûts supplémentaires--c.à.d., supplémentaires au programme en clinique--puisque les coûts de la clinique ne sont pas éliminés quand on ajoute des alternatives.

Finalement, on remarqua que les programmes à domicile, en effet, créent de nouvelles institutions. Il vaut mieux commencer avec un bon système basé sur la clinique et là-dessus construire des alternatives, telles que les programmes de distribution dans les villages et/ou les domiciles. On tomba généralement d'accord sur le fait qu'un bon programme, quel qu'il soit, devrait comprendre les trois approches--c.à.d. clinique, à domicile, et programmes commerciaux.

## Distribution Gratuite et Distribution Commerciale

La discussion du pour et du contre des programmes de distribution gratuite vis-à-vis des programmes commerciaux révélèrent une variété d'opinions. Quelques participants trouvaient que seuls les programmes gratuits pouvaient se justifier sur des raisons morales; ils firent aussi ressortir certains avantages pratiques de tels programmes. D'autres trouvaient que la distribution commerciale était la seule méthode pratique et efficace, et d'autres encore préconisèrent une combinaison des deux types.

Ceux qui favorisaient les programmes de distribution gratuite trouvaient que de faire payer pour des services préventifs--dans le cas présent, les contraceptifs--est incompatible avec la philosophie fondamentale de beaucoup de pays en voie de développement. La distribution commerciale implique que de tels programmes de planning familial sont des entreprises en vue de gagner de l'argent et ceci semble les distinguer d'autres services de base pour la santé et l'assistance sociale, qui sont distribués gratis dans beaucoup de pays en voie de développement. On remarqua également que, dans certaines sociétés traditionnelles, la répugnance des gens à accepter des condoms ou autres contraceptifs pourrait plus aisément être surmontée si les contraceptifs étaient gratuits.

D'autre part, les programmes commerciaux ont aussi un certain nombre d'avantages. D'abord, ils peuvent utiliser les canaux de distribution existants, épargnant ainsi le temps et l'argent exigés en vue d'établir des arrangements séparés de distribution. De plus, parce que les programmes commerciaux n'ont que des exigences minimes dans le cadre du personnel et des ressources financières, ils sont plus faciles à soutenir au sein d'une communauté pour une période de temps prolongée.

On posa la question de savoir si suffisamment d'information et d'attention personnelle peuvent être données aux participants à l'aide des débouchés commerciaux. On y répondit qu'une telle attention constitue déjà une part importante des débouchés commerciaux.

Le fait de s'assurer que les négociants eux-mêmes aient suffisamment d'information à leur disposition ne pose également aucun problème. A la Jamaïque, par exemple, on a fourni aux négociants de la formation et des renseignements au sujet des aspects techniques des contraceptifs et de leur usage. Ces détaillants reçoivent aussi une liste de professionnels pour consultation (c.à.d. du personnel professionnel médical) si des problèmes se présentent en dehors du champ de leur formation.

Quelques participants parlèrent des moyens de combiner les distributions commerciale et gratuite. Au Bengladesh, la distribution gratuite et le marketing commercial opèrent ensemble sans aucun conflit parce que leur clientèle n'est pas la même. Un tel système pourrait aussi offrir une certaine validité dans d'autres pays en voie de développement. Une autre suggestion fut que la distribution commerciale devrait être traitée comme un bien social, bénéfique à tous les membres d'une société et par conséquent devrait recevoir des subsides partiels ou totaux.

D'autres participants étaient d'accord qu'on devrait employer les deux méthodes de distribution, mais pensaient qu'on devrait le faire à la suite l'une de l'autre, la distribution gratuite précédant les programmes commerciaux. Un point mentionné à ce sujet fut que la demande est le facteur déterminant de l'usage continu et que la distribution gratuite créera la demande. Un autre point était que les programmes sont une suite logique des programmes à domicile et peuvent les remplacer après un an ou deux d'opération.

Une question que l'on posa fut: "Quels types d'activité constituent une extension logique d'un programme de distribution à domicile?" En réponse à cette question, on suggéra un modèle pour l'évolution d'un programme de planning familial. D'après ce modèle, un programme basé sur clinique fournirait la base des autres efforts et continuerait

à l'avenir, même lointain. Une fois cette base établie, on y ajouterait en supplément un programme à domicile, qui fonctionnerait pendant la période de temps intermédiaire et serait remplacé ensuite par un programme commercial de distribution. Le programme commercial, comme le programme en clinique, continuerait indéfiniment.

Groupes Visés

On suggéra que les programmes se concentrent sur les adolescents, leur fournissant information, instruction, et moyens de contraception. Dans les pays comme l'Iran, où 46% de la population a moins de 20 ans, les besoins des adolescents sont critiques. Il faut analyser ces besoins et y faire face. On suggéra de plus que toute la famille--pas seulement la mère--devrait être le centre des efforts du programme.

Usage de Personnel Para-Médical

Un personnel para-médical formé est une part importante des programmes de distribution à domicile. Dans les pays développés, où la pilule ne peut s'obtenir que sur ordonnance, les médecins pourraient s'opposer au concept de la distribution à domicile. Dans les pays en voie de développement, toutefois, où les médecins sont en nombre limité et sont constamment débordés de travail avec les autres problèmes médicaux, l'usage de personnel para-médical formé pour distribuer les pilules est vu dans une lumière plus favorable. L'appui du corps médical est essentiel au succès d'un programme de distribution à domicile, bien que la distribution soit faite en réalité par du personnel para-médical.

Les participants à la conférence pensaient généralement qu'on peut se servir de personnel para-médical pour beaucoup d'activités actuellement pratiquées seulement par des médecins. Beaucoup croyaient que sages-femmes, pharmaciens, para-médicaux, et même des travailleurs non-médicaux, mais bien préparés, pourraient avec succès distribuer des pilules sans ordonnance, à condition que les femmes éprouvant des effets secondaires puissent rapidement consulter un médecin. Toutefois, on mit une emphase prononcée sur l'importance d'une supervision très prudente du personnel para-médical et extra-médical.

Importance d'une Surveillance Adéquate

L'échec du programme pourrait résulter d'un manque de continuation. Au lieu de distribuer six cycles de pilules avec une seule visite de surveillance, le personnel du

programme devrait effectuer des visites mensuelles. De cette façon, on assure une interaction et une motivation continues.

Même quand des docteurs ordonnent des pilules, la durée des ordonnances devrait être suffisamment courte pour assurer une surveillance prudente des utilisatrices. L'anxiété, réelle ou anticipée, au sujet des effets secondaires, conduit à l'abandon de l'usage, à moins qu'il n'y ait une surveillance médicale. En général, les ordonnances devraient durer moins d'un an.

On remarqua également que les accepteurs ne sont pas nécessairement des utilisateurs et que de même la surveillance est essentielle à ce sujet. Pendant le stade de surveillance, il est possible de s'occuper efficacement des soupçons et malentendus qui peuvent empêcher les accepteurs de devenir des utilisateurs. En d'autres termes, il faut du temps aux participants avant qu'ils comprennent entièrement la portée de leurs actions, et il faut qu'il y ait quelqu'un de disponible au cours des mois qui suivent l'acceptation initiale pour expliquer les aspects de l'usage des contraceptifs et de la participation au programme qui n'étaient pas clairs dès le début.

Finalement, l'évaluation de la surveillance est essentielle pour évaluer l'impact du programme.

## Rôle des Projets de Démonstration

On souleva plusieurs questions concernant la valeur et l'efficacité des projets de démonstration.

Une question fut de savoir si les projets de démonstration, comme ceux du Bengladesh, sont effectivement susceptibles d'être copiés--c.à.d. s'ils peuvent être conduits dans d'autres pays avec l'espérance de résultats similaires. En réponse à cette question, Douglas Huber déclara que son projet n'est pas suceptible d'être répété dans sa totalité, mais que certains de ses aspects pourraient l'être; par exemple, le niveau des agents et le type de formation que les agents reçoivent devraient se montrer efficaces dans d'autres cadres. Huber concéda que beaucoup plus de travail est nécessaire concernant la documentation des résultats obtenus par le projet.

On exprima également de l'inquiétude au sujet du rôle de la recherche dans les programmes de démonstration. Dans beaucoup, si non pas la plupart des programmes de démonstration, les données qui sont recueillies ne sont pas analysées. Même dans les cas où les données sont analysées, généralement on n'attire pas l'attention des dirigeants qui

prennent les décisions assez tôt pour que les résultats soient incorporés dans les lignes de conduite du programme. Plusieurs participants étaient d'accord sur le fait que l'on devrait limiter la recherche afin que (1) on ne recueille que seules les données essentielles à l'opération et l'évaluation du programme, et (2) qu'on arrange une analyse et interprétation rapides des données afin d'en transmettre les résultats aux dirigeants.

On souleva d'autres questions au sujet de la nécessité de groupes de contrôle adéquats afin de démontrer l'efficacité d'un projet. Par exemple, faudrait-il se servir d'un groupe de contrôle afin de déterminer si une communauté entreprendra en réalité de chercher à se procurer un programme de planning familial sans un stimulant externe? L'un des participants suggéra qu'il n'est pas nécessaire de se soucier des communautés de contrôle dans chaque projet de démonstration. Son argument était que, une fois qu'il a été démontré que rien ne se passe dans un groupe de contrôle, cela suffit. En d'autres termes, une fois que l'on sait qu'il faut faire quelque chose en vue de stimuler l'acceptation, et que cette impulsion doit venir d'une source en dehors de la communauté, cela suffit pour suggérer que les stimulants externes constituent des ingrédients necessaires d'un programme réussi.

On posa deux questions au sujet de la soi-disant "demonstration fallacy"--c.à.d. la tendance à l'échec d'un programme lorsque la phase de démonstration est terminée. La première question était de savoir si un programme marcherait après la disparition de sa visibilité; c.à.d., après que les agents de l'équipe originale quittent la communauté en question. La seconde question était de savoir si un programme continue à marcher lorsqu'il se repose uniquement sur les ressources des membres de la communauté.

Finalement, on discuta des aspects économiques des projets de démonstration. Les considérations économiques constituent un souci majeur des ministères de santé publique. Fréquemment, ces considérations empêchent les programmes pilotes de devenir des programmes nationaux. En vue des limitations économiques des pays en voie de développement, quelques participants se demandèrent si l'expérience rapportée par les projets pilotes peut vraiment s'appliquer aux besoins de ces pays. Cette question sera discutée dans la section suivante.

## Soutien Financier Des Programmes de Planning Familial

Une question que l'on discuta assez longuement fut: "Comment peut-on organiser un système de distribution à

domicile afin qu'il puisse être mis en oeuvre dans le cadre des limitations économiques d'un pays?" Les coûts des études pilotes sont souvent très élevés et, en conséquence, on doit avoir recours à l'appui d'agences donatrices externes. Cet appui excède parfois le budget sanitaire entier du pays et de plus sa disponibilité n'est pas garantie même pour la durée du programme pilote.

Parce que l'aide à l'étranger n'est accordée que pour une période limitée, les participants pensèrent qu'il était vital que les programmes désirés soient conçus en vue d'être faisables au sein des limitations économiques des pays en voie de développement. L'une des suggestions fut que, après une période initiale de distribution gratuite, on fasse payer un prix modeste afin d'aider à soutenir le programme. Dans certains pays, cette méthode offrirait également des avantages psychologiques, empêchant les consommateurs de considérer les contraceptifs comme une aumône. Toutefois, la technique est seulement appropriée pour les pays qui font payer les soins de santé en général.

On proposa des subsides d'un montant égal en tant que technique différente afin d'assurer l'appui continu d'un programme dans un pays donné. La coordination des subsides de la part des donateurs serait assurée par le gouvernement du pays où le programme est situé.

On suggéra également que, lorsqu'on inaugure un programme, il serait utile de connaître la durée de l'appui. L'USAID trouve que son appui devrait continuer pendant une dizaine d'années.

Une autre observation fut que, en déterminant la conception d'un projet, les planificateurs du programme pourraient être forcés de se contenter d'un niveau de services rien moins qu'idéal, pour en maintenir le coût à un niveau peu élevé. Par exemple, bien que davantage de pilules et de visites à domicile puisse résulter en une acceptation plus large du programme, il pourrait être nécessaire de diminuer le nombre de pilules et de visites afin de maintenir des coûts raisonnables pour le programme du point de vue des ressources économiques limitées du pays visé. En d'autres termes, le personnel des programmes dans les pays en voie de développement, spécialement les plus pauvres, doit faire face aux réalités économiques.

D'autres observations se rapportèrent aux différents types de frais impliquées dans le développement d'une population d'utilisateurs de contraceptifs. En plus des coûts économiques énormes encourus par la conception et la mise en oeuvre d'un programme de planning familial, il y a des coûts sociaux pour la communauté--temps, instruction, déplacements, etc. . . . De tels coûts sociaux font nécessairement partie de la création d'une population d'utilisateurs

de contraceptifs; en fait, on peut soutenir que le succès du projet est vraiment le résultat du soutien social, culturel, et personnel résultant d'une participation étendue de la communauté.

On discuta aussi du rendement par rapport au coût des différents programmes. Quelques participants trouvèrent que les communications présentées à la conférence paraissaient peu s'en soucier. On demanda à Douglas Huber le prix de la baisse de la fécondité rapportée au Bengladesh. Il répondit que le prix en était de US $2,00 par usager actif.

On insista qu'il faut calculer les coûts des programmes sur une base réaliste. Par exemple, peut-être 2% seulement de la population d'un pays pourrait avoir besoin de services contraceptifs. Par conséquent, relativement au coût de procurer des services sociaux et sanitaires au pays entier, le coût des programmes de distribution des contraceptifs pourrait n'être pas aussi élevé que cela.

## Conclusions

Les points suivants résument les conclusions atteintes par les différents participants des ateliers:

1. Il faut considérer le planning familial et les services de santé comme un programme intégré.

2. Il faut adapter les méthodes et stratégies des programmes aux conditions prédominantes d'un pays spécifique. Il n'est peut-être pas possible d'arriver à une simple méthode qui soit bonne pour chaque situation donnée.

3. Distribuer les contraceptifs à domicile et assurer leur usage effectif sont des tâches complexes et difficiles.

4. Même lorsque la distribution est effectuée convenablement, il ne suffit pas d'atteindre complètement les objectifs du planning familial; il existe des tâches importantes au-delà de la distribution de contraceptifs à domicile qui sont nécessaires avant d'accomplir le contrôle de la fécondité dans une communauté.

5. Les projets futurs devraient comprendre deux éléments de base: (a) des dispositions en vue de la continuité et de la stabilité dans une communauté, et (b) des dispositions pour l'extension au niveau national à la suite de résultats démontrés dans certaines communautés pilotes.

6. Il existe une nécessité sérieuse de formation supplémentaire du personnel des programmes.

7. Les projets de distribution à domicile réussis comprennent une action collective de groupe basée sur une direction à laquelle on fait confiance. Le contrôle de la fécondité au sein d'une communauté est plus qu'un simple souci de famille. Par conséquent, on devrait assister les groupes et les communautés plutôt que simplement les individus.

# PRESENTATIONS PLENIERES

## DISCOURS INAUGURAL

Mongi Kooli

C'est pour moi un honneur et un plaisir d'ouvrir la Deuxième Conférence Régionale sur le Planning Familial à Domicile. Il m'est particulièrement agréable à cette occasion de vous exprimer toute la satisfaction du Gouvernement Tunisien et du Ministère de la Santé Publique de vous voir choisir la Tunisie pour la tenue de cette conférence. Je suis convaincu que ce choix ne relève pas du pur hasard et qu'il traduit à la fois l'amitié que vous éprouvez pour notre pays ainsi que l'intérêt que vous portez à son expérience dans le domaine du planning familial. La Tunisie--charnière géographique, carrefour de civilisations de longue date, et terre d'hospitalité--reste prédisposée à abriter les rencontres de ce genre. Son action dans tous les domaines, et tout particulièrement dans les domaines scientifiques, s'est toujours inscrite, grâce à l'impulsion du Président Bourguiba, dans le cadre de la coopération la plus franche et la plus large avec les pays amis. Sa foi en la vertu de la coopération internationale est inébranlable et n'a d'égal que sa conviction que les manifestations du genre de celle que vous organisez aujourd'hui ne font qu'enricher les expériences, dynamiser les échanges, et raffermir les rapports pour le bien de tous.

Soyez donc les bienvenus en Tunisie. Merci au Centre Battelle des Etudes sur la Population qui a bien voulu nous offrir l'occasion de nous rencontrer, et puisse le succès total couronner vos travaux.

Les problèmes que vous aurez à étudier lors de ce séminaire sont d'une grande importance. Touchant aux connaissances acquises par les programmes innovateurs de distribution des moyens du planning familial par village et par ménage dans les pays de l'Afrique et de l'Asie Occidentale, ces problèmes ne sauraient nous laisser indifférents. L'examen de ces connaissances, ne manquera pas en effet de procurer des informations précieuses sur le rôle et la portée des différents programmes de planning familial dans ces régions. Cela ne manquera pas non plus d'enricher davantage notre propre expérience à la lumière des expériences en cours dans d'autres pays.

Si la Tunisie accorde au planning familial tant d'importance, c'est parce que le planning familial a toujours occupé une place de choix dans la lutte que mène la Tunisie depuis son indépendance contre le sous-développement. Dès 1956, et au lendemain de l'indépendance, le Président Bourguiba, grâce à sa politique clairvoyante et d'avant-

garde a résolument engagé le pays dans la voie du progrès et de la justice sociale en vue d'améliorer la qualité de la vie du citoyen. A ce but il fallait tout d'abord mettre de l'ordre dans la famille tunisienne, libérer la femme, abolir la polygamie, et promulguer le Code du Statut Personnel. Ce fut une véritable révolution, unique dans le monde musulman, qu'il n'a pas hésité à entreprendre convaincu qu'il était de la nécessité et de la portée de l'émancipation féminine.

Toujours fidèle au même idéal de dignité et de bien-être, la Tunisie nouvelle a pris d'autres mesures. C'est ainsi que l'âge du mariage a été sensiblement relevé aussi bien pour l'homme que pour la femme, qu'un effort prodigieux et constant, objet d'une légitime fierté, a été consenti dans le secteur de l'enseignement, que l'Institut National de Santé de l'Enfant a vu le jour, et que les centres de protection maternelle et infantile ont été multipliés partout dans le pays. Et c'est dans le cadre de cet ensemble de mesures, et d'autres non moins importantes, que s'insèrent les efforts de la Tunisie en matière de planning familial.

Notre action dans ce domaine a toujours bénéficié de la bienveillante sollicitude et du soutien particulier du Président Bourguiba à telle enseigne qu'il a institué depuis 1974 un prix d'encouragement décemé annuellement au gouvernorat enregistrant les meilleurs résultats en matière de planning familial.

Les structures mises en place, tel que l'Office National du Planning Familial et de la Population, ou encore l'Association Tunisienne de Planning Familial, ont déployé, à tous les niveaux, des efforts considérables pour sensibiliser les masses aux pratiques de la planification des naissances et de les convaincre de la vertu salvatrice de ces pratiques sur les plans économique et social. Les méthodes de contraception qui leur sont proposées s'améliorent et se diversifient de jour en jour.

Nous avons donc opté résolument pour le planning familial qui est dans notre conception synonyme de régulation des naissances. Nous voulons que le planification familiale soit pour la santé de la famille un facteur de protection et de promotion.

Et c'est dans ce contexte bien précis que s'inscrit l'action de l'Office National du Planning Familial et de la Population. Depuis sa création en 1973, il a eu pour mission de traduire en programme et plans d'action, les objectifs démographiques définis par notre plan de développement économique et social. Les résultats déjà enregistrés prouvent que l'action entreprise dans ce domaine a contribué d'une manière efficace à la promotion de la

famille tunisienne, à son équilibre, et à son insertion dans la vie moderne.

L'attitude du tunisien vis-à-vis de la procréation et des responsabilités familiales a sensiblement et positivement évolué. Cette mutation heureuse des mentalités et des comportements a été possible grâce à un travail en profondeur et méthodique axé principalement sur l'information et l'éducation.

Nous nous interdisons tout autoritarisme et toute contrainte, et nous demeurons profondément convaincus que seule, dans ce domaine, une adhésion massive et librement consentie est opérante.

C'est qu'en Tunisie la foi en l'homme, fondement principal de la philosophie bourguibienne, est à la base de notre action dans tous les domaines. Il en découle, et c'est ce qui fait peut-être l'originalité et la vocation humaniste du programme tunisien de planning familial, que le concept même de régulation des naissances supplante celui de la limitation des naissances proprement dite.

Ce concept a pour base la nécessité de protéger la santé de la mère et par voie de conséquence, celle de l'enfant, donc de toute la famille. S'il est vrai en effet que les enfants font le bonheur de leurs parents, il n'en est pas moins vrai que le bien-être de l'enfant dépend dans une large mesure de celui de sa mère. Un enfant, délaissé pour ainsi dire par une mère indisponible et dont la santé est minée par des grossesses successives et peu espacées ne saurait s'épanouir d'une manière harmonieuse ni devenir le citoyen équilibré que la société attend.

Ainsi donc, pour le couple d'aujourd'hui, planifier les naissances, c'est bien sûr aligner la dimension de la famille sur ses ressources et même planétaires qui sont hélas loin d'être inépuisables; mais c'est aussi se réclamer d'une éthique sociale selon laquelle la société a besoin d'hommes sains, équilibrés, et épanouis pour pouvoir elle-même s'épanouir; et c'est enfin exercer un droit reconnu fondamental lors de la Conférence de Téhéran en 1967 et confirmé par la Conférence du Bucarest en 1974.

Aussi est-il à notre sens évident qu'un couple qui opte pour la contraception est un couple conscient et libéré. Par son choix, il garantit à sa famille une vie équilibrée et harmonieuse, et contribue, par la-même, au développement d'une société saine.

Telles sont, succintement exposées, quelques unes des caractéristiques de l'expérience tunisienne dans le domaine du planning familial, et telle est, rapidement brossée, la

conception que nous nous en faisons. Nous sommes profondément convaincus que vos travaux dans le cadre de ce séminaire auront un effet positif sur notre action et fourniront un nouveau soutien à la diffusion des programmes de planning familial en Tunisie et partout dans le monde.

# A. COMMUNICATIONS GENERALES

# PLANNING FAMILIAL ET SANTE: LA RELATION ESSENTIELLE

Abdel R. Omran
Khairia F. Omran[1]

Au cours des dernières années, on a beaucoup fait état des avantages du planning familial relativement à l'explosion démographique, avec les conséquences sociales, économiques, et environnementales qui en résultent. Notre souci de la race humaine et du monde en général nous a cependant amenés à négliger l'importance du planning familial en ce qui concerne la santé mentale et physique des femmes, des enfants, et des familles. Il ne fait aucun doute que la qualité de la vie peut être améliorée grâce au planning familial, et que l'amélioration de la santé, en particulier les chances accrues de survie pour l'enfant, constituent un encouragement certain au planning familial dans les zones de haute mortalité/fécondité. Nous avons le sentiment que l'expérience acquise grâce à la recherche en matière de santé et grâce aux systèmes en assurant la mise en oeuvre, peut grandement être mise à profit dans l'établissement d'un programme de planning familial.

Ces pages sont consacrées à la relation essentielle (double interaction) qui unit planning familial et santé. Le lien entre planning familial et la santé n'est pas étranger à cette partie-ci du monde. Depuis le 6eme siècle, le saint Coran enseigne aux fidèles que porter un enfant ne devrait jamais être une source de douleur pour la mère, et les livres de médecine arabe et islamique ont toujours enseigné aux praticiens les méthodes de planning familial, mettant ainsi en oeuvre les préceptes du Coran. Quand ces livres furent traduits en Europe, les passages relatifs à la contraception furent omis parce qu'il n'était pas possible à cette époque de traiter de sujets se rapportant au sexe.

Le champ d'application de cette relation essentielle entre santé et planning familial étant tellement vaste, nous reduirons ces relations à 12 points essentiels, assortis de quelques illustrations. Ces 12 points sont les suivants:

1. Planning Familial et Santé de l'Enfant

2. Planning Familial et Santé de la Mère

---

[1] Le Dr. Khairia F. Omran est coordinatrice des Etudes Moyen-Orientales dans le cadre du Programme de Recherches sur la Fecondité Internationale, au Research Triangle Park en Caroline du Nord.

3. Planning Familial et Grossesse chez les Adolescentes

4. Planning Familial et Equilibre Familial

5. Méthodes de Planning Familial et Santé

6. Santé, Nutrition, Lactation, et Fécondité

7. Planning Familial et Infertilité

8. Planning Familial et Services Sanitaires

9. Planning Familial et la Consultation Génétique

10. Planning Familial et l'Epidémie des Avortements Illégaux

11. Planning Familial et la Perte d'un Enfant: le Point de Vue Opposé

12. Planning Familial et la Transition Epidémiologique

Chacun de ces points est discuté en détail dans les sections qui suivent.

## PLANNING FAMILIAL ET SANTE DE L'ENFANT

Un planning familial efficace--détermination du nombre d'enfants au sein de la famille, ajustement des grossesses à l'âge de maternité optimal, espacement des naissances à des intervalles optimaux--peut influencer de manière favorable et à plus d'un titre la santé, le développement, et le bien-être des certains membres de la famille. L'expérience mondiale indique qu'un nombre élevé d'enfants, de courts intervalles entre les naissances, et des grossesses des femmes ayants moins de 18 ans ou plus de 35 ans font peser sur la santé des risques dont les incidences ont été établies. Parmi les plus éminents de ces risques figurent la possibilité accrue d'avortement spontané, d'enfant mort-né, de mortalité périnatale, de prématurité, de mortalité infantile, de malnutrition, d'infection, de retard physique et mental pendant la croissance.

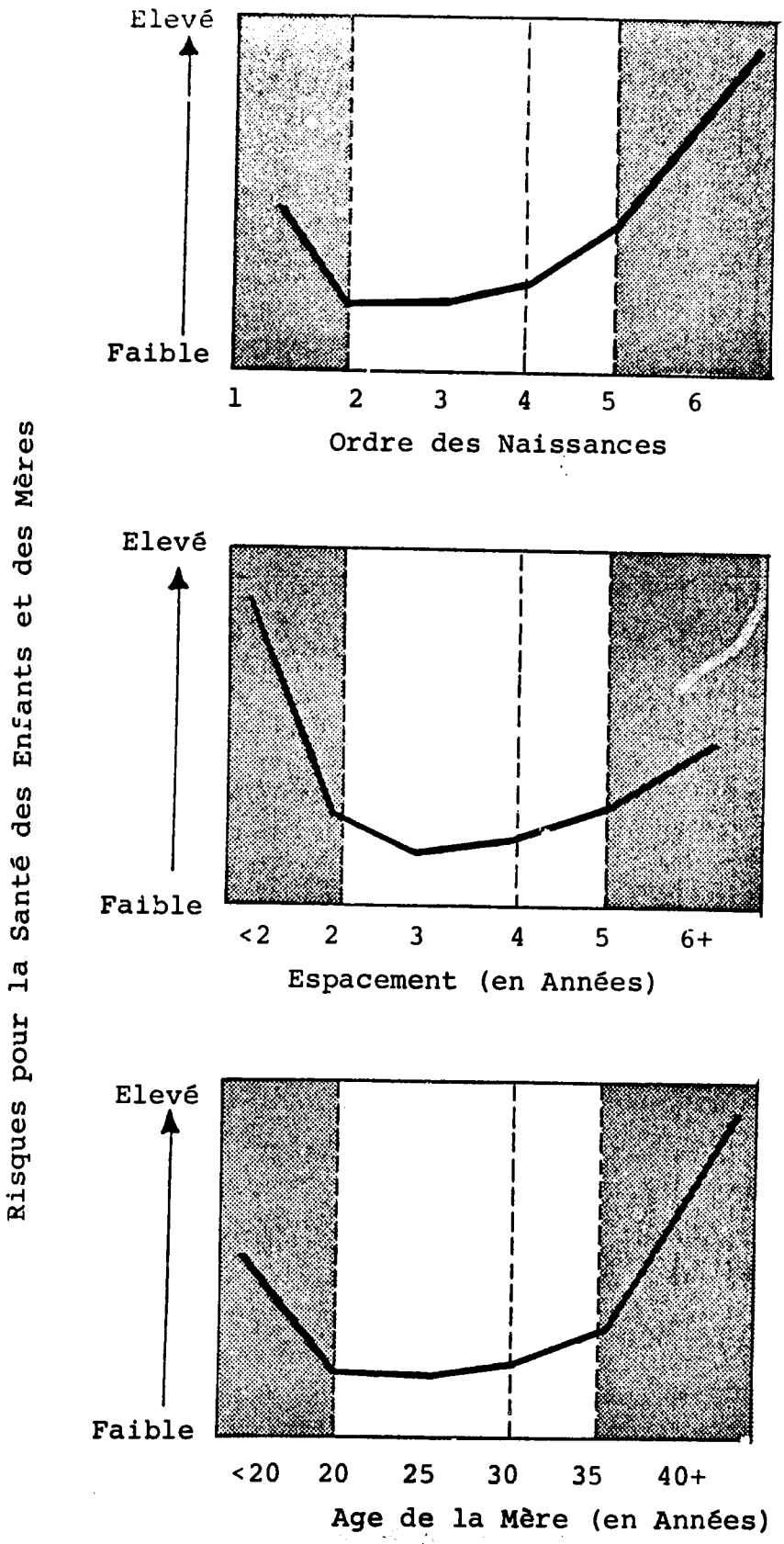
En ce qui concerne l'ordre des naissances, des études venant de pays industriels et développés ont montré de façon probante que les chances de survie sont plus grandes pour les enfants issus de maternités précoces que pour ceux issus de maternités tardives, exception faite pour le premier enfant. Les risques attachés à la première grossesse sont de

nature à la fois biologique et sociale. Le système reproducteur n'est pas aussi bien préparé pour la première grossesse qu'il ne l'est pour la seconde ou la troisième, en particulier si la mère est très jeune. De plus, les jeunes mères de moins de 20 ans ont tendance à se trouver désavantagées à la fois socialement et du fait de leur manque d'expérience à affronter les tensions physiologiques et psychologiques liées à la première grossesse, comme le montre la Figure 1.

Une étude portant sur 1.000 naissances consécutives, en Inde, indique que les risques de mortalité avant ou immédiatement après la naissance étaient de 13% pour le premier enfant; 5% pour le second; 11% pour le troisième, le quatrième, et le cinquième; 16% du sixième au neuvième; et 25% à partir du dixième (Bajpai et al., 1966). Des résultats similaires furent tout aussi bien obtenus dans les pays développés et les sociétés hautement industrialisées. Par exemple, une étude américaine extensive porta sur près d'un demi-million de naissances enregistrées dans l'Etat de New York, à l'exclusion de la ville de New York, entre 1950 et 1962. Les risques de mortalité foetale et infantile étaient élevés pour le premier enfant, relativement bas pour le second, et grandissaient ensuite au fur et à mesure que les naissances se succédaient (Chase, 1961 et 1962).

La question de savoir si ce phénomène est commun aux pays riches et aux pays pauvres trouva sa réponse dans une étude à l'échelle de la nation, en Angleterre et au pays de Galles, qui porta sur toutes les naissances survenues dans le temps d'une année. Les risques de mortalité infantile, eu égard à des rangs équivalents de naissances, s'avèrent plus grands pour les enfants issus de classes sociales pauvres que pour ceux issus de classes sociales riches, découverte sans surprise. Cependant, cette étude démontra que les risques de mortalité étaient plus élevés pour le quatrième et le cinquième enfant que pour le second et le troisième, et ce dans l'une comme dans l'autre catégories sociales. Ainsi, les mérites du planning familial ne se limitent aucunement aux plus défavorisés.

En ce qui concerne l'espacement des naissances, ce qui ressort des recherches confirme qu'un intervalle trop court est particulièrement dangereux pour la santé de l'enfant (voir Figure 1). Par exemple, des études effectuées dans le Punjab, en Inde (Wyon et Gordon, 1962); dans l'île de Kauai, à Hawaî (Yerushalmy et al., 1956); et en Grande-Bretagne (Douglas, 1950), montrèrent qu'avortement spontané, enfant mort-né, mortalité infantile, et mise au monde de prématuré survenaient extrêmement fréquemment quand l'intervalle entre les naissances était de moins d'un an, et restaient encore fréquents quand l'intervalle était de un à deux ans. Il est clair qu'un certain espace de temps est indispensable




Nombre d'enfants:

- Risques plus élevés pour le premier, le quatrième, et au-delà.
- Le plus sûr: deux ou trois.

Espacement des grossesses:

- Risques plus élevés au-dessous de deux ans et au-dessus de cinq ans.
- Le plus sûr: deux à quatre ans.

Ages pour les grossesses:

- Risques plus élevés à moins de 20 ans et à plus de 35 ans.
- Le plus sûr: entre 20 et 35 ans.

Fig. 1. Bornes de sûreté pour la reproduction humaine. (SOURCE: Omran, 1974.)

pour permettre au système reproducteur de la mére de se refaire et au corps en général pour reconstituer en vue d'une autre grossesse ses réserves épuisées. Quand les courts intervalles entre les naissances se combinent à une maternité très précoce, les risques qui pèsent sur la santé de l'enfant sont alors les plus élevés.

Accorder la grossesse à l'âge optimal de la maternité est une affaire de grave importance: l'âge auquel survient la conception peut être déterminant en ce qui concerne la venue à terme de la grossesse, les chances de survie du nourrisson, puis de l'enfant, et les risques de malformation. Comme cela a déjà été mentionné, des grossesses survenant à un âge trop précoce, en particulier quand elles se répètent à des intervalles trop rapprochés, sont dangereuses et pour la mère et pour l'enfant. Cela s'applique plus particulièrement aux pays moins développés où les filles se marient avant de 20 ans, c'est-à-dire à un âge où leur croissance d'enfant n'est pas achevée (voir ci-dessous Planning Familial et Grossesse chez les Adolescentes). Le risque est encore accru du fait de l'état fréquent de malnutrition chez les mères. A l'autre bout de l'échelle des âges reproductives--à partir de 30 ans, et, de façon très nette, après 35 ans--les risques de mortalité infantile augmentent et des certaines maladies affectent plus facilement les survivants (se reporter à la Figure 1). Par exemple, les enfants nés de mères plus agées courent davantage le risque de développer des malformations congénitales et d'être arrierés mentalement.

Les enfants qui ont survécu aux dangers inhérents à des grossesses sans contrôle s'avèrent davantage sujets à toutes sortes de maladies, infirmités, et états chroniques de mauvaise santé que ceux nés dans des familles soucieuses de planifier les naissances. Par exemple, il a été noté que les enfants de familles nombreuses sont davantage enclins aux maladies contagieuses (Dingle et al., 1964), à la malnutrition (Wray et Aguirre, 1969), et aux troubles de croissance et de développement.

Depuis la 2de Guerre Mondiale, des rapports alarmants venant de divers pays se sont accumulés, qui indiquent que le développement intellectuel des enfants survenus à des intervalles rapprochés est caractéristiquement plus bas que celui des enfants survenus à intervalles espacés. En d'autres termes, le QI des premier, second, et troisième enfants est plus élevé qui celui du quatrième et des suivants (Reed et Reed, 1965). Des études montrent aussi que le retard mental est plus courant chez les enfants de familles nombreuses (Passamanick et Lilienfield, 1965). La signification politique et économique de ce fait est frappante, attendu que la prédominance des naissances à intervalles rapprochés et les risques afférents de handicap

intellectuel sont plus grands dans les pays moins développés. Au premier rang des facteurs influençant l'intelligence des enfants issus de maternités tardives, figurent l'intérêt déclinant des parents et la réduction du contact verbal et émotionnel avec l'enfant dans les familles nombreuses. En revanche, quand les mères ont la maturité requise et un nombre peu élevé d'enfants à des intervalles suffisants, elles ont aussi plus de chances de favoriser le développement intellectuel et mental de leurs enfants que les mères surchargées d'enfants conçus très près les uns des autres.

## PLANNING FAMILIAL ET SANTE DE LA MERE

Une mère qui met des enfants au monde dans des conditions défavorables relativement à la constitution d'une famille se trouve également exposée à des risques accrus de mortalité et de maladie, de complications de grossesse, et de mise au monde difficile (voir Figure 1). Un examen critique de 45.414 cas d'obstétrique consécutifs, entre 1869 et 1939, à l'Hôpital Johns Hopkins, a montré que les femmes ayant eu beaucoup d'enfants avaient un taux de mortalité trois fois plus élevé que les femmes ayant eu peu d'enfants. Ce taux élevé de mortalité était dû à une rupture de l'utérus, à de l'hypertension, à des maladies de rein, ou à une hémorragie associée au placenta previa (Eastman, 1940). Malgré le déclin de la mortalité maternelle en bien des pays depuis cette étude rétrospective, les risques attachés à la parité élevée continuent à être un problème de la santé, en particulier quand la mère est très jeune et que les intervalles entre les naissances sont extrêmement courts.

Des études récentes ont montré que, en plus des complications affectant la grossesse et le travail, les femmes qui mettent souvent au monde ont des chances accrues de développer le diabète (Middleton et Caird, 1968), le cancer du col de l'utérus (Maliphant, 1949), et des rhumatismes articulaires (Chen et Cobb, 1960). (Les pères de familles nombreuses ont tendance à faire de l'hypertension et à développer des ulcères de l'estomac.)

Un autre facteur qui affecte la mortalité maternelle et les risques de maladies est l'âge de la mère. Les mères qui conçoivent entre 30 et 40 ans ont deux fois plus de chances de mourir pendant la grossesse ou l'accouchement que les femmes âgées de 20 à 30 ans--âge optimal pour porter un enfant. Chez les femmes de plus de 40 ans les risques croissent progressivement et sont quatre à cinq fois supérieurs à ceux encourus par une femme d'âge optimal. En termes médicaux, la grossesse entre 30 et 35 ans et au-delà

est considérée comme une grossesse à risque élevé. D'après une étude faite en Thaïlande, les femmes au-dessus de 35 ans se virent octroyer 40% des cas de mortalité chez la mère, alors qu'elles ne contribuèrent qu'à 20% du total des naissances. Il a été estimé pour le cas thaï que si le planning familial amenait la disparition de cette catégorie de grossesses à risques élevés, quelques 1.500 femmes seraient sauvées de la mort chaque année, et 250.000 naissances seraient évitées (Kessler et Standley, 1973). Un planning familial de ce genre aurait alors un double intérêt: il éviterait un accroissement excessif de la population et, aussi, sauverait la vie de femmes dont leur mari et leurs enfants ont tant besoin.

## PLANNING FAMILIAL ET GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

Le fait de porter un enfant avant l'âge de 20 ans est un grave problème psychologique et social, et qui a trait aussi à la santé. Il a atteint les proportions d'une épidemie en de nombreux pays développés et moins développés. Le problème se complique quand les naissances ont lieu en dehors du mariage ou quand elles conduisent à des pratiques abortives.

Sur une base générale, 10-15% du total des naissances dans le monde--soit 12 à 18 millions de naissances chaque année--sont le fait de mères de moins de 20 ans. Le problème ne se limite pas aux pays moins développés, où l'on se marie relativement jeune et où la contraception avant l'âge de 20 ans est à peu près inconnue; il est aussi courant dans les sociétés les plus développés. Il est également patent que le taux de grossesses avant 20 ans s'est accru dans bien des pays. Par exemple, en Allemagne de l'Est, le pourcentage total des naissances chez les mères de moins de 20 ans est passé de 13,6% en 1963 a 23,0% en 1972; au Chili, les taux sont passé de 12,1% en 1966 à 15,5% en 1971; et aux Etats-Unis, le même taux est passé de 14,5% en 1963 à 19,3% en 1972. Quelques pays avaient des taux intérieurs avec des tendances à l'augmentation--par exemple, l'URSS (de 3,3% en 1963 à 8,8% en 1973), et les Philippines (de 6,7% en 1964 à 8,3% en 1969). D'autres pays, au contraire, ont eu la tendance inverse--par exemple, la Tunisie (de 7,9% en 1965 à 6,1% en 1971) et la Suède (de 11,7% en 1967 à 7,5% en 1973). Le Japon a eu le taux le plus bas (0,9% en 1973), et Madagascar le taux le plus élevé (23,2% en 1972) (ONU Annuaire Demographique).

Un groupe de scientifiques, de l'OMS, indiquait, en 1975, que les grossesses des femmes en dessous de 20 ans

comportent de grands risques d'empoisonnement du sang, de prééclampsie, d'anémie (plus particulièrement dans les familles pauvres), et de poids faible à la naissance et anomalies congénitales chez la progéniture, aussi bien que des problèmes socio-psychologiques chez les mères (OMS, 1975).

Des études menées dans plusieurs pays confirment ce risque élevé de mortalité chez la mère et chez le nourrisson, quand la mère a moins de 20 ans, comparativement au risque moins grand si la grossesse ne se produit pas avant 20 à 24 ans. Les Tableaux 1 et 2 illustrent ces risques comparés pour quelques pays selectionnés. (Pour de plus amples détails, voir Omran, 1971a, 1976; et Nortman, 1974.)

TABLEAU 1

MORTALITE DES ENFANTS (DECES PAR 1.000 ENFANTS DE MOINS D'UN AN) PAR L'AGE DE LA MERE

| Age de la Mère | Sao Paulo (Brésil) | El Salvador | Californie (Etats-Unis) |
|---|---|---|---|
| 19 ans ou moins | 104 | 120 | 26 |
| De 20 à 24 ans | 68 | 84 | 16 |
| A tous les âges | 65 | 88 | 18 |

SOURCE: Eckholm et Newland, 1977.

TABLEAU 2

MORTALITE DES MERES (DECES PAR NAISSANCES OU L'ENFANT SURVIT) PAR L'AGE DE LA MERE

| Age de la Mère | Etats-Unis 1974 | Thaïlande 1971 | Matlab Thana (Bangladesh) 1968-71 |
|---|---|---|---|
| 19 ans ou moins | 11 | 204 | 860 |
| De 20 à 24 ans | 10 | 154 | 380 |
| A tous les âges | 15 | 210 | 570 |

SOURCE: Eckholm et Newland, 1977.

A titre d'illustration complémentaire, un rapport préparé par l'Institut Alan Guttmacher, paru en 1976, présente les informations suivantes relatives à la grossesse avant 20 ans aux Etats-Unis:

Predominance:

- Chaque année, environ 10% des adolescentes (environ 10 millions) deviennent enceintes et 6% mettent au monde.
- Un tiers des naissances chez les adolescentes se font hors mariage.
- Un tiers des naissances chez les mères mariées ont été conçues avant le mariage.
- Les deux tiers des grossesses chez les adolescentes sont accidentelles: chaque année, 4 millions de jeunes filles/femmes de moins de 20 ans aux Etats-Unis courent le risque de grossesse involontaire (c'est-à-dire ont des rapports sexuels mais ne veulent pas devenirs mères à ce moment-là de leur vie).
- Les plus jeunes n'ont aucune part au déclin de la natalité aux Etats-Unis.

Conséquences sociales:

- Les mères de moins de 20 ans n'ont pas de qualifications professionnelles, ce qui leur fait courir un grand risque de non-emploi et de dépendance quant à leur situation économique.
- Les mariages des adolescentes ont deux à trois fois plus de chances de se défaire que les mariages qui viennent juste après la 20eme année de la femme. On a estime que trois sur cinq des mariages avant 20 ans aboutissent à un divorce dans les six ans.
- La grossesse chez les adolescentes a pour effet démographique d'allonger le temps de fécondite. Les mères jeunes auront deux à trois fois plus d'enfants.
- L'ignorance de l'existence de services de planning familial et l'impossibilité d'y accéder sont les principales raisons qui furent données pour justifier le non recours à la contraception.

Conséquences sur la Santé (en comparaison des grossesses entre 20 et 24 ans):

- Les bébés des jeunes de moins de 20 ans ont deux à trois fois plus de risques de mourir au cours de la première année.
- Les risques quant à l'insuffisance du poids à la naissance sont doubles pour les enfants des mères adolescentes.
- Les risques de mortalité maternelle sont de 60% plus élevés que chez une mère de plus de 20 ans.
- Empoisonnement du sang et anémie due à la grossesse sont les dangers obstétriques les plus graves.

## PLANNING FAMILIAL ET EQUILIBRE FAMILIAL

Un autre aspect du comportement reproducteur concerne sa relation à l'équilibre familial. Avec l'intérêt croissant accordé aux relations familiales et à l'accord marital, les modèles de constitution de la famille prennent une signification plus large. Nombre d'études dans les pays développés montrent qu'il y a généralement un déclin dans la réussite de l'accord marital à mesure de l'accroissement du nombre des enfants. Dans l'une de ces études qui avait trait a la fois aux facteurs psychologiques et sociaux affectant la fécondité, et à la relation qui existe entre la taille de la famille et l'accord marital, il fut demandé aux couples de s'exprimer sur leur bonheur marital. Une analyse des élements obtenus a montré que les couples ayant moins de trois enfants étaient, en moyenne, plus heureux que ceux avec trois enfants et plus (Reed, 1947). D'autres études sur le comportement des enfants révèlent un nombre plus grand de problèmes de comportement--y compris la délinquence juvénile--chez les enfants issus de familles nombreuses (Templeton, 1962; Christensen, 1968). La pratique de la contraception favorise aussi les rapports entre mari et femme en réduisant la crainte d'une grossesse non-souhaitée.

## METHODES DE PLANNING FAMILIAL ET SANTE

Les diverses méthodes de planning familial ont un aspect en rapport avec la santé qui leur est particulier. Jamais dans l'histoire n'ont tant de gens utilisé de plein

gré des méthodes mécaniques, chimiques, hormonales, et chirurgiques pour régler la fécondité. En plus du fait qu'elles préviennent des risques graves ou des grossesses non-désirées, certaines méthodes s'avèrent avoir des avantages du point de vue de la santé. Par exemple, les condoms garantissent des maladies vénériennes, le diaphragme et les condoms peuvent prévenir le cancer du col d'uterus, et les contraceptifs oraux sont associés avec des occurrences moins fréquentes des tumeurs du sein non-cancéreuses et aux kystes ovariens, comme à une amélioration de la dysmenhorrée ou des irrégularités menstruelles.

D'un autre côté, des dangers bien définis pouvant influer sur la santé ont été associés à certaines méthodes. La pilule, en particulier quand elle est utilisée par des femmes de plus de 40 ans, a été associée à des risques accrus de différentes sortes, tels que les phénomènes thromboemboliques, l'hypertension, gain de poids, et récemment, quelques cas rares de tumeurs hépatiques d'origine glandulaire. La pilule fait actuellement l'objet de recherches minutieuses dans divers centres de recherche du monde, et il est à souhaiter que des conclusions seront bientôt tirées disant si son utilisation généralisée demeure toujours sans danger. Trois points cependant, doivent être soulignés en ce qui concerne la sécurité de la pilule:

- Jusqu'à présent, les risques attachés aux effets secondaires de la pilule sont moindres que les risques affectant les grossesses qu'elle évite.

- Certains dangers, en particulier la thromboembolisme, affectent les individus de façon variable, et une évaluation plus soigneuse des risques, selon le contexte où ils se présentent, devrait être faite.

- Les risques apparus dans les groupes de recherche et qui ont une valeur statistique, ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux auxquels se trouvent confrontés des individus spécifiques au sein de la communauté.

D'autres méthodes contraceptives entraînent des dangers pour la santé. Le DIU est associé aux pertes de sang, douleurs dans le dos, et, sous différentes formes, à des infections. L'avortement, quand il est effectué illégalement, sans compétence, et dans un contexte environnemental défectueux, est susceptible de poser un grave problème de santé pour l'individu et pour la communauté. Toutefois, l'avortement médical, effectué dans les trois premiers mois, est relativement sûr, et les pays dotés de lois libérales en matière d'avortement ont enregistré une réduction sensible des maladies et de la mortalité imputables à l'avortement.

La stérilisation est en train de devenir une méthode populaire de contrôle de la fécondité, dans les pays développés comme dans les pays moins développés. La sécurité de la vasectomie continue à être sans égale, et celle de la stérilisation des femmes est en train de s'améliorer avec de nouvelles techniques plus simples, en particulier la laparoscopie et la mini-laparotomie.

Une analyse comparative de la mortalité associée aux méthodes de planning familial et à la grossesse est donnée dans le Tableau 3. Elle est basée sur un modèle de simulation développé par Tietze et ses associés (1976). Eu égard au développement actuel phénoménal de l'usage des méthodes de planning familial, le corps médical ne peut échapper au devoir d'évaluer avec soin, cliniquement et épidémiologiquement, la sécurité, l'efficacité d'emploi, la tolérance, et la fiabilité des méthodes s'y rapportant.

Les résultats qu'accumule la recherche sociale et biomédicale intensive sont et devraient continuer à être utilisés pour guider le développement, la sélection, et l'introduction de nouvelles méthodes, avec comme objectif ultime de constituer un échantillonnage des méthodes "idéales" adaptées aux communautés humaines particulières.

## SANTE, NUTRITION, LACTATION, ET FECONDITE

Un aspect de la relation essentielle entre santé et planning familial (ou son défaut) concerne la nutrition, la lactation, et la fécondité. Santé de la mère et nutrition, comme lactation et sevrage, peuvent affecter la fécondité d'une manière positive ou d'une manière négative.

- L'inanition et la famine peuvent dimunuer la fécondité, mais la malnutrition chronique n'a pas la réputation d'avoir le même effet, sauf peut-être à prolonger le délai qui affecte la reprise des menstruations après la période d'aménorrhée qui suit les couches. En revanche, la malnutrition peut raccourcir la période de lactation ce qui à son tour peut raccourcir la période d'aménorrhée.

- L'amélioration de la santé et de la nutrition dans une société ne pratiquant pas la contraception sont connues pour accroître la fécondité, en particulier quand la mortalité diminue et que l'espérance de vie augmente. Dans de telles conditions, il y a une réduction du veuvage et un accroissement de la période pendant laquelle il est possible de concevoir; il y a aussi une

TABLEAU 3

CHIFFRE ANNUEL DE NAISSANCES OU L'ENFANT SURVIT, DES AVORTEMENTS PROVOQUES, ET DES DECES ASSOCIES AU CONTROLE DE LA FERTILITE (par 100.000 femmes, par moyen de contrôle et par l'age de la femme)

| Moyen de Contrôle et Issue | Age par Groupes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 |
| A. Pas de contrôle | | | | | | |
| Naissances où l'enfant survit | 49.250 | 59.260 | 54.290 | 49.180 | 37.810 | 18.250 |
| Décès associés à la naissance | 5,3 | 5,0 | 6,6 | 12,3 | 15,5 | 12,6 |
| B. Avortements seulement | | | | | | |
| Avortements provoqués | 96.520 | 128.470 | 121.770 | 108.220 | 85.720 | 37.690 |
| Décès associés à un avortement | 2,2 | 2,4 | 2,3 | 4,5 | 7,9 | 3,8 |
| C. Contraception orale, pas d'avortements | | | | | | |
| Naissances où l'enfant survit | 1.120 | 1.870 | 1.770 | 1.560 | 1.090 | 380 |
| Décès associés à la naissance | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| Décès associés à la méthode | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 4,8 | 6,9 | 24,5 |
| Total des décès | 1,4 | 1,5 | 1,5 | 5,2 | 7,3 | 24,8 |
| D. DIU, pas d'avortements | | | | | | |
| Naissance où l'enfant survit | 1.120 | 1.870 | 1.770 | 1.560 | 1.090 | 380 |
| Décès associés à la naissance | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| Décès associés à la méthode | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| Total des décès | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 1,4 | 1,4 | 1,3 |
| E. Contraception traditionnelle, pas d'avortements | | | | | | |
| Naissances où l'enfant survit | 9.950 | 15.490 | 14.520 | 12.890 | 9.190 | 3.430 |
| Décès associés à la naissance | 1,1 | 1,3 | 1,8 | 3,2 | 3,8 | 2,4 |
| F. Contraception traditionnelle et avortements | | | | | | |
| Avortements provoqués | 13.310 | 19?.860 | 18.820 | 17.300 | 12.550 | 4.900 |
| Décès associés à la naissance | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,7 | 1,2 | 0,5 |

SOURCE: Tietze et al., 1976.

amélioration des conditions de mauvaise santé associées à une sous-fécondité et à l'infertilité secondaire. De plus, les conditions sociales associées à une amélioration des conditions de santé peut conduire à imiter de façon non souhaitable l'habitude occidentale d'allaiter pendant peu temps (quand ce n'est pas du tout), ce qui accroîtrait encore la fécondité.

La survie de l'enfant prolonge la lactation et allonge la période d'aménorrhée qui suit la naissance--en comparaison, par exemple, avec la durée de cette période dans les cas d'enfants morts-nés, ou morts dans les jours suivants. (Toutefois, le recours à la contraception hormonale peut avoir un mauvais effet sur la lactation et ainsi priver l'enfant d'une importante source d'alimentation dans les sociétés pauvres.)

Bien que ces facteurs aient des effets différents sur la fécondité, le résultat final de l'amélioration de l'état de santé est habituellement une fécondité accrue, indiquant par là une nécessité d'autant plus grande de recourir au planning familial.

## LE PLANNING FAMILIAL ET L'INFERTILITE

L'infertilite peut être un problème tragique affectant le bien-être physique, social, et mental des couples mariées. Dans certains milieux sociaux et culturels, la condition et le bonheur des femmes (et quelquefois celui des hommes aussi) sont liés au fait d'avoir des enfants, surtout des fils. On estime que 10 à 15% des couples mariés sont incapables de concevoir; le pourcentage est plus élevé dans certaines communautés, particulièrement en Afrique.

Une vue d'ensemble de la littérature récente (Behrman et Kistner, 1975) montre les causes majeures de l'infertilité comme étant les suivantes: les facteurs hormonaux, 15%; facteurs cervicaux, 20%; facteurs fallopiens, 30 à 35%; et facteurs masculins, 30 à 35%. Les causes majeures en varient cependant d'une région à une autre. Par exemple, l'obstruction des oviductes (surtout gonococcique) domine en France; la tuberculose génitale, en Ecosse; les inflammations pelviennes, aux Etats-Unis; les maladies vénériennes et autres maladies endémiques, dans les pays d'Afrique.

Dans son sens le plus large et le plus positif, le planning familial englobe la prévention et le traitement de l'infertilité et du peu de fécondité surtout quand ils se

produisent involontairement et avant que le nombre désiré d'enfants ait été obtenu. Par conséquent, même dans un monde surpeuplé, les cliniques de planning familial doivent inclure le traitement de l'infertilité dans leurs services.

## LE PLANNING FAMILIAL ET LES SERVICES SANITAIRES

Les programmes de planning familial qu'ils fassent ou non partie de programmes sanitaires plus importants, pourraient profiter énormément de la longue expérience des professions sanitaires dans l'application de mesures de santé préventives et curatives. Le planning, la mise en oeuvre, et l'évaluation des programmes de planning familial pourront bénéficier des méthodes bien développées et ayant résisté à l'épreuve du temps des services de recherches sanitaires, particulièrement quand les services de santé et ceux du planning familial emploient la méthodologie et les principes de la recherche dont les opérations sont toujours en train de se développer.

En vue de ce dernier point, il serait donc pertinent de mettre en évidence les avantages potentiels qui pourraient découler de l'intégration du planning familial dans le système des services de santé.

1. Cette intégration porterait au maximum le facteur de service et garantirait que l'usage le plus efficient soit fait des approvisionnements, de l'équipement, du matériel de transport, du personnel, et de la structure d'organisation disponibles. De plus, les services de santé intégrés paraîtraient plus attrayants aux familles qui préfèrent une source unique de soins pour leurs problèmes de santé multiples.

2. Dans beaucoup de cultures conservatrices, on n'aime pas être vu dans une clinique de planning familial. Etre vu dans une clinique d'orientation générale où se trouvent des services diversifiés ne stigmatise pas autant.

3. Beaucoup de services de planning familial souffrent du manque de continuité de la part de ses usagers. Ceci pourrait être évité par le développement de services de surveillance conjointement avec les autres services de santé.

4. Des services de planning familial peuvent aussi être offerts d'une manière courante, comme faisant

partie des programmes pre- et post-partum et post-abortum, des soins pédiatriques, des programmes d'immunisation, et autres services sanitaires pour la famille. La raison d'être de cette approche est psychologique en même temps qu'opérationnelle, puisqu'elle introduirait les services de planning familial aux mères et aux familles au moment où leur motivation est la plus forte.

5. Certaines méthodes de planning familial, particulièrement le DIU la contraception hormonale, et les méthodes chirurgiques exigent une formation médicale en ce qui concerne la sélection des cas, la mise en oeuvre, la surveillance, et le traitement des effets secondaires. Le soutien et l'appui du monde médical et des équipes sanitaires sont hautement désirables.

6. Le soutien de la profession médicale en faveur des efforts de planning familial fut crucial pour obtenir l'acceptation politique et culturelle du programme. Ce soutien est toujours requis, que le programme de planning familial soit intégré ou non aux services de santé.

Il faut noter cependant que, dans certains pays ou certaines situations, l'intégration du planning familial dans les services de santé pourrait diminuer plutôt qu'augmenter l'efficacité du programme, ceci parce que:

1. La proportion étant couverte par les services de santé dans les pays en voie de développement n'est souvent que de 10%, surtout dans les régions rurales. Ceci ne suffirait guère à constituer un objectif pour le planning familial.

2. Les services de santé tendent à se concentrer dans les agglomérations urbaines, alors qu'une fertilité excessive, avec sa séquelle de problèmes sanitaires, est la plus élevée dans les régions rurales.

3. Les services de santé dans les pays en voie de développement ont été orientés jusqu'ici en vue de fournir des services à ceux qui en demandent, alors qu'en planning familial, la responsabilité de motiver la clientèle à demander ces services incombe au programme même.

4. Les services de santé du monde en voie de développement sont manifestement débordés, et le planning familial pourrait être considéré comme un fardeau supplémentaire. Bien certainement les autorités

sanitaires ne voudraient guère donner au planning familial une priorité plus haute que celle d'autres problèmes de santé pressants.

## LE PLANNING FAMILIAL ET LA CONSULTATION GENETIQUE

Les problèmes génétiques les plus importants concernent le développement sexuel tardif ou anormal, les avortements répétés, et certaines maladies génétiques de famille et les anormalités des chromosomes. Une fonction importante de la consultation génétique est d'offrir des informations concernant la transmission héréditaire de certains désordres, la possibilité de diagnostics intra-utérins pour les grossesses ultérieures, et la probabilité de la réapparition de certains désordres génétiques spécifiques au cours de grossesses subséquentes; ces consultations aident aussi à dissiper les sentiments de culpabilité qui peuvent accompagner la naissance d'un enfant anormal. (Pour détails supplémentaires, voir Goodlin, 1971).

Si les risques pouvant affecter un enfant sont trop grands, plusieurs possibilités s'offrent: les parents peuvent décider de pratiquer un moyen quelconque de contraception, d'adopter un enfant, ou d'avoir recours à l'insémination artificielle. Une autre alternative est que l'un des parents opte en faveur de la stérilisation. Dans certains cas appropriés, on pourrait offrir éthiquement aux parents un avortement thérapeutique, si d'autres grossesses affectées se produisent.

## LE PLANNING FAMILIAL ET L'EPIDEMIE DES AVORTEMENTS ILLEGAUX

Quand une société en voie de développement devient hautement motivée pour accélérer sa transition de la plus haute à la moindre fertilité, les avortements provoqués peuvent devenir une méthode si répandue pour contrôler la fertilité qu'elle atteint, ou pourrait atteindre, des proportions épidémiques. La prévalence des avortements tend à être fonction de plusieurs types de facteurs:

1. L'intensité du désir de limiter la fécondité au sein de segments importants de la population (une conséquence du degré d'assimilation dans la société de certains facteurs déterminants de faible

fertilité, communs aux sociétés en transition). Les facteurs déterminants importants de ce désir de limiter la fécondité comprennent:

a. Le fardeau économique croissant consituté par les enfants.

b. L'émancipation des femmes et leur participation croissante dans les rangs des travailleurs.

c. La modernisation et l'urbanisation, qui vont en augmentant.

d. La pression de la population au niveau de la famille ou de la société.

2. L'accessibilité de contraceptifs efficaces, y compris la stérilisation, et à quel degré on en fait usage.

3. Le niveau de tolérance culturelle des avortements, ainsi que la légalité et l'accessibilité des avortements.

La dynamique de la prévalence des avortements dans une société en transition est exposée ailleurs en plus grand détail (Omran, 1971b; Omran, 1975).

Le problème des avortements illégaux et ses conséquences sanitaires est un sujet de grand souci en de nombreux pays, particulièrement en Amérique Latine, où les admissions à cause de complications résultant d'avortements illégaux constituent de 30 à 50% des admissions dans les services de maternité, de l'usage des réserves de sang pour transfusions, et du coût général des sections de maternité. De plus, la mortalité maternelle associée aux avortements illicites est anormalement élévée. Les autorités alarmées de plusieurs pays se servent, ou envisagent de se servir, du planning familial comme d'une méthode de contrôle de l'épidémie d'avortements illégaux. D'autres pays (Tunisie, Inde, Chine, et autres) offrent une alternative plus sûre à celles faisant face à une grossesse non-désirée, sous la forme d'avortements médicaux, sanctionnés par la loi, et effectués dans des hôpitaux ou cliniques par un personnel formé. Les dangers, surtout mortels, suivants les avortements médicaux, sont extrêmement rares.

## LE PLANNING FAMILIAL ET LA PERTE D'UN ENFANT: LE POINT DE VUE OPPOSE

Les modèles et objectifs de la formation des familles (y compris le nombre d'enfants réel et idéal, le nombre

désiré d'enfants du sexe masculin ou féminin, et la réglementation de la fertilité) peuvent être influencés par l'expérience de la perte d'un enfant par certains couples, et/ou par la crainte de cette perte basée sur l'expérience de la communauté. D'après ce point de vue, appelé hypothèse de la survie de l'enfant, il existe une barrière psychologique (et aussi biologique) majeure à la limitation de la fécondité aussi longtemps que la mortalité infantile reste élevée. (Voir, par exemple, Omran, 1971a et 1971c). En théorie, il y aurait quatre mécanismes par lesquels la perte d'un enfant pourrait affecter la fécondité:

1. Les mécanismes involontaires ou biologiques, par lesquels l'intervalle d'infertilité suivant la perte d'un enfant est plus court que celui suivant la naissance d'un enfant qui survit (motivation biologique).

2. Réponse volontaire à la perte d'un enfant (motivation de remplacement).

3. Réponse volontaire à la perte anticipée d'un enfant, ou à la crainte de la perte d'un enfant (motivation d'assurance).

4. Réponse des organismes sociaux à une réduction générale de pertes d'enfants constituée par l'approbation de réglementations de la fécondité (motivation sociétale).

Quelqu'attrayantes que ces hypothèses apparaissent, il y a relativement peu de preuves empiriques irréfutables en leur faveur. Une discussion détaillée des preuves venant de la démographie historique, des courants actuels démographiques nationaux, des modèles simulés et économetriques, des études analytiques de corrélation et de régression, et des sondages spécifiques dans les familles, est offerte ailleurs (Omran, 1976). Une étude collaborative de l'OMS dans plusieurs pays montra que le nombre des grossesses jusqu'à l'âge de 40 à 45 ans et le nombre idéal d'enfants étaient tous deux positivement associés à la perte d'enfants au cours des trois premières naissances d'enfants vivants (Omran et Standley, 1976).

## LE PLANNING FAMILIAL ET LA TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE

C'est un sujet digne d'une longue discussion. A cause de nos limitations, cependant, nous nous contenterons d'en noter brièvement ici quelques points pertinents.

La transition de la mortalité et de la fertilité élevées à la mortalité et fertilité faibles dans les pays occidentaux au cours des deux derniers siècles est associée au développement social et économique. Ni la mortalité ni la fertilité ne furent manipulées vers leur déclin par des programmes sanitaires ou de planning familial, tout au moins au cours des stades initiaux du déclin. Ces observations ont mené certains à conclure que le développement économique, plutôt que le planning familial, est le moyen d'accomplir une réduction de la fertilité dans les pays du tiers monde. C'est un non-sens démographique, bien sûr, que de considérer les pays moins développés d'aujourd'hui de la même façon que les pays européens au 18eme siècle, et de s'attendre au fait que ce qui s'est passé dans ces pays se répètera actuellement. Nombre de raisons existent pour que les dynamiques de la révolution industrielle et démographique, telle qu'elle s'est passée à l'Occident, ne peuvent se répéter:

1. La transition occidentale fut graduelle et prit un siècle ou deux pour s'achever. Aujourd'hui nous ne pouvons attendre aussi longtemps.

2. L'Occident était en mesure d'absorber le coût de la transition vers le développement parce que: (1) les frais d'industrialisation, particulièrement les frais annuels, en étaient peu élevés; et (2) les matières premières et la main-d'oeuvre à bon marché pour le développement industriel furent produites par les colonies d'Afrique et d'Asie.

3. La pression démographique était modérée, pour ne pas dire faible, considérant le degré annuel de croissance:

   a. Le taux des naissances était de 35, comparé à celui de 50-55 dans les pays moins développés actuellement.

   b. Le déclin de la mortalité fut lent, comparé a celui, très rapide, dans les pays moins développés depuis 1947.

4. La pression de la population en Europe fut grandement réduite par l'émigration--25% de la population européenne émigra vers les nouvelles frontières d'outre-mer.

5. Le développement économique fut amélioré par des mécanismes constants de renforcement inhérents au changement de la fécondité. Sans ces renforcements continus en Europe, la transition économique aurait ralenti.

En d'autres termes, la fécondité en Occident déclina surtout à cause des changements concomitants des variables intermédiaires, en mêmes temps qu'une évolution lente prenait place dans les systèmes et les valeurs de la société envers les familles moins nombreuses. Nous ne sommes pas certains qu'un tel changement puisse se produire spontanément avec un développement rapide.

En outre, il ne paraît guère probable que les pays en voie de développement puissent atteindre leur but de réduction de la fécondité au moyen du seul développement économique. Puisque, Kirk (1971) établit certaines limites "de développement" au niveau desquelles un déclin rapide de la fertilité se produit généralement, il existe de nombreux pays (le Mexique et le Kuwait, par exemple), qui ont dépassé ces bornes sans réduction de leur fécondité.

Le problème est que le développement économique dans un société ne pratiquant pas la contraception peut causer l'augmentation de la fécondité plutôt que son déclin. C'est seulement avec la mise en oeuvre de programmes vigoureux de planning familial (comme ceux du Taiwan et de la Corée du Sud) que le développement peut réduire la fécondité. Il faudrait noter que certains pays (l'Inde, par exemple), pourraient réduire leur fécondité sans pour cela se rapprocher le moins du monde des bornes établies de développement. Il faudrait augmenter les recherches dans ce domaine; cependant, en général, tout se passe comme si les programmes de planning familial étaient moins efficaces à réduire la fécondité quand les indicateurs sociaux n'indiquent pas de changement.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le trait majeur de la présente communication est que le planning familial est une priorité sanitaire centrale dans tous les pays et un droit humain de base--quelle que soit la politique d'un pays donné envers la population, et que les services de planning familial et de communication fassent partie ou non du système de santé. Les couples et les dirigeants des pays devraient être mis au courant des avantages sanitaires du planning familial et de la nécessité d'organiser la reproduction de la race humaine en vue de minimiser les risques de santé pour tous ceux que cela concerne. Un plan pour la reproduction de la race qui serait bien constitué du point de vue de la santé devrait inclure les mesures suivantes:

1. Hausser la limite d'âge du mariage à 18 ans ou plus, ou, ce qui est encore plus important,

retarder la première grossesse jusqu'à l'âge de 20 ans ou plus, à cause des risques confirmés avant cet âge.

2. Eviter les grossesses après 35 ans.

3. Etablir des intervalles d'au moins trois ans entre les grossesses.

4. Limiter à deux ou trois le nombre des enfants.

5. Nourrir chaque enfant au sein, dans toute la mesure du possible, et éviter la conception pendant que la mère allaite.

6. Avoir recours aux moyens contraceptifs plutôt que l'interrompre; quand l'avortement est inévitable, il devrait se faire dans les meilleures conditions médicales et sanitaires possibles.

7. Conseiller aux parents qui ont obtenu le nombre d'enfants qu'ils désirent (deux ou trois), d'employer une méthode de stérilisation.

8. Inclure des consultations sur l'infertilité comme faisant partie des programmes de planning familial.

9. Inclure les consultations génétiques comme faisant partie des services de planning familial.

La règle générale est que chaque enfant soit un enfant désiré et délibérément conçu. Les parents devraient être préparés physiquement, socialement, psychologiquement, et financièrement à élever un enfant pour en faire un bon citoyen. Il est particulièrement important que les soins médicaux avant, pendant, et après la naissance soient adéquats pour chaque grossesse.

## REFERENCES

The Alan Guttmacher Institute. 1976. Eleven million teenagers, what can be done about the epidemic of adolescent pregnancies in the United States. New York: Planned Parenthood Federation of America.

Bajpai, P. C.; Kulty, D.; Rajgopalan, K. C.; and Wahal, K. M. 1966. Observations on perinatal mortality. Indian Pediatrics 3:83-98.

Behrman, S. J.; and Kistner, R. W. 1975. A rational approach to the evaluation of infertility. In Progress in infertility, ed. Behrman and Kistner, pp. 1-14. Boston: Little, Brown, and Co.

Chase, H. C. 1961 and 1962. The relationship of certain biologic and socioeconomic factors to fetal, infant, and early childhood mortality: I. Father's occupation, parental age, and infant's birth rank. II. Father's occupation, infant's birth weight, and mother's age. Albany: New York State Department of Health. (Mimeographed.)

Chen, E.; and Cobb, S. 1960. Family structure in relation to health and disease: A review of the literature. Journal of Chronic Dis. 12:544-567.

Christensen, H. T. 1968. Children in the family: Relationship of number and spacing to marital success. J. Marriage 30:283-289.

Dingle, J. H.; Badger, G. F.; and Jordan, W. S. 1964. Illness in the home: A study of 25,000 illnesses in a group of Cleveland families. Cleveland: Press of Western Reserve University.

Douglas, J. W. B. 1950. Some factors associated with prematurity: The results of a national survey. J. Obstet. Gynaecol. Brit. Emp. 57:143-170.

Eastman, N. J. 1940. The hazards of pregnancy and labor in the grande multipara. New York State J. Med. 40:1708.

Eckholm, E.; and Newland, K. 1977. Health: The family planning factor. Worldwatch paper No. 10. Washington, D.C.: Worldwatch Institute, January.

Goodlin, R. C. 1971. Genetic considerations. In Textbook of obstetrics and gynecology, ed. Danforth, pp. 25-45. New York: Harper and Row.

Grant, M. W. 1964. Rate of growth in relation to birth rank and family size. Brit. J. Prev. S. 18:35-42.

Kessler, A.; and Standley, C. C. 1973. Health, family planning, and population growth. Geneva, Switzerland: World Health Organization. (Mimeographed.)

Kirk, D. 1971. A new demographic transition? In Rapid population growth: Consequences and policy applications, vol. 2, National Academy of Sciences, Baltimore: Johns Hopkins Press.

Maliphant, R. G. 1949. The incidence of cancer of the uterine cervix. Brit. Med. J. 1:978-982.

Middleton, G. D.; and Caird, F. I. 1968. Parity and diabetes mellitus. Brit. J. Prev. S. 22:100-104.

Morris, J. N.; and Heady, J. A. 1955. Social and biological factors in infant mortality: I. Objects and methods. Lancet 1:343-349.

Nortman, D. 1974. Parental age as a factor in pregnancy outcome and child development. Reports on population/family planning. New York: The Population Council.

Omran, A. R. 1971a. The health theme in family planning. Monograph 16. Chapel Hill: Carolina Population Center.

Omran, A. R. 1971b. Abortion in the demographic transition. In Rapid population growth: Consequences and policy implication, National Academy of Sciences. Baltimore: Johns Hopkins Press.

Omran, A. R. 1971c. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quarterly 49:509-538.

Omran, A. R. 1974. Health benefits (of family planning) for mother and child. World Health, January.

Omran, A. R. 1975. Health rationale for family planning. In Population change: A strategy for physicians, ed. L. S. Block. Proceedings of the International Conference on the Physician and Population Change, September 4-6, 1974, Stockholm, Sweden. Bethesda, Md.: World Federation for Medical Education.

Omran, A. R. 1976. Health and family formation: A review of the evidence. In Health and family formation, ed. Omran and Standley. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Omran, A. R.; and Standley, C. C.; eds. 1976. Health and family formation. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Passamanick, B.; and Lilienfeld, A. M. 1955. Association of maternal and fetal factors with development of mental deficiency: I. Abnormalities in the prenatal and paranatal periods. J. Am. Med. Assoc. 159:155-160.

Reed, R. B. 1947. Social and psychological factors affecting fertility: VII. The interrelationship of marital adjustment, fertility control, and size of family. Milbank Memorial Fund Quarterly 25:383-425.

Reed, E. W.; and Reed, S. C. 1965. Mental retardation: A family study. Philadelphia: W. B. Saunders Co.

Templeton, J. A. 1962. Influence of family size on some aspects of teenagers' attitudes, behaviors, and perceptions of home life. Family Life Coordinator 3:51-57.

Tietze, C.; Bongaarts, J.; and Schearer, B. 1976. Mortality associated with the control of fertility. Fam. Plann. Perspect. 8:6-15.

United Nations Demographic Yearbooks. 1968 through 1974. New York: United Nations.

World Health Organization. 1975. Pregnancy and abortion in adolescence. Technical Report Series No. 583, Geneva, Switzerland.

Wray, J. D.; and Aguirre, A. 1969. Protein-calorie malnutrition in Candelaria, Colombia: I. Prevalence; social and demographic causal factors. The Journal of Tropical Pediatrics 15:76-98.

Wyon, J. B.; and Gordon, J. E. 1962. A long-term prospective-type field study of population dynamics in the Punjab, India. In Research in family planning, ed. C. V. Kiser, pp. 17-32. Princeton: Princeton University Press.

Yerushalmy, J.; Bierman, J. M.; Kemp, D. H.; Connor, A.; and French, F. E. 1956. Longitudinal studies of pregnancy on the island of Kauai, Territory of Hawaii: I. Analysis of previous reproductive history. Am. J. Obstet. Gynecol. 71:80-96.

# EPIDEMIOLOGIE DE LA NECESSITE DU PLANNING FAMILIAL EMANANT DE L'OBSERVATION OBSTETRIQUE STANDARD[1]

Roger P. Bernard

## INTRODUCTION

J'ai le privilège de vous présenter les premiers résultats d'une initiative nouvelle: l'observation des soins de maternité (Maternity Care Monitoring, MCM). Les participants au Programme International de Recherche sur la Fécondité (IFRP) ont ressenti de plus en plus la nécessité d'établir des données sur une fiche simple qui leur permettraient d'étudier à la fois la gérance médicale de l'accouchement et les caractéristiques des patientes. Ces demandes se suivaient de près et nous parvenaient d'Afrique (Soudan, Tunisie Nigéria, et Zambie) et d'Asie (Inde, Sri Lanka, Singapour, Indonésie, et Philippines). Après une étude préliminaire à Khartoum, la décision fut prise l'année dernière ici à Tunis, de mettre cette idée à l'essai. A cette époque, le Dr. R. T. Ravenholt ajouta également: "Voyons dans un an et projetons nos actions futures d'après les résultats, le mérite et le potentiel de cet aspect des soins ayant trait à la reproduction humaine."

Ce que je vous présente aujourd'hui sont en fait des observations provenant des essais préliminaires d'un concept nouveau. Déjà le MCM fut développé jusqu'au point à avoir atteint le stade d'essai avancé dans plus de 50 maternités. A Singapour, en avril dernier, à l'initiative du Dr. H. deWatteville, un comité de travail de la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) décida de se porter corépondant de l'étude préliminaire, à effectuer en juillet et août 1976. On en présenta ensuite les résultats préliminaires au Conseil d'Administration de FIGO à l'occasion du 8ème Congrès Mondial de Gynécologie et Obstétrique, tenu à Mexico en octobre 1976. Cette présentation conduisit à des relations de travail officielles entre FIGO et IFRP. Une relation de travail similaire s'arrive maintenant avec le Bureau de la Santé Familiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

---

[1]Ce travail a été financé en partie par le programme international de Recherche sur la Fécondité (AID/csd-2979).

## RAISONNEMENT

Comment se fait-il qu'en l'espace d'une année, ces organisations de première importance concernant l'amélioration des soins dans le domaine de la procréation se sont mises d'accord au sujet de la nécessité de la "recherche en service" dans les maternités? Beaucoup de facteurs entrent en jeu. La raison principale, toutefois, est que les obstétriciens et gynécologues dans les pays développés et dans ceux en voie de développement en sont venus à se rendre compte qu'ils ont besoin d'en savoir davantage sur ce qui se passe dans les maternités. Les rapports annuels conventionnels ne suffisent pas à communiquer tous les détails se rapportant à l'accouchement. Par exemple, ce genre de document ne fait ordinairement aucune mention de la condition sociale des cas obstétriques--alors que cette considération devrait être un souci majeur.

On éprouve également le besoin à la maternité de standardiser l'observation des histoires cliniques des patientes. L'idéal, qui devrait être possible, serait de comparer un grand nombre d'institutions d'un pays au sujet des caractéristiques telles que les circonstances socio-économiques, l'expérience reproductive, les soins pré-natals de la patiente, la gérance et les résultats de l'accouchement, l'état post-partum de la mère et de l'enfant, et les plans de la patiente au sujet de la contraception post-partum.

Une rétroaction rapide faite sur ordinateur permettrait au clinicien de savoir à quoi s'en tenir au sujet du MCM, de prendre des mesures en vue de l'amélioration de la gérance des accouchements ultérieurs et, ce qui est peut-être d'importance égale, de répondre aux nécessités sociales des soins se rapportant à la reproduction humaine, guidés par des données épidémiologiques faciles à comprendre. On s'attend à ce que l'obstétrique sociale s'étende à de nombreux établissements tout simplement en mettant à la disposition des cliniciens des informations récentes et facilement accessibles au sujet de leurs patientes. Ce fait ne peut que révéler l'occasion unique se présentant actuellement pour améliorer la santé maternelle et infantile au moyen d'interventions actives dans les maternités. Etant peut-être d'une importance égale, cette approche renforcera l'acceptabilité de l'espacement des naissances.

Beaucoup de cliniciens sont aussi en train de se rendre compte que, à moins de participer activement à l'établissement de données de base sur les conditions de l'accouchement dans les établissements urbains et ruraux, ils ne participeront pas au dialogue national sur le développement. Dans un tel cas, les programmes nationaux ne pourraient qu'éviter la profession obstétricale alors isolée. Heureusement, les résultats préliminaires de MCM montrent bien que la profession d'obstétrique et gynécologie sera plus réceptive aux

besoins ayant trait aux problèmes de la santé et du développement de la famille au sein de la communauté, puisque cette profession est intimement liée à la formation de la famille et, par conséquent, à sa santé et à son développement. Cependant, les conseils au sujet de la reproduction et les soins obstétriques professionnels n'on été étendus aux régions rurales des pays en voie de développement que sur une très petite échelle.

Alors, nos pouvons nous demander comment l'observation des soins maternels dans les établissements de maternité se rapporte à l'accessibilité de la contraception dans les villages et les foyers. Tout d'abord, certains pays, qui commencent à se rendre compte de la nécessité d'espacer les naissances, ne sont probablement pas préparés à circonvenir le stade de la distribution de services en clinique; ils ne sont simplement pas prêts à distribuer les services à domicile. Ces pays auront à établir une analyse raisonnée sur l'espacement des naissances. Le MCM leur permettra de le faire; et dans une période assez courte. La distributon de services cliniques, à mon avis, est la première étape sur la voie amenant à la distribution des services à domicile. Au mieux ces pays pourront-ils documenter les résultats de leur système de distribution de services en clinique, au plus vite évolueront-ils dans le sens de la distribution des services à domicile.

Deuxièmement, un concept fondamental, dormant durant nombre d'années, peut être activé lorsque des contraceptifs sont mis à la disposition d'une communauté; c'est-à-dire que l'accessibilité très répandue des contraceptifs dans une communauté fera augmenter la prévalence de la pratique de la contraception, ce qui se reflètera finalement dans les caractéristiques de la patiente lors de l'accouchement suivant. Les statistiques du service reflèteront de plus en plus les tendances de la communauté en ce qui concerne la prévalence de l'usage de la contraception et la pratique croissante de la contraception au sein de la communauté conduira à une baisse de la mortalité infantile du premier âge et des âges suivants, une amélioration de la santé maternelle, et des intervalles plus longs entre les naissances. On notera tous ces facteurs au cours de l'observation courante des soins maternels. Plus en plus abondantes sont les observations qui montrent que les groupes de femmes dans les services de maternité reflètent la zone de captage de l'établissement en ce qui concerne une grande gamme de variables.

S'il est bien conçu, le MCM peut aussi anticiper les changements de prévalence dans l'usage de la contraception. Le MCM, déployé sur un réseau de cliniques-sentinelles dans les régions rurales et urbaines, pourrait apporter des informations utiles aux planificateurs et administrateurs en matière de santé publique.

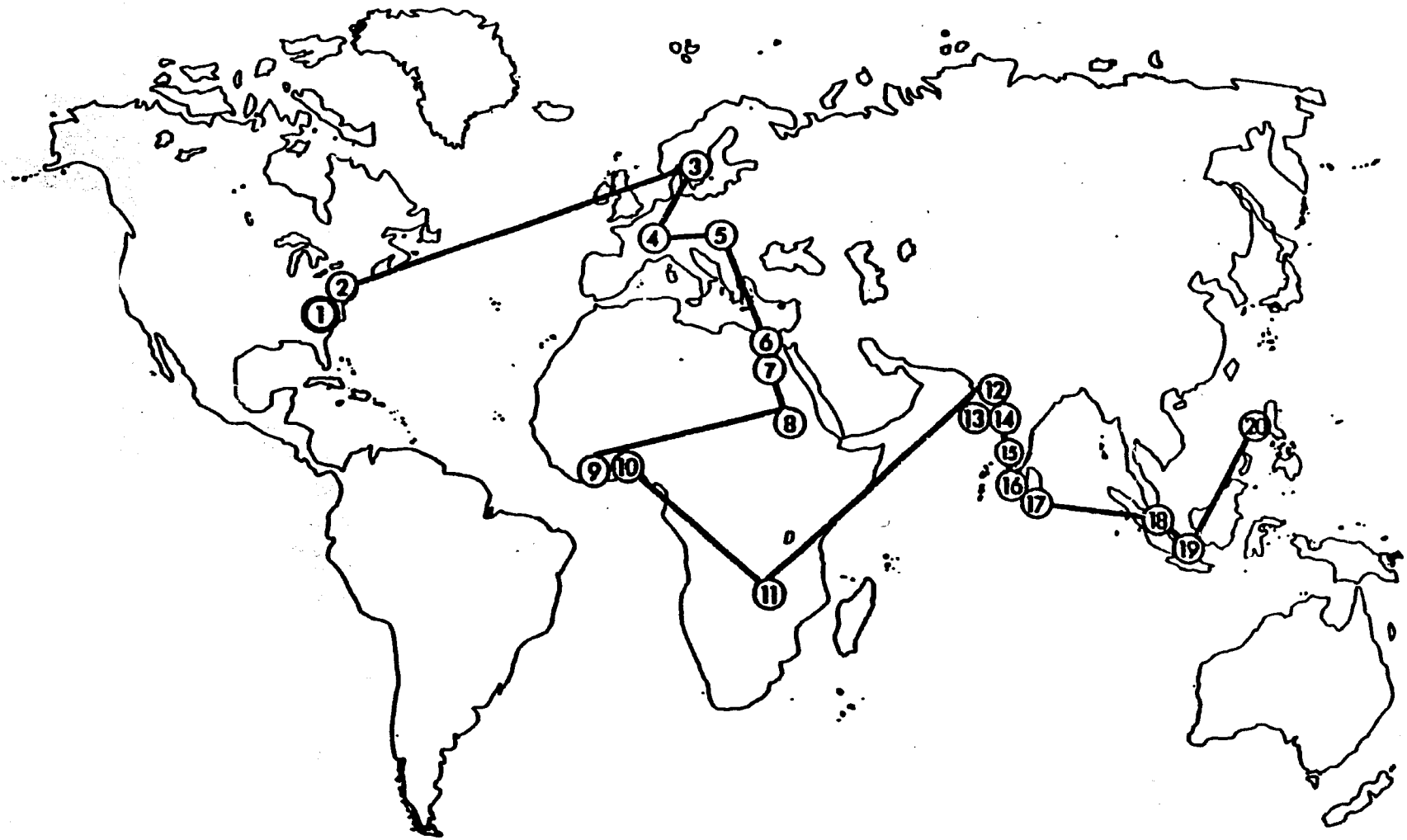
## METHODES

On a choisi 20 ensembles de données, chacun comprenant environ 300 femmes, en vue de cette présentation, qui traite 6.331 accouchements enregistrés pendant l'été de 1976 dans 20 centres, comme indiqué sur la carte du monde (Figure 1). Un version en français du questionnaire, (revue en 1977), dont on s'est servi en 1976 pour l'étude préliminaire est donné dans l'Annexe.

L'analyse se basa sur les 20 imprimés d'ordinateur standard établis le 9 octobre 1976. Aucun autre dialogue avec l'ordinateur a eu lieu. Bien que ce manque de dialogue additionnel soit quelque peu restrictif, il permet d'examiner les limitations de l'instrument actuel constitué par le feedback de l'ordinateur.

La présentation des données se fera essentiellement par classement par rang des cliniques--souvent en progression diminuante--pour toute une série de variables. On examina ensuite la distribution des cliniques d'après d'autres variables. Les modes de l'ordre de ces placements fournissent des arrangements graphiques permettant de voir si la distribution de deux variables (ou plus) est reliée. La Figure 15 montre un tel example, où les rapports (indiqués par le signe + pour montrer un rapport positif et le signe - pour un rapport négatif) de durée de l'allaitement maternel, durée de l'intervalle avant la dernière grossesse, hémoglobine au cours de la présente admission, et niveau de protection post-partum sont indiqués au sujet de 20 lieux différents.

Il est bien de noter que, pour des événements rares, un nombre de 300 cas par échantillon est trop limité. Néanmoins, on utilisa la méthode de placement par rang en vue d'apprécier la variation attendue parmi les échantillons plus larges. Malgré cette limitation statistique, des tendances impressionnantes apparurent, attestant la solidité de la méthode de placement. Il faudrait se rappeler, toutefois, que très bientôt on dépassera les données actuelles par des données beaucoup plus étendues. De plus, bien qu'il soit nécessaire d'établir les placements sur plusieurs pays à cause de la nature de cette épreuve préliminaire international, l'avantage principal de cette méthode siège dans son utilisation dans plusiers institutions au sein d'une même nation. Idéalement, un réseau de cliniques englobant à la fois les régions urbaines et rurales devrait être observé d'une manière continue.




Légende:

| Amériques | Europe | Afrique | Milieu de l'Asie Méridionale | Sud-Est de l'Asie |
|---|---|---|---|---|
| 1. Chapel Hill | 3. Stockholm | 6. Cairo | 12. Baroda | 18. Singapore |
| 2. Baltimore | 4. Geneva | 7. Assiut | 13. Bombay-1 | 19. Bandung |
| | 5. Debrecen Szeged | 8. Khartoum | 14. Bombay-2 | 20. Manila |
| | | 9. Accra | 15. Manipal | |
| | | 10. Ibadan | 16. Colombo-1 | |
| | | 11. Lusaka | 17. Colombo-2 | |

Fig. 1. Sites inclus dans l'étude préliminaire international des rapports de maternité, été 1976.

## OBSERVATIONS ET APPLICATIONS

En vue d'en faciliter l'assimilation rapide, on présentera les constatations empiriques en six sections: (1) perte reproductive; (2) hémoglobine à l'admission; (3) réalisation reproductive; (4) désir de reproduction; (5) allaitement maternel; et (6) espacement de la reproduction. Les constations de chaque section sont illustrées dans les figures annexées, dont le texte en explique l'approche méthodologique tout en présentant un résumé succinct de l'illustration des observations empiriques.

### Perte Reproductive[2]

Le MCM fournit des profils de décès de la petite enfance (entre un et quatre ans); décès d'enfant de moins d'un an (première année de vie); décès néo-natals (zéro à six jours); morts foetales tardives ("mort-né": au moins 28 semaines de gestation); avortements spontanés et provoqués; et issue de la grossesse précédant l'accouchement actuel.

L'étude préliminaire révéla des taux de décès infantiles s'échelonnant de plus de 180 pour 1.000 naissances vivantes en Afrique et en Asie jusqu'à moins de 10 pour 1.000 naissances vivantes dans certains pays développés. Les taux de décès correspondants de la première enfance s'échelonnaient de plus de 50 pour 1.000 naissances vivantes jusqu'à moins de 10 pour 1.000 naissances vivantes (Figure 2).

Le nombre d'enfants morts-nés au cours de l'accouchement actuel se situait entre environ 100 pour 1.000 naissances totales et aucun mort-né enregistré. Les décès de nouveaux-nés correspondants allaient d'environ 70 pour 1.000 naissances vivantes jusqu'à aucun décès de nouveau-né enregistré (Figure 3).

Le nombre d'enfants morts-nés pour 100 présentations du siège s'étala de 30% à zéro. Cette présente une forte relation inverse avec l'intervention par césarienne. L'écart des césariennes en cas de présentation du siège s'étendait de 86% (pays développé) à zéro (pays en voie de développement). La Figure 4 montre parmi les diverses cliniques l'impressionnante corrélation inverse entre la gérance et l'issue de l'accouchement en cas de présentation du siège.

---

[2]Ce terme collectif est employé afin de comprendre toutes les grossesses connues n'aboutissant pas à l'âge de cinq ans révolus.

En résumé, le MCM peut quantifier les divers risques associés aux accouchements dans les maternités des zones urbaines et rurales ainsi que le reconstruire la mortalité à bas âge des naissances antérieures. Rien que la connaissance de cette ligne de base devrait conduire à une gérance meilleure du processus de la naissance et à l'étude des tendances des différentes catégories de pertes observées dans les divers établissements d'une région ou d'un pays.

## Hémoglobine à l'Admission

Parce que l'hémoglobine constitue un indice assez sensible de l'état de la santé et reflète également l'état nutritionnel d'une femme, le MCM se sert de cette variable, l'exprimant en gm/100 ml.

Pour les 15 études qui ont mesuré l'hémoglobine, les moyennes s'échelonnent de 12,4 gm/100 ml à 9,2/100 ml. La Figure 5 montre que les échantillons du sous-continent indien étaient de deux grammes moindres que ceux d'Europe et des Etats-Unis.

En définissant l'anémie en tant que taux d'hémoglobine de moins de 10 gm/100 ml, une impressionnante association positive se dégage entre l'anémie et la parité (nombre de naissances vivantes) se fait sentir dans les échantillons du sous-continent indien (Figure 6). Bien qu'il soit beaucoup moins prononcée dans les six échantillons provenant de pays développés, l'effet de la parité sur l'anémie subsiste.

En résumé, le MCM quantifie un important indice de santé et le relie à la parité. Les ministères de la santé voudront se renseigner sur les variations de cette corrélation d'une clinique à l'autre, tout comme sur les changements apportés à travers le temps. L'accès continu a cette information sur la santé maternelle par rapport à la procréation pourrait aider les ministères de la santé à émettre des directives sur la gérance reproductive en vue d'améliorer à la fois la santé de la mère et celle de l'enfant.

## Réalisation Reproductive[3]

En plus des constatations sur l'accouchement actuel, le MCM rassemble des informations sur le nombre total des naissances vivantes (parité), selon le sexe, et précédant la

---

[3]Ce terme générique a trait à la performance quantitative de reproduction.

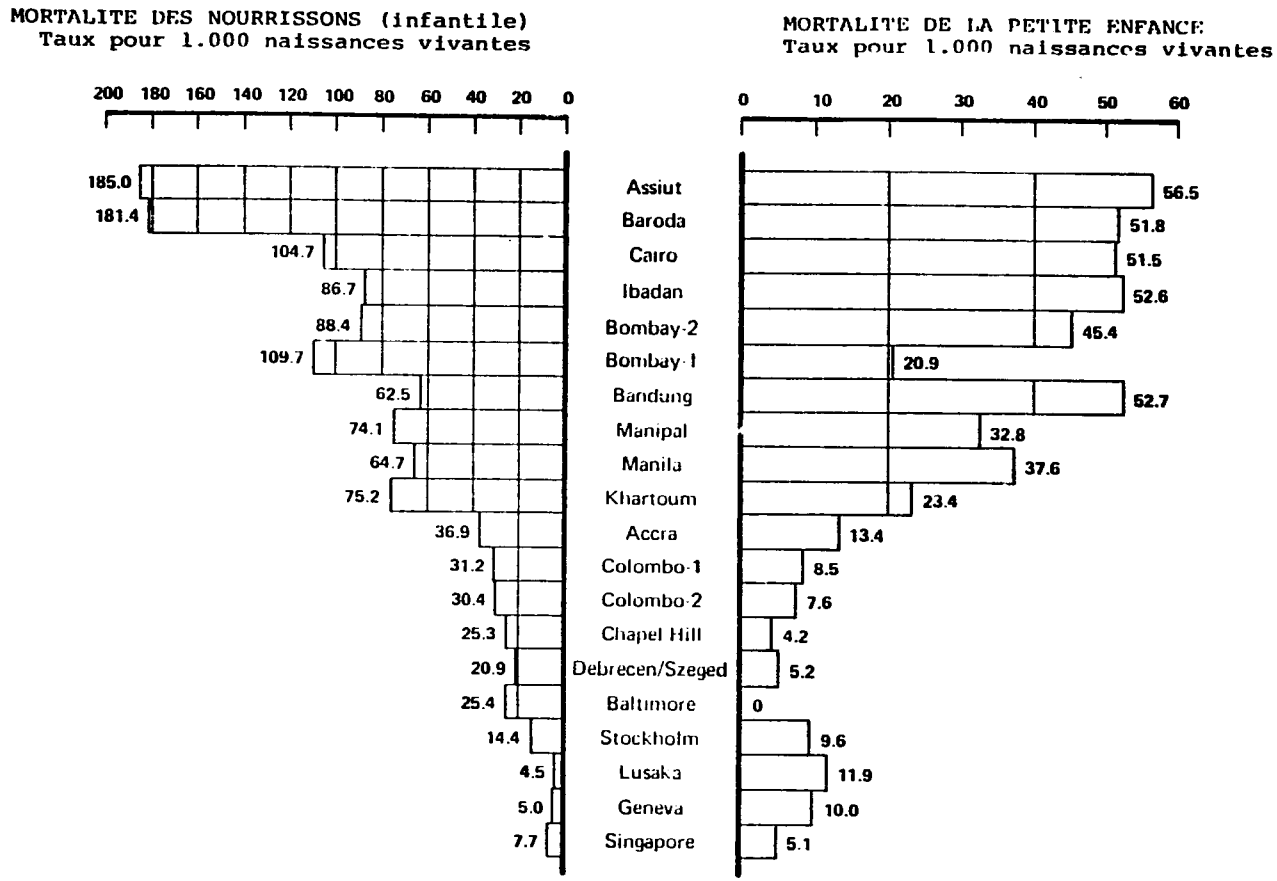



Fig. 2. Mortalité des premiers âges avant l'accouchement actuel. Les échantillons sont classés en ordre descendant d'après les décès des premiers âges combinés (taux pour 1.000 naissances vivantes), avec dichotomie subséquente en décès de nourrissons (à gauche) et décès de la petite enfance (à droite). Les deux catégories (nourrissons et petite enfance) ont les valeurs basses dans les études européennes et américaines, et les valeurs les plus élevées dans les études africaines et asiatiques. Notez l'abaissement régulier du continuum du côté des décès des nourrissons en comparaison avec la transition décalée des décès de la petite enfance dans les études africaines et asiatiques.

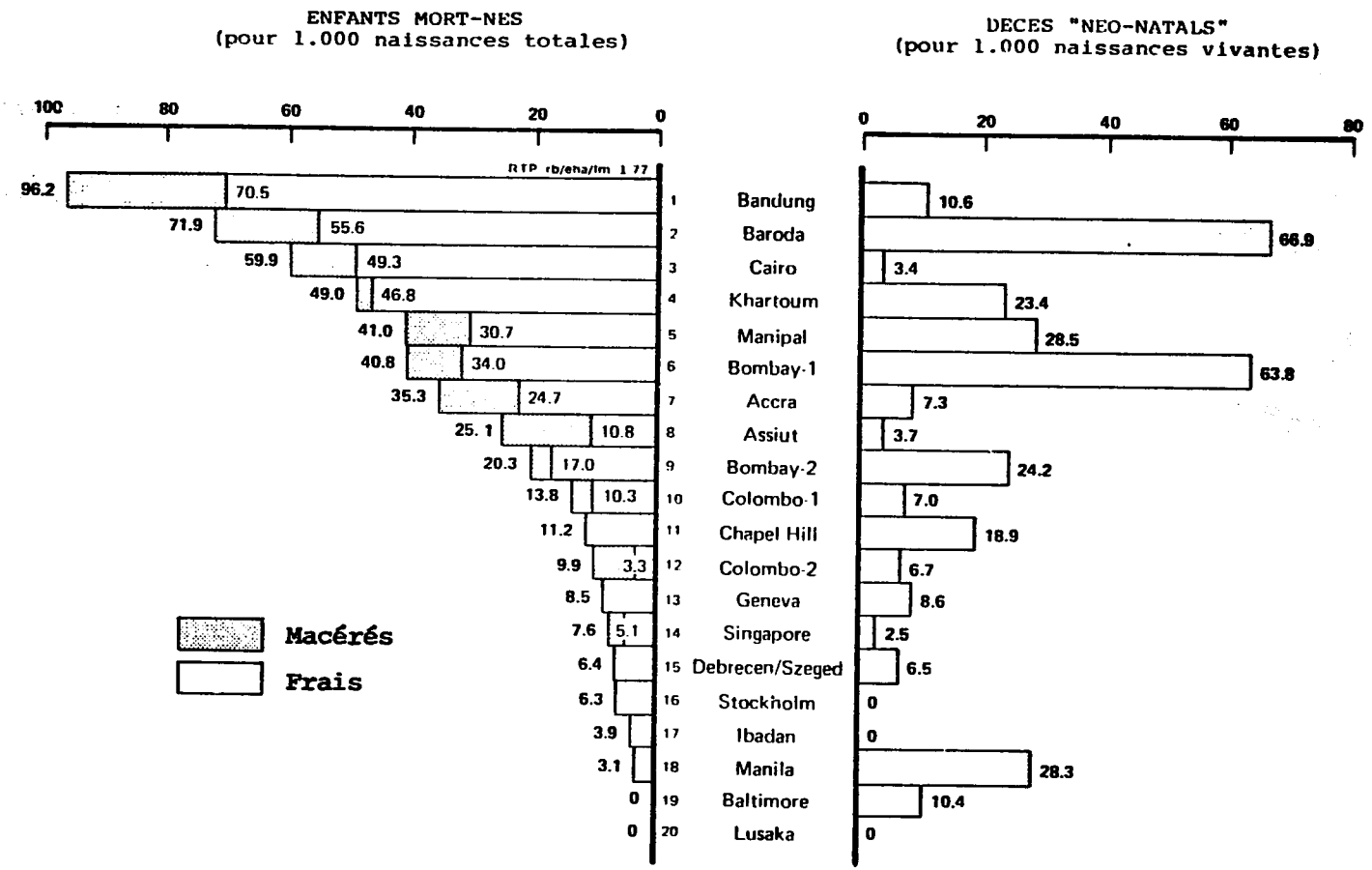



Fig. 3. Enfants morts-nés et décès de nouveaux-nés dans les hôpitaux pour l'accouchement actuel. Les taux d'enfants morts-nés sont classés par ordre descendant (à gauche), avec dichotomie en taux d'enfants morts-nés frais et macérés. Les taux correspondants de décès "néo-natals"--c.à.d. la mortalité suivant une naissance vivante avant que la mère sorte de l'hôpital (à droite).

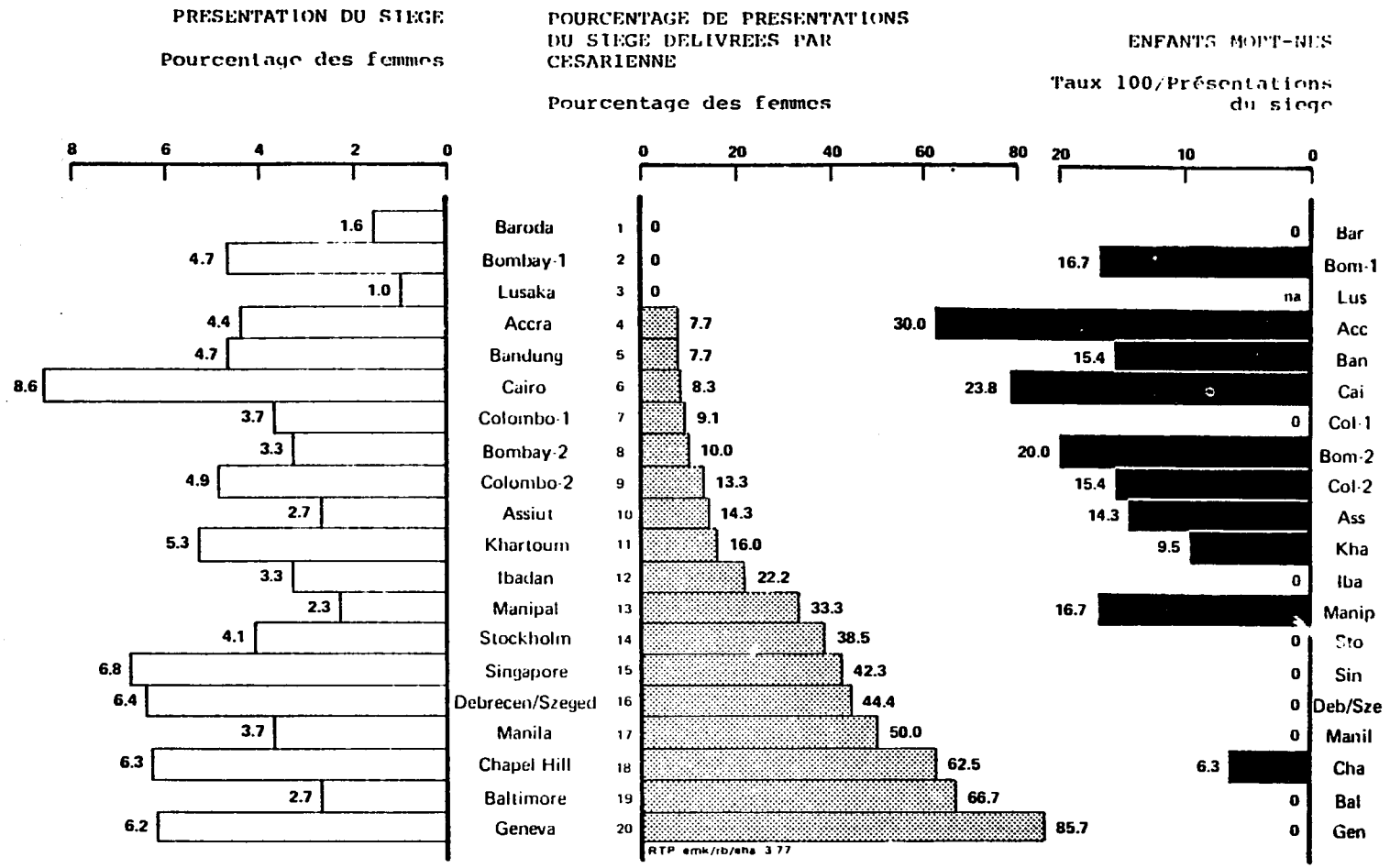



Fig. 4. Conduite et issue de l'accouchement pour les présentations du siège. La figure montre (1) le pourcentage de femmes avec présentation du siège (à gauche), (2) le placement en ordre ascendant de présentations du siège délivrées par césarienne (au centre), et (3) le taux correspondant d'enfants morts-nés pour 100 présentations du siège (à droite). Les taux de présentations du siège s'échelonnent de 1 à 8,6%, avec un médian de 4,1-4,4%. Les taux de césariennes pour ces cas s'échelonnent de 0 à 85,7%, avec un médian aux environs de 15%. Les taux d'enfants morts-nés pour 100 présentations du siège s'échelonnent de 0 à 30% et montrent une forte association inverse avec les césariennes effectuées pour les présentations du siège.

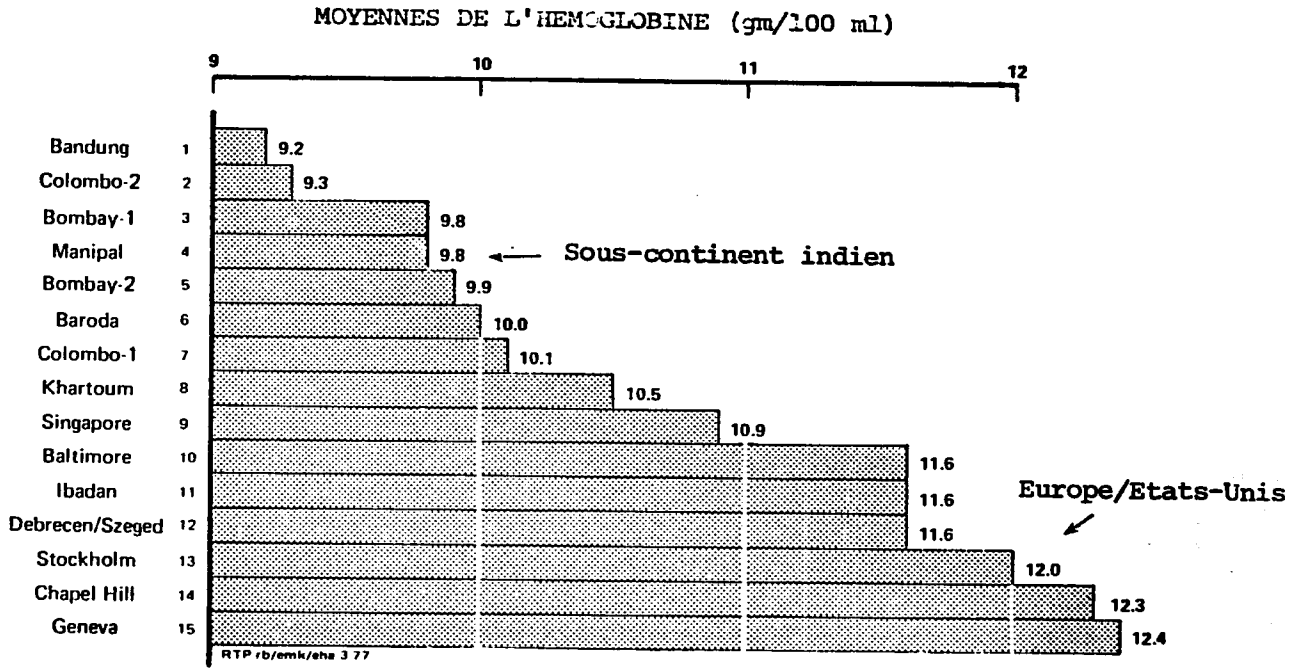



Fig. 5. Hémoglobine lors de l'admission pour le présent accouchement. Placement en ordre ascendant de la moyenne de l'hémoglobine (gm/100 ml) pour 15 échantillons. (Cinq échantillons ne mentionnent pas le taux d'hémoglobine). La moyenne de l'hémoglobine s'échelonne de 9,2 (Bandung) à 12,4 (Genève), l'échantillon médian se situant à 10,5 (Khartoum). Les échantillons des pays développés s'échelonnent entre 11,6 et 12,4, le médian étant de 12,0 (Stockholm). Notez la position favorable d'Ibadan (11,6). Les échantillons du sous-continent indien se rassemblent entre 9,2 et 10, avec un médian de 9,8 (Manipal). En résumé, les échantillons du sous-continent indien montrent un niveau inférieur de deux grammes à celui des échantillons en provenance de l'Europe et des Etats-Unis.

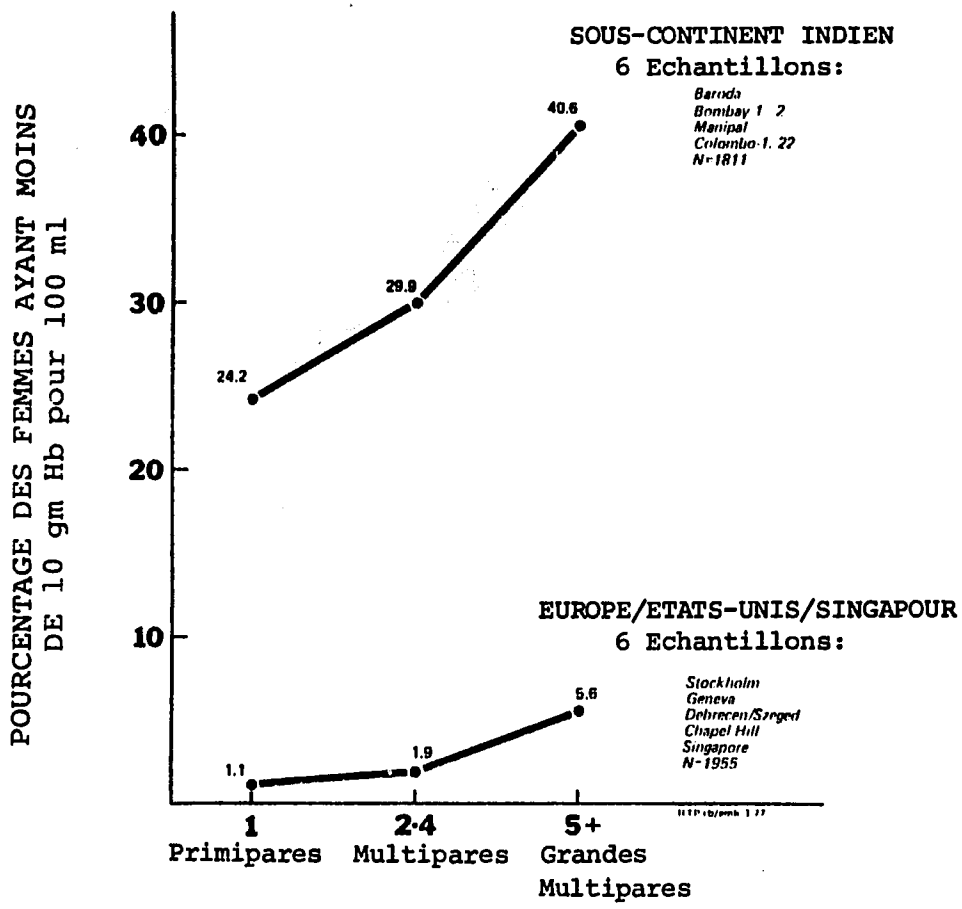



Fig. 6. Anémie parmi les femmes lors de leur admission pour un accouchement, selon leur parité. Les données montrent que l'anémie (hémoglobine de moins de 10 gm/100 ml) lors de l'admission pour l'accouchement augmente en raison de la parité. Les grandes multipares du sous-continent indien montrent un taux d'anémie de 40,6%, à comparer avec celui de 24,2% pour les primipares. Les échantillons des pays développés montrent également un taux croissant d'anémie avec l'augmentation de la parité (1,1% pour les primipares, à comparer avec 5,6% pour les grandes multipares). Cette observation rattache inversement l'hémoglobine à la réalisation reproductive: voir Figure 15.

naissance actuelle. La parité d'une femme, en corrélation avec son âge et/ou la durée de son mariage, indique sa réalisation reproductive dans le temps--c'est-à-dire sa fécondité. Cette information permet d'étudier les structures différentes de la fécondité au sein d'un groupe de femmes donné, tout comme des comparaisons entre groupes de femmes dans les hôpitaux, ou les cliniques de planning familial, ou la communauté.

Le classement indépendant par rang des femmes par âge et parité permet une classification aisée des différents groupes de femmes selon leur structure de fécondité (Figure 7). Dans cette étude préliminaire on a relevé les échantillons de fécondité réelle et potentielle la plus élevée à Lusaka et Ibadan en Afrique (structure "jeune âge/parité élevée"), et les échantillons de fécondité réelle et potentielle la plus basse à Stockholm et à Genève (structure "âge avancé/parité faible"). Ces deux configurations âge/parité constituent les deux extrêmes d'un continuum de fécondité (réelle et potentielle) allant du plus élevé au plus faible. Des points intermédiaires au long de ce continuum sont représentés par "âge avancé/parité élevée" (Assui, Manipal) et "jeune âge/parité faible" (Baltimore, Chapel Hill).

Le MCM permettra ainsi de conduire des études sur la fécondité et de ses tendances d'une façon continue et courante. Des renseignements aussi récents seront d'un intérêt continu pour les planificateurs de l'économie, de l'instruction, et de la santé publique dans les pays en voie de développement, où l'obtention d'information est restée parcimonieuse.

La Figure 8 donne le médian des naissances vivantes selon la durée du mariage pour six échantillons sélectionnés. Notez que, à travers les trois catégories de durée du mariage, le degré de fécondité atteint par les femmes ayant accouché à Lusaka était deux fois et demie plus élevé que celui des femmes d'un établissement de Bombay.

En résumé, le MCM procure une quantification de la reproduction humaine au niveau des maternités à la fois urbaines et rurales. L'analyse épidémiologique de la parité et la durée d'exposition au risque de conception rattacheront l'exercice du métier de l'obstétricien et celui de la sage-femme au dialogue sur le développement national des pays en voie de développement. Un dérivé important du MCM est la possibilité de l'étude continue des naissances et de leur espacement.

## Désir de Reproduction

Avant la sortie de la maternité, on demande à la mère combien d'enfants elle désire avoir en plus, et quelle

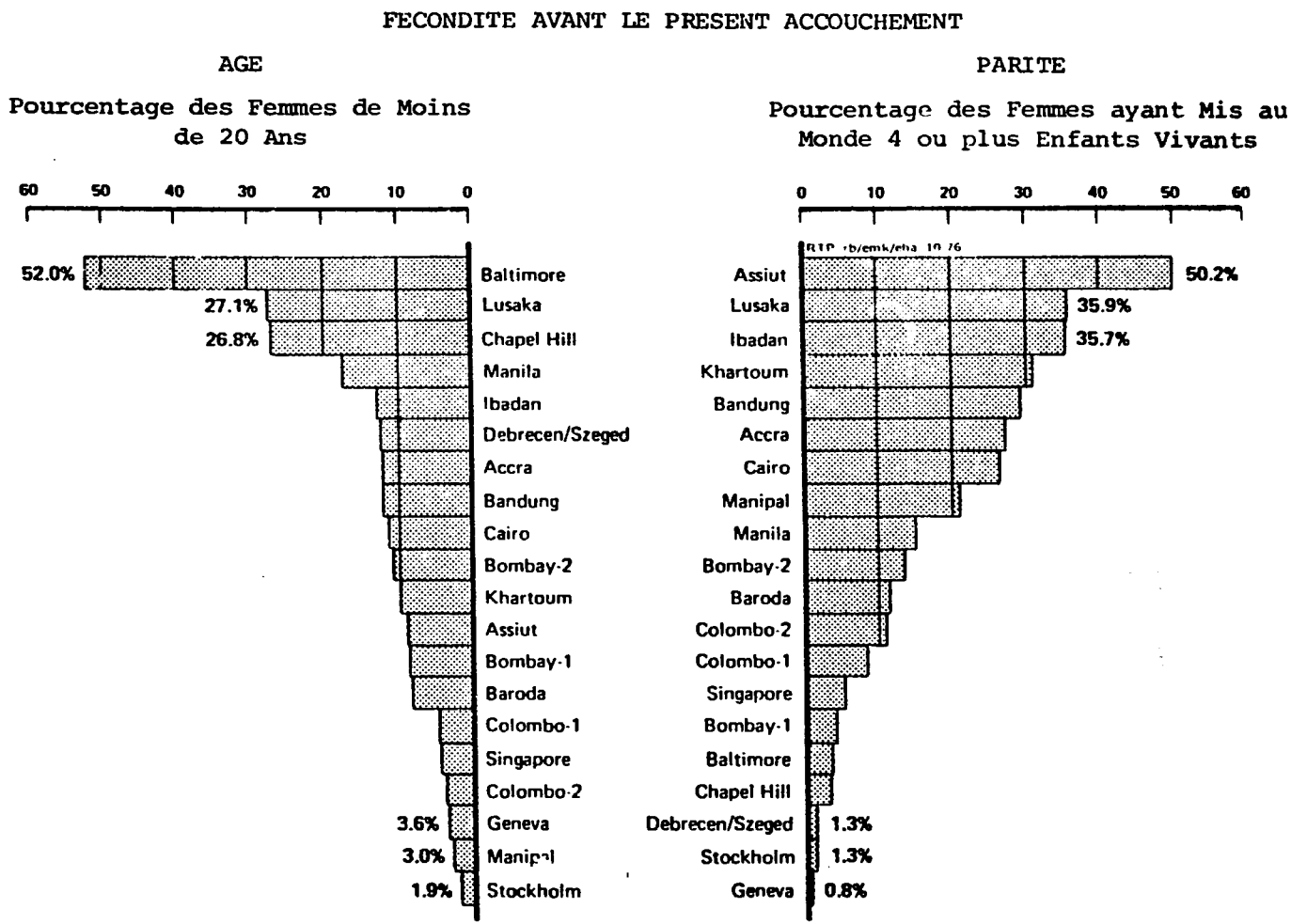



Fig. 7. Fécondité avant le présent accouchement. Les échantillons sont placés en ordre descendant concernant le jeune âge (à gauche) et la parité élevée (à droite). La vue mondiale en coupe et à point unique permet de se rendre compte de la transition démographique; ainsi, même des petits échantillons, rassemblés de manière courante, reflètent apparemment (au sein d'un certain degré de variation) la région de captage de l'établissement.

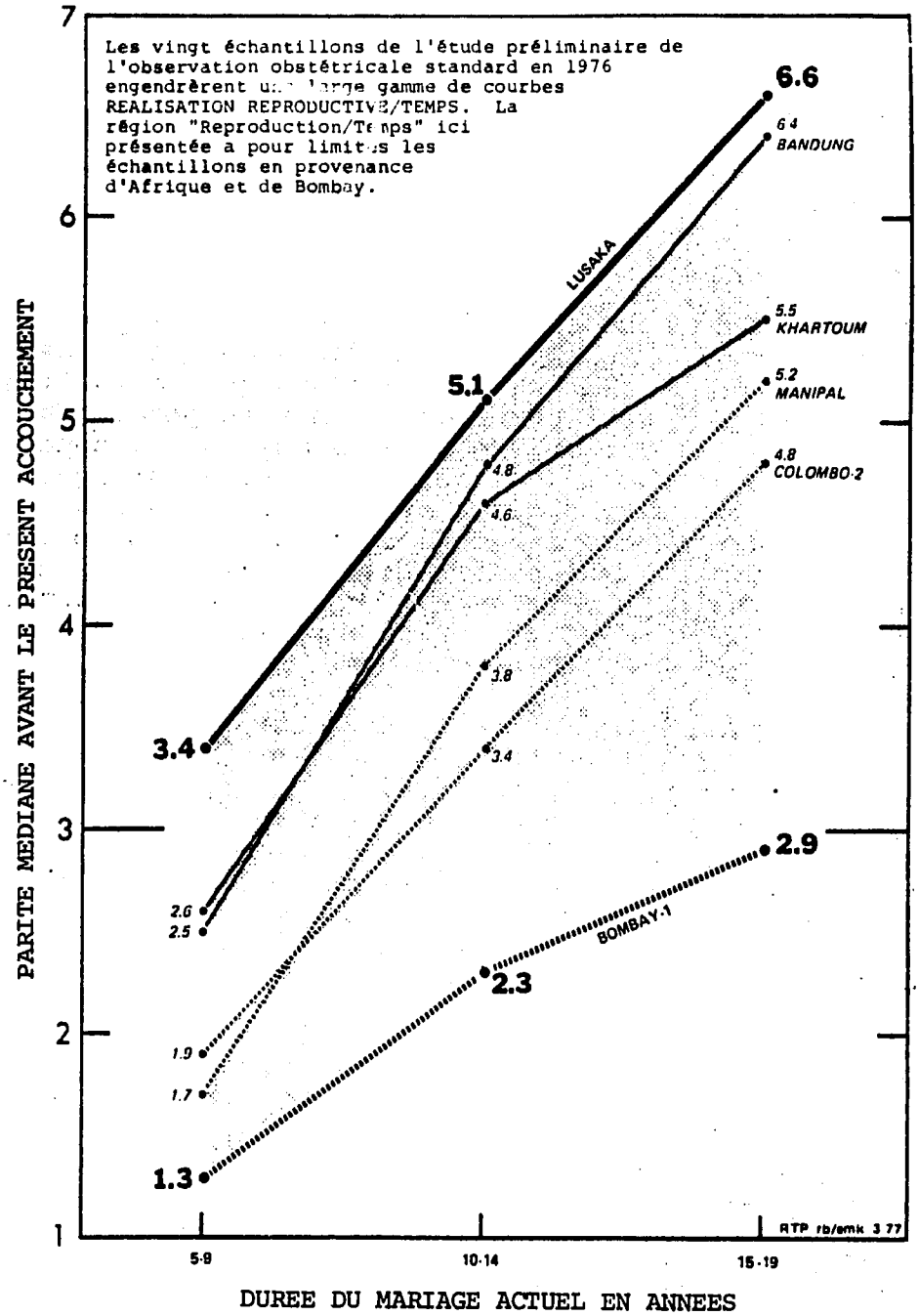



Fig. 8. La parité médiane avant le présent accouchement selon la durée du mariage actuel en années (six échantillons). Les deux courbes aux deux extrêmes ont pour limite la région de Reproduction/Temps (en gris). Il semble que le MCM peut fournir des renseignements utiles sur la distribution des naissances dans le temps en engendrant des mesures variées en vue de l'espacement des grossesses et des naissances; celles-ci peuvent être étudiées pour une période donnée au moyen d'analyse transversale à intervalles répétés. La période du mariage entre cinq et neuf ans devrait être observée avec un soin particulier. Effectivement, une baisse de la réalisation de la fécondité pour cette classe de femme constituerait une indication précoce d'une baisse de la fécondité parmi les femmes de parité faible.

méthode contraceptive, si elle le désire, elle compte employer post-partum ou a-t-elle déjà commencé à employer. Cette question expérimentale sur le désir d'avoir d'autres enfants a fourni assez d'information cohérente pour justifier son usage courant et permettant ainsi son analyse épidémiologique dans le contexte de la réalisation et des pertes reproductives, la pratique de la contraception, et la santé de la famille en général.

On calcule le nombre total d'enfants désiré par famille en additionnant le nombre total d'enfants en vie après l'accouchement actuel au nombre d'enfants que la famille désire en plus. On peut comparer ce chiffre parmi les établissements. La Figure 9 montre la moyenne du nombre d'enfants désiré comme allant de huit (Lusaka [Afrique]) à deux et demi (pays développés). En général, les échantillons africains montrent des chiffres de cinq ou plus; les échantillons du sous-continent indien, trois à trois et demi; et ceux des pays développés, environ deux et demi. On devrait noter également l'association positive entre les enfants en vie et les enfants désirés.

Le MCM permet aussi l'observation courante et continue de la relation en voie de modification entre l'instruction acquise et le nombre d'enfants désiré. La Figure 10 montre ce rapport d'après l'épreuve préliminaire de l'observation obstétricale standard en été 1976. L'instruction acquise ne paraît pas être le seul déterminant du nombre d'enfants désiré. Une indépendance considérable entre les deux variables est évidente, à la fois dans les échantillons du sous-continent indien et ceux d'Afrique.

L'épidémiologie analytique pourrait aider à préciser l'information fournie par le MCM sur les changements du comportement envers la fécondité. Un groupe indicateur de premier ordre consiste en femmes pour lesquelles l'accouchement actuel constitue la troisème naissance vivante.[4] La Figure 11 montre un profil intéressant, non seulement du nombre d'enfants additionnels que ce groupe désire, mais aussi les projets de contraception efficace qu'il projette. En général, les échantillons indiquent que les femmes des pays développés, et beaucoup de femmes d'Asie, ne veulent pas dépasser trois enfants en vie, alors que celles d'Afrique voudraient ajouter d'un à cinq enfants aux trois en vie qu'elles ont déjà. Toutefois, des préférences spécifiques selon l'endroit dans la gérance institutionnelle de la contraception post-partum apparaissent également; ces dernières devraient être étudiées par le MCM sur une base continue.

[4]Ou mieux encore, le troisème enfant vivant.

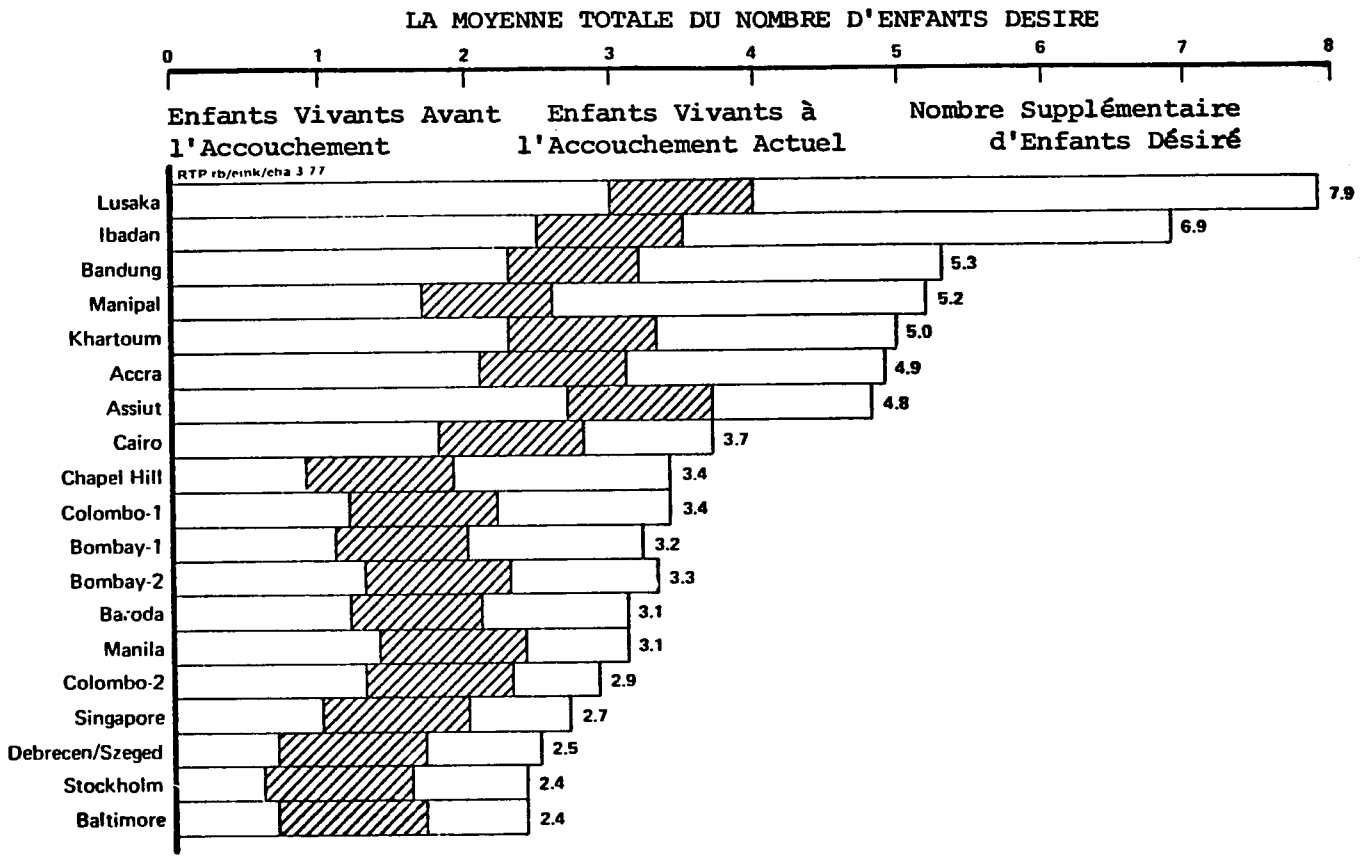



Fig. 9. Position en ordre descendant de la moyenne totale du nombre d'enfants désiré, en montrant les trois composants: (1) moyenne d'enfants en vie avant le présent accouchement; (2) naissance d'un enfant vivant à l'accouchement présent; et (3) nombre supplémentaire d'enfants désiré, exprimé avant de quitter la maternité. La moyenne totale du nombre d'enfants désiré varie entre 7,9 enfants (Lusaka) à 2,4 enfants (Baltimore). Excepté pour Le Caire (3,7), les échantillons de l'Afrique montrent des valeurs aux environ de cinq et plus, alors que les échantillons du sous-continent indien montrent des valeurs de trois à 3,5 enfants, à l'exception de Manipal, qui montre 5,2. Les échantillons des pays développés montrent des valeurs autour de 2,5 enfants, excepté pour l'échantillon de Chapel Hill (3,4). Ainsi, la déclivité de "la transition du désir d'une famille nombreuse," ainsi qu'elle dérive du MCM-1976 est: Afrique--Asie--Europe/Etats-Unis.

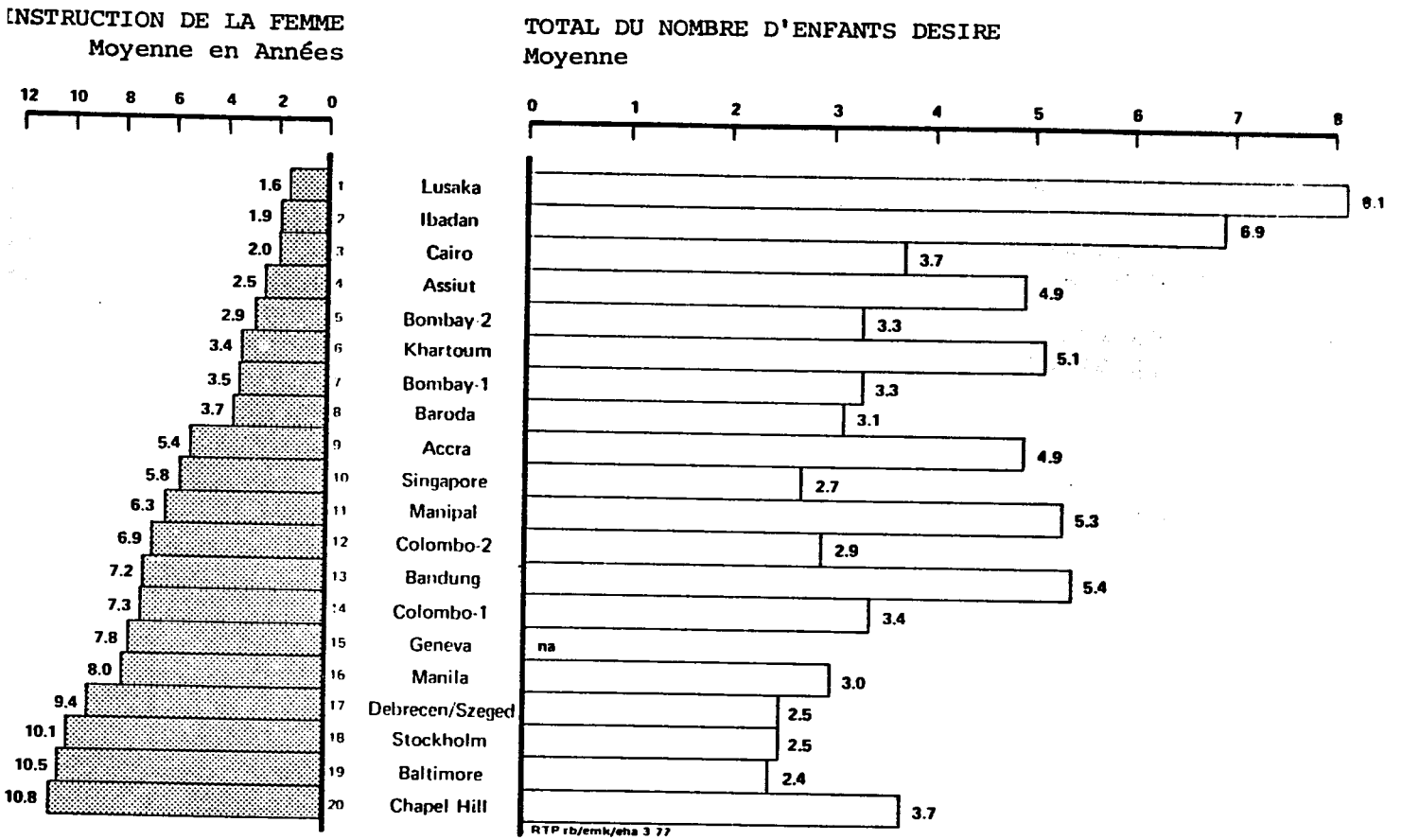



Fig. 10. Instruction et moyenne totale du nombre d'enfants désiré. La figure montre le placement en ordre ascendant de l'instruction de la femme en années moyennes (à gauche), en même temps que la moyenne totale correspondante du nombre d'enfants désiré (à droite). A ces deux extrêmes du continuum d'instruction se trouvent cinq échantillons d'Afrique et cinq échantillons d'Europe/Etats-Unis. Dans l'ensemble, une association inverse des deux variables se fait voir. Toutefois, notez l'indépendance relative de ces deux variables pour les échantillons en provenance du sous-continent indien (à l'exception de Manipal), qui montrent un total désiré d'environ trois enfants.

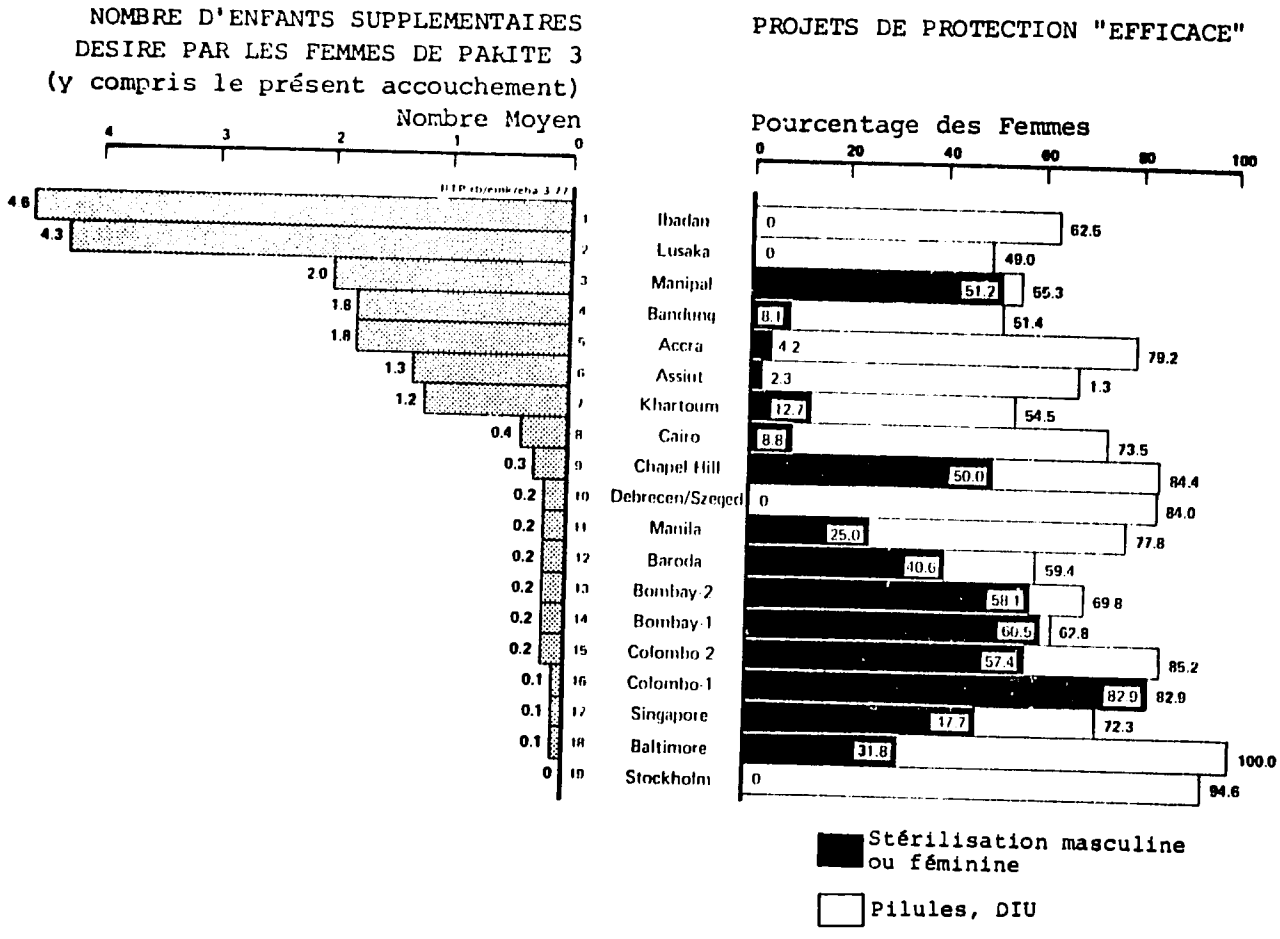



Fig. 11. Désir de descendance supplémentaire et contraception "efficace" pour les femmes de parité 3. La figure montre (1) le placement en ordre descendant du nombre moyen d'enfants supplémentaires désiré parmi les femmes de parité 3 (y compris le présent accouchement) sur la gauche (en gris), et (2) le pourcentage correspondant de femmes projetant une contraception post-partum "efficace" (à droite), avec pourcentage de l'acceptation de la stérilisation par l'un des conjoints (en noir). Les enfants supplémentaires désirés par les femmes de parité 3 s'échelonnent de 4,6 (Ibadan) à zéro (Stockholm), avec une valeur médiane de 0,2 (Debrecen/Szeged, Manille, Baroda, Bombay-2, Bombay-1, et Colombo-2). Dans l'ensemble, il existe une faible association inverse entre les enfants supplémentaires désirés et le niveau de protection post-partum. La stérilisation paraît présenter une bien plus forte association inverse avec le nombre d'enfants désiré, comme on peut s'y attendre. Les échantillons du sous-continent indien montrent le degré le plus élevé de stérilisation (40,6% à 82,9%) et un désir faible d'enfants supplémentaires à la parité 3, avec l'exception déjà notée de Manipal. Aussi, notez l'absence de stérilisation à la fois à Debrecen/Szeged et à Stockholm, où le désir d'enfants supplémentaires est fort peu prononcé. Ces variations extrêmes des niveaux de stérilisation à travers les échantillons pour les femmes de parité 3 ou leurs maris indiquent des préférences spécifiques dans la gérance institutionnelle de la contraception post-partum.

Bien que la taille des échantillons (N=300) de l'étude pilote de l'observation obstétricale standard dans 20 maternités puisse paraître trop faible pour permettre une étude épidémiologique des relations liant deux ou plusieurs variables à étudier, la méthode de placement par rang d'une variable suivie de l'observation des valeurs correspondantes d'autres variables, laisse entrevoir--même à ce stade précoce du MCM--une approche méthodologique autant simple que puissante et à la portée des cliniciens.

La Figure 12 une faible association inverse entre le nombre d'enfants désirés et la protection post-partum, et une association positive plus forte entre le nombre d'enfants désirés et le nombre d'enfants mort-nés. Au sein d'un même pays--en particulier un pays en voie de développement--cette approche méthodologique ayant comme but d'analyser divers facteurs opérant à travers de nombreux établissements, pourrait conduire à une meilleure compréhension du comportement de reproduction autant actuel que dans le proche futur.

En résumé, l'information obtenue durant le post-partum sur le nombre additionnel d'enfants désirés est utile pour une meilleure compréhension des tendances de reproduction courante--en particulier dans les pays en voie de développement. Le MCM paraît en mesure d'observer le début du changement du comportement de reproduction, et ainsi de la fécondité, bien avant les sources classiques de données statistiques. Néanmoins, l'analyse transversale à intervalles répétés est maintenant de rigueur afin de démontrer cette possibilité.

## Allaitement Maternel

L'allaitement maternel joue un rôle important dans les pays en voie de développement, non seulement en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi à cause de son effet contraceptif dû à l'aménorrhée pendant la lactation.

La durée moyenne de l'allaitement au sein du plus jeune enfant en vie derivée de l'observation obstétricale standard dans des épreuves préliminaires dans les maternités s'étale d'environ 18 mois pour quelques échantillons indiens jusqu'à moins d'un mois pour les deux échantillons aux Etats-Unis (Figure 13). Les échantillons européens montrèrent une durée de quatre à cinq mois alors que les échantillons africains s'échelonnaient entre 10 et 15 mois.

Les six échantillons du sous-continent indien (N = 1.811 femmes) montrent le rapport bien connu entre l'allaitement maternel et la grossesse; plus la période d'allaitement au sein est longue, plus l'intervalle de la dernière grossesse est long (Figure 14). Cette observation renforce la validité des rapports de l'épreuve préliminaire menée à bien

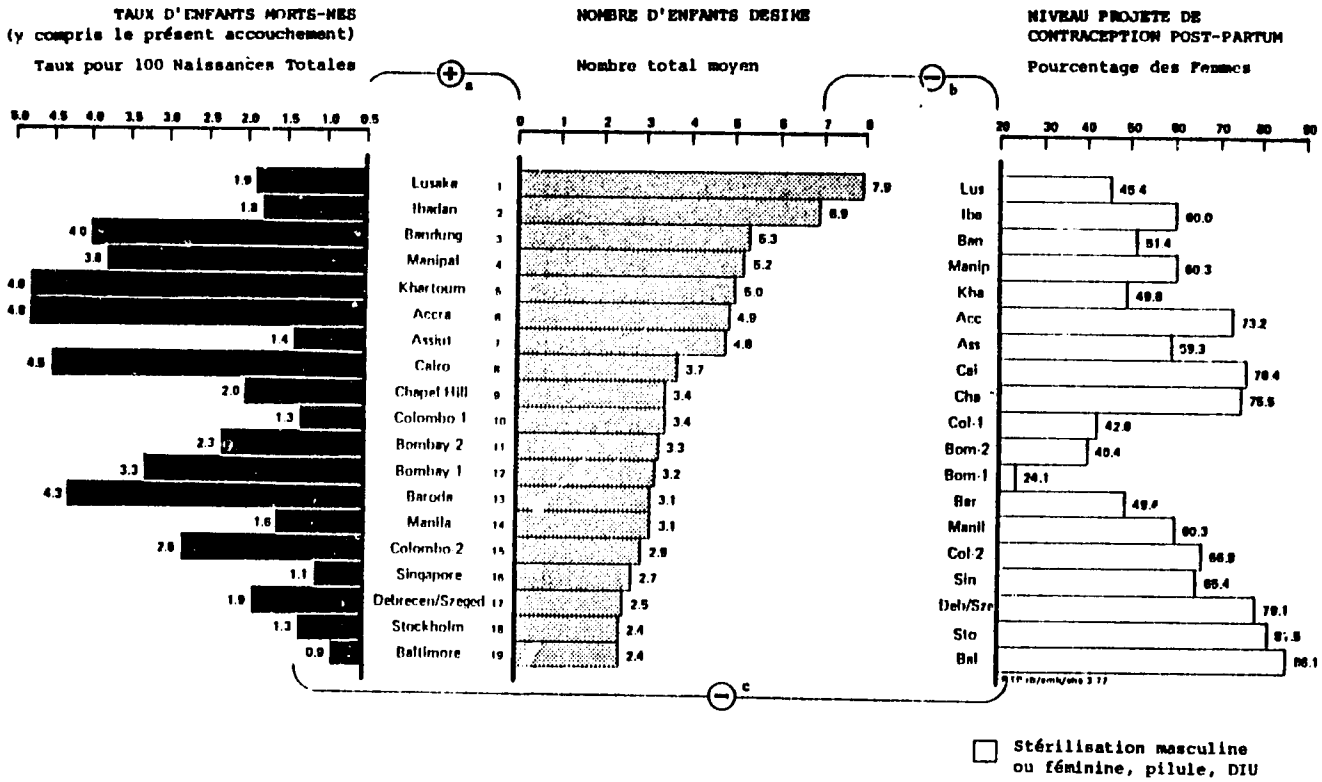



Fig. 12. Nombre d'enfants désiré, enfants morts-nés, et contraception post-partum. La figure montre (1) le placement en ordre descendant du total moyen du nombre d'enfants désiré (au centre, en gris); (2) le pourcentage correspondant de femmes projetant de se servir de méthodes contraceptives efficaces (DIU, pilules, stérilisation masculine et féminine, suivant le présent accouchement (à droite); et (3) le taux d'enfants morts-nés y compris le présent accouchement (à gauche). Le total d'enfants désiré s'échelonne de 7,9 (Lusaka) à 2,4 (Baltimore), avec le plus grand nombre d'échantillons se plaçant dans la moyenne 3-4. Toutefois, au sein de cette moyenne 3-4, les échantillons montrent de grandes variations dans la protection post-partum, avec les échantillons indiens montrant une protection post-partum plus faible qu'il n'est souhaitable. De même, les taux d'enfants morts-nés pour les échantillons de la moyenne 3 à 4 montrent de grandes variations, les échantillons indiens étant les plus élevés. Les échantillons africains montrent de grandes variations dans les niveaux d'enfants morts-nés, avec Lusaka, Ibadan, et Assiut à des niveaux très bas, et Khartoum, Le Caire, et Accra très élevés. Dans l'ensemble, il existe une faible association inverse entre le nombre d'enfants désiré et la protection post-partum, et une association positive plus forte entre le nombre d'enfants désiré et le taux d'enfants morts-nés.

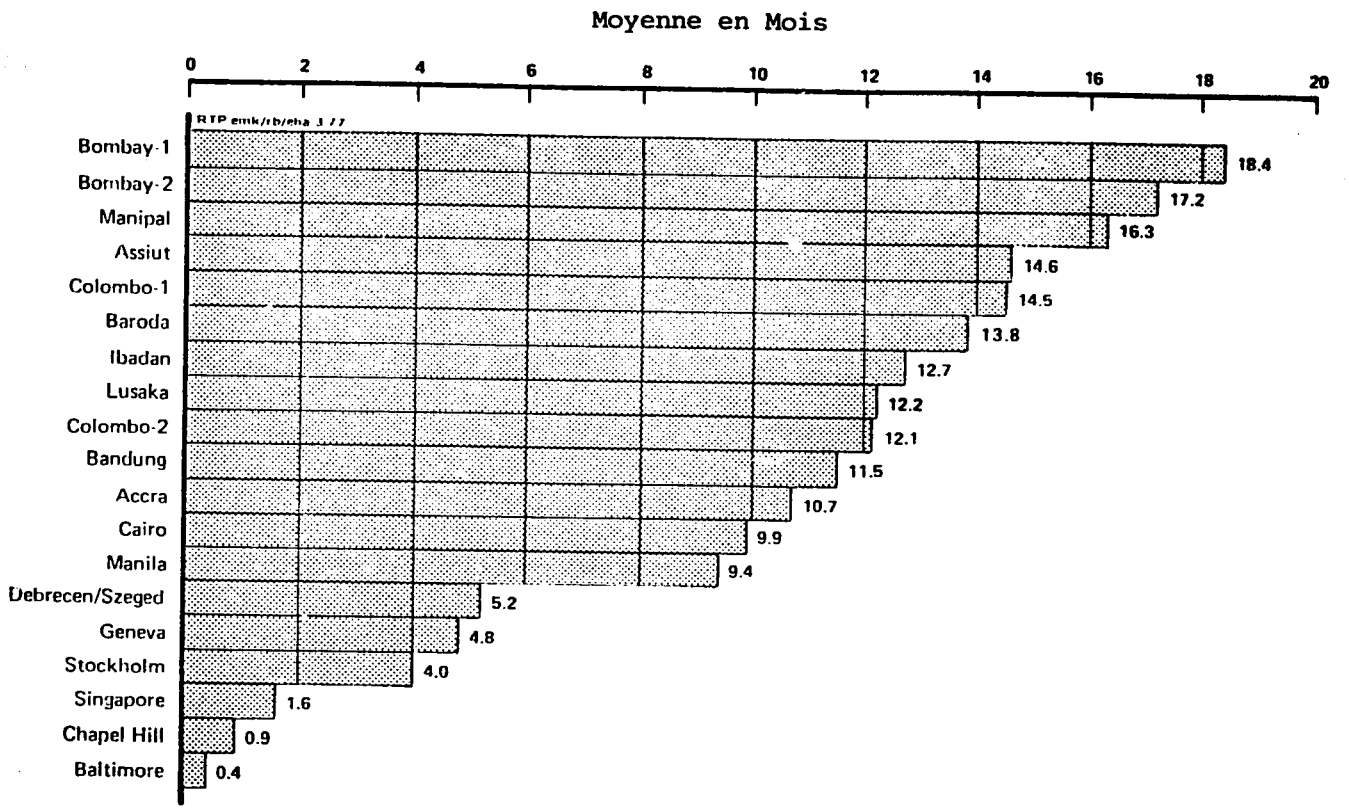



Fig. 13. Placement en ordre descendant de la durée moyenne de l'allaitement au sein de l'enfant en vie le plus jeune. Les échantillons du sous-continent indien montrent la plus longue durée d'allaitement au sein, jusqu'a 18 mois, suivie par des échantillons dispersés à travers l'Afrique et l'Extrême-Orient. Les échantillons européens montrent une durée moyenne de quatre à cinq mois d'allaitement au sein, alors que les deux échantillons des Etats-Unis montrent moins d'un mois. Notez la position de Singapour.

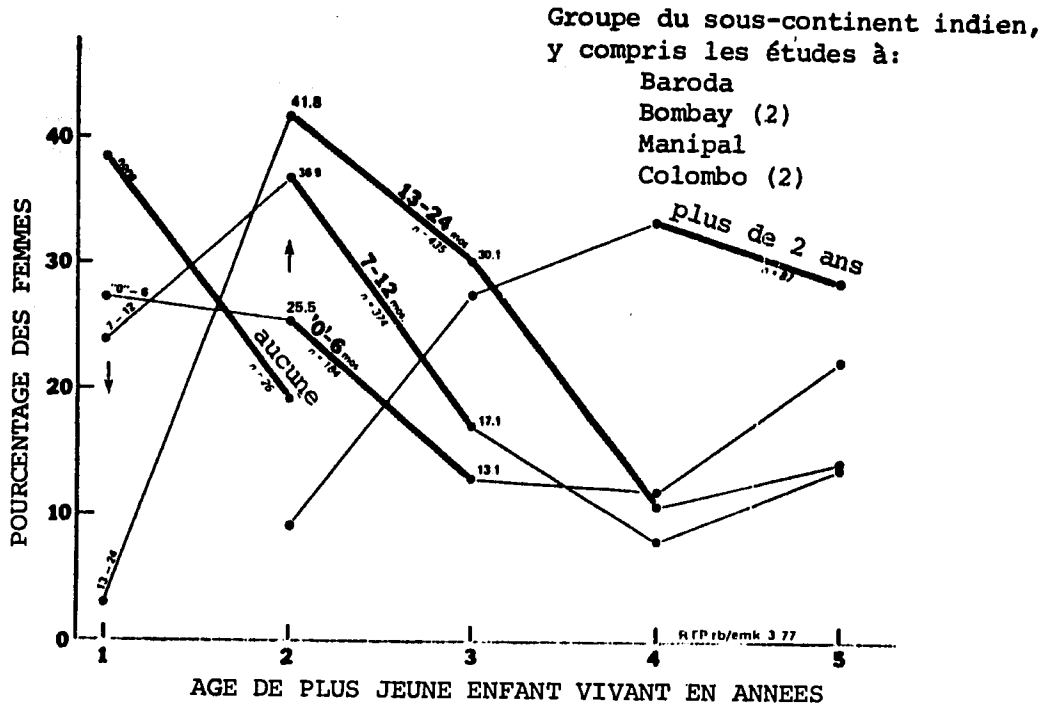



Fig. 14. Distribution de l'âge du plus jeune enfant en vie selon la durée de l'allaitement au sein. La figure montre la distribution du pourcentage à travers les catégories d'âge (en années) de l'enfant vivant le plus jeune pour quatre catégories de durée d'allaitement au sein du plus jeune enfant vivant.

Les échantillons combinés du groupe du sous-continent indien montrent un décalage prononcé vers un âge plus avancé de l'enfant en vie le plus jeune avec durée croissante de l'allaitement au sein. En d'autres mots, un effet positif marqué de l'allaitement au sein sur l'intervalle de la dernière grossesse se fait voir ici. Ceci démontre l'effet contraceptif naturel de l'allaitement maternel et rattache la santé de la famille à l'espacement de la reproduction.

dans les maternités en 1976 et suggère à la fois la nécessité d'analyses futures de la relation entre l'allaitement maternel et les intervalles entre les naissances. Cette relation subit actuellement des changements importants dans le contexte de la contraception et autres facteurs.

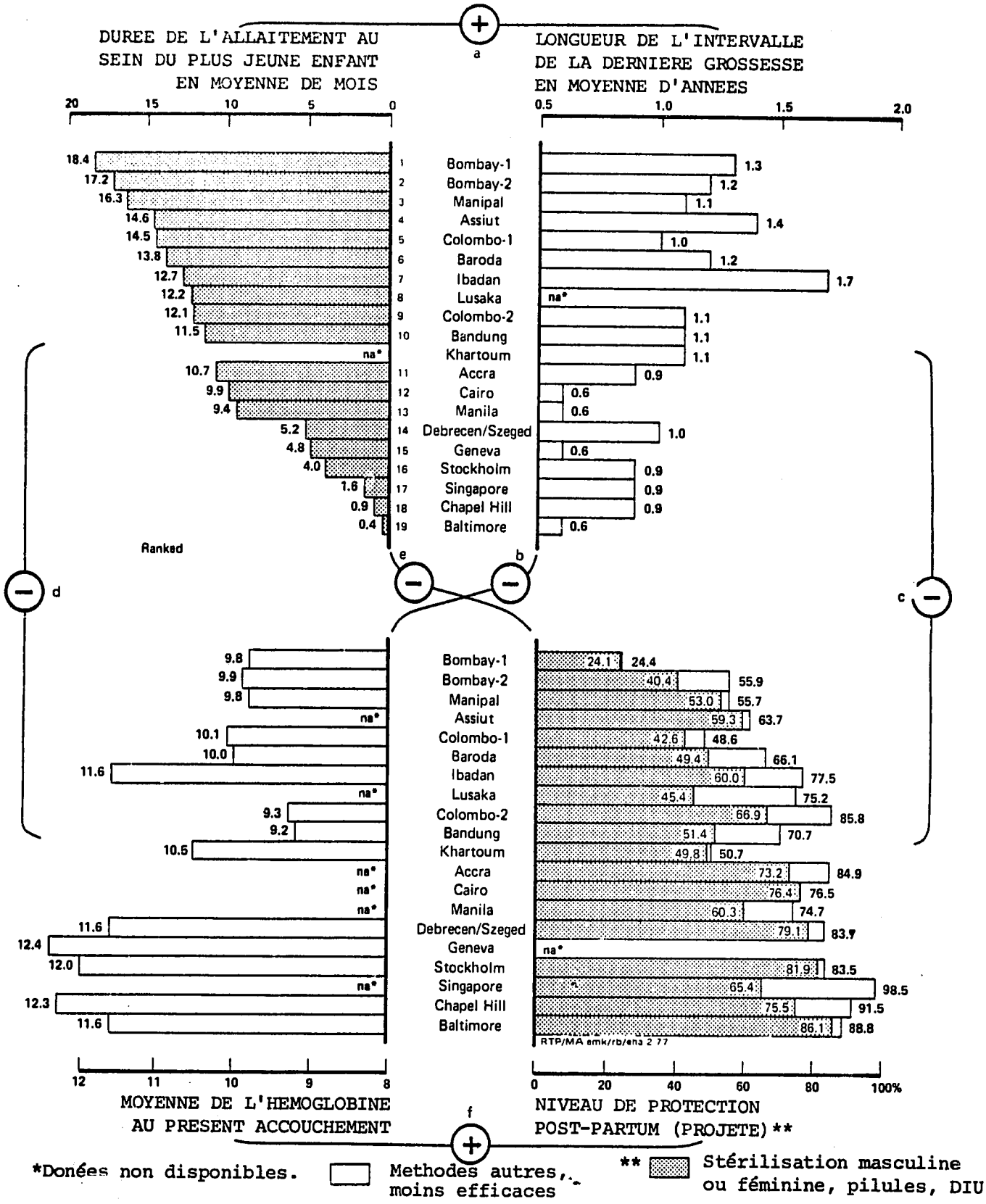
La Figure 15 est le premier essai d'une telle analyse, utilisant tous les renseignements disponsibles de l'épreuve préliminaire de 1976 au sujet de (1) durée de l'allaitement au sein pour l'enfant en vie le plus jeune, (2) durée de l'intervalle avant la dernière grossesse, (3) moyenne de l'hémoglobine au dernier accouchement, et (4) intentions vis-à-vis de la contraception post-partum. Bien que cette analyse illustrée des rapports entre ces quatre variables soit basée sur des échantillons venant de nombreux pays son potentiel le plus vaste réside dans une application largement diffusée sur de nombreuses maternités au sein d'un pays donné. Dans l'ensemble, toutefois, les observations apparaissent être compatibles. Des six associations possibles parmi les quatre variables qu'on examine, le rapport entre les variables (1) et (2) et celui entre les variables (3) et (4) est positif; les autres quatre associations sont négatives. Notez en particulier l'association inverse entre la durée de l'allaitement au sein de l'enfant en vie le plus jeune et le plan de protection contraceptive après l'accouchement actuel (les deux sections grises de l'arrangement en pyramide renversée sur la Figure 15).

En résumé, le MCM suggère la nécessité d'enquêtes ultérieures sur les divers rapports entre l'allaitement maternel, la contraception, santé de la mère par exemple, hémoglobine, et espacement des naissances. Au sein des pays, le MCM devrait conduire au développement de modèles de travail et d'étude que l'on pourrait appliquer en vue d'aiguiser la méthodologie du MCM.

## Espacement de la Reproduction

L'observation obstétricale standard s'enquière sur les pratiques contraceptives durant les trois mois précédant la grossesse actuelle, et aussi la contraception adoptée ou projetée au delà l'accouchement actuel. Ceci conduit à des profils "avant/après" de pratique contraceptive qui pourraient refléter, non seulement l'attitude de la patiente envers la contraception, mais peut-être plus encore la gérance contraceptive de l'établissement.

La Figure 16 montre les profils contraceptifs "avant/après" pour l'ensemble de six échantillons du sous-continent indien et cinq échantillons de pays développés. Bien que 40% des femmes dans les échantillons de pays développés se servent de contraceptifs (surtout de contraceptifs oraux), moins de 10% des échantillons étudiés venant du sous-continent




*Donées non disponibles. Methodes autres, moins efficaces ** Stérilisation masculine ou féminine, pilules, DIU

Fig. 15. Exemple d'analyse trans-clinique graphique avec variantes multiples, durée de l'allaitement au sein de l'enfant le plus jeune; longueur correspondante de l'intervalle de la dernière grossesse; moyenne de l'hémoglobine au présent accouchement et niveau de protection post-partum projeté. Six associations (a-f). Données basées sur 6.331 accouchements pour 20 jeux de données.

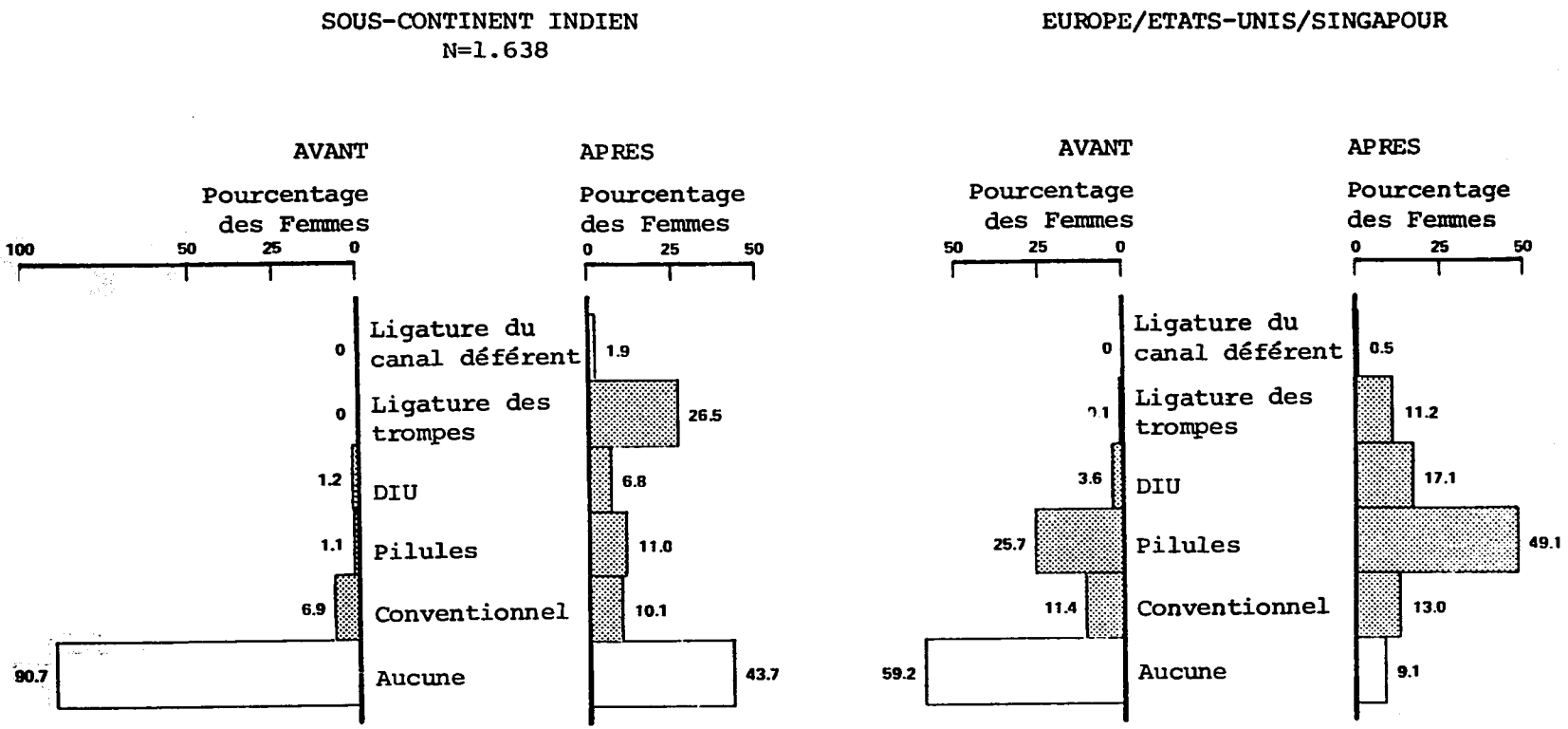



Fig. 16. Profil contraceptive avant et après la présente grossesse pour les échantillons du sous-continent indien et Europe/Etats-Unis/Singapour. L'organisation verticale des histogrammes de la distribution des méthodes en "branches d'efficacité" permet une comparaison en un clin d'oeil de la conduite envers la contraception par période et par endroit. Ces branches d'efficacité contraceptive montrent clairement que l'usage des contraceptifs à la fois avant la présente conception et l'usage des contraceptifs post-partum sont tout à fait spécifiques quant à la méthode et selon l'endroit. Alors que la pilule est le moyen le plus populaire de contrôle de la fécondité pour l'Europe/Etats-Unis/Singapour, la ligature des trompes est la méthode la plus fréquente dans le sous-continent indien.

indien se servaient de contraceptifs; pour les femmes qui l'utilisaient, la plupart employa des méthodes conventionnelles. Après l'accouchement, les échantillons du sous-continent indien eurent tendance à choisir la ligature des trompes (26,5%), alors que les échantillons des pays développés choisirent en général les contraceptifs oraux (49,1%).

La Figure 17 montre le choix post-partum d'une méthode contraceptive pour quatre ensembles régionaux de femmes ne s'étant pas servies de contraceptifs pendant les trois mois précédant la conception actuelle. Les trois profils distincts méritent une étude sur une période donnée par analyse transversale à intervalles répétés de données supplémentaires que le MCM récoltera. Il faudrait garder à l'esprit le fait que ces profils affecteront l'usage contraceptif dans la communauté.

La Figure 18 montre l'usage post-partum de méthodes offrant une protection élevée selon le nombre d'enfants en vie. On y compare les échantillons du sous-continent indien avec ceux de l'Europe/Etats-Unis/Singapour. La différence en incidences de contraception pour les groupes à parité faible entre les deux régions mérite des études approfondies.

En résumé, le MCM permet l'investigation courante du rapport entre l'acceptation post-partum du planning familial et de variables tels que le nombre d'enfants vivants, la contraception avant l'accouchement actuel, et des facteurs liés à la santé, et aux pertes diverses dans le processus de reproduction.

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les premières constatations de l'épreuve préliminaire de l'observation obstétricale standard sont encourageantes. Elles démontrent la nécessité administrative ainsi que les avantages épidémiologiques de l'observation systématique de la conduite et de l'issue des accouchements, comme aussi d'autres variables et circonstances socio-économiques, historique reproductive, soins pré-natals, état post-partum de la mère et de l'enfant, et projets post-partum de contraception future.

En harmonie avec le thème de notre congrès, la présente communication a mis l'accent principalement sur des aspects autres que la gérance du processus de l'accouchement. Toutefois, l'exemple de la gérance et de l'issue des présentations du siège indique un besoin urgent d'observer les risques obstétriques, particulièrement dans les pays en voie de développement (Figure 4).

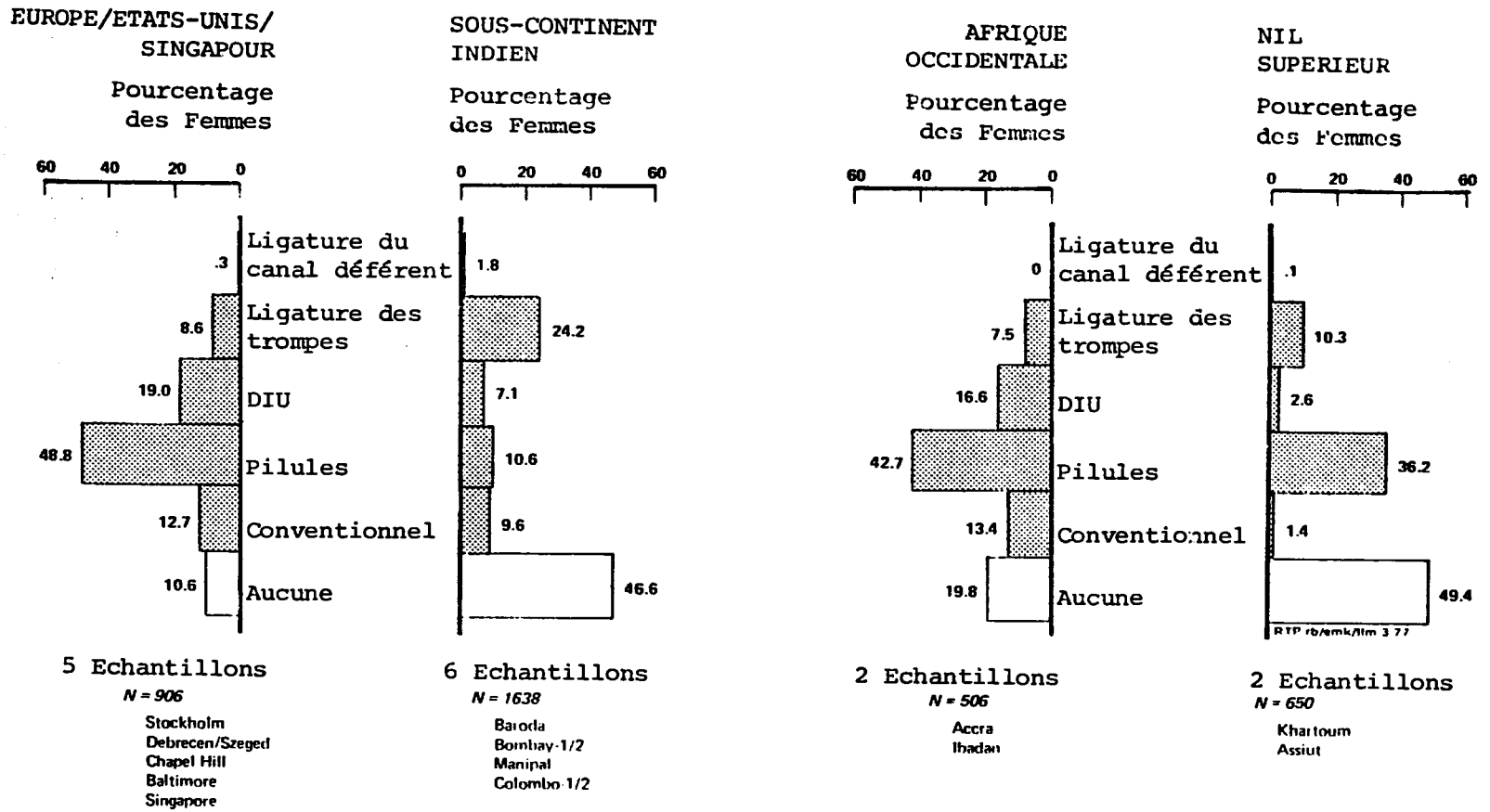



Fig. 17. Acceptation post-partum de la contraception (projetée ou employée) pour les femmes ne se servant pas de contraceptifs trois mois avant la présente conception, basé sur les données en provenance de quatre groupes (régionaux): (1) pays développés, (2) sous-continent indien, (3) Afrique occidentale, et (4) Nil supérieur. Trois profils spécifiques d'acceptation de la contraception post-partum se remarquent: (1) absence continue de protection d'environ 50% et accent sur les contraceptifs oraux (Nil supérieur); (2) absence continue de protection d'environ 50% et emphase sur la ligature des trompes (sous-continent indien); et absence continue de protection de moins de 20% avec accent marqué sur les contraceptifs oraux (Europe/Etats-Unis/Singapour, Afrique occidentale).

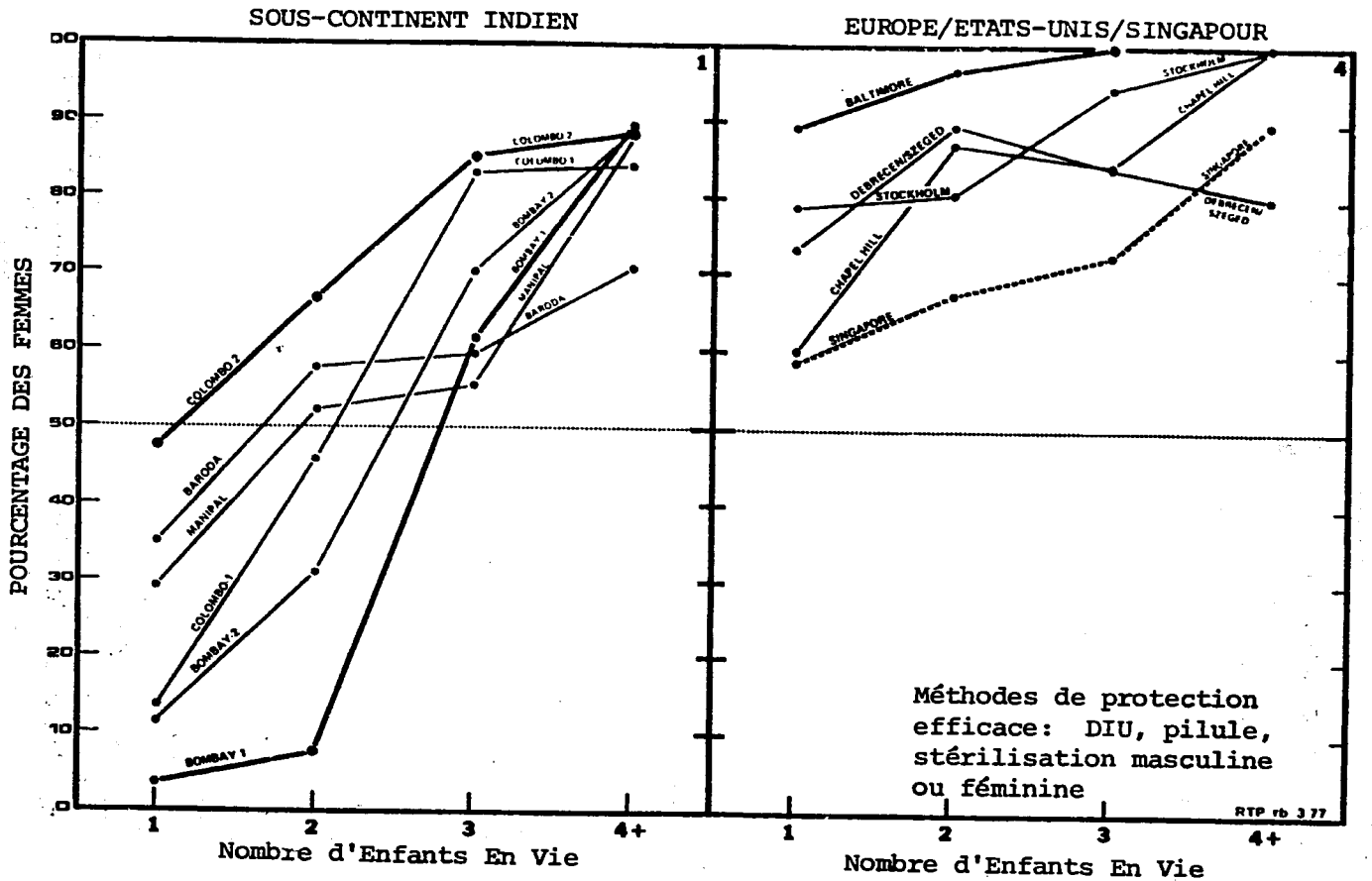



Fig. 18. Contraception post-partum à niveau élevé d'efficacité, projetée ou employée, d'après le nombre d'enfants vivants. Sur le sous-continent indien, les variations de l'acceptation de la contraception à niveau élevé d'efficacité sont les plus grandes parmi les femmes ayant un ou deux enfants en vie. Toutefois, avec le troisième enfant en vie, le niveau d'acceptation augmente d'une façon dramatique. Les échantillons en provenance d'Europe/Etats-Unis/Singapour montrent un niveau d'acceptation post-partum élevé parmi les femmes n'ayant qu'un ou deux enfants en vie après le présent accouchement.

En analysant les caractéristiques des patientes avant et après l'accouchement actuel, les obstétriciens seront à même d'estimer avec plus de sûreté les exigences en vue de l'amélioration de la santé maternelle et infantile dans la zone couverte par leur établissement. Les échantillons des pays en voie de développement démontrent tout particulièrement cette exigence.

Le MCM pourrait accélérer le développement de la santé publique dans bien des nations. Les administrateurs sanitaires des pays en voie de développement souhaiteront sans doute participer, non seulement à la désignation de cliniques-sentinelles dans les zones urbaines et rurales, mais encore aux différentes phases d'observation--par exemple, l'obtention des données et l'analyse et l'interprétation des constatations. Ces constatations seraient utiles au développement et à la mise en oeuvre de stratégies efficaces en vue d'améliorer la santé maternelle et infantile, même et surtout dans les pays les plus nécessiteux. Une constellation de petites maternités rurales pourraient faire partie du réseau national de cliniques-sentinelles qui observeraient d'une façon systématique les soins de maternité. Ceci nous amène finalement à la question qui me semble être la clé de voûte de notre réunion ici à Tunis.

Quel est le rapport fonctionnel entre la clinique et le domicile en ce qui concerne la distribution des services de santé et du planning familial? Evidemment, on ne peut répondre à cette question que dans le contexte des réalités nationales. L'évolution des attitudes nationales et de la politique sur l'espacement des naissances est tortueuse, et chaque nation ne fut en rien préparée à faire face au dilemme de la surpopulation. Toutefois, on perçoit à l'heure actuelle une ambiance réaliste de découverte de soi-même virtuellement dans tous les pays.

Nos collègues d'Asie, Egypte, et Tunisie nous font part de leur évolution en matière de programmes d'espacement des naissances. Ils en sont tous venus à se rendre compte--si je les comprends bien--que l'on doit poursuivre la distribution des services de santé familiale à la fois dans les cliniques et les domiciles. Ce fait n'a été que récemment reconnu, et des efforts sont faits par des moyens variés en vue de combler l'abîme qui existe à ce sujet encore dans la plupart des pays en voie de développement. Il est significatif que le Maroc va lancer un plan expérimental de distribution de contraceptifs à domicile conçu en vue de couvrir toute la province de Marrakech dès 1979. Mais d'une signification égale est l'aspect de distribution à domicile qui fait partie d'une approche intégrale, en même temps que dans les cliniques de village, centres dites "de référence," et maternités. La plupart des pays africains en voie de développement partagent apparemment cette perspective, jusqu'au point où j'ai pu m'en assurer au cours de nombreuses

discussions professionnelles en public et en privé--aussi bien au cours de l'année dernière et ici à Tunis avant l'ouverture du présent congrès.

Dans sa communication, le Dr. A. Omran a montré, au moyen d'un modèle qu'il a lui-même développé au cours de nombreuses années, que la "connexion vitale pour la santé est le planning familial." Les dirigeants de la plupart des pays en voie de développement sont maintenant d'accord et s'efforcent de mettre sur pied l'espacement des naissances en vue d'assurer à la fois la santé optimale pour la mère et de meilleures chances de vie et de croissance pour l'enfant. Toutefois, avant d'entreprendre divers projets expérimentaux de distribution dans les villages et les foyers, certaines nations africaines voudraient justifier la nécessité de cette approche en apprenant davatage au sujet de l'état actuel de la reproduction humaine dans leur propre pays. Cette marche circonspecte vers le progrès de la santé publique dans beaucoup de pays jeunes est fort sage. Elle engendrera, non seulement l'acceptabilité sociale, mais avant tout l'acceptabilité politique nécessaire du concept de l'espacement des naissances.

L'ordre du jour du présent congrès devrait fournir aux participants l'occasion de se renseigner sur la progression historique de la distribution des services à partir des cliniques jusque dans les domiciles--une progression particulièrement avancée dans certains pays d'Asie et actuellement plus ou moins dans sa petite enfance en divers pays nord-africains (Egypte, Tunisie, et Maroc). Une convergence presque idéale de la distribution de services en clinique, étant renforcée par le MCM, avec la distribution dans les villages et les domiciles des moyens de base pour la santé et hygiène familiales, y compris les moyens pratiques pour espacer les naissances, paraît être une possibilité distincte. L'avenir montrera si cette convergence dans l'administration de la santé publique est faisable. A mon avis, la scène est préparée en Afrique pour expérimenter avec une formule qui a déjà réussi dans certains pays d'Asie. De bons projets de recherches sur les programmes de distribution dans les domiciles et les cliniques, ou, ce qui serait idéal, les deux combinés, engendreront des réponses dont on a grand besoin au cours des quelques prochaines années. Une franche participation africaine à cette recherche est l'une des plus grandes joies ressenties au cours du présent congrès.

## ANNEXE

Le questionnaire revue et corrigée en 1977 suit.

International Fertility Research Program

OBSERVATION OBSTETRICALE STANDARD[a]

Inscrire dans chaque case le chiffre correspondant en entourant éventuellement son correspondant dans le texte. Toutes les cases sont à remplir et spécifier éventuellement.

Exemple: 11. Mode de séjour: 1) privé 2) non-privé
8) autre 20

---

IDENTIFICATION PERSONNELLE

1. Numéro d'hospitalisation _____ 2. Date d'admission _____

3. Nom de la patiente _____
nom du famille prénom nom du jeune fille

Nom du mari _____

4. Adresse _____

---

IDENTIFICATION CODEE

5. Nom du centre _____ et numéro: 1-3

6. Numéro de l'étude 4-6

7. No. (rang) de la patiente dans l'étude 7-11

8. Date de l'accouchement 12-17
jour mois année

9. Conditions d'admission: 0) non inscrite 1) inscrite à l'initiative de la patiente 2) envoyée par un médecin 3) envoyée par une sage-femme 4) admise en urgence 8) autre _____ 18

CARACTERISTIQUES DE LA PATIENTE

10. Résidence: 1) urbaine 2) rurale 3) bidonville 19

11. Mode de séjour: 1) privé 2) non-privé 20

12. Age de la patiente: (années révolues) 21-22

13. Niveau d'instruction de la patiente: (nombre d'années scolaires complètes) 23-24

---

[a]Le questionnaire original sur lequel on a basé les résultats rapportés comprenait plusieurs questions qui n'étaient pas comprises dans la présente version revue et corrigée.

14. Etat Civil: 1) jamais mariée 2) mariée actuellement 3) mariée antérieurement 4) séparée 5) union de fait 8) autre _____ 25

ANAMNESE ANTERIEURE GROSSESSE ACTUELLE

15. Nombre total des naissances vivantes 26-27

16. Enfants actuellement vivants: nombre de garçons 28
(8 ou plus = 8)
nombre de filles 29

17. Age de l'enfant vivant le plus jeune: (8 ans ou plus = 8; moins d'un an = 0) 30

18. Nombre total d'enfants morts-nés: (8 ou plus = 8) 31

19. Nombre d'enfants décédés à moins de 12 mois complets:
nombre de garçons 32
(8 ou plus = 8)
nombre de filles 33

20. Nombre d'enfants décédés de 12 mois à 59 mois complets:
nombre de garçons 34
(8 ou plus = 8)
nombre de filles 35

21. Nombre d'avortements spontanés: (8 ou plus = 8) 36

22. Nombre d'avortements provoqués: (8 ou plus = 8) 37

23. Résultats de la dernière grossesse: 0) pas de grossesse antérieure 1) enfant vivant, à terme 2) enfant vivant, avant terme 3) mort-né, à terme 4) mort-né, avant terme 5) avortement provoqué 6) avortement spontané 7) grossesse ectopique 8) autre 38

24. Procédé contraceptif essentiellement utilisé pendant les trois mois précédants la conception actuelle: 0) aucun 1) DIU 2) pilule 3) ligature des trompes 4) vasectomie 5) condom 6) retrait/rythme 7) mousse/diaphragme/gelée 8) autre 39

DONNEES MEDICALES DE LA GROSSESSE ACTUELLE

25. Nombre de consultations prénatales: (8 ou plus = 8) 40

26. Affection principale prénatale: (voir la liste des codes) 41-42

27. Hospitalisation pendant cette grossesse: 0) non 1) oui, pour une affection indiquée dans la question 26 2) oui, pour une affection non-indiquée dans la question 26, spécifier _____ 43

28. Nombre d'opérations césariennes antérieures 44

29. Durée estimée de la grossesse (calculée en semaines révolues à partir du premier jour des dernières règles) 45-46

30. Taux d'hémoglobine à l'admission pour accouchement: 1) 5 gr ou moins 2) 6 gr 3) 7 gr 4) 8 gr 5) 9 gr 6) 10 gr 7) 11 gr 8) 12 gr ou plus 9) non fait 47

31. Rupture des membranes: 0) prématurée, 24 heures avant l'accouchement (l'acc) ou plus 1) prématurée, moins de 24 heures avant l'acc 2) spontanée, avant 4 cm de dilatation 3) spontanée, après 4 cm de dilatation 4) spontanée, à dilatation complète 5) spontanée, dilatation inconnue 6) artificielle, avant 4 cm de dilatation 7) artificielle, après 4 cm de dilatation 8) pendant l'opération césarienne 48

32. Direction du travail: 0) non en travail 1) début spontané 2) début spontané, direction par rupture artificielle des membranes (RAM) 3) début spontané, direction par ocytociques 4) début spontané, direction par RAM et ocytociques 5) début provoqué, par RAM 6) début provoqué, par ocytociques 7) début provoqué, par RAM et ocytociques 8) autre _____ 49

33. Présentation au cours du travail: (premier foetus en cas de grossesse multiple) 0) occipito-antérieure 1) occipito-postérieure ou occipito-transverse 2) siège décomplété, mode des fesses 3) siège décomplété, mode des pieds 4) front ou face 5) transverse (épaule) 6) procidence d'un membre 7) procidence du cordon 8) autre _____ 50

34. Anesthésique administré: 0) aucun ou simple psychoprophylaxie 1) analgésie par injection ou inhalation 2) anesthésie locale 3) infiltration paracervicale ou des nerfs honteux internes 4) anesthésie rachidienne, péridurale, ou épidurale 5) anesthésie générale 6) 1 et 2 ou 1 et 3 7) autre combinaison 8) autre _____ 51

35. Episiotomie: 0) non pratiquée 1) médiane 2) médiane plus déchirure 3) médiane suivie d'hématome 4) latérale 5) latérale plus déchirure 6) latérale suivie d'hématome 8) autre 52

36. Mode d'accouchement: 0) spontané 1) spontané avec dégagement manuel 2) forceps à la vulve 3) ventouse 4) forceps à la partie haute ou moyenne 5) siège 6) césarienne 7) embryotomie 8) autre _____ 53

37. Principale lésion due à l'accouchement: 0) aucune 1) vulve 2) vagin 3) périnée 4) col 5) utérus 6) rectum 7) vessie 8) autre _____ 54

38. Principale complication de l'accouchement 0) aucune 1) travail prolongé ou obstrué 2) placenta praevia 3) hématome retroplacentaire 4) insuffisance contractile de l'utérus 5) hypercontractilité utérine 6) hémorrhagie du postpartum 7) rétention placentaire 8) autre _____ 55

39. Deuxième complication (par ordre d'importance) de l'accouchement (utiliser les codes de la question 38) 56

40. Durée du travail: (en heures entièrement écoulées) 0) non en travail 1) moins de 2 2) 2-6 3) 7-12 4) 13-18 5) 19-24 6) 25-48 7) plus de 48 heures 57

41. Responsable de l'accouchement: 0) personne 1) infirmière 2) sage-femme qualifée 3) étudiante infirmière ou étudiante sage-femme 4) auxiliaire de santé 5) étudiant en médecine 6) médecin généraliste 7) spécialiste gynécologue-accoucheur 8) autre _____ 58

42. Poids de naissance: (en grammes: 9998 et plus = 9998) (grossesse multiple donner le poids total) 59-62

43. Sexe du (ou des) nouveau-né(s):
nombre de garçons 63
(indiquer le nombre pour chaque sexe)
nombre de filles 64

En cas de grossesse multiple les questions 44 et 45 ne s'appliquent qu'au premier enfant.

44. Cotation d'APGAR: 9) non faite
à une minute 65
(8 ou plus = 8)
à 5 minutes 66

45. Principale complication foetale ou néonatale: 0) pas de complication 1) souffrance foetal au cours du travail 2) malformation mineure 3) malformation majeure 4) détresse respiratoire 5) ictére 6) infection néonatale 7) traumatisme, spécifier _____ 8) autre _____ 67

46. Mort du foetus ou du nouveau-né: 0) vivante 1) antepartum, un enfant 2) antepartum, deux ou plus 3) intrapartum, un enfant 4) intrapartum, deux ou plus 5) postpartum, un enfant 6) postpartum, deux ou plus 7) combinaison 8) autre _____ 68

47. Principale complication des suites de couche: 0) pas de complication 1) fièvre nécessitant un traitement 2) saignement nécessitant un traitement 3) infection des voies urinaires 4) mastite 5) phlébite 6) lâchage de suture 7) mort (remplir la fiche speciale) 8) autre: spécifier _____ 69

48. Transfusion de la mère pendant le séjour: 0) non 1) oui, avant l'acc 2) oui, pendant l'acc 3) oui, après l'acc 4) 1 et 2 5) 1 et 3 6) 2 et 3 7) 1, 2 et 3 70

49. Nombre de nuits d'hospitalisation: 0) non 1) oui, avant l'acc 2) oui, pendant l'acc 3) oui, après l'acc 4) 1 et 2 5) 1 et 3 6) 2 et 3 7) 1, 2 et 3 71

50. Nombre de nuits d'hospitalisation après l'accouchement: (8 ou plus = 8) 72

ETUDES PARTICULIERES

51. _____ 73

52. _____ 74

53. _____ 75

54. Fume le tabac pendant la grossesse: 0) non
Pendant une partie seulement de la grossesse (cigarettes/jour): 1) 1-10 2) 11-20 3) 21 ou plus
Pendant toute la grossesse (cigarettes/jour): 4) 1-10 5) 11-20 6) 21 ou plus 8) cigares, pipe, etc. 75

CASES A REMPLIR AU MOMENT DE LA SORTIE

55. Stérilisation tubaire: 0) aucune 1) avant l'acc 2) au moment de l'acc 3) le jour même de l'acc 4) 2e à 3e jour après l'acc 5) 4e à 5e jour après l'acc 6) 6e à 7e jour après l'acc 7) 8e à 10e jour après l'acc 8) 11e jour ou plus 77

56. Nombre d'enfants ultérieurs désirés: (8 ou plus = 8) 78

57. Procédé contraceptif prévu ou utilisé: 0) aucun 1) DIU 2) pilule 3) ligature des trompes 4) vasectomie 5) condom 6) retrait/rythme 7) mousse/diaphragme/gelée 8) autre _____ 79

Signature (lisible) _____ 80

©IRFP 1977 ALL RIGHTS RESERVED TMATF 3/77

VEUILLEZ EXPEDIER PAR AVION A:

International Fertility Research Program
Research Triangle Park
North Carolina 27709 U.S.A

# SURETE DE LA PILULE

M. F. Fathalla

Notre présentation comprend trois parties principales. La première partie expose les effets de la pilule sur les divers systèmes du corps, y comris ses dangers possibles pour la santé. La deuxième partie place la question de la sûreté de la pilule dans une perspective appropriée, en comparant les dangers constitués par l'usage de la pilule avec ceux que l'on court à ne pas la prendre, c'est-à-dire les risques encourus en se servant de méthodes anti-conceptionnelles moins sûres, ou en devenant enceinte. La troisième partie examine le rôle des examens médicaux dans la prévention des dangers possibles causés par la pilule.

Il est nécessaire tout d'abord d'expliquer qu'on emploie le terme "pilule" d'une manière générale englobant tous les types de contraceptifs hormonaux stéroïdes à prendre par voie buccale. On en trouve de trois types: la pilule combinée, se composant d'estrogènes et de progestatifs; la pilule séquentielle, composée d'estrogènes avec des progestatifs ajoutés seulement pendant la dernière partie du cycle; et la pilule à faible dosage de progestatifs, sans addition d'estrogènes. Pour chaque type, il existe de nombreuses variétés, non seulement par le type de composition, mais par les dosages employés. Ce fait mérite d'être mentionné car la composition de la pilule est un facteur important qui influence ses effets physiologiques. La pilule combinée est le type dont l'usage est de loin le plus répandu, et c'est le type qu'on appellera "la pilule" dans la présente communication, à moins qu'on ne spécifie qu'il en est question d'un autre.

## EFFETS DE LA PILULE

On ne peut parler des effets des contraceptifs oraux qu'en se plaçant à deux points de vue différents: les effets physiologiques sur les organes de la reproduction et autres systèmes physiologiques, et les effets cliniques sur la patiente. Les effets cliniques, qui sont produits par les effets physiologiques, comprennent l'effet anti-conceptionnel, des effets secondaires mineurs, et les dangers pour la santé. Ces effets sont influencés par des variations dues à l'altération des dosages ou la proportion des ingrédients.

## Effets Physiologiques

### Effets sur les Organes de la Reproduction

L'action des contraceptifs stéroïdes oraux sur les organes reproducteurs est la base de leur effet contre la fécondité. Les relations endocrines normales existant pendant l'usage de la pilule sont très différentes de celles existant sous des conditions normales (Taylor, 1976). La pilule inhibe l'emission de gonadotrophine par l'hypophise, et la fonction gonadotrophique de l'hypophise antérieure pendant tout le cycle, par opposition à l'inhibition cyclique normale prenant place par réaction négative durant le cycle menstruel. L'effet de la pilule sur l'hypophise antérieure affecte les ovaires de manière indirecte, inhibant leur activité. Les effets de la pilule sur l'endomètre et sur le col de l'utérus sont sous l'effet direct des contraceptifs stéroïdes et non sous les effets hormonaux cycliques de l'ovaire. La situation produite par la pilule est plus ou moins similaire à la grossesse. Pendant la grossesse, un nouvel organe endocrinien, le placenta, fait son apparition. Les hormones stéroïdes produites par ce nouvel organe inhibent l'unité hypophisaire-pituitaire, inhibant indirectement l'activité ovarienne et soumettant l'utérus à l'action des seules hormones placentaires. Les quantités d'hormones produites par le placenta, toutefois, sont énormes comparées aux très petites doses d'hormones exogènes produites par les contraceptifs oraux.

Dû au fait que les contraceptifs oraux du type combiné ou séquentiel suppriment l'ovulation, des degrés variés d'inhibition ovarienne peuvent se produire (Maqueo et al., 1972). Cet effet est réversible, cependant, et l'activité ovarienne normale se rétablit immédiatement quand on cesse de prendre la pilule.

La pilule combinée produit aussi des changements caractéristiques de l'endomètre, le rendant impropre à un embryon, ajoutant ainsi à son effet anti-fécondant (Taylor, 1976). L'usage prolongé des contraceptifs oraux peut causer l'atrophie de l'endomètre, ce qui peut résulter en un flux menstruel réduit. Il est important de noter que l'effet sur l'endomètre de l'usage prolongé des contraceptifs oraux est la suppression plutôt que la stimulation. Ce fait peut avoir son importance quand le risque de néoplasie est considéré. L'effet sur le myomètre de la pilule est celui de hypertrophie, l'augmentation de la vascularité, et l'oedème (Taylor, 1976). Certains observateurs ont rapporté une augmentation dans le volume des myomes chez les femmes qui prennent la pilule; ceci se produit aussi occasionnellement pendant la grossesse.

Les composés de progestatifs ont pour effet supplémentaire de causer des changements physio-chimiques du mucus

cervical, le rendant peu propice à la pénétration du sperme, ajoutant ainsi à l'effet anti-fécondant (Taylor, 1976). Ils produisent aussi des changements morphologiques des muqueuses cervicales. L'érosion endocervicale, comme cela arrive pendant la grossesse, peut se produire également. Microscopiquement parlant, une hyperplasie adénomateuse est quelquefois notée, quoique rarement, et ne devrait pas être confondue avec d'autres lésions (Taylor, 1976). Elle est de caractère bénin et décline spontanément quand on arrête la pilule.

Les contraceptifs oraux combinés, spécialement ceux à contenu élevé d'estrogène, ont un effet déprimant sur la lactation--à la fois sur son volume total et sur les quantités de ses principaux constituants nutritifs (Abdel Kader et al., 1969). Quand il est vital pour l'enfant qu'il soit nourri au sein, comme c'est le cas dans les pays en voie de développement, les contraceptifs oraux devraient être évités par les femmes qui allaitent, surtout au cours des premiers mois. Cette restriction, toutefois, ne s'applique pas aux contraceptifs contenant seulement des dosages faibles de progestatifs, puisqu'ils n'inhibent pas la lactation. On sait aussi que les stéroïdes hormonaux sont sécrétés en petite quantité dans le lait. Jusqu'ici, il n'existe pas de preuve des effets sur les nourrissons des contraceptifs oraux ingestés par leurs nourrices, bien que d'autres études doivent être faites à ce sujet. Les contraceptifs oraux peuvent aussi causer une certaine sensitivité ou un gonflement des seins chez certaines femmes; cet effet est similaire à l'effet normal précédant la menstruation.

Effects Systémiques

Les réactions systémiques de l'usage des contraceptifs oraux impliquent des systèmes physiques variés. En termes généraux, ces effets sont similaires, bien que moins prononcés, à ceux produits par les hormones de la grossesse.

Les effets des contraceptifs oraux sur le foie sont probablement les plus importants parce que cet organe est affecté par le métabolisme des hormones stéroïdes (Kleinman, 1974). Ces effets sont dus surtout au contenu de la pilule en estrogène. La réduction dans l'écoulement de la bile ou cholostase peut, dans de rares cas, se manifester cliniquement, résultant en jaunisse cholostatique semblable à celle qui peut se produire pendant la grossesse. Les estrogènes peuvent aussi réduire le taux d'élimination de bromesulfonéphtaleine chez 40% de femmes se servant de contraceptifs oraux. Nos résultats indiquent que cet effet diminue ou disparaît après un usage prolongé, probablement par adaptation des mécanismes physiques. D'autres effets--sur la synthèse des protéines et des enzymes, sur la transformation chimique des médicaments et sur certains changements qui apparaissent au cours de microscopie par électrons--sont apparus au cours

d'études faites sur des animaux, bien que leur signification clinique ne soit pas prouvée. A cause de ces effets, la prudence s'impose avant de prescrire des contraceptifs oraux à des femmes souffrant de maladies de foie ou en ayant souffert.

Un autre effet systémique est celui d'une altération de la tolérance de la glucose (Phillips et Duffy, 1973). Chez les femmes qui prennent des contraceptifs oraux, les épreuves d'hyperglycémie provoquée montrent une tendance à un retour à la normale retardé après ingestion de glucose--effet similaire à celui produit par une grossesse normale. Avec l'usage prolongé de la pilule, toutefois, les épreuves d'hyperglycémie provoquée montrent une tendance à revenir à la normale. L'altération en tolérance de la glucose est plus marquée chez les femmes prédisposées au diabète, et il semble que les contraceptifs oraux, comme la grossesse, peuvent démasquer un diabète latent. Il n'est pas prouvé, toutefois, que les contraceptifs oraux causent un diabète permanent ou font empirer un diabète existant.

Des changements dans le métabolisme des graisses se produisent aussi chez les femmes prenant des contraceptifs oraux (Larsson-Cohn et al., 1970). Comme dans la grossesse, il y a une hausse dans les niveaux de plusieurs catégories de lipides dans le plasma. Cet effet sur les triglycérides du sérum est plus prononcé avec les préparations contenant de fortes doses d'estrogènes. En vue du fait que l'artériosclérose pourrait être associée à des degrés élevés de lipides dans le sang, il pourrait exister des raisons de souci. Toutefois, ceci n'est pas prouvé, et les femmes ayant eu plusieurs grossesses associées à de l'hyperlipémie ne montrent pas plus de tendance à l'artériosclérose que les femmes nullipares.

L'effet de la pilule sur la coagulation du sang a reçu beaucoup d'attention à cause de l'incidence accrue de désordres thrombo-emboliques associés à l'usage des contraceptifs oraux (Astrup, 1969; Prakman et al., 1967). Les étapes de la formation et de la dissolution des caillots de sang sont plutôt complexes. Dans les artères, les caillots paraissent être formés par l'adhésion des plaquettes à un endothélium endommagé. Dans les veines, la stase et des changements dans les facteurs de coagulation du sang sont impliqués. Les estrogènes des contraceptifs oraux peuvent affecter la coagulation du sang de plusieurs manières:

- Ils peuvent augmenter le nombre des plaquettes, leur faculté d'adhésion, et leur réaction face à des agents d'agglutination.

- Ils augmentent les facteurs de coagulation VII, VIII, IX, X, et XII.

- Ils accélèrent le changement de prothombine à thrombine, conduisant à un ralentissement du temps de cette transformation.

- Ils augmentent les niveaux de fibrinogènes.

- On a rapporté qu'ils affectent la capacité de dilatation des veines, réduisant d'autant la vélocité de l'écoulement du sang.

Un autre effet des contraceptifs oraux, une fibrinolyse accrue, se produit chez la moitié environ des femmes qui font usage de contraceptifs oraux, et semble être un effet des progestatifs. Le temps de lyse des caillots est ainsi réduit. En général, les changements dans la coagulation du sang des femmes prenant des contraceptifs oraux sont similaires à ceux qui se produisent quand la grossesse est avancée, mais ils sont moins prononcés.

Un autre système sur lequel la pilule peut avoir un effet significatif est le système cardio-vasculaire. Dans de rares cas, l'usage des contraceptifs oraux amène une hausse substantielle de la pression systolique et diastolique (Newton et al., 1968). Ce phénomène a été signalé comme étant notoirement plus fréquent chez les femmes ayant eu de l'hypertension au cours d'une grossesse précédente. Si les femmes qui éprouvent ce symptôme cessent de prendre la pilule, leur pression artérielle redevient normale après quelque semaines;toutefois, si elles recommencent à prendre la pilule, leur pression artérielle augmente à nouveau. Certaines observations montrent que les estrogènes sont responsables de cette hypertension réversible causée par les stéroïdes. Des changements concomitants en rénine, substrats de la rénine, et réactivité des substrats de la rénine, et aussi dans les excrétions d'aldostérone, ont été notés.

## Effets Cliniques

Du point de vue de la cliente comme de celui du docteur, les effets physiologiques doivent être traduits en effets cliniquement significatifs. Les effets cliniques de la pilule peuvent être classés en trois catégories: (1) un effet contre la fécondité, avec une efficacité théorique de près de 100%; (2) certains effets secondaires mineurs; et (3) des dangers possibles pour la santé. La première catégorie est un effet bienfaisant, et est en fait la raison principale de la popularité de la pilule. Les deux autres catégories représentent des effets négatifs; nous parlerons de ces derniers ci-dessous.

## Effets Secondaires Mineurs

Les effets secondaires mineurs comprennent des pertes de sang plus ou moins abondantes, nausées, changements dans

les caractéristiques des règles, aménorrhée occasionnelle, gain pondéral, maux de tête, sensitivité des seins, et changements émotionnels. Ces changements secondaires sont significatifs en ce sens qu'ils pourraient affecter l'acceptabilité de la méthode, mais ne sont pas significatifs dans le cadre de sa sûreté. La plupart des effets secondaires diminuent ou disparaissent après les premiers mois d'emploi.

Dangers pour la Santé

Les preuves que la pilule est associée à certains dangers ont toujours été difficiles à obtenir à cause de la rareté de ces dangers. Ces preuves s'obtiennent généralement en quatre étapes:

1. Prédictabilité théorique dérivant des réactions connues produites par les hormones stéroïdes, exposées plus haut.

2. Expériences sur animaux, avec des résultats qui peuvent ou non être extrapolés aux êtres humains.

3. Un cas occasionnel rapporté sur la complication en question.

4. Un effort déterminé pour obtenir des preuves scientifiques valides de l'association, au moyen d'enquêtes statistiques rétrospectives ou bien prospectives.

Une étude rétrospective commence par une série de cas montrant la complication en question, et s'efforce de déterminer s'il se trouve un pourcentage de femmes prenant la pilule plus élevé qu'on ne s'y serait attendu. La méthode prospective, qui est plus définitive, commence avec des femmes au moment où elles commencent à prendre la pilule et avec un nombre égal de contrôles, suit les deux groupes pendant plusieurs années en observant quelles complications se produisent. Il est nécessaire d'étudier des groupes de femmes très nombreux pour que l'incidence de complications aussi rares puisse être mesurée prospectivement. Un certain nombre d'études prospectives sont en cours depuis quelques années (Ramcharan, 1975).

En 1968, le Royal College of General Practitioners (Collège Royal de Praticiens de Médecine Générale) en Grande-Bretagne commença une étude prospective à grande échelle de la santé des femmes se servant de contraceptifs oraux (Royal College of General Practitioners, 1974). Un total de 23.000 femmes utilisatrices fut rassemblé pour observation, avec un nombre similaire de sujets de contrôle, et 1.400 praticiens de médecine générale dans tout le Royaume-Uni contribuèrent à cette étude en fournissant leurs observations. Un rapport fut publié en 1974.

L'une des conclusions de cette étude est que les femmes se servant de contraceptifs oraux relatent en moyenne six épisodes de maladie en trois ans, alors que celles qui ne s'en servent pas relatent cinq épisodes en trois ans. On trouva, toutefois, que l'épisode supplémentaire chez les femmes se servant de la pilule n'était pas causé par la pilule mais résultait plutôt de la partialité des rapports associée à l'usage de la pilule. Bien que des observations plus prolongées puissent révéler d'autres risques, jusqu'ici la documentation--basée sur 35.000 femmes/années d'usage de contraceptifs oraux--indique que, non seulement les effets adverses associés à l'usage de la pilule sont rares, mais des effets bénéfiques sur la santé prennent place communément. Les associations bénéfiques de la pilule comprennent une incidence moindre de ce qui suit: désordres menstruels, anémie due à une déficience en fer, syndrôme prémenstruel, tumeurs bénignes des seins, cire dans les oreilles, kystes ovariens, acné, et kystes sébacés. Les associations adverses qui furent notées comprennent une incidence accrue d'infections des voies urinaires, eczéma, hypertension, prurit, erythème noueux, phlébite profonde, chloasme, affections de la vésicule biliaire, accidents cérébro-vasculaires.

Deux résultats significatifs furent démontrés par cette étude britannique. En premier lieu, et ce qui est fort important, elle montra à quel point les risques d'une association entre une maladie grave quelconque et l'usage des contraceptifs oraux sont peu élevés. En second lieu, si l'on accepte le fait de la fréquence plus élevée de rapports de la part des femmes se servant de la pilule avec certaines conditions (entre autres: migraine et autres maux de tête, pertes vaginales, infections par virus, et perte de libido) est due pour une large part, sinon entièrement, à la partialité, il devient évident que les associations adverses sont en équilibre presque égal avec les associations bénéfiques avec l'usage de la pilule. Les chercheurs ont observé également que, eu égard au fait qu'une telle partialité tendra à réduire le degré apparent des associations bénéfiques également, il serait possible que les effets bénéfiques de l'usage des contraceptifs oraux dépassent en réalité leurs réactions adverses.

Une augmentation cinq à six fois plus élevée de l'incidence de la phlébite profonde chez les femmes se servant de la pilule a été confirmée. L'usage de préparations de 50 µg d'estrogène plutôt que de celles contenant une dose plus élevée réduira d'environ 25% l'incidence de ces caillots de sang (Inman et al., 1970; U.S. Food and Drug Administration, 1969). Le risque qu'on attribue aux femmes recevant une dose de 50 µg d'estrogène est de 81 par 100.000 utilisatrices par an. La thrombose veineuse superficielle de la jambe est augmentée de 50% environ, avec l'attribution de ce risque à 30 sur 100.000 utilisatrices par an. L'excès de la mortalité par embolisme pulmonaire ou infarctus attribuable à l'usage

des contraceptifs oraux a été estimé à trois décès sur 100.000 utilisatrices par an.

La suspicion d'un effet possible des contraceptifs oraux sur les artères coronaires vient principalement de trois sources: (1) les changements dans les lipides du sérum observés chez une proportion élevée du femmes prenant la pilule; (2) des cas rares de thrombose coronaire rapportés chez des femmes jeunes qui prennent la pilule; et (3) les études épidémiologiques. L'incidence des complications est toutefois si rare que l'étude britannique, basée sur 35.000 années/femmes de contraception orale ne révéla aucune association. Les résultats d'autres études montrèrent cependant la possibilité d'un risque plus élevé chez les femmes de plus de 40 ans (Mann et Inman, 1975). Plus récemment, on découvrit que l'incidence des complications coronaires chez les femmes prenant le pilule est lié plus étroitement à l'usage du tabac qu'à l'âge. Il apparaît qu'une femme ne devrait pas fumer lorsqu'elle prend la pilule.

Un taux plus significativement élevé d'accidents cérébro-vasculaires a été rapporté par les utilisatrices de la pilule au cours de l'étude britannique, mais les chiffres sont trop peu élevés pour justifier une estimation du degré de risque. Une étude récente faite en collaboration en Amérique du Nord indique que le risque d'attaques dues à la thrombose chez les femmes prenant des contraceptifs oraux est multiplié par neuf, alors que le risque d'attaque d'apoplexie hémorrhagique est doublé (Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women, 1975). Le rapport de Vessey (1976) a documenté aussi une association positive entre l'emploi de contraceptifs oraux et l'apoplexie hémorrhagique.

A cause de ces découvertes, d'autres méthodes de planning familial sont à conseiller pour les femmes qui (1) ont déjà eu des thromboses précédemment, (2) ont le coeur sérieusement malade, (3) éprouvent certains troubles de la crase sanguine accompagnés d'un risque accru de thrombose, comme la polyglobulie ou la leucémie, (4) ont plus de 40 ans, et (5) fument excessivement. Il faudrait mettre en lumière, toutefois, que le risque accru d'accidents cardio-vasculaires n'a été documenté que par les études faites dans des pays développés, où les maladies cardio-vasculaires sont répandues. Dans les pays en voie de développement, où les maladies thrombo-emboliques spontanées et l'infarctus du myocarde sont relativement rares, la mortalité causée par les contraceptifs stéroïdaux pourrait virtuellement ne pas exister (Speidel et al., 1974). Le rapport Vessey, paru en 1976, toutefois, indica que les nulliparts pourraient présenter une certaine période d'infertilité après qu'elles cessent de prendre la pilule. Les femmes prenant la pilule et qui avaient eu des enfants précédemment ne présentèrent pas d'infertilité à long terme.

Grossesse, progéniture, et fécondité. Il n'existe aucune preuve que les contraceptifs oraux aient des effets adverses sur le résultat des grossesses qui en suivent l'usage--même si elles sont inadvertentes. De plus, le taux des conceptions suivant l'arrêt de la pilule ne diffère pas de manière significative de celui des femmes qui ne l'ont jamais prise (Taylor, 1976).

L'usage des contraceptifs oraux a quelquefois été associé à l'aménorrhée, accompagnée à l'occasion de galactorrhée (Sherman, 1968). Ce syndrôme est dû à la suppression excessive de la fonction hypophisaire-pituitaire, similaire à celle qui prend place après la grossesse. Ceci est généralement un état tout à fait temporaire; et cependant une étude a montré que moins de 1% de ces cas n'avait pas eu de reprise des règles après six mois. De plus, les femmes désirant concevoir montrent généralement une réaction favorable aux agents provoquant l'ovulation.

Cancer. La démonstration d'une relation de cause à effet entre un facteur quelconque et le cancer est difficile. La démonstration de l'absence d'un facteur causal l'est plus encore. Les longues périodes latentes avant que les agents carcinogéniques fassent sentir leurs effets, la difficulté d'extrapolation des expériences sur les animaux à leurs effets sur les êtres humains, et le besoin d'études épidémiologiques très importantes sont quelques-uns des problèmes rencontrés. En général, toutefois, il n'y a pas de signes épidémiologiques montrant que l'usage répandu des contraceptifs oraux a un effet quelconque sur les statistiques nationales de mortalité due au cancer (American Cancer Society, 1974).

La difficulté d'extrapolation des expériences sur animaux s'applique particulièrement au carcinome du sein (Fasal et Paffenberger, 1975; Vessey et al., 1972). Les estrogènes peuvent produire des carcinomes mammaires chez certaines catégories susceptibles de souris. Mais le carcinome mammaire des souris, provoqué par un virus, est différent du carcinome humain. De plus, la glande mammaire chez les souris est très différente de celle des femmes, car elle est constituée par un tissu mince couvrant presque toute la surface du corps de l'animal. Des chiennes bigles recevant de l'acétate de chlormadinone (employé seul ou avec l'estrogène dans les contraceptifs oraux) ont développé des nodules adénomateuses, et peut-être carcinomateuses, de leurs glandes mammaires (Scutchfield et al., 1971). Bien que ceci ne s'applique pas aux êtres humains, ce produit chimique a été supprimé dans le commerce et les investigations cliniques.

Dans les cas rapportés de cancer chez les patientes faisant usage de la pilule, le temps pris par les tumeurs doubler et qui est connu, rend plus probable le fait que

ces tumeurs étaient antérieures au commencement de la thérapie hormonale. Les temps de doublage s'étendent de 23 à 209 jours pour le cancer du sein; donc, même en supposant le temps de doublage le plus court, il faudrait deux ans pour qu'une tumeur atteigne la taille, détectable à l'examen clinique, d'un centimètre. Le doublage de temps moyen d'un cancer du sein est de 100 jours, ce qui signifierait huit ans avant qu'une tumeur atteigne la taille d'un centimètre.

Aucune augmentation du nombre de cas pleinement développés de cancers du col de l'utérus n'a été rapportée chez les femmes faisant usage de contraceptifs oraux (Taylor, 1976). Les études de la prévalence de dysplasie et de carcinome intra-épithélial du col de l'utérus, toutefois, ont conduit à des résultats contradictoires. Une étude montre que les femmes ayant choisi les contraceptifs oraux sont davantage affectées par la dysplasie cervicale que celles ayant choisi d'autres méthodes.

Une relation paraît maintenant possible entre l'usage des contraceptifs oraux et l'occurrence de certaines tumeurs du foie, habituellement bénignes (Medical News, 1975). Ces tumeurs sont extrêmement rares, mais ont causé dans certains cas des hémorrhagies intra-péritonéales sévères.

## PERSPECTIVE SUR LES PERILS DE LA PILULE POUR LA SANTE

La sûreté ou les périls de la pilule ne peuvent se considérer qu'en relation avec (1) la sûreté et les périls encourus en ne s'en servant pas, et (2) la sûreté et les périls de l'emploi de contraceptifs moins sûrs--ou de pas de contraceptifs du tout. Il faut aussi prendre en considération le risque des grossesses non-désirées.

Le risque de grossesse pour les femmes prenant la pilule est estimé à 0,4 par 100 années de vie/femmes, comparés à 2,8 pour l'usage des stérilets, 20 pour l'usage des condoms, et 80 en l'absence de contraception (Tietze et al., 1976). Dans les pays en voie de développement, on estime que les décès résultant de, soit grossesses non-désirées soit la méthode de contraception elle-même, sont au minimum de 300 par 100.000 femmes ne pratiquant pas la contraception, 100 quand on se sert du condom, 14 avec le stérilet, et 6 avec la pilule.

Le risque de la pilule est certainement minime comparé aux risques de grossesse qu'elle empêche. De plus, pratiquement tous les périls pour la santé associés à la pilule sont plus graves pendant la grossesse. Même le risque de maladies thrombo-emboliques chez les femmes prenant la pilule

n'est pas plus élevé que leur risque dans une grossesse normale.

Il faudrait noter que les périls de santé font partie de la vie quotidienne. Le risque mortel de la pilule est au moins trois fois moindre que celui encouru en prenant place dans une automobile.

Un autre facteur à considérer dans un débat sur la sûreté de la pilule par comparaison avec la sûreté de ne pas s'en servir est l'effet de l'usage de la pilule sur l'enfant. C'est-à-dire que l'effet d'espacement des enfants produit par la pilule devrait être comparé aux risques encourus quand les intervalles entre les naissances sont trop courts, comme cela peut être le cas chez les femmes ne faisant pas usage de la contraception, ou qui emploient des contraceptifs moins sûrs (Day, 1976). Une étude faite à Hawaii en 1953 montra de façon frappante une mortalité plus élevée pour les enfants nés quand l'intervalle avec la naissance précédente était de moins de 15 mois (169.1 décès par 1.000 naissances) (Yerushalmy et al., 1956). Une autre étude, basée sur 1.479 naissances dans 11 villages du Punjab, montra que la mortalité pré-natale et post-natale des enfants était plus élevée pour les nouveau-nés moins de deux ans après une naissance précédente, et que le taux de leur mortalité déclinait graduellement avec la prolongation des intervalles (Wyan et Gordon, 1962). En fait, il paraîtrait que la mortalité des nouveau-nés pourrait être réduite de moitié en évitant des intervalles de moins de trois ans entre les naissances (Wolfers et Scrimshaw, 1976).

## ROLE DES EXAMENS MEDICAUX PENDANT L'USAGE DE LA PILULE

Se basant sur ce que l'on sait sur les complications possibles causées par l'usage de la pilule, il est coutumier en pratique clinique d'établir en tant que contre-indications la présence d'autres conditions médicales connues comme prédisposant les femmes à développer ces complications. Il importe toutefois de se rendre compte du fait que ces complications possibles de la pilule ne sont pas communément prévisibles et ont été reportées d'habitude sans les associer à une cause prédisposante. Il est aussi important de se rendre compte que toutes les contre-indications possibles de la pilule devraient l'être également pour la grossesse. Comme un rapport récent de l'OMS l'a exprimé, l'effet connu ou présumé des contraceptifs oraux sur les maladies en question doit être mesuré en même temps que les risques pour la femme d'une grossesse non-désirée si elle se servait d'une méthode de contraception moins efficace. Il est important également de se rendre compte du fait que ces contre-indications possibles et présumées sont extrêmement

peu communes dans la pratique. Finalement, il est important de se rendre compte du fait que la plupart de ces contre-indications sont basées seulement sur l'historique médicale et non sur les révélations de l'examen médical.

Il n'existe pas d'accord généralisé sur les conditions que l'on devrait prendre en considération comme étant contre-indiquées avec la pilule. Un rapport récent de l'OMS les rassemble en trois groupes principaux: contre-indications absolues probables; conditions avec lesquelles la pilule ne devrait être prescrite qu'avec une répugnance considérable, ou pas du tout; et conditions où il faudrait exercer une certaine prudence.

On énumère les conditions suivantes comme étant des contre-indications absolues probables à l'usage des contraceptifs oraux: la jaunisse cholostatique de la grossesse, cholostases répérées, jaunisse chronique héréditaire (syndrôme de Dubin-Johnson), porphyre aigu intermittent, prurit de la grossesse, herpès gestationalis, et cancer du sein chez les femmes avant la ménopause. Il faudrait noter que ces conditions sont d'une rareté extrême rien qu'en historique clinique.

Le même rapport de l'OMS conseille la répugnance à donner des ordonnances pour la pilule à des patientes présentant les troubles suivants: thrombo-embolisme veineux ou artériel passé ou présent, accidents cardiaques congestifs, hypertension pulmonaire, maladies de foie parenchymales, et troubles de la crase sanguine amenant un risque accru de thrombose comme polyglobulie ou leucémie.

Le rapport conseille la prudence en donnant la pilule à des patientes présentant les conditions suivantes: hypertension; diabète sucré, ou prédisposition au diabète; tendance à la rétention des fluides; dépression, présente ou passée; migraines ou maux de tête persistants; épilepsie; désordres choréiformes; varices marquées; irrégularités menstruelles prononcées, particulièrement chez une nullipare; tumeurs fibroïdes de l'utérus; et tumeurs malignes du sein.

On manque encore d'information sur l'interaction de la pilule avec la malnutrition et les maladies parasitaires. De nouvelles observations suggèrent que l'usage excessif du tabac constituerait une contre-indication pour la pilule, et aussi l'âge de plus de 40 ans.

On vient d'analyser les résultats d'un triage de candidates à l'usage de contraceptifs oraux dans une grande clinique londonienne de planning familial (Huber et Huber, 1976). Sur 1.021 femmes sollicitant des contraceptifs oraux, 51, soit 5% de ces femmes, se sont heurtées à un refus à cause de contre-indications variées. Sur 51 de ces femmes, on découvrit les contre-indications pour 44 d'entre

elles par historique médicale, 6 par examen de la pression artérielle, une par examen des seins, aucune par examen pelvien. Vingt-quatre sur ces 51 femmes reçurent subséquemment des contraceptifs oraux. Le renversement de la décision initiale fut basé sur des considérations cliniques ultérieures. Ainsi, sur 1.021 femmes, le triage en exclut 27, soit 2,6%, principalement sur la base de leur santé antérieur. L'étude mit également en lumière le fait que beaucoup des contre-indications sur la liste ne peuvent en général être considérées comme des raisons adéquates pour refuser les contraceptifs oraux. Certains docteurs peuvent avoir des critères différents pour la contre-indication, et il y a beaucoup d'inconséquences dans les décisions cliniques concernant les femmes souffrant de ces troubles. Malgré l'étendue limitée de cette étude, les résultats en paraissent assez concluants: (1) les contre-indications possibles à l'usage de la pilule sont plutôt rares; et (2) l'examen par un médecin n'est pas un élément important pour effectuer le triage.

Une Commission d'Enquête fut établie en Grande-Bretagne au début de 1975 pour étudier la possibilité de distribuer la pilule sans ordonnance. Après 16 mois d'enquête, la commission termina son rapport. Elle conclut qu'en effet les contraceptifs oraux devraient pouvoir s'obtenir sans ordonnance. La commission opina qu'on peut considérer la pilule comme étant sûre pour les femmes de santé normale, et qu'une femme souffrant de désordres de santé devrait de toute façon recevoir des soins médicaux. Son rapport mit l'emphase sur le fait que la méthode employée en donnant des ordonnances pour la pilule n'exige ni de compétence ni de formation médicale spécialisée et que les infirmières, sages-femmes, visiteurs sanitaires, et pharmaciens ont la compétence et la connaissance requises pour les préparer à prescrire la pilule, avec une formation supplémentaire en planning familial.

Avant ceci, en avril 1975, le Comité Médical Central de l'IPPF déclara que l'obtention de la pilule uniquement sur ordonnance médicale rend cette méthode inaccessible à beaucoup de femmes à cause de considérations géographiques, économiques, et quelquefois culturelles. Par conséquent, les décès et maladies des femmes et des enfants continuent (International Planned Parenthood Federation, 1973).

## CONCLUSION

Les effets contraceptifs de la pilule sur certains systèmes physiologiques sont associés à certains périls pour la santé. Ces périls sont extrêmement rares, toutefois, et on peut les accepter de la même façon qu'on accepte tous les autres risques de la vie quotidienne. De plus, ces périls

sont en grande partie imprévisibles et même une enquête médicale approfondie ne pourrait les prévenir.

En mesurant les périls de la pilule pour la santé en même temps que ses avantages, il faut considérer les points suivants:

1. Les périls de la pilule pour la santé doivent être envisagés à la lumière des risques encourus en ne s'en servant pas, et ceux encourus par l'absence de contraception ou par une contraception moins assurée. La grossesse, surtout dans les pays en voie de développement, est un risque pour la santé plus de cent fois plus dangereux que la pilule.

2. Les contre-indications possibles de la pilule sont encore plus évidentes en ce qui concerne la grossesse.

3. Les contre-indications de la pilule sont extrêmement rares; de plus, elles sont souvent basées sur le passé médical plutôt que sur un examen médical, et elles ne sont pour ainsi dire jamais basées sur un examen pelvien.

Il faudrait aussi noter que le triage médical, comprenant des examens généraux et pelviens, est de la bonne médecine préventive, comme le sont les examens médicaux périodiques en général. Des soins médicaux de qualité, toutefois, ne sont pas un but, mais un moyen. Il est certainement bien plus sûr pour une femme de se procurer la pilule sans examen médical que de devenir enceinte contre son gré.

Finalement, il faudrait noter que, bien que la grossesse soit plus un péril pour la santé que la pilule, sa disponibilité ne se limite pas par des ordonnances médicales. Il me paraît que le fait d'arrêter la pilule, plutôt que le fait de la prendre, est ce qui devrait exiger une ordonnance médicale, puisque le risque encouru en arrêtant la pilule est certainement beaucoup plus grave que celui encouru en la prenant.

## REFERENCES

Abdel Kader, M. M.; Abdel Hay, A.; El-Safouri, S.; Abdel Aziz, M. T.; Saad El-Din, J.; Kamal, I.; Hefnawi, F.; Ghoneim, M.; Talaat, M.; Younis, N.; Tagui, A.; and Abdella, M. 1969. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. Am. J. Obstet. Gynecol. 105:980.

American Cancer Society. 1974. A Cancer Journal for Clinicians 24:7.

Astrup, T. 1969. Influence of hormones on tissue and blood fibrinolytic activity. In Metabolic effects of gonadal hormones and contraceptive steroids, ed. H. A. Salhanick, D. M. Kipnis, and R. L. Vande Wiele. New York: Plenum Press, p. 599.

Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women, Data Analysis Center. 1975. Oral contraceptives in young women. J. Am. Med. Assoc. 231:718.

Day, Richard L. 1976. Factors influencing offspring: Number of children, interval between pregnancies, and age of parents. Am. J. Dis. Child. 113:179.

Fasal, E.; and Paffenberger, R. S., Jr. 1975. Oral contraceptives as related to cancer and benign lesions of the breast. J. Natl. Cancer Inst. 55:767.

Huber, D. H.; and Huber, S. C. 1976. Screening oral contraceptive candidates: Is the doctor dispensable? Advances in Planned Parenthood 11:34.

Inman, W. H. W.; Vessey, M. P.; Westerholm, B.; and Engelund, A. 1970. Thromboembolic disease and the steroidal content of oral contraceptives: A report to the Committee on Safety of Drugs. Br. Med. J. 2:203.

International Planned Parenthood Federation, Central Medical Committee. 1973. Statement on the distribution and supervision of oral contraceptives. London: International Planned Parenthood Federation.

Kleinman, R. L. 1974. Family planning handbook for doctors. London: International Planned Parenthood Federation, p. 47.

Larsson-Cohn, U.; Berlin, R.; and Vikrot, O. 1970. Effects of combined and low-dose progestagen oral contraceptives on plasma lipids; including individual phospholipids. Acta Endocrinol. 63:717.

Mann, J. I.; and Inman, W. H. W. 1975. Oral contraceptives and death from myocardial infarction. Br. Med. J. 2:245.

Maqueo, M.; Rice-Wray, Edris; Calderon, J. J.; and Goldzieher, J. W. 1972. Ovarian morphology after prolonged use of steroid contraceptive agents. Contraception 5:177.

Medical news. 1975. A few women taking the Pill found to have benign liver tumors. J. Am. Med. Assoc. 231:451.

Newton, M. A.; Sealey, J. E.; Ledingham, J. G.; and Laragh, H. 1968. High blood pressure and oral contraceptives: Changes in plasma renin and renin substrate and in aldosterone excretion. Am. J. Obstet. Gynecol. 101:1040.

Phillips, N.; and Duffy, T. 1973. One-hour glucose tolerance in relation to the use of contraceptive drugs. Am. J. Obstet. Gynecol. 116:93.

Prakman, P.; Albrechtsen, O. K.; and Astrup, T. 1967. Blood coagulation, fibrinolysis, and contraceptive hormones. J. Am. Med. Assoc. 199:69.

Ramcharan, S., ed. 1975. The Walnut Creek Contraceptive Drug Study. Vol. 1. DHEW Publication No. (NIH) 74-562.

Royal College of General Practitioners. 1974. Oral contraceptives and health: An interim report. London: Pitman Publishing Corporation.

Scutchfield, F. D.; Long, W. N.; Corey, B.; and Tyler, C. W., Jr. 1971. Medroxy progesterone acetate as an injectable female contraceptive. Contraception 3:30.

# LE POUVOIR DE L'ACCESSIBILITE

Reimert T. Ravenholt

Au début du mouvement du planning familial, il existait une forte compréhension intuitive de la part d'Aletta Jacobs, Margaret Sanger, Clarence Gamble et autres leaders que l'action principale dont le besoin se faisait sentir en vue de prévenir la fécondité excessive et ses conséquences indésirables était de mettre des moyens de contrôle de la fécondité plus efficaces à la disposition générale des pauvres. Réciproquement, ceux qui s'opposaient au contrôle des naissances (surtout pour motifs religieux) le faisaient en obstruant la promulgation et la dissémination d'informations et de moyens pertinents--par exemple, au moyen de législation comme la loi de Comstock. Ainsi le champ de bataille du contrôle des naissances fut délimité, avec les partisans d'un contrôle des naissances amélioré luttant pour augmenter l'accessibilité des informations et des méthodes et ses adversaires luttant pour en réduire la dit accessibilité.

A un certain moment, cependant--principalement au cours des années 60--l'attention de nombreux partisans du planning familial se déplaça, allant de la question de l'accessibilité des contraceptifs pour se fixer sur les attitudes, et aussi sur la demande des contraceptifs. Pourquoi et comment ce changement prit-il place dans la lutte du planning familial?

La réflexion et la recherche révèlent qu'il était spécialement le produit d'un grand nombre d'études sur la connaissance, l'attitude, et la pratique (CAP) que des universitaires et autres conduisirent dans les pays en voie de développement au sujet du planning familial. Parce que ces études négligèrent de recueillir des données sur l'accessibilité des contraceptifs, ce facteur sur l'importance relative de chacun des déterminants de la conduite envers le contrôle de la fécondité fut par nécessité omis des analyses.

Alimentée par de nombreuses études de CAP inadéquates, la communauté académique a persévéré dans la voie attitudinale. Ceux qui en fait s'occupent à fournir les services du planning familial, d'un autre côté, ont continué dans la voie de l'accessibilité. Pour ces derniers, qui travaillent directement à la modification de la conduite en matière de contrôle de la fécondité, le pouvoir du facteur accessibilité est si évident qu'il tend à dominer les actions qui sont entreprises.

## IMPORTANCE DU FACTEUR ACCESSIBILITE

Dans toute recherche tendant à mesurer à la fois l'importance absolue et relative de chacun des déterminants d'une action, il est axiomatique que tous les déterminants importants de la dite action doivent être mesurés. L'omission de données sur l'admissibilité des contraceptifs ne rend pas seulement impossible la mesure de l'importance de ce facteur à déterminer la conduite envers le contrôle de la fécondité, mais il empêche aussi de mesurer de manière significative l'intensité et l'opération des autres facteurs, tels que l'éducation, les circonstances économiques, et l'occupation.

En vue d'amener ordre et compréhension mutuelles au lieu du désordre et des malentendus prédominant actuellement en recherche sur la conduite envers le contrôle de la fécondité, il faudra virtuellement écarter l'entièreté de la littérature dérivant des études CAP effectuées pendant ces dix dernières années. Au lieu de ces études, il faudrait procéder à nouvelles investigations--investigations qui recueilleraient les données requises sur l'accessibilité des contraceptifs aussi bien que connaissances, attitudes, et pratiques. Ce dont on a besoin est une étude CÅP--avec l'Å scandinave indiquant deux AA, signifiant attitudes <u>et</u> accessibilité.

Au fur et à mesure que nous avons commencé à nous diriger vers de telles études CÅP au cours de ces dernières années, nous avons rencontré beaucoup de résistance. Une partie de cette résistance découle du fait qu'il est beaucoup plus facile de concevoir et mettre sur pied une étude qui pose simplement des questions abstraites aux gens, plutôt qu'une mesurant leur conduite réelle dans le cadre de l'accessibilité actuelle des contraceptifs. Ce dernier genre d'étude implique inévitablement les chercheurs dans la logistique des contraceptifs et des changements de politique. Mais c'est précisément parce que de telles études exigent un changement de politique pour être effectuées qu'elles constituent un outil si précieux pour l'amélioration du programme.

Nous avons appris que, en cherchant à mesurer l'importance des déterminants de l'usage de la contraception, la manière la plus sûre pour contrôler l'influence des différences d'accessibilité est d'égaliser son opération en rendant les contraceptifs universellement disponibles au niveau des foyers (Ravenholt et Gillespie, 1976, 1977). Les résultats de notre étude montrent qu'ainsi une accessibilité égale efface dans une large mesure la différence dans l'utilisation associée aux différences causées par l'éducation, la condition économique, et la profession (Figure 1).

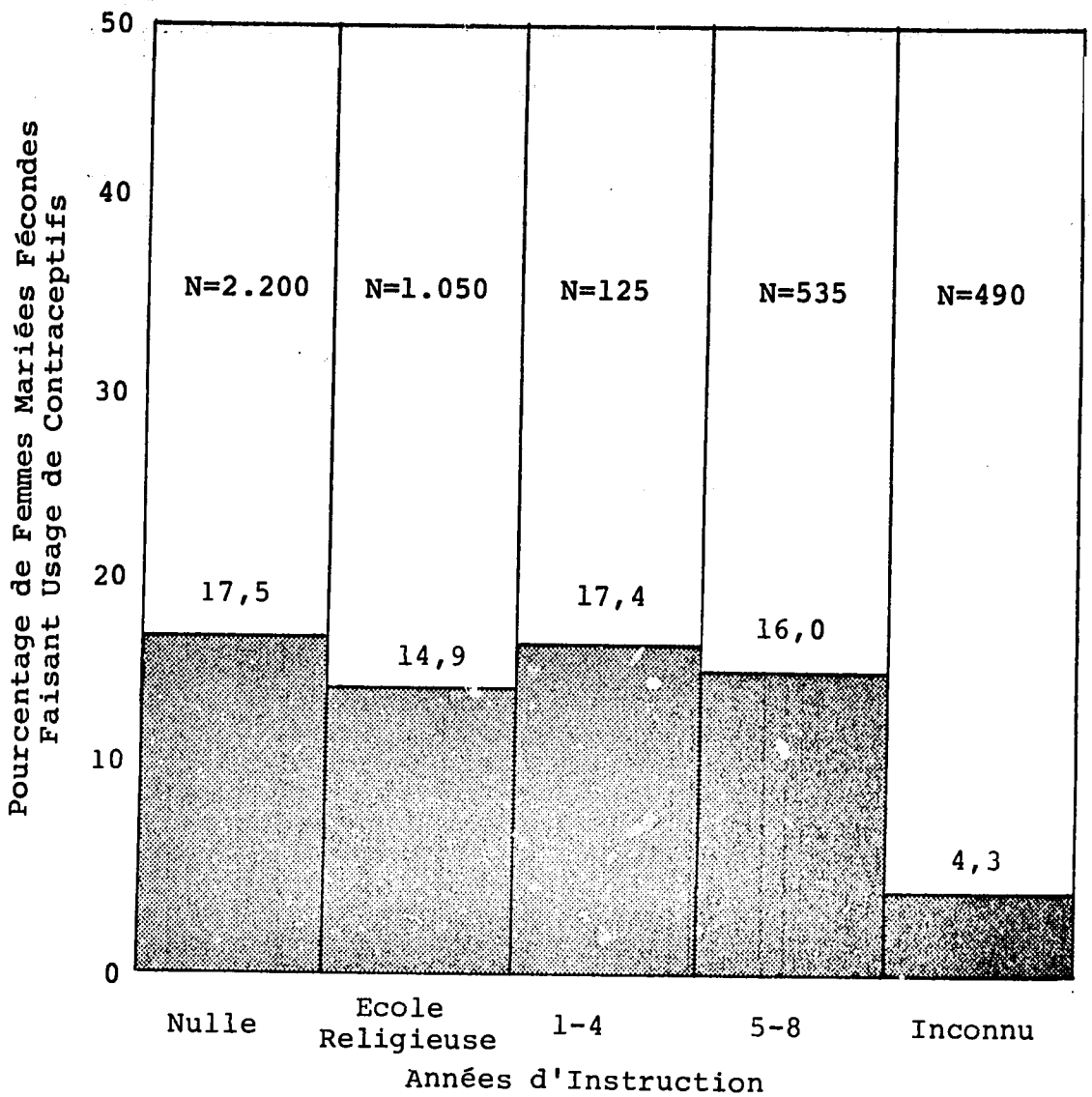



Fig. 1. Instruction et usage de contraceptifs parmi les femmes mariées fécondes entre 15 et 44 ans, au Matlab (Bengladesh), six mois après distribution à domicile. (Adapté du rapport: Khan, A., et Huber, D. 1976. Programme de distribution de contraceptifs à domicile dans les régions rurales au Bengladesh--expérience de six mois. Communication presentée à Manille [Philippines].)

On peut démontrer de cent manières le pouvoir de l'accessibilité en comparaison avec l'effet de la demande sur un produit. Au premier Congrès de la Population Mondiale d'AID en décembre 1976, l'auteur effectua une expérience rapide et quelque peu fantasque en se servant comme sujets d'étude des 146 agents de la population et autres délégués au congrès. Cette étude fut le résultat de réflexions et discussions précédentes sur le sujet de rendre les contraceptifs accessibles par distribution à domicile, mais elle fut élaborée et exécutée sur-le-champ à cause de la chance offerte par la nature même du congrés et de l'auditoire.

Peu avant une pause pour le café, on écrivit et polycopia le questionnaire suivant:

Cher délégué au congrés,
Anonyme
Age:

Le 8 décembre 1976
Nombre d'enfants
en vie:

Nous désirons établir vos priorités avec certitude. Voudriez-vous avoir l'obligeance d'indiquer parmi les boissons et nourritures ci-dessous celle(s) que vous désireriez avoir en ce moment:

1. Une pomme
2. Du café
3. Du thé
4. Du gâteau
5. Des gâteaux secs
6. Des bonbons

On demanda alors aux personnes du côté sud du hall de sortir par la porte sud, alors qu'on donna des questionnaires à celles du côté nord en leur demandant de rester quelques minutes pour les remplir. On leur demanda ensuite de retourner les questionnaires dûment remplis en quittant le hall du congrès par la porte nord. Pendant ce temps, deux secrétaires, l'une avec un plateau de gâteaux secs et l'autre pour faire le compte, se tenaient à la sortie de la porte sud. Chaque personne sortant par cette porte avait la chance de se servir d'un ou plusiers gâteaux secs, ou de ne pas en prendre.

On classifia immédiatement les questionnaires, on compta les personnes qui avaient pris des gâteaux secs, et on en annonça les résultats lorsque les délégués se rassemblèrent après la pause pour le café. Des 63 personnes dans la partie nord du hall qui avaient pris les questionnaires, 8 (13%) avaient indiqué qu'elles désiraient un gâteau sec; alors que des 83 personnes du côté sud du hall qui défilèrent à la porte sud et à qui l'on offrit des gâteaux secs, 80 (86%) en prirent un ou plusieurs, et 79

(84%) en mangèrent un ou plusieurs.[1] Cette expérience démontra la grande disparité entre ce que les gens disent qu'ils aimeraient avoir, et ce qu'ils choisissent en réalité entre des alternatives immédiatement accessibles.

## OBTENTION DE DONNEES SUR L'ACCESSIBILITE DES MOYENS DE CONTROLE DE LA FECONDITE

En tant que créateur de l'Enquête Mondiale sur la Fécondité et membre du comité de direction du programme depuis le commencement en 1972, l'auteur s'est rendu compte de plus en plus de la difficulté d'obtenir des données adéquates sur l'accessibilité des moyens de contrôle de la fécondité.

Lorsqu'on recueille des données sur l'accessibilité des moyens de contrôle de la fécondité, il est nécessaire d'assembler une collection similaire de données pour chacun des moyens efficaces de contrôle de la fécondité, y compris l'avortement. L'omission d'un moyen important de contrôle de la fécondité quel qu'il soit compromettrait la valeur de n'importe quelle analyse subséquente des déterminants de la conduite envers le contrôle de la fécondité. Par exemple, la présence d'une bonne clinique d'avortement voisine et aisément accessible pourrait facilement surpasser en importance les effets de la différence d'accessibilité des espèces variées de contraceptifs. Il est ironique que beaucoup parmi les chercheurs sur les déterminants de la fécondité aient amassé des données détaillées sur le nombre de pièces, surface de terre, véhicules et animaux à la disposition d'une famille, mais ont évité de recueillir des données spécifiques similaires sur les différences d'accessibilité entre pilules, condoms, DIUs, stérilisation, et avortement.

## PRINCIPES GOUVERNANT LE POUVOIR DE L'ACCESSIBILITE

Le pouvoir de l'accessibilité à déterminer l'usage de la contraception peut être résumé dans les six principes suivants:

---

[1]Une vérification subséquente fit découvrir le fait qu'une personne avait pris un gâteau sec, mais ne l'avait pas mangé parce qu'il contenait du chocolat, pour lequel cette personne avait une allergie.

1. Si l'on rend les contraceptifs accessibles à tous, on ne peut jamais savoir avec certitude qu'ils vont être employés mais, si on ne les rend pas accessibles, on peut être certain qu'ils ne seront pas employés. La seule façon de mesurer avec exactitude la demande pour n'importe quel article est dans le cadre de son accessibilité.

2. La distance, ou l'accessibilité immédiate, est un déterminant d'une importance critique des taux d'utilisation. Bien qu'il ait été souvent affirmé que: "je ferais bien un kilomètre à pied pour une [cigarette] Camel," il n'a pas été démontré que la plupart des hommes et des femmes ayant besoin de condoms et de pilules feraient un kilomètre à pied pour s'en procurer. Toutefois, il a été démontré que la fréquence d'utilisation d'une clinique de planning familial diminue rapidement au fur et à mesure que la distance de la dite clinique augmente. On a trouvé que ces cliniques sont peu utilisées par ceux qui habitent à plus de trois kilomètres.

3. Au niveau local, les taux d'usage de la contraception augmentent plus rapidement en distribuant des provisions gratuites d'introduction à domicile, qu'en mettant simplement les contraceptifs accessibles commercialement dans les magasins d'un village.

4. L'accessibilité des contraceptifs au niveau des foyers peut dominer l'influence des autres déterminants de l'usage de la contraception, tels que l'éducation, la condition économique, et l'occupation.

5. Dans le domaine de la santé publique en général, on devrait organiser des campagnes basées sur le principe de l'accessibilité. En vue d'améliorer le contrôle de la fécondité, par exemple, il faudrait entreprendre toutes les actions aptes à augmenter à la fois l'accessibilité des méthodes effectives de contrôle de la fécondité et de dissémination d'informations sur le mode d'emploi approprié à chaque méthode. D'autre part, en vue de réduire ou éliminer une conduite socialement indésirable, comme l'usage des cigarettes, on devrait entreprendre toutes les actions pertinentes en vue de réduire l'accessibilité des moyens physiques permettant cette conduite (dans le cas présent, les cigarettes), tout en instruisant le public sur les dangers qu'elle présente.

6. Bien que l'accessibilité des méthodes de contrôle de la fécondité ne soit pas le seul déterminant de la conduite contrôlant la fécondité, des actions en vue d'augmenter leur accessibilité peuvent ordinairement être mises en oeuvre plus rapidement et efficacement que ne le peuvent des approches alternatives au contrôle de la fécondité. De plus, même quand on emploie des approches alternatives, l'accessibilité totale des moyens les plus efficaces de contrôle de la fécondité rehausse énormément l'efficacité de ces approches.

## REFERENCES

Ravenholt, R. T.; and Gillespie, D. G. 1976. Maximizing availability of contraceptives through household distribution. In Village and household availability of contraceptives: Southeast Asia, 1976, ed. J. Gardner, R. Wolff, D. Gillespie, and G. Duncan. Seattle: Battelle Human Affairs Research Centers.

Ravenholt, R. T.; and Gillespie, D. G. 1977. Striking results of household distribution. People 4(1).

# RECHERCHE SUR LES OPERATIONS DES SYSTEMES DE DISTRIBUTION DE CONTRACEPTIFS DANS LES VILLAGES ET LES DOMICILES

Duff G. Gillespie
C. Gary Merritt

La discussion de la distribution à domicile de contraceptifs provoque les réactions les plus variées. A un extrême, le sujet évoque des visions de sacoches débordant de pilules et de condoms volant par les fenêtres, ou de lourds colis de contraceptifs lancés dans les airs par avion sur la tête de malheureux villageois. A l'autre extrême, il n'évoque guère plus qu'un: "oh oui, on déjà essayé ça."

Le but de la présente communication est de décrire ce que signifie la distribution de contraceptifs dans les domiciles et les villages dans le cadre des projets dont l'Office de la Population d'USAID s'occupe, et pour stimuler de l'intérêt pour des projets de ce type. La présente communication n'est donc pas une vue d'ensemble de tous les projets de distribution dans les villages et les foyers. Des organisations telles que l'IPPF et la FPIA, tout comme les projets à l'échelle nationale, s'occupent également de projets similaires.

## CADRE

Commençant en 1974, l'Office de la Population a encouragé et appuyé l'initiation des projets de distribution de contraceptifs dans les villages et les domiciles. Nous avons décidé d'appeler ces activités des projets de recherche sur les opérations. Au cours des deux dernières années et demie, on a commencé ou conçu des projets dans 15 pays. Cet effort a logiquement évolué au départ d'évaluations de programmes établis dans les cliniques et des résultats de projets précédents d'innovation qui testèrent--ou sont en train de tester--des systèmes innovatifs de distribution.

A la base, ces projets sont conçus en vue de minimiser les obstacles confrontant les clients potentiels des systèmes de distribution de planning familial établis dans les cliniques. Ces obstacles comprennent: distance, coûts, (monétaires autant que socio-psychologiques, par exemple, timidité), administratifs (queues, paperasserie), et ignorance des méthodes de planning familial. On se rendit compte que, en vue de surmonter ces obstacles d'une manière efficace, on aurait à utiliser un personnel n'ayant qu'une

formation limitée en planning familial, puisque le monde en voie de développement ne possède pas un nombre suffisant du personnel formé professionnellement.

Ces projets ont pour base la supposition que, si les services de planning familial étaient mis à la disposition de la population rurale, elle s'en servirait. En d'autres termes, on croyait qu'il existait une demande de planning familial qui n'était pas satisfaite. Il faudrait mettre l'emphase sur le fait que l'on ne connaissait pas l'importance de cette demande, et que l'un des buts principaux de ces projets était de déterminer l'étendue de la demande de planning familial dans le cadre de la conduite réelle envers la contraception. Nous ne nous soucions pas de demander aux gens s'ils savent ce qu'est le planning familial, et quelle méthode contraceptive ils emploieraient si elle soit mise à leur disposition. Au lieu d'évaluer les réactions attitudinales à des questions hypothétiques au cours d'une enquête CAP, nous voulions découvrir ce qui se passe lorsqu'on offre des contraceptifs au niveau individuel.

Alors qu'il n'y a guère de nouveauté dans nos projets de recherche sur les opérations (OR), et quoique nous ne croyions pas que la distribution dans les villages et les domiciles soit la seule solution au problème de la population causé par une fécondité excessive, nous croyons que ce type de projet peut aider les programmes de planning familial à développer des systèmes de distribution de planning familial d'un meilleur rendement pour leur prix. De plus, nous pensons que ces projets diffèrent de beaucoup d'efforts précédents dans leur orientation et de leur intensité, si ce n'est dans leurs parties constituantes de programmatique générale. Ici le moment est venu de répondre à la question: "Quel type de recherche?"

## DESCRIPTION DES PROJETS DE RECHERCHE SUR LES OPERATIONS

Il n'y a pas qu'un seul modèle de distribution de contraceptifs dans les domiciles ou les villages. Chacun des projets possède des traits uniques dus aux conditions différentes qu'on trouve dans les pays où elle est effectuée et aux intérêts des dits pays en recherche. Dans la présente section, il n'est pas fait d'effort pour décrire tous les projets en détail. Au lieu de cela, nous essayerons de donner une idée de la variété des projets. Les projets de distribution en opération ou qui sont projetés au Bengladesh, en Egypte, au Maroc, et en Tunisie sont décrits ailleurs dans les présentes délibérations. Plus tard, nous décrirons en détail un projet basé sur les villages au Nicaragua, qui contient un ingrédient sanitaire majeur.

Tous nos projets sont conçus pour tester des systèmes de distribution de planning familial dans le but de déterminer quelle est l'alternative offrant le rendement le meilleur. Le rendement est simplement la quantité de sommes contribuées (argent, heures de travail, etc. . .) divisée par la quantité de la production (accepteurs, utilisateurs, etc. . .), ou, exprimé autrement, les ressources qu'il faut pour obtenir des résultats déterminés. Au delà de cette définition, toutefois, nous avons ce qu'on ne peut qu'appeler une philosophie de la recherche constituant un exemple de la manière dont nos projets diffèrent de beaucoup d'autres entreprises de recherche.

Peut-être la notion la plus importante en notre possession est celle que le composant en recherche de nos projets dessert le composant en service du projet. Souvent, la recherche domine les aspects programmatiques du projet à un tel point que, lorsqu'une évaluation du projet à la suite de laquelle le sens commun exigerait un changement dans les procédures du service, un véto y est opposé parce que cela altérerait le concept de la recherche. Tous nos projets sont d'une conception flexible, et il n'existe aucune hésitation à changer le système de distribution si une découverte fortuite est faite au cours du projet. En vérité, les projets sont conçus pour être dynamiques, et on encourage les modifications au système de la distribution. Des projets qui ont été en opération depuis quelque temps, tous ont donné lieu à des changements de programmatique mineurs ou majeurs.

Un autre élément commun à ces projets est qu'ils sont conçus en vue de porter au maximum la reproduction et l'expansion du système de distribution à une plus grande échelle. Bien que ces projets, comme tous les projets OR, se concentrent sur les variables programmatiques, ils offrent cependant une chance peu ordinaire d'analyser les déterminants et, dans certains cas, les conséquences du planning familial. Au cours de ces projets, le planning familial est rendu disponible aussi pleinement que cela est faisable dans le pays où il prend place. Les variables spécifiques de la population (comme âge, parité, instruction, mortalité infantile, etc. . .) qu'on croyait traditionnellement influencer fortement l'acceptation du planning familial, peuvent être examinés dans le contexte de la disponibilité complète des contraceptifs. Un exemple du type de questions qu'on peut considérer serait: "Les niveaux d'instruction se rapportent-ils au désir de limiter les proportions de la famille, ou se rapportent-ils à la capacité de trouver son chemin et d'arriver à ses fins au sein d'une infrastructure de planning familial basée sur clinique?" Bien qu'il se présente des problèmes de méthodologie lorsqu'on évalue l'impact du planning familial dans les termes de son impact sur la conduite envers la fécondité, un certain nombre de projets englobent des populations suffisamment nombreuses et des

instruments de recherche assez sensibles pour considérer cette question. Ici également, ces projets se prêtent à ce type d'analyse puisque le planning familial est introduit très rapidement, ce qui raccourcit le temps nécessaire à en mesurer l'impact. Les composants en recherche de ces projets s'échelonnent d'une analyse minimale du rendement jusqu'à des plans quasi expérimentaux relativement complexes.

Les Tableaux 1 et 2 de l'Annexe résument les composants principaux des projets déjà en opération et de ceux qui le seront bientôt. Quelques modifications pourraient être introduites dans la conception finale des projets devant commencer à l'avenir. Aussi, bien que nous croyions que tous les projets actuellement en cours de planification soient effectivement mis sur pied, il est possible que quelques-uns ne soient pas entrepris.

Il faudrait noter qu'un certain nombre des projets décrits dans l'Annexe ont des phases en due forme. Le but de ces phases est de tester, modifier, et étendre le système de distribution. A l'exception du Nicaragua, même les projets n'ayant pas de phase en due forme peuvent être considérés comme se trouvant dans la Phase I, puisqu'ils sont conçus pour être agrandis et reproduits. Une telle alternative, toutefois, n'est pas décrite en détail dans les plans du projet.

Il faudrait noter aussi que certains des projets précédents se basaient sur des populations relativement peu importantes au cours de leurs phases initiales (de 10.000 à 21.000). Regardant en arrière, ce fut probablement une erreur de considérer des populations aussi limitées, puisque ce fait ne permit pas un véritable test de la logistique du système de distribution, et, ce qui est plus important, it fut difficile d'effectuer comme il l'eut fallu une analyse des coûts.

La distribution à domicile veut dire que le solliciteur visite les foyers et offre des contraceptifs et/ou renvoie à d'autres méthodes sur-le-champ. D'habitude, il n'y a que l'approvisionnement initial qui soit offert suivant cette procédure. Au cours de certains projets, toutefois, une autre visite est faite durant laquelle des contraceptifs additionnels sont distribués. Le point important est que cette distribution à domicile est considérée généralement comme un effort unique et à court terme.

Dans tous les projets, les solliciteurs donnent des informations générales sur le planning familial et des informations spécifiques sur l'usage approprié des méthodes offertes, spécialement pour les contraceptifs oraux. Ces informations et modes d'emploi sont, bien entendu, établis par des experts locaux. Dans certains projets, les solliciteurs remplissent un questionnaire en vue de déterminer l'éligibilité pour la pilule.

Les procédures réelles varient d'un projet de distribution à domicile à l'autre. Dans certains projets, les enquêtes à domicile se font très systématiquement et intensément. De simples plans sont préparés, montrant les zones d'enquête et on assigne des plans de tournée aux agents mobiles. Chaque jour on leur donne une affectation pour leurs tournées, et leurs formulaires sont enregistrés par le directeur des agents mobiles. On identifie les foyers où on n'a pu procéder à l'enquête en vue d'une visite à l'avenir. Sous ce type de procédure, on couvre la zone à près de 100%.

Dans d'autres projets, l'enquête à domicile est moins rigoureuse et n'est pas aussi strictement contrôlée. Avec cette procédure, on forme les agents mobiles et on leur dit d'effectuer des visites à domicile, mais ils font ces visites à leur convenance et le contrôle est tel qu'on ne peut assurer que la zone soit couverte complètement. On n'a pas encore eu assez d'expérience avec cette dernière procédure d'enquête pour pouvoir la comparer à une enquête plus systématique. Nous avons l'espoir que les deux systèmes puissent réussir à couvrir leur territoire à des niveaux comparables. Il est évident qu'il faudra plus longtemps pour qu'on arrive à couvrir complètement le territoire avec celle des deux méthodes qui est la moins rigoureuse, mais elle présente l'avantage d'exiger moins de personnel de cadre.

La distribution à domicile se base sur la supposition que les personnes à qui l'on donne des provisions suffisantes de contraceptifs (trois à six mois d'approvisionnement, d'après le projet) désireront se réapprovisionner au dépôt du village. Une autre supposition, moins sûre celle-là, est que, si un pourcentage dans la communauté commence à pratiquer le planning familial, une "mentalité contraceptive" de toute la communauté se développera, et les femmes qui actuellement ne risquent pas de devenir enceintes (c.à.d. les jeunes femmes célibataires, les femmes déjà enceintes, etc. . .) se redront au lieu d'approvisionnement du village pour leur provision initiale. La validité de cette supposition ne peut être considéré d'une manière adéquate jusqu'à ce que plus de temps ait passé. Un élément critique des procédures de distribution à domicile est que, typiquement, les gens ne doivent pas nécessairement indiquer immédiatement leur consentement à l'usage des contraceptifs afin d'en recevoir une provision: si ces personnes déclarent qu'elles pourraient se servir de contraceptifs à un certain moment à l'avenir, on leur en donne une provision. Cette procédure ne s'applique, bien entendu, qu'aux systèmes dans lesquels la provision initiale de contraceptifs est gratuite.

La plupart des projets distribuent gratuitement la provision initiale. Un certain nombre de projets, toutefois, étudient l'influence qu'aurait le fait de faire payer au lieu de réapprovisionner gratuitement. Si faire payer le

réapprovisionnement n'a pas un effet négatif sérieux sur la continuation, ce fait résulterait en un meilleur rendement du système de distribution par rapport au coût.

Une des différences les plus intéressantes entre les projets est la durée de la formation exigée des solliciteurs ou distributeurs. Bien que le temps de la formation soit court dans tous les projets, il y a une différence assez grande, allant de 1,5 à 10 jours. La durée de la formation ne paraît pas avoir de modèle; par exemple, les systèmes de distribution plus complexes n'exigent pas nécessairement plus de formation. Le facteur le plus important influençant la durée de formation paraît être la philosophie sur la formation du personnel local. Les agents mobiles typiques de tous les projets, excepté celui de Taiwan, sont des femmes recrutées sur place et n'ayant que peu ou pas d'expérience en planning familial. La formation comprend non seulement informations sur les services à administrer, mais aussi sur les modalités du système de distribution, c.à.d. instructions pour remplir les formulaires, enquêtes, etc. . . . Il est à noter qu'aucun projet n'exige plus de 10 jours de formation.

Il faudrait noter que ce résumé et l'Annexe simplifient exagérément les différences entre les projets. Certaines de ces différences sont subtiles, mais importantes.[1] Il faudrait à nouveau répéter le fait qu'il n'y a pas qu'un modèle unique pour ces projets; chacun est conçu pour les conditions spéciales du pays où il est conduit, et les données les plus significatives pour sa conception viennent des experts locaux.

## DECOUVERTES ET QUESTIONS[2]

Jusqu'ici, cinq projets OR ont été en opération assez longtemps pour commencer à produire des résultats. Bien que ces projets soient encore tout à fait nouveaux et n'aient pas encore été complètement évalués, ils ont déjà donné lieu

---

[1]Les lecteurs désirant davantage d'informations au sujet d'un projet particulier sont invités à entrer en contact avec un member de la Division de la Recherche, Office de la Population, Bureau de la Population et Assistance Humanitaire, USAID.

[2]Certaines parties de la présente section se basent sur R. T. Ravenholt et D. G. Gillespie, "Maximizing Availability and Use of Contraceptives through Household Distribution," People 4(1977):4-5.

à des découvertes intéressantes et ont mis en lumière un certain nombre de points importants. Dans la présente section, nous donnerons un aperçu général de certains de ces découvertes. Puisqu'aucun des projets de distribution dans les villages ou des projets possédant un composant sanitaire n'a été en opération assez longtemps pour produire des données, la discussion ci-dessous se limite essentiellement aux projets de distribution à domicile en Corée, Tunisie, Egypte, Bengladesh, et Taiwan.

## Acceptabilité Socio-Culturelle

Les contraceptifs peuvent se distribuer à domicile sans incidents défavorables sérieux. Ces projets ont prouvé qu'ils sont bien plus acceptables socialement par des villageois vivant dans cultures diverses et des situations rurales que bien des fonctionnaires en planning familial n'eussent cru possible. Au cours de ces projets, on a visité approximativement 120.000 foyers sans qu'aucun problème majeur résulte de la distribution. Pour accomplir ce niveau d'acceptabilité, il est crucial d'obtenir l'appui des leaders de la communauté avant de procéder à la distribution proprement dite des contraceptifs.

## Instructions et Services

L'information la plus importante que peuvent recevoir des usagers potentiels de contraceptifs, c'est la provision véritable de contraceptifs. Traditionnellement, beaucoup de programmes de planning familial comportent un programme d'éducation et information qui précède et est séparé de la distribution proprement dite des contraceptifs. Dans les projets de distribution de contraceptifs à domicile, toutefois, on ne considère pas séparément l'éducation et les services. La distribution de contraceptifs est le composant principal éducationnel/informationnel. Les distributeurs non-professionnels expliquent l'usage des contraceptifs et, en général, le planning familial. Les dirigeants du projet ont remarqué que les informations sur le planning familial sont beaucoup plus faciles à transmettre quand les distributeurs fournissent des contraceptifs plutôt que quand ils dirigent les villageois vers une clinique souvent impersonnelle et à des kilomètres de distance.

## Participation de la Communauté

La distribution de contraceptifs dans la plupart des domiciles d'un village au cours d'un laps de temps très court crée une prise de conscience immédiate de la part de la communauté des contraceptifs et du planning familial. En

vue d'établir un contact avec les femmes éligibles, les distributeurs visitent chaque domicile et parlent avec beaucoup de personnes autres que les utilisatrices potentielles de planning familial. Le processus de distribution sert de stimulant ou d'agent catalyseur pour aider toute la communauté à penser au planning familial et à en discuter.

## Un Système Efficient

Des communautés entières peuvent recevoir des services de planning familial en un laps de temps très court. Bien que le temps nécessaire pour couvrir complètement le territoire varie en raison de facteurs tels que le terrain, nombre de distributeurs, et densité de la population, il n'est pas extraordinaire de trouver des distributeurs qui visitent 20 domiciles en un jour. Dans la population relativement dense de la zone du projet en Egypte, par exemple, les distributeurs visitaient souvent un nouveau domicile toutes les sept minutes. Ainsi, il ne faut qu'un seul jour pour visiter un village ou un quartier entier.

La distribution de contraceptifs à domicile peut se faire économiquement. Ces projets mettent l'emphase sur des distributeurs à salaires relativement bas qui, sous une étroite supervision, peuvent couvrir rapidement des populations importantes. La gamme de coût par accepteur (personne qui reçoit des contraceptifs et qui s'en sert) va d'environ US $4,50 à US $15,60. Ces chiffres comprennent tous les frais associés à la distribution à domicile, y compris des facteurs tels que le développement des formulaires, la formation, les contraceptifs, le transport, et l'obtention et le traitement des statistiques du service. Au fur et à mesure que les efforts se propagent, le coût par accepteur ira en diminuant sensiblement, puisque certains des coûts initiaux ne sont encourus qu'une seule fois et les projets connaîtront une économie à l'échelle des populations plus importantes qu'ils desserviront.

## L'Attitude D'Accepteurs Envers les Contraceptifs

On a suggéré que les villageois n'apprécieraient pas ce qui leur serait donné gratuitement. Les projets de distribution à domicile ont montré que les villageois acceptent et gardent les contraceptifs gratuits. Des couples éligibles à qui l'on a offert des provisions gratuites, de 37 à 90% acceptent les contraceptifs. De ces derniers, d'habitude de 40 à 60% commenceront à s'en servir endéans quelques semaines. On se faisait un certain souci du fait que les personnes recevant des contraceptifs, mais ne n'en servant pas, les jetteraient. Toutefois, des visites subséquentes ont montré

qu'il n'existe pratiquement pas de destruction de contraceptifs par ceux qui ne s'en servent pas. Il est probable que les dits contraceptifs seront utilisés plus tard par ceux qui les ont reçus ou par leurs voisins.

## Augmentation en L'Usage de la Contraception

Après distribution à domicile, le nombre de femmes faisant usage de contraceptifs augmente énormément. Au Taiwan, 47,8% des femmes mariées entre 20 et 45 ans se servaient de méthodes contraceptives avant la distribution à domicile. Vingt mois après la distribution à domicile, 60% se servaient de contraceptifs, soit une augmentation de 25%. Parmi les Egyptiennes mariées et fécondes entre 15 et 45 ans que l'on interviewa avant, puis un an après, la distribution à domicile, l'usage de la contraception augmenta de 68%, de 18,4 à 31%. Au Bengladesh, l'usage des contraceptifs avant distribution à domicile était de 0,98% parmi les femmes mariées fécondes entre 15 et 45 ans. Six mois après distribution à domicile, l'usage des contraceptifs était de 15,5%, soit 14 fois plus. Cette expérience met en lumière le fait que la valeur de la distribution à domicile varie inversement avec l'accessibilité précédente des contraceptifs et suggère que la distribution à domicile est particulièrement précieuse au sein de populations non desservies précédemment par un programme de planning familial.

## Variables Spécifiques à la Population

Au cours des dix dernières années, beaucoup avaient affirmé que, bien que le fait d'offrir des services de planning familial ait une certaine importance pour le contrôle de la fécondité, d'autres facteurs (c.à.d. instruction, revenus par tête, ou profession) avaient une importance égale ou supérieure. Les résultats de la distribution de contraceptifs à domicile indiquent, cependant que l'accessibilité totale des contraceptifs va loin dans la direction de l'éradication des différentiels d'instruction, occupation, et autres variables socio-économiques.

## Les Systèmes de Distribution pour une Seule Méthode Sont Inadéquats

Jusqu'ici, la plupart des projets OR avait été, à toutes fins utiles, basée sur des projets de distribution d'une méthode unique, c.à.d. la pilule. Ceci n'avait pas été fait délibérément, mais était plutôt dû au fait que le condom n'avait pas été reçu avec faveur dans beaucoup de régions rurales en dehors du sud-est de l'Asie, et parce que

les méthodes cliniques n'étaient pas accessibles où envoyer des clients.

Une des raisons possibles que le condom avait reçu une réception défavorable à certains endroits comme l'Egypte et la Tunisie est que les solliciteuses sont du sexe féminin et, pour des raisons culturelles, ne peuvent offrir de condoms aux hommes. De plus, dans les communautés traditionnelles, il n'est pas bien vu que les femmes donnent des condoms à leur mari. Par conséquent, l'acceptabilité du condom n'a donc pas subi de test réel.

Et pourtant, même avec le condom, il est important que l'on développe des systèmes solides d'envoi de clients vers les méthodes cliniques en tant que composant intégrant des systèmes de distribution dans les domiciles et les villages. Les projets en Corée (Phase II) et au Sri Lanka comprendront définitivement un tel système de renvois, et l'on fait des plans pour inclure de tels systèmes dans les autres projets. L'importance des méthodes cliniques est mise en lumière lorsqu'on remet à l'esprit le fait que, dans le plupart des sociétés, un taux d'usage de la contraception de 65 à 75% est nécessaire en vue de réduire la fécondité au niveau du remplacement.

## Rendement à Long Terme par Rapport au Coût

Il est trop tôt pour prédire le succès à long terme de ces projets de distribution. Puisque la plupart des frais ou sommes contribuées est encourue au début des projets, les systèmes de distribution devraient avoir un bon rendement par rapport au coût si (1) les taux de continuation sont importants, et (2) les personnes atteignant le stade où le risque d'une grossesse existe adoptent le planning familial au moyen des centres d'approvisionnement du village. Le temps seul pourra fournir une réponse à cette question.

## Régions d'Usage Elevé ou Non

Dans un certain nombre de nos projets, il existe des différences marquées par régions dans le cadre des changements d'usage contraceptif. Certaines communautés ne montrèrent qu'une augmentation très modeste dans l'usage des contraceptifs, alors que d'autres en montrèrent de dramatiques. Parce qu'il n'est pas clair pourquoi ces différences existent, ceci est un sujet ayant spécialement besoin d'attention à l'avenir. Si les causes en sont associées à des facteurs spécifiques au programme (par exemple, type de solliciteurs), ce serait alors une tâche relativement facile d'effectuer des améliorations dans les régions où l'usage est peu répandu.

## Autres Récompenses de la Recherche

Les projets de recherche en opérations peuvent produire des résultats subtils et irréguliers. Il est utile non seulement de regarder les résultats quantitatifs, mais aussi de considérer les résultats des projets dans le contexte du pays où on les conduit. Bien que la distribution non-clinique de contraceptifs par des non-professionnels puisse ne pas représenter une innovation au sens international, elle peut cependant représenter une véritable percée dans un certain pays.

## LE PROJET AU NICARAGUA

Les systèmes de distribution du planning familial peuvent être conçus avec inclusion d'un composant sanitaire majeur. On est en train de tester un tel système au Nicaragua. Le Ministère de la Santé, USAID/Managua, le Centre de Contrôle des Maladies, et l'Office de la Population, USAID/ Washington, sont en train de collaborer au sein d'un système innovatif de distribution de planning familial et sanitaire qui augmentera énormément l'accessibilité du planning familial à travers le Nicaragua rural. Ce projet, financé bilatéralement, constituera un des premiers efforts nationaux et non-cliniques de distribution de planning familial dans l'Hémisphère Occidental.

Ce projet incorpore plusieurs stratégies tombant sous le mandat d'USAID. Outre l'emphase qu'il met sur l'accessibilité non-clinique des contraceptifs dans les régions rurales, le projet augmentera sur une grande échelle l'accessibilité de services sanitaires simples et peu coûteux qui pourraient avoir un impact important sur la santé maternelle et infantile. Le système de distribution devrait atteindre la plupart de la population rurale endéans deux ans. Le programme engagera éventuellement 2.000 agents.

### Système de Distribution

Le programme a commencé à établir un réseau d'agents-non-salariés recrutés pour la plupart, mais non pas uniquement, dans la classe des aides traditionnelles qui assistent aux accouchements--les parteras empiricas. On organise les activités de leur programme autour d'une simple trousse médicale et cinq jours de formation, orientée spécifiquement vers l'utilisation du contenu de la trousse. Outre la distribution des pilules et condoms, les services comprennent de simples remèdes contre la diarrhée et les helminthes et de meilleures techniques d'obstétrique, mais peu de chose au delà.

Les trousses sont d'abord gratuites pour les agentes qui finissent ce bref cours de formation avec succès; par la suite, ces agentes payeront un modeste prix pour leur réapprovisionnement en articles individuels au poste sanitaire rural le plus proche, ou peut-être dans un magasin local désigné par le Ministère de la Santé. Les agentes devront alors demander à leurs clientes dans la communauté une somme un peu plus élevée. Ce trait quasi commercial du projet pourrait conduire à ce qu'il n'y ait pas une utilisation optimale des contraceptifs ou remèdes par la population, comme le pourrait un système de distribution gratuite. Il fournira toutefois un système largement répandu de postes de service là où il n'en existe aucun actuellement, et un tel système se restreindra probablement aux limites budgétaires du Nicaragua.

On instruira les parteras de faire des visites à domicile dans leurs communautés. Bien que ce système de distribution ne soit pas aussi systématique ou intense que d'autres projets de distribution à domicile, on croit que les parteras arriveront à couvrir leur région au même degré; toutefois, cela leur prendra plus de temps. Puisque leurs revenus découlant de ces ventes augmenteront en proportion du dégré de couverture de leur région, il est donc assez raisonnable d'escompter un tel résultat.

## Formation

La formation joue un rôle crucial au rein du projet, non seulement à cause du choix des services offerts, mais aussi à cause des caractéristiques du personnel de service. En préparant la trousse et la formation, nous avons présumé ce qui suit:

1. Il faudra inclure parmi les agentes beaucoup qui sont illettrées et n'ont pas l'habitude d'une didactique prolongée comme dans une salle de classe.

2. La plupart des articles contenus dans la trousse devrait produire un impact sanitaire très plausible, bien que cela soit coûteux à démontrer.

3. Il n'y ait presque aucun risque pour la santé pouvant résulter d'un mauvais emploi du contenu des trousses initiales (plus tard, les travailleuses ayant fait leurs preuves pourront recevoir médicaments et vaccins exigeant plus de connaissances techniques).

4. Les coûts de distribution du réapprovisionnement soient remboursés totalement ou pour une large

part par des prix subventionnés aux consommateurs (c.à.d., les communautés assumeront d'une façon quelconque les frais de la distribution).

5. La condition des parteras empiricas traditionnellement respectée dans leurs communautés sera rehaussée par leur certification officielle et leur affiliation au Ministère de la Santé, et que ce fait rehaussera d'autant l'efficacité de leur rôle sanitaire.

6. Si les parteras présentent ou non la probabilité de devenir le type d'agent le plus effectif pour distribution contraceptive, il est probable qu'elles constitueront un obstacle important à l'acceptation du planning familial si elles n'étaient pas incorporées au système de distribution dans leur communauté locale.

On a développé un curriculum pour le cours de formation, qui consiste en 13 modules dans une large mesure indépendants les uns des autres: (1) introduction; (2) activités pré-natales et parturition; (3) activités immédiates de post-partum et urgences; (4) évacuation des cas d'urgence vers un hôpital; (5) mode d'emploi des contraceptifs oraux; (6) effets secondaires mineurs, avantages, et contre-indications des contraceptifs oraux; (7) mode d'emploi des condoms et des suppositoires pour le vagin; (8) discussion sur le planning familial avec un accepteur potentiel; (9) usage d'Oralyte pour diarrhée aiguë; (10) usage de mébendazole pour les helminthes intestinaux, et celui de l'aspirine; (11) nutrition; (12) procédures administratives; et (13) une tournée pour s'exercer à la présentation du service dans la communauté.

Le curriculum comprend aussi des examens pour chaque module (sauf 1 et 4), qui doivent être passés par chaque agente de la communauté avant qu'elle puisse être mise en possession de son équipement. Ce cours de cinq jours est suffisant pour donner chaque module plusiers fois et pour avoir assez de temps pour les examens, dont on se sert comme moyen pédagogique tout autant que pour effectuer une évaluation. L'indépendance des modules permet à l'enseignant de donner chaque cours sur mesures pour les besoins de sa classe.

On a développé des points de repère pour les enseignants en vue de les aider à développer des approches effectives pour la formation des agentes et à développer les étapes qui doivent être franchies avant qu'un cours puisse effectivement être donné. Parmi ces préparations se trouvent: (1) une liste d'activités d'un instructeur qui arrivera une semaine avant le cours; (2) une description des rôles probables d'une infirmière de la clinique et d'une infirmière

auxiliaire pendant les cours, en réapprovisionnant les parteras, et pendant la tournée d'exercice pratique; (3) des recommandations pour former les infirmières monitrices avant de commencer la formation des parteras; et (4) la description des activités qui prendront place après les quelques premiers cours, avant qu'on établisse les horaires des cours suivants.[3]

## Logistique

On a conçu un système de logistique pour le projet des parteras. Ce système est similaire au système de logistique dont se sert le Programme National de Planning Familial (PPBF) pour appuyer le programme basé sur les cliniques. Le système de logistique fournit le cadre dans lequel le projet sera approvisionné, dirigé, et évalué. Les recommandations faites au PPBF pour la mise sur pied du système couvrirent les sujets suivants: débit d'approvisionnements et de fonds; stockage des approvisionnements; niveaux minima et maxima des stocks pour les cliniques et pour les trousses médicales des parteras; commandes et livraisons de quantités; structure des prix; et procédures de comptabilité et de contrôle, formulaires, et rapports.

## Supervision

La supervision des agentes de la communauté s'effectue surtout au moment de leur réapprovisionnement est déterminée par les niveaux maxima et minima des stocks pour les différents articles contenus dans la trousse. Pour les articles non-obstétriques ces niveaux peuvent être de trois mois et d'un mois respectivement. Ainsi, les agentes devraient effectuer des visites de réapprovisionnement aux cliniques en moyenne tous les deux mois. En fin de compte, les niveaux de l'inventaire et la fréquence des visites de réapprovisionnement devront être déterminés par les résultats du projet.

Le personnel du PPBF et les infirmières régionales du Ministère de la Santé ont la responsabilité de la supervision des infirmières de clinique et des infirmières auxiliaires participant au projet. En plus de s'assurer que le personnel de clinique effectue des visites sur place aux parteras (et autres agents), ces directrices peuvent les aider à résoudre n'importe quel problème qu'elles pourraient rencontrer au sujet du réapprovisionnement du système de logistique et au sujet des rapports à faire. Les directrices

---

[3]Le Centre de Contrôle des Maladies à Atlanta (Etat de Géorgie) a préparé les recommendations et descriptions (points de repère 3 et 4).

font également visite aux parteras et à certaines de leurs clientes en vue d'évaluer l'action des parteras et leur porter assistance s'il y a lieu.

## Evaluation

On a conçu deux types d'évaluation des projets. Il existe celles qui sont continues et celles qui se font à un moment donné. Le programme doit être observé d'une manière continue au moyen du système de rapports de logistique. Ce système continuera à tenir le directeur du projet informé sur l'état des approvisionnements et des comptes à tous les niveaux administratifs. On peut utiliser ces informations pour contrôler et adapter le projet si cela s'avère nécessaire (c.à.d., niveau des stocks, détermination des prix, etc. . .). On peut calculer les mois-femmes de protection contraceptive en se servant des systèmes ordinaires pour les rapports. Les évaluations à un moment déterminé du projet des parteras comprendra: (1) une évaluation du cours de formation initial, (2) un sondage de base, (3) une évaluation des résultats du programme six mois et un an après le cours de formation initial, et (4) une évaluation de l'impact lors du deuxième anniversaire du projet.

## Conclusion

La stratégie au Nicaragua est d'administrer quelques jours de formation au plus grand nombre praticable d'agentes dans les communautés. Au niveau national, l'allure adoptée pour former et équiper les agentes est d'aller lentement au début, permettant des changements possibles dans le contenu des trousses, le curriculum, les prix, les types d'agentes choisis, et les modes de supervision. Mais on n'a pas projeté de projet-pilotes au sens conventionnel du terme, car ils ne permettent que trop souvent un manque d'enthousiasme pour l'intensification des programmes nationaux. Ceci est un programme national.

L'expérience a montré qu'il existe une tendance marquée à la perte ou à la rotation du personnel à tous les niveaux de formation sanitaire. Par conséquent, nous cherchons à intensifier l'investissement initial pour chaque agente (formation et marchandise). On pourvoira à une formation subséquente pour celles des agentes donnant des preuves de leur succès en tant qu'agentes. Eventuellement, peut-être dans 5 à 10 ans, on espère que le Nicaragua atteindra le modèle de travailleurs sanitaires ruraux dans les communautés recherché par beaucoup de pays au moyen de la diffusion plus conventionnelle, "goutte à goutte," des techniques médicales professionnelles. La sélection en vue d'une formation avancée dans le programme est de s'appuyer fortement sur une

action ayant précédemment fait ses preuves au sein de la communauté plutôt que sur les succès scolaires. Ce principe converge avec l'emphase placée sur une vaste accessibilité d'un petit nombre de services, rapidité à couvrir le territoire, et maintien à long terme grâce à des coûts modestes.

## ANNEXE

Des projets en opération sont décrits au Tableau 1; des projets non encore mis sur pied son décrits au Tableau 2. Les explications suivantes se rapportent aux dits tableaux:

- Pour les projets donnant des résultats en pourcentage de femmes mariées à l'âge de la reproduction (MWRA), il faudrait noter les distinctions suivantes: MWRA* = toutes les femmes mariées entre 15 et 45 ans; MWRA** = toutes les femmes mariées entre 15 et 45 ans habitant dans la région étudiée immédiatement avant, et un an après distribution de contraceptifs à domicile; et MWRA*** = toutes les femmes mariées entre 15 et 49 ans.

- Tous les projets possèdent des composants qui, au minimum, comprennent des analyses de coût et des comparaisons avant/après. On n'a décrit que les composants de recherche dépassant ce minimum.

- On a conçu tous les projets de systèmes de distribution en vue de compléter le planning familial et/ou le programme sanitaire existants. Le renvoi au personnel médical est un trait commun à tous les projets.

- Le personnel mobile dans tous les projets reçoit une formation spéciale. La formation n'est notée dans les descriptions que lorsque la conception de l'étude se concentre spécialement sur la formation.

# TABLEAU 1

## PROJETS EN OPERATION

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 1. BENGLADESH<br><br>Laboratoire de Recherches sur le Choléra<br><br>Matlab Thana | Population: 250.000<br>Une moitié de la population est destinée au contrôle; l'autre moitié constitute la partie pour la distribution à domicile. Des femmes non-professionelles de la localité distribuèrent gratis six cycles de pilules ou 72 condoms dans la région de distribution. Réapprovisionnement dans les dépôts de village. Enquêtes périodiques sur la prévalence sont conduites dans les deux régions. Deux enquêtes spéciales conduites dans la région de distribution:<br>(a) distribution à domicile complémentée avec le Depo-Provera, et<br>(b) comparaison entre les condoms, colorés ou non. Des agents du sexe masculin distribuèrent des condoms en couleur à la moitié de la région de distribution et non-colorés a l'autre moitié. | 7/75 - 6/78<br>On évalue continuellement la population étudiée. On est en train de considérer l'addition de services de stérilisation et l'expansion de la distribution à d'autres régions. On mesurera l'impact démographique du planning familial. | Un an après la distribution initiale, l'usage des contraceptifs a augmenté parmi les MWRA* dans la région de contrôle de 2,9% à 3,6%, une augmentation de 24,1%. Dans la région de distribution, l'usage contraceptif a augmenté de 1,1% à 15%, une augmentation de 1.263%. Dans l'étude de Depo-Provera, la prévalence contraceptive était de 16,2% cinq mois après distribution à domicile. Après l'introduction du Depo-Provera, la prévalence augmenta et atteint 20%, une augmentation de 23,4%. L'usage des condoms non-colorés était 3,5% parmi les MWRA et 4,2% pour condoms en couleur. L'usage des condoms en couleur était de 20% plus élevé que celui des condoms non-colorés. |
| 2(a) EGYPTE<br><br>Université Américaine du Caire (AUC)<br><br>Shanawan, Gouvernorat de Menoufia | La population de 14.000 habitants a reçu une distribution à domicile de pilules gratuites. Réapprovisionnement gratuit au village. La distribution est faite par des femmes locales non-professionnelles. | 10/74 - 12/77<br>La distribution à été complétée. Le réapprovisionnement au village est utilisé. Les statistiques du service sont en voie d'obtention. | Un an après la distribution initiale, la prévalence de la contraception parmi les MWRA** avait augmenté de 18,4% à 31%, une augmentation de 68%. Les statistiques du service indiquent que la prévalence actuelle est de 35%. |

TABLEAU 1--Suite

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 2(b) EGYPTE<br><br>Université Américaine du Caire (AUC)<br><br>Tout le Gouvernorat de Menoufia | Population: 1,5 million.<br>On est en train de tester quatre systèmes:<br>(a) Distribution gratuite à domicile de pilules, réapprovisionnement gratuit dans les cliniques.<br>(b) Distribution gratuite à domicile de pilules, réapprovisionnement gratuite à village.<br>(c) Distribution gratuite à domicile, vente de réapprovisionnements par les cliniques.<br>(d) Distribution gratuite à domicile, réapprovisionnements vendu par les dépôts de village. Les distributeurs et agents de réapprovisionnements dans les villages sont des femmes locales. | 7/76 - 9/79<br>On test quatre systèmes sur une population de 185.000. Distribution à domicile a commencé en décembre 1976. En décembre 1977, le système ayant le meilleur rendement pour son prix sera étendu au reste de la population. | |
| 3(a) COREE<br><br>Centre Est-Ouest, Hawaii, et Institut Coréen de Planning Familial<br><br>Euiryong Gun | Population: 21.000<br>On a testé trois types de distribution à domicile. Tous les trois comportent la distribution gratuite de trois cycles de pilules ou 30 condoms. On émit des coupons de consultation pour DIUs gratuits et stérilisation féminine. Le réapprovisionnement se fait par les dépôts de village.<br><br>Les trois types sont:<br>(a) Des enquêteurs salariés visitèrent chaque domicile.<br>(b) Des femmes locales faisant usage de la contraception furent recrutées pour distribution volontaire de contraceptifs.<br>(c) Des réunions par groupes se trouvèrent au cours desquelles on distribue des contraceptifs. | 10/74 - 10/77<br>On a établi cette étude pour tester la praticabilité de la distribution à domicile. On continue à observer les statistiques de service. | Quatre mois après les visites initiales porte-à-porte, la prévalence contraceptive parmi les MWRA*** a augmenté de 26,2% à 36,8%, une augmentation de 40,5%. On a trouvé peu de différence entre les trois systèmes de distribution dans le cadre de l'usage de la contraception, mais "a" fut le plus facile à mettre en oeuvre. |

TABLEAU 1--Suite

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 3(b) COREE<br><br>Centre Est-Ouest, Hawaii, Institut Coréen de Planning Familial<br><br>Ile de Cheju | Population: 400.000<br>Des femmes non-professionnelles distribuent trois cycles gratuits de pilules ou 30 condoms. Coupons de consultation émis pour DIUs gratuits ou stérilisation. Réapprovisionnement à trois dépôts de village.<br>Deux études spéciales sont effectuées:<br>(a) Dans une région de 20.000 des distributeurs vendent des pilules au prix de US $0,30 par cycle et des condoms au prix de 10 pour US $0,07.<br>(b) Dans une région de 72.000, on paye les distributeurs un demi-salaire et un montant additionnel pour chaque acceptrice recrutée (US $0,20 par acceptrice au dessus de 30% des femmes éligibles). | 10/76 - 6/79.<br>On a terminé la distribution. On a trouvé que la distribution basée sur rétribution pour le service est trop complexe à administrer et va être supprimée. | Il n'y a pas de données disponibles actuellement sur l'usage de la contraception. Des MWRA*** à qui l'on a offert des services, 37% ont accepté des contraceptifs ou un coupon de consultation. Huit mois avant le projet, la moyenne mensuelle des stérilisations était de 10. La moyenne mensuelle trois mois après le programme était de 200. Dans le domaine des ventes de contraceptifs, 6,6% des MWRA en achetèrent. Dans le domaine gratuit, 27,4% reçurent des contraceptifs gratuits, une différence de 315%. (Ces pourcentages ne représentent pas l'usage de la contraception, mais son acceptation.) |
| 4. MEXIQUE<br><br>Université de Columbia Université Autonome Etat du Mexique<br><br>San Pablo Autopan | Population: 14.000<br>Du personnel para-médical du ministère de la santé et des travailleurs sanitaires traditionnels visitent chaque domicile, offrant trois cycles de pilules, une douzine de condoms, et du Depo-Provera. On offre aussi services sanitaires suivants: parasites intestinaux, diarrhée, lésions externes. Réapprovisionnement dans les dépôts de village. | 3/76 - 7/77<br>Distribution achevée et évaluation continue. | Un an après la distribution la prévalence de la contraception parmi les MWRA*** a augmenté de 5% à 27%, une augmentation de 440%. |

TABLEAU 1--Suite

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 5. NICARAGUA<br><br>Ministère de la Santé<br><br>Tout le pays | Population: 1.000.000<br>Les sages-femmes de la localité visitent les domiciles, vendant les pilules aux prix de US $0,13 par cycle et des condoms au prix de US $0,02 par pièce. Réapprovisionnement aux dépôts de village. De plus, ils fournissent des soins de la mère et de l'enfant de base et des mélanges sel/glucose contre la diarrhée, de l'aspirine, et des vitamines. Toutes les sages-femmes ont reçu une formation médicale spéciale, y compris l'évaluation médicale des urgences. | 12/76 - 12/79<br>On conduit actuellement un test-pilote en vue de déterminer quels produits devraient être offerts en plus des contraceptifs. Des enquêtes de base sont conduites dans des régions d'étude et de contrôle. | |
| 6. PHILIPPINES<br><br>Commission sur la Population (POPCOM)<br><br>Provinces Neuva Ecija et Laguna | Population: 500.000<br>On se servira d'une moitié de la population comme contrôle. Le système de distribution consiste en distribution à domicile avec offre gratuite de trois cycles de pilules et 12 condoms en couleur. De plus, une variété de produits sanitaires et de hygiène seront offerts à des prix modestes. Les distributeurs sont des non-professionnels. | 12/76 - 12/79<br>On est en train d'effectuer un test-pilote en vue de déterminer quels produits on devrait offrir en plus des contraceptifs. On conduit des enquêtes de base dans les régions d'étude et de contrôle. | |

TABLEAU 1--Suite

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 7. TAIWAN<br><br>Université Johns Hopkins, Administration Nationale de la Santé, et Commission Adjointe de la Reconstruction Rurale<br><br>Tout le pays | Population: 1,5 million<br>On a testé deux systèmes de distribution à domicile:<br>(a) On a visité chez elles toutes les femmes ayant accouché au cours de l'année précédente et on leur a offert six cycles de pilules et six douzaines de condoms.<br>(b) On a visité tous les domiciles et offert gratis aux MWRA*** six cycles de pilules et une douzaine de condoms. Des agents ordinaires de planning familial effectuèrent la distribution pour les deux systèmes. On donna des coupons aux femmes demandant un DIU ou la stérilisation. Chaque système desservit une population d'un demi-million. On évalua une population de contrôle d'un demi-million avec le programme ordinaire. | 1/74 - 6/78<br>On altéra le plan du projet à cause de ses résultats:<br>(a) Tournées plus complètes; dans le système "b" seulement 65% des femmes éligibles avaient été approchées.<br>(b) Amélioration du système de réapprovisionnement dans les quartiers.<br>(c) On fera payer le réapprovisionnement à une population de 250.000 (US $0,25 par cycle et US $0,12 par douzaine de condoms, comme pour le programme national).<br>(d) Emphase plus prononcée sur les consultations pour les DIUs et la stérilisation.<br>(e) On développe des plans d'expansion. | On a remarqué des augmentations similaires dans l'usage des contraceptifs parmi les MWRA*** à la fois dans la région de contrôle et celle de la distribution. Vingt mois après la distribution à domicile, l'usage des contraceptifs augmenta de 47,8% à 60% et de 47,2% à 57,2% dans la région de contrôle. |

TABLEAU 1--Suite

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 8. THAILANDE<br><br>Ministère de la Santé Publique<br><br>Tout le pays | Population: 5,6 millions<br>On teste quatre systèmes de distribution:<br>(a) Vente de pilules (US $0,45 la douzaine) par des agents non-professionnels des deux sexes.<br>(b) Comme "a" mais distribution initiale à domicile de deux cycles gratuits de pilules ou une douzaine de condoms.<br>(c) Comme "a" mais les agents vendront également une variété de remèdes familiaux.<br>(d) Comme "b" mais les agents vendront aussi des remèdes familiaux.<br>Dans tous les sytèmes, on enverra en consultation pour les DIUs et la stérilisation féminine. | 3/77 - 3/80<br>On est en train de recruter les agents mobiles. | |
| 9(a) TUNISIE<br><br>Office National de Planning Familial et de la Population (ONPFP)<br><br>Bir Ali Ben Khalifa, Gouvernorat de Sfax | Population: 28.000<br>Distribution à domicile de pilules gratuites (six cycles) et réapprovisionnement gratuit de pilules (six) par distribution à domicile pendant une période de deux ans. Réapprovisionnements ultérieurs dans les dépôts de réapprovisionnement des villages. Projet de démonstration conçu en vue de tester la praticabilité du système de distribution en Tunisie rurale. | 1/76 - 1/78<br>On a complété la distribution et le réapprovisionnement initial dans la moitié de la population. En novembre 1976, on prit la décision de doubler la population desservie (28.000). | Six mois après la distribution initiale, la prévalence de la contraception parmi les MWRA* a augmenté de 5% à 9,7%, une augmentation de 94%. |

TABLEAU 1--Suite

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 9(b) TUNISIE<br><br>Office National de Planning Familial et de la Population (ONPFP)<br><br>Gouvernorats de Jendouba et Kef | Population: 140.000<br>Distribution à domicile au cours de laquelle seront offerts trois cycles de pilules gratuites. Réapprovisionnement initial (trois cycles gratuits de pilules) donnés au cours de la deuxième visite à domicile.<br>Trois systèmes permanents de réapprovisionnement seront testés:<br>(a) Distribution gratuite par infirmières-hygiéniste et assistantes sociales.<br>(b) Distribution gratuite au marché hebdomaire par les dirigeants politiques et administratifs de la localité.<br>(c) Vente de réapprovisionnements (prix non encore fixé) par débouchés de vente au détail, officiels du parti, et villageois non-professionnels. | 2/77 - 2/78<br>Le projet s'appuie sur l'expérience de l'étude de practicabilité de Sfax. La distribution doit commencer en avril 1977. | |

TABLEAU 2

PROJETS EN MISE EN OEUVRE PRELIMINAIRE

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 1. COLOMBIE<br><br>Concile de la Population Ministère de la Santé<br><br>Sectional de Santander | Population: 300.000<br>Quatre types de distribution à domicile sont testés:<br>(a) Du personnel para-médical ayant reçu une formation de quatre mois distribuera gratis trois cycles de pilules ou 30 condoms; donnera aussi des informations sur la nutrition et la santé.<br>(b) Du personnel para-médical ayant reçu une formation de quatre mois distribuera gratis trois cycles de pilules ou 30 condoms, des informations sanitaires et sur la nutrition, et le traitement contre les parasites intestinaux, et du fer/calcium/vitamines aux femmes qui allaitent.<br>(c) Comme "a" mais le personnel para-médical reçoit six semaines de formation.<br>Tous les systèmes de réapprovisionnement se font par les dépôts de village. | 7/77 - 12/80<br>Pendant l'année 1977, on va tester quatre configurations du programme dans des populations de 25.000 chacune. En 1978, celui des quatre offrant le meilleur rendement pour le prix sera étendu à une population additionnelle de 200.000. Si l'expérience réussit, elle sera étendue à toute la population rurale. | |
| 2. HAITI<br><br>Université de Columbia Ministère de la Santé<br><br>Fond Parisiene, St. Marc, et Leogane | Population: 32.000<br>On va tester trois types de systèmes de distribution. Dans tous les systèmes, les distributeurs seront du personnel para-médical du ministère de la Santé et des travailleurs sanitaires traditionnels qui visiteront les domiciles en offrant gratis trois cycles de pilules et/ou 30 condoms, et enverront en consultation pour la stérilisation masculine et féminine. Le réapprovisionnement se fera par les débouchés, de vente au détail des villages. Les trois types de systèmes de distribution sont:<br>(a) Distribution de contraceptifs dans une région déjà desservie par le programme national.<br>(b) Distribution de contraceptifs dans une région non-desservie par le programme national.<br>(c) Contraceptifs plus traitement contre les parasites intestinaux, la diarrhée infantile, nutrition maternelle et infantile dans une région non-desservie par le programme national. | 7/77 - 12/79<br>On a choisi les sites et recruté du personnel dans les localités. | Ce projet représente la première fois que le gouvernement a accepté la distribution non-clinique des contraceptifs oraux et des condoms. |

TABLEAU 2--Suite

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 3. MEXIQUE<br><br>Université de Columbia<br>Université Autonome<br><br>Etat du Mexique<br><br>Etat du Mexique | Population: 180.000<br>Le personnel para-médical du ministère de la santé et les travailleurs sanitaires traditionnels mettront sur pied deux systèmes de distribution:<br>(a) Distribution à domicile offrant gratuit trois cycles de pilules, une douzaine de condoms, et du Depo-Provera; envois en consultation pour stérilisation féminine; et services sanitaires pour parasites intestinaux, diarrhée, et lésions externes.<br>(b) Visites à domicile où l'on n'offre que de simples services sanitaires (comme "a") et envois aux cliniques pour pilules gratuites, condoms, Depo-Provera, et stérilisation féminine. | 7/77 - 12/78 | |
| 4. MAROC<br><br>Ministère de la Santé Publique<br><br>Marrakech | Population: 1.200.000<br>Les agents mobiles du ministère de la santé publique visiteront les domiciles offrant gratuit quatre cycles de pilules ou 48 condoms. Réapprovisionnement initial au cours d'une deuxième visite à domicile avec réapprovisionnements subséquents aux dépôts de village. Envois en consultation pour stérilisation féminine et DIUs. Les distributeurs continueront les activités sanitaires du contrôle de la malaria, traitement de la tuberculose, et recensement sanitaire. | 4/77 - 4/80<br>La distribution doit commencer en avril 1977. | Le projet sera le premier système de distribution de contraceptifs par distribution à domicile instauré par le gouvernement. |

TABLEAU 2--Suite

| Pays, Organisation, Site | Description du Projet | Etat du Projet | Résultats |
|---|---|---|---|
| 5. PARAGUAY<br><br>Centre de Contrôle des Maladies<br><br>Ministère de la Santé | Population: 1.000.000<br>Le personnel para-médical du ministère de la santé et des non-professionnels de la localité vont vendre trois cycles de pilules ou 36 condoms à un prix insignifiants qui reste à déterminer, sur la base du porte-à-porte. Réapprovisionnement à trois dépôts de village. Projet conçu et vue de tester le rendement par rapport au coût de trois variables:<br>(a) Contraceptifs avec traitement contre les parasites intestinaux, diarrhée infantile, fièvre, et malnutrition maternelle et infantile.<br>(b) Distribution de contraceptifs par du personnel non-professionnel, à comparer avec le personnel para-médical du ministère.<br>(c) Distribution de contraceptifs par des hommes, à comparer avec distribution faite par des femmes. | 7/77 - 7/79 | Le projet sera la première fois que le gouvernement a permis la distribution non-clinique de contraceptifs, et des services sanitaires fournis au moyen du projet. |
| 6. SRI LANKA<br><br>Programme International de Recherche sur la Fécondité Caroline du Nord<br><br>Association de Planning Familial du Sri Lanka | Population: 120.000<br>Des infirmières auxiliaires et du personnel non-professionnel vont distribuer gratuit trois cycles de pilules, 30 condoms, et enverront immédiatement en consultation pour la stérilisation masculine et féminine, de Depo-Provera, et les DIUs. Réapprovisionnement par les dépôts de village. | 7/77 - 12/79<br>On a choisi les sites et recruté le personnel. | |

## B. LES PROGRAMMES DE PLANNING FAMILIAL ET DISTRIBUTION A DOMICILE

# LE PLANNING FAMILIAL EN TUNISIE

Mezri Chekir

Je me dois tout d'abord de présenter mes plus vifs remerciements à l'institut Battelle qui a bien voulu nous associer à ses travaux et nous offrir, aujourd'hui, l'heureuse occasion de traiter d'une question aussi importante que controversée, je veux dire la contraception.

Je voudrais également exprimer à mon tour ma satisfaction quant au choix de Tunis comme lieu de cette conférence. C'est la troisième fois que la Tunisie abrite une conférence internationale sur la population. La Tunisie est aujourd'hui à l'avant-garde--permettez-moi de le souligner et avec conviction--en matière de planning familial en général et en matière de contraception en particulier, malgré sa courte expérience dans ce domaine. Conçu selon des principes dictés par nos réalités sociales et culturelles et puisé dans l'esprit humaniste qui préside à l'élaboration de notre politique générale de développement, le planning familial est permis et adopté partout en Tunisie. Nous avons tenu à ce que notre action dans ce domaine soit un moyen de promotion pour la famille d'abord et pour la société par extension.

## EXPLOSION DEMOGRAPHIQUE

En Tunisie, comme partout ailleurs, la crise démographique se dresse alarmant. Pays jeune, en pleine mutation sociale, la Tunisie doit faire face à des problèmes nombreux dont l'un des plus sérieux est la croissance démographique.

La population tunisienne est aujourd'hui estimée à 5,7 millions habitants dont 43,3% ont moins de 15 ans. Le taux de croissance naturelle est de 2,45% et le taux de fécondité de 14,5%. La population féminine en âge de procréer constitue les 49% de la population féminine totale; en 1976, la population d'âge scolaire atteignait 28% de la population totale.

L'explosion démographique a débuté en Tunisie au cours des années 1930. En 1921, la Tunisie ne comptait que 1.8 millions habitants. Sa population a donc plus que triplé depuis. Ce phénomène s'explique par la baisse de la mortalité due à l'amélioration des conditions sanitaires et par le nombre des mariages précoces. Ces quelques données sont éloquentes et appellent à la vigilance.

Déjà, dès les premières années de l'indépendance, les responsables tunisiens ont réalisé l'importance du problème démographique. Des mesures législatives et administratives ont été prises bien avant l'adoption d'une politique proprement dite de planning familial; ces mesures préparaient le terrain pour une telle politique et lui posaient ses premiers fondements.

La mesure la plus percutante et que nous devons à notre Président Habib Bourguiba, fut la promulgation, en août 1956, du Code du Statut Personnel. Quelques mois à peine après l'avènement du premier gouvernement de la Tunisie indépendante une loi révolutionnaire voyait le jour qui, en reconsidérant la situation de la femme et l'organisation de la famille, amorçait un processus de changement social et de mutation des moeurs et des mentalités non sans effet sur la croissance démographique. Rien que l'abolition de la polygamie, c'était déjà un grand pas vers la régulation des naissances.

Les années suivantes, le gouvernement prenait une série d'autres mesures qui ouvraient la voie d'abord à la contraception, puis à l'avortement social et à la stérilisation. L'âge minimum du mariage a été reculé et le régime des allocations familiales révisé.

En 1966, un programme national de planning familial fut lancé officiellement, après deux années d'expérimentation et de recherches. Confié au début à une Direction au sein du Ministère de la Santé Publique, puis à un Institut du Planning Familial et de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), il est aujourd'hui pris en charge par l'Office National du Planning Familial et de la Population. Créé en vertu de la loi du 23 mars 1973, et placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique, l'Office est un organisme autonome d'études, de recherche, de formation, et d'éducation. Sa mission consiste à élaborer et à exécuter des programmes et plans d'action conformément aux directives du gouvernement, afin de réunir les conditions nécessaires à la réalisation du bien-être des familles et à la protection de la santé de chacun de ses membres.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, le planning familial revêt en Tunisie un caractère particulier. Elle n'est pas synonyme de limitation des naissances. C'est plutôt une action sociale, une philosophie humaniste dont le but essentiel consiste à créer au sein de chaque famille--cellule de base de la société--les conditions socio-économiques de la dignité. Le planning familial est précisément le moyen le plus sûr de donner à toutes les familles, de quelque niveau qu'elles soient, la possibilité de s'améliorer physiquement, psychologiquement, et matériellement. D'ailleurs, il est un droit fondamental de chaque individu, que la Tunisie et 11 autres pays avaient reconnu à Téhéran en 1967.

Il va sans dire que la naissance d'un enfant ne relève pas du pur hasard et qu'il y a des moyens de la prévoir, de la vouloir, et de s'y préparer pour mieux accueillir cet enfant et lui offrir les conditions d'une vie digne. Il n'y a pas besoin d'évoquer tous les dangers qu'implique une procréation irréfléchie et anarchique. Nous les connaissons tous, et nous sommes tous convaincus de la nécessité de mettre un frein à cette anarchie qui ne peut engendrer que gêne, désordre, et turbulence. Nous savons tous que l'enfant a non seulement des besoins mais aussi des droits. La réalisation de ces droits se repose sur ses parents et sur la société. Créer une parenté responsable et mettre l'accent sur les droits des enfants et les devoirs des parents--tels sont les éléments essentiels sur lesquels nous avons tenu à fonder notre démarche, afin de permettre l'éclosion de générations saines et potentielles. Car toute enfance que nous protégeons est une force que nous gardons vive.

Partant de cette conception du planning familial, nous avons adopté une stratégie basée essentiellement sur l'information et l'éducation.

L'éducation est conçue comme une action, un moyen permettant la transmission d'un message dans le cadre d'un dialogue libre, car seule l'adhésion lucide conduit à une pratique responsable. Il ne s'agit pas d'endoctriner, mais d'expliquer, d'éveiller le conscience, et de préparer l'esprit à l'ouverture et à la compréhension.

Notre action consiste donc à expliquer minutieusement le message de planning familial et à le diffuser à travers toutes les couches de la population afin d'amener les citoyens à se servir librement et en toute connaissance de cause de leurs droits et à prendre conscience de leur devoir vis-à-vis d'eux-mêmes, de leurs enfants, et de leurs familles. Nous ne négligeons aucun moyen; nous ne ratons aucune occasion pour établir un contact direct avec les familles et leur dispenser tous les renseignements et les services qu'elles sollicitent.

Cette action éducative, est doublée d'un effort continu pour le développement et la mise en place d'une structure d'accueil adéquate, susceptible de répondre à la demande sans cesse croissante des citoyens. Dans les hôpitaux, dans les cliniques, les maternités, les centres de PMI, les dispensaires, le planning familial fait partie intégrante des services de santé de base et de la protection maternelle et infantile. Des centres spécialisés d'éducation et de planning familial ont été créés, pendant que des équipes mobiles, dirigées par des médecins, assurent le service dans les zones éloignées. Les cadres médicaux, para-médicaux, et socio-éducatifs sont informés, formés, et recyclés régulièrement.

Les travaux d'étude, de recherche, et d'évaluation que nous menons parallèlement à nos activités éducatives et cliniques nous permettent d'apprécier notre action, de l'améliorer, et de la développer dans le sens qui convient le mieux aux besoins et aux aspirations des citoyens.

Les résultats enregistrés sont prometteurs: 52,7 mille naissances ont été évitées par le programme de 1976. Le taux de protection par le planning familial des femmes mariées en âge de reproduction qui n'était que de 13,5% à la fin de 1975 est passé à 17,5% en 1976; le taux de natalité est descendu à 3,45%. En outre, nous constatons de plus en plus d'ouverture et d'enthousiasme chez les citoyens.

Quant aux méthodes de régulation des naissances, elles sont toutes mises à la portée du citoyen gratuitement. Dans le choix, le dernier mot revient toujours à l'intéressé après l'avis et le conseil du médecin. Le DIU a été la première méthode contraceptive retenue et longtemps appréciée. L'avortement, libre en vertu de la loi de septembre 1973, est pratiqué par des médecins gynécologues gratuitement dans tous les centres de planning familial. Aujourd'hui, nous essayons de recourir plutôt à l'avortement par les méthodes d'aspiration ou regulation menstruelle. La stérilisation aussi est admise et pratiquée gratuitement par des spécialistes conformément à une réglementation définie par le Ministre de la Santé Publique.

Quant à la pilule, elle l'emporte sur les autres méthodes de contraception, depuis le début de l'année 1976--c'est-à-dire depuis que nous avons mis sur pied, en accord avec le Ministère de la Santé Publique, une nouvelle politique en matière de diffusion de la pilule. Cette politique, adoptée après avis d'une commission spéciale, consiste à donner des contraceptifs gratuitement aux pharmaciens qui les vendent au prix modique de 50 millimes (US $0,12) la plaquette. Un choix de contraceptifs oraux d'un dosage hormonal faible a été effectué. La prise de la pilule est soumise à une surveillance médicale.

L'utilisation de la pilule connaît aujourd'hui une augmentation remarquable. L'effectif des nouvelles utilisatrices en 1976 dépasse de 59% celui de l'année 1975.

Quant à la distribution de la pilule à domicile, des expériences ont été entreprises dont celle de Bir Ali Ben Khalifa, une localité du gouvernorat de Sfax. (Voir les articles de M. Bchir et L. Toumi, cet ouvrage). Je préciserais cependant que la Tunisie est le sixième pays dans le monde à avoir entrepris des expériences de ce genre. De celles-ci l'expérience de Bir Ali Ben Khalifa est menée dans l'esprit d'atteindre les familles des régions rurales où les déplacements demandent des efforts considérables. Le travail sur le terrain consiste à faire du porte-à-porte, tâche

confiée à des éducatrices formées spécialement pour ce projet et supervisées par un médecin gynécologue et des démographes de l'Office.

Après un dernier passage de trois mois, 2.644 domiciles dont 1.553 femmes mariées en âge de procréer, ont été visités. Parmi ces 1.553 femmes, 510 ont accepté de prendre la pilule.

Pourquoi mettons-nous l'accent sur la contraception et plus particulièrement sur la contraception orale? Comme je l'ai déjà souligné, le planning familial en Tunisie est une prévention non seulement des naissances non-désirées mais aussi, et surtout, prévention de tous les maux qui peuvent nuire à la santé physique et mentale de la mère, de l'enfant, et de l'ensemble de la famille. Il est indéniable que la contraception--et notamment la contraception orale--demeure la méthode la plus efficace pour achever ces buts et dont les effets secondaires sont les plus minimes. Aujourd'hui que la science est parvenue à mettre au point des contraceptifs oraux faiblement dosés en hormones, le recours à la pilule se présente comme le meilleur moyen pour faire face au spectre démographique. Sur le plan psychologique et moral, la contraception orale présente des avantages nombreux puisqu'elle n'implique aucune action radicale qui risque de créer des cas de conscience ou de provoquer des objections d'ordre moral ou religieux. Je rappellerais à l'occasion que l'Islam n'interdit pas la contraception et que celle-ci était déjà connue et pratiquée à l'époque même du Prophète. Surtout, la contraception permet de réduire le besoin de l'avortement qui, bien qu'il soit bénin et pratiqué selon des techniques sûres, devrait demeurer une pratique conjoncturelle--tout autant que la stérilisation.

Telles donc, sont les quelques précisions et réflexions que j'ai voulu exprimer et qui vous permettront d'apprécier notre concept du planning familial et notre attitude à l'égard de la contraception.

# LE PLANNING FAMILIAL A DOMICILE EN TUNISIE: ESSAI D'EVALUATION DES DIFFERENTES EXPERIENCES

Mongi Bchir
Fethi Ben Messaoud[1]

L'expérience de nombreux pays en matière de planning familial montre qu'un programme national ne peut être couronné de succès--en particulier si une action énergique d'information et d'éducation de la population est entreprise simultanément avec une action médicale et para-médicale. Aussi le programme d'action, revêt-il en général deux aspects principaux: une action médicale et une action d'information et d'éducation. La conjugaison de ces deux facteurs assure une certaine chance de succès en milieu urbain. Cette chance est moindre, toutefois, en milieu rural; c'est pourquoi on recourt souvent au domicile des clientes eventuelles.

Le but de ce rapport est d'estimer les chances d'une telle action à la lumière des différentes expériences faites en Tunisie. On verra au fur et à mesure des regards rétrospectifs que l'on jettera sur l'expérience tunisienne que de tels projets peuvent réussir mais ils ne peuvent réussir correctement--et partant prétendre à l'extension dans l'espace--qui si les actions médicales et de motivation sont doublées d'un suivi de recherche et d'évaluation, suivi qui permet d'optimaliser la loi de l'offre et de la demande.

## DEFINITION DES PROGRAMMES DE DISTRIBUTION A DOMICILE

Mais qu'est ce que le planning familial à domicile? S'agit-il uniquement de la motivation, ou de la motivation des services? De certains services puisque de toutes les façons on ne peut assurer à domicile un avortement ou une ligature des trompes, par exemple.

De l'autre côté, l'usage a fait qu'on parle de planning familial à domicile si on offre un minimum de services. Dans ces conditions, un programme post-partum ou post-abortum extra-hospitalier, par exemple, trouve-t-il sa place dans cette définition du planning familial à domicile, oui si on considère l'esprit de l'opération.

---

[a]Fethi Ben Messaoud est Attaché de Recherches, Division de la Population, Office National du Planning Familial et de la Population.

Et un programme post-partum ou post-abortum intra-hospitalier pourquoi n'y trouverait-il pas sa place dans ment parce que le contact n'a pas eu lieu à domicile et si le programme intra-hospitalier était mené conjointement à un programme extra-hospitalier. Par ailleurs, le domicile est-il un fin en soi? L'objectif n'est-il pas de s'intéresser au cas particulier de chaque femme, de chaque famille (vivant dans tel domicile)? Si tel est le cas, il me semble qu'un programme de planning familial à domicile se définirait ainsi: que toute action de planning familial s'intéressant au cas particulier de chacune des familles considérées.[2] Un tel programme peut inclure l'activité de motivation, suivie ou non-suivie, sur:

- Services de planning familial à domicile.
- Services dans le cadre d'un programme post-partum ou post-abortum extra-hospitalier.
- Services dans le cadre d'un programme post-partum ou post-abortum intra-hospitalier.

Il est à noter que la définition telle qu'elle a été présentée peut s'appliquer tant à la population rurale qu'à la population urbaine ou semi-urbaine.

On est tenté d'arrêter le contenu de la notion de planning familial à domicile aux programmes mentionnés au-dessus, mais la réalité est plus complexe. Par exemple, comment exclure l'activité qui consiste à aller à domicile mais ce non pas essentiellement dans le cadre d'une activité de planning familial mais dans le cadre plus complet et complexe d'une activité médicale qui va mener au planning familial. Par conséquent, la notion de planning familial à domicile s'étend à ce cas particulier même si le mobile premier qui pousse vers le domicile est autre que le planning familial. Du reste, cette forme d'activité est loin d'être négligeable: les résultats en matière de planning familial sont meilleurs à ceux d'un planning familial non-intégré à la santé.

Par ailleurs, il y a deux autres voies qui s'intéressent au cas particulier de la femme. La première offre à la femme des services de santé--curative et préventive--à la mère ou à l'enfant et des services de planning familial. Il s'agit donc du planning familial intégré à la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Mais là, la couverture géographique n'est pas totale, aussi un tel programme doit-il être exclu de ce qu'on appelle planning familial à domicile?

---

[2]C'est pourquoi le planning familial à domicile par l'intermédiaire de la télévision est exclu de la définition.

La deuxième approche est celle des équipes mobiles; elle doit être exclue pour le même motif, c'est-à-dire, la couverture géographique limitée.

Enfin une dernière forme d'activité mérite d'être signalée: il s'agit des cliniques mobiles. A priori, c'est une forme d'activité qui n'a rien à voir avec le planning familial à domicile puisque les femmes viennent vers les centres de planning familial, les services rendus ont lieu dans un dispensaire rural ou dans un local public. C'est le cas le plus courant. Mais que dire des services rendus par les cliniques mobiles dans un lieu fixé d'un commun accord entre le personnel planning familial et la femme intéressée? Certes ce n'est pas le domicile, mais ce n'est pas non plus le lieu public, certes qu'il n'y a pas eu passage systématique dans tous les domiciles du personnel offrant des services de planning familial mais il y a eu passage systématique d'une personne formée en planning familial dans les différents domiciles. Par conséquent, on pourrait inclure ce type d'activité dans la définition du planning familial à domicile.

On peut penser que le planning familial à domicile exclut les programmes post-partum et post-abortum parce que la notion de domicile suppose un passage systématique dans toute l'aire géographique. Il semble qu'il n'y a pas un argument assez solide pour qu'un programme post-partum ou post-abortum bien organisé pourrait assurer la couverture en question.

## L'EXPERIENCE TUNISIENNE

Après cette longue discussion de la définition--je m'en excuse--essayons d'examiner d'un peu plus près l'expérience tunisienne en la matière, compte tenu des réserves qu l'on pourrait faire à l'éventail des activités menées sous cette rubrique "Planning familial à domicile." Certes, un programme post-partum extra-hospitalier est généralement considéré différent d'un programme de planning familial à domicile.

Si du reste, il n'y avait qu'un seul modèle de faire parvenir le planning familial (service) ou le message planning familial (motivation), il n'y aurait plus qu'à faire une évaluation de ce processus. Mais, la définition non-restrictive présente des avantages en ce sens qu'elle permettra certaines comparaisons entre différentes méthodes et problématiques dont le point commun consiste à offrir des services à des femmes:

- Se sentant personnellement concernées du planning familial.

- Habitant en général des domiciles dispersés.

La variation des services rendus peut être grande.

Un autre avantage découle de cette définition considérée dans son sens large, à savoir la possibilité de tirer profit d'expériences habituellement classées ailleurs que dans le planning familial à domicile, et de considérer comment on peut enrichir à la fois du point de vue du concept et des dimensions opérationnelles le concept de planning familial à domicile. Pour cela l'expérience tunisienne sera présentée en fonction des variables suivantes: objectifs, opération, résultats, et commentaire critique. Les expériences faisant l'objet de la discussion sont les projets suivantes:

1. Le programme post-partum et post-abortum national 1968-69.

2. Le projet de santé familiale du Kef, depuis 1975.

3. Le projet de santé familiale dans la région de Béja, depuis 1975.

4. Le planning familial à domicile Bir Ali Ben Khalifa, 1976-77.

5. Les cliniques mobiles au Sejnane, 1969-1972, et aux gouvernorats de Zaghouan, Sousse, et Sfax, depuis 1975.[3]

6. Le dispensaire mobile à Agareb, depuis 1976.

7. Le programme post-partum et post-abortum national, depuis 1977.

8. Le planning familial par le couple, des gouvornorats de Jendouba et Kef, janvier 1977.

9. Le planning familial dans le cadre de la promotion de la population rurale, Mharza, mars 1977.

10. Le planning familial et la santé préventive à Nabeul 1975, et Sousse, 1976.

De ces programmes, les projets 1, 4, 5, 6, 7, et 8 ont été ou sont menés directement par l'Office National du Planning Familial et de la Population (ONPFP). Les projets

---

[3]Le gouvernorat de Sfax, et plus précisement la délégation de Menzel Chaker, fait l'objet d'un programme original de motivation et de service qui est decrit ailleurs dans cet ouvrage.

2, 3, et 10 ont été ou sont menés par le Ministère de la Santé en collaboration avec l'Office National du Planning Familial et de la Population. Le projet 9 est mené en collaboration avec l'Association pour le Développement et l'Animation Rurale.

Dans tous les cas, l'objectif demeuraient toujours le planning familial à domicile--le planning familial à domicile des femmes les plus fécondes, ou le planning familial et la santé à domicile. Cependant, pour atteindre ces objectifs, on a eu recours à différentes méthodes. Les projets 4, 6, 8, 9, et 10 ont été menés selon l'optique classique planning familial à domicile. Les projets 1 et 7, classiquement considérés comme programmes post-partum, sont une forme de planning familial à domicile. Les projets 2 et 3 sont menés dans le cadre de l'intégration de la santé familiale au planning familial, intégration assurée en ce qui concerne l'organisation parallèlement dans l'infrastructure du Ministère de la Santé Publique et à domicile. Le projet 5 est une formule à mi-chemin entre le domicile et le centre classique de planning familial.

## Les Objectifs

Les différents projets étudiés ont pour objet principal de mettre le planning familial à la portée des femmes vivant en milieu rural, milieu où l'infrastructure sanitaire est insuffisante. Les dispensaires fixés sont trop clairsemés pour pouvoir offrir des services de planning familial et de santé familiale à une population nombreuse vivant en milieu rural. Le Tableau 1 montre le rôle du planning familial du chaque projet et précise l'objectif du planning familial dans chaque projet.

## Les Services de Planning Familial à Domicile

Quatre projets se déroulent dans le cadre de la démocratisation et de la large diffusion de la pilule menée par l'ONPFP et dans le cadre d'une plus grande pénétration en milieu rural. Le premier projet consiste à expérimenter une nouvelle méthode de distribution des contraceptifs oraux dans le milieu rural, par la voie du porte-à-porte. Il concerne la délégation de Bir Ali Ben Khalifa dans le gouvernorat de Sfax; trois omdas ont été choisis. Ils se caractérisent par une population dispersée et moins motivée pour le planning familial que dans d'autres régions.

Deux autres projets se déroulent dans les délégations d'Agareb et de Menzel Chaker, dans le même gouvernorat de Sfax. Les objectifs principaux de l'expérience d'Agareb sont (1) le rapprochement du planning familial des citoyens

TABLEAU 1

OBJECTIFS DES PROJETS TUNISIENS DU PLANNING FAMILIAL

| Projet | Part du Planning Familial dans le Programme | Objectifs de Planning Familial |
|---|---|---|
| 1. Programme post-partum et post-abortum | Fondamentale | Augmenter au maximum l'efficacité de la contraception parmi la population en concentrant les efforts sur les femmes qui viennent d'accoucher ou d'avorter ou de subir une intervention obstétricale dans les hôpitaux principaux régionaux et auxiliaires et les groupes de PMI et de maternité.<br><br>Informer les gens qui ne sont pas au courant du planning familial, et essayer de les convaincre de l'utilité des méthodes de contraception. |
| 2. Programme de santé intégrée--Kef | Moyenne | Renforcer des activités de planning familial dans la région du Kef dans le cadre de la santé familiale. |
| 3. Projet de santé familiale (OMS)--Béja | Moyenne | Renforcer les services de planning familiale et intégrer ces services dans les activités de la PMI et des services de santé de base. |
| 4. Planning familial à domicile | Fondamentale | Desservir la population rurale de la délégation de Bir Ali ben Khalifa en faisant du porte-à-porte.<br><br>Instruire, informer, et motiver la population féminine de la région et essayer de la convaincre de l'utilité et de l'usage des méthodes de contraception--surtout de la pilule. |

TABLEAU 1--Suite

| Projet | Part du Planning Familial dans le Programme | Objectifs de Planning Familial |
|---|---|---|
| 5. Cliniques mobiles | Fondamentale | Les mêmes que ceux du cas des équipes mobiles avec activité supplémentaire: possibilité de insérer des DIU. |
| 6. Dispensaire mobile--Agareb | Fondamentale | Visites à domicile axées sur la diffusion de la pilule après avoir terminé le travail classique de l'équipe mobile. |
| 7. Programme post-partum et post-abortum | Fondamentale | Contacter les femmes juste après le moment de l'accouchement ou de l'avortement afin de les motiver pour accepter une des méthodes de planning familial. |
| 8. Programme de planning familial par le couple | Fondamentale | Desservir la population féminine vivant en milieu urbain, semi-urbain, et rural, en faisant du porte-à-porte.<br><br>Informer la population en essayer de la convaincre de l'utilité et de l'usage des différentes méthodes de contraception et de réapprovisionnement de la pilule et des condoms. |
| 9. Formation rurale--Mharza | Très importante | Informer et instruire en matière de planning familial et de santé préventive et curative.<br><br>Distribuer pilules et condoms. |
| 10. Planning familial et santé préventive | Moyenne | Assurer la distribution exclusive de condoms auprès des chef de ménages. |

au moyen de la distribution à domicile de la pilule; (2) l'amélioration de la qualité des soins de santé; et (3) l'intégration du planning familial avec la santé familiale. L'objectif de l'expérience de Menzel Chaker est basé sur des campagnes d'éducation et la mise à la disposition des citoyens d'une équipe de santé familiale dotée d'un clinique mobile.

La quatrième expérience est en voie de réalisation; elle se déroule dans les délégations de Jendouba, Fernana, et celle de Nebeur au nord du pays. Ce projet consiste à tester une nouvelle formule de distribution et de motivation dans le milieu rural, dans les dites délégations, en cherchant les points de réapprovisionnement susceptibles d'attirer davantage la population rurale et d'assurer la continuation la plus régulière. L'accent sera mis de façon égale sur les différentes méthodes contraceptives préventives et chirurgicales.

La cinquième expérience concerne la diffusion des condoms exclusivement par l'intermédiaire des infirmiers hygiénistes. Cette expérience, qui a commencé dans le gouvernorat de Nabeul en 1975, sera probablement étendue dans l'espace au cours de 1977.

## La Santé Familiale Intégrée

Tout de suite après cette tentative de renforcement des activités de planning familial, quatre projets ont été mis sur pied avec quelques années d'intervalles, ayant comme objectif essentiel l'intégration des services de planning familial dans les activités de la PMI et des services de santé de base. De plus, ces programmes ont examiné des diverses possibilités d'augmenter l'efficacité des activités liées à la santé de la mère et de l'enfant.

C'est ainsi qu'en 1971 en vertu d'un accord entre la Tunisie et la Belgique, une équipe médicale belge composé de cinq médecins a fait démarrer un projet dans les régions du Cap-Bon, dans le but d'examiner les diverses possibilités d'augmenter l'efficacité des activités de planning familial dans la région considérée, par l'intégration de ces activités dans les services sanitaires existants de médecine préventive et curative.

En 1970, c'est le gouvernorat du Kef qui a été choisi pour un deuxième projet de santé familiale, mené par une équipe néerlandaise, ayant pour but:

1. Le renforcement des activités de planning familial dans la région du Kef mais parallèlement en concentrant les efforts sur le développement du service médecine-enfant (en collaboration avec le pédiatre tunisien).

2. Le développement du service maternité.

3. L'organisation et la réalisation de consultations pré-natales et post-natales de planning familial et de consultations de gynécologie dans le gouvernorat du Kef.

4. La disposition de l'avortement et la ligature des trompes dans la clinique régionale de planning familial.

5. Les consultations de nourrissons-sains parallèlement avec les consultations des enfants malades.

6. L'organisation et la réalisation des programmes de vaccination dans les centres (en collaboration avec le service d'hygiène).

Un projet additionnel beaucoup plus récent ont été mis sur pied dans le gouvernorat de Béja par une équipe de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce projet, qui intéresse dans une première phase la région de Medjez El Bab, a pour objectifs essentiels:

1. L'amélioration du fonctionnement des services de santé.

2. Le développement des ressources en personnel de santé.

3. Le renforcement des activités liées à la santé de la mère (soins pré-natals, meilleures conditions d'accouchement à domicile et en maternité, soins post-natals et post-partum, hygiène, etc...), et de l'enfant (évaluation systématique, vaccinations, consultations externes, surveillance de l'état nutritionnel, éducation sanitaire) dans les services de PMI.

4. Le renforcement de l'assainissement du milieu.

5. Le renforcement des services de planning familial et l'intégration de ces services dans ceux de la PMI et ceux de la santé de base.

## Les Services Post-Partum et Post-Abortum

Deux ans après le lancement des équipes mobiles et dans le souci d'augmenter au maximum l'efficacité de la contraception parmi la population, les responsables du programme avaient dirigé leurs efforts sur les femmes accouchées ou les avortées. Donc, un programme post-partum et post-abortum fut engagé en 1968.

Malgré l'extension du programme à toutes les maternités, ce type d'activité n'a pas contribué à atteindre l'objectif fixé puisque près du 75% des femmes accouchaient en dehors des maternités. C'est ainsi qu'un corps de visiteuses à domicile a été créé, ayant comme objectif d'informer les gens qui ne sont pas au courant du planning familial et surtout de les convaincre de l'utilité des méthodes de contraception.

Avant sa généralisation, le programme post-partum/post-abortum extra-hospitalier a fait l'objet d'une expérience pilote qui a comporté deux programmes indépendants. Le premier a eu lieu à Jendouba où le travail a consisté à visiter toutes les familles dans un quartier déterminé de la ville. Le deuxième a eu lieu dans les villes de Mateur et de Kalâa Kébira où les visites à domicile ont été accomplies par deux visiteuses, l'une à Mateur et l'autre à Kalâa Kébira.

## Les Resultats

Le caractère récent de la plupart des projets exclut toute possibilité d'avancer des données définitives exhaustives et comparatives. Les projets les plus anciens sont terminés sans avoir été correctement évalués (premier programme de post-partum) ou ont été modifiés ou étendus en cours d'expérience (le Kef).

Les résultats obtenus par le programme post-partum et post-abortum tunisien en 1968-1971 n'étaient pas brillants, étant donné que le pourcentage des femmes amenées à la pratique de planning familial par l'action post-partum et post-abortum était entre 6 et 7%, alors que dans la plupart des pays où ces programmes existent ce pourcentage est de 20 à 25%. Les principales raisons qui ont amené le programme à un échec sont dues à un effort éducatif insuffisant et à un mauvais contrôle statistique; ce qui a sous-estimé l'efficacité réelle de l'action.

Cependant, on dispose quand même de certaines données pour les projets 4, 5, et 10. Les projets 4 et 6 se rapportent au planning familial à domicile, dans sa conception la plus classique à savoir les projets axés sur la diffusion de la contraception orale à domicile. Le projet 6, actuellement en cours à Agareb, merite d'attention particulière. Les résultats obtenus fut montrés au Tableau 2.

Le programme à Agareb a permis de ventiler les défaillances par type de cause, les caractéristiques des femmes ayant accepté la pilule par âge, parité, et situation socio-professionnelle. Pour ce qui est de l'âge moyen des nouvelles acceptrices, il est de 29,4, en comparaison avec le moyen national en 1975 de 28,9 ans. Quant au nombre moyen d'enfants vivants de nouvelles acceptrices de la pilule, il est

TABLEAU 2

RESULTATS DU PROGRAMME DE DISTRIBUTION A DOMICILE A AGAREB[a]

| Méthode Contraceptive | 1975 (N=1.009) | 1976 (N=2.061) |
|---|---|---|
| Pilules | 118 | 298 |
| DIU | 38 | 19 |
| Mousse | 59 | 110 |
| Condoms | 56 | 61 |
| Avortements | 11 | 14 |
| Ligatures | 15 | 24 |

[a]Noter que les résultats de 1975 sont gonflés par l'activité porte-à-porte du mois de décembre 1975. Des 118 acceptrices nouvelles de la pilule, 105 ont été enregistrées en effet en décembre 1975.

de 3,9; celui national était de 3,7 en 1975. Cette expérience a donc un mérite énorme: c'est celui de montrer que l'on peut assurer de bons résultats par un porte-à-porte privilégié, spécifique. En d'autres termes: il est nettement plus préférable de faire du planning familial d'abord et ensuite du porte-à-porte et non du porte-à-porte d'abord et du planning familial ensuite.

Le projet 10 est relatif à la diffusion des condoms à domicile. Les condoms distribués sont en quantité relativement importantes, mais ces régions sont déjà celles où ces méthodes connaissent un certain succès. Comparées au nombre total de condoms distribués ces quantités paraissent négligeables (9% environ) mais si on les considère comme élément d'appréciation de la pénétration d'une telle méthode en milieu rural il y a là toute la signification psycho-sociale de ce type de contraception. L'extension d'un tel procédé est envisagée.

Le Tableau 3 donne des informations supplémentaires sur les projets décrits dans ce rapport et permit une évaluation tentative.

TABLEAU 3

RESULTATS

| | Projets | Résultats | Causes de la Réussite | Difficultés |
|---|---|---|---|---|
| 1. | Programme post-partum et post-abortum | Le pourcentage des acceptrices par l'action du PPPA était de 6 et 7% durant 4 ans, alors qu'il devrait être de 20 à 25% comme c'est le cas dans plusieurs pays où ces programmes existent. Cependant les résultats nous estiment la réalité à cause d'une mauvaise collecte de données. | | Un effort éducatif insuffisant<br><br>Un contrôle statistique qui souses-time l'efficacité réelle de l'action |
| 2. | Le programme de santé intégrée--Kef | Le nombre des consultantes continue d'augmenter tandis que le nombre de nouvelles acceptrices n'est pas changé.<br><br>Pour les activités de santé familiale, il y a un grand décalage entre la ville du Kef et les autres délégations du gouvernorat, entre les villes et le milieu rural.<br><br>Le taux de couverture dans la ville du Kef est de 40% des femmes de 15 à 49 ans.<br><br>Le taux de couverture en milieu rural représente seulement 5 à 10% des femmes eligibles. | Formation d'un groupe d'aides-soignantes obstétricales<br><br>Formation d'aides sanitaires et d'infirmières<br><br>Existence d'une collaboration bénévole choisie parmi la population des localités | Matérielles |
| 3. | Projet de la santé familiale--Beja | Récent. | | Du personnel |

TABLEAU 3--Suite

| | Projets | Résultats | Causes de la Réussite | Difficultés |
|---|---|---|---|---|
| 4. | Planning familial à domicile | Décrit allieurs dans ce rapport. | Budget important<br><br>Encadrement efficace<br><br>Suivi | Project couteux manque de coordination entre les responsables régionaux |
| 5. | Cliniques mobiles | Récent. | --- | --- |
| 6. | Dispensaire mobile--Agareb | Au bout d'un an le projet a un taux minimum de continuation de la pilule de 30%.<br><br>Du point de vue méthodologique l'intérêt de la formule planning familial d'abord à domicile ensuite est mis en valeur par rapport à la formule d'abord ensuite. | Dévouement du personnel | Matérielles |
| 7. | Programme post-partum et post-abortum | Récent. | --- | --- |
| 8. | Programme de planning familial pour le couple | Récent. | --- | --- |
| 9. | Formation rurale--Mharza | Récent. | --- | --- |
| 10. | Planning familial et santé préventive | Récent. | --- | --- |

## CONCLUSION

En conclusion, il est utile de noter que:

1. Sur le plan national, les formules récentes d'expérimentation des programmes planning familial à domicile connaissent encore une phase de recherche et d'évaluation. La formule à retenir est sans doute celle qui permet d'assurer le maximum de services de planning familial au domicile des intéressées.

2. Sur le plan méthodologique:

   a. Ce papier aura permis de penser que la notion de planning familial à domicile pourrait recevoir différentes interprétations compte tenu de la nature du travail sur le terrain et compte tenu des particularités de chaque programme.

   b. Ce papier aura posé la question de savoir s'il n'était pas utile de considérer parallèlement aux programmes (planning familial à domicile) la formule "programmes planning familial et suivi à domicile."

# LE PROJET DE PLANNING FAMILIAL A DOMICILE A BIR ALI BEN KHALIFA, TUNISIE

Liliane Toumi

## INTRODUCTION

Le projet de Planning Familial à Domicile (PFAD) est un projet pilote situé à Bir Ali Ben Khalifa, chef-lieu de délégation du Gouvernorat de Sfax, lancé par l'Office National du Planning Familial et de la Population (ONPFP), avec l'aide technique et financière d'USAID. Le but premier de ce projet est d'aider la Tunisie dans la réalisation de son programme de contrôle de la population et de planning familial. Son objectif final est de trouver, par une expérimentation réduite à un territoire bien déterminé, le meilleur système de distribution de contraceptifs oraux au plus bas prix de revient et permettant, par une étude approfondie des données recueillies par la suite, d'établir le meilleur mode utilisable pour une extension à toute la Tunisie.

Il est à souligner qu'il est essentiel de trouver très vite pour la Tunisie un système rentable et efficace de distribution des contraceptifs afin d'atteindre les objectifs précis du plan quinquennal avant la fin du siècle, c'est-à-dire, un taux brut de reproduction de 1,2 et un taux net d'accroissement annuel de 13,7%. Pour atteindre ces chiffres idéaux, il faudra éviter 86.750 naissances. Notre projet n'est que la première pierre d'un édifice qui devra couvrir toute la Tunisie urbaine et surtout rurale.

## ORGANISATION

Le Gouvernorat de Sfax comprend 11 délégations. La délégation de Bir Ali Ben Khalifa contient neuf secteurs. Le projet PFAD est un système pour la distribution à domicile de contraceptifs oraux et d'informations concernant le planning familial, y compris la contraception. Les innovations du projet PFAD, par rapport aux anciens systèmes existants en Tunisie, sont les suivantes:

1. Distribution à domicile. Chaque foyer est visité, chaque femme enregistrée et répertoriée. Dans l'ancien plan, employé par l'Office National de Planning Familial et de la Population, les contraceptifs oraux étaient à la disposition des femmes résidant dans les villes au moyen des centres spécialisés de planning familial, et à celle des

femmes résidant dans les campagnes par des points d'unité sanitaire où viennent régulièrement des équipes mobiles attachés à des centres urbains et visitant des sites prédéterminés dans les régions rurales.

Les centres urbains auxquels les unités mobiles sont assignées sont dirigés et animés par du personnel médical ou para-médical. Comme il n'existe actuellement aucun autre système de distribution à domicile en Tunisie, le projet PFAD est en effet une innovation. En se rendant chez l'habitante, l'équipe du projet crée le contact et, par l'information apportée avec gentillesse et habileté, on supprime la peur, les réticences, et l'ignorance, et ainsi on crée la motivation en faveur du planning familial.

En même temps, on permet à la femme rurale, qui n'a aucun moyen de transport, de pouvoir planifier sa famille sans devoir quitter ni sa famille, ni ses enfants, ni son bétail, ni ses obligations quotidiennes.

2. Distribution par personnel para-médical. La distribution est faite par des jeunes femmes recrutées dans la localité, possédant un certain niveau de scolarité et une formation extra-médicale intensive et de courte durée en vue du projet.

3. Distribution se limitant aux contraceptifs oraux. Sur le terrain, c'est la seule méthode applicable car gelées et condoms seraient trop lourds à transporter par les enquêtrices. Les autres méthodes de planning familial sont expliquées aux femmes sur demande et, dans ces cas-là, on oriente les femmes vers d'autres centres spécialisés en vue d'obtenir les moyens nécessaires pour la méthode choisie.

4. Distribution faite exclusivement en zone rurale. La zone rurale constituant le site du projet est isolée et n'est guère desservie par les équipes mobiles de planning familial; la localisation du projet permet de juger du taux d'acceptation des femmes les moins exposées à recevoir jusqu'ici les informations se rapportant au planning familial et sans doute les moins préparées à accepter la contraception.

5. Distribution aux habitations isolées. Les groupes de maisons dans le site du projet sont espacés d'environ 200 à 1.000 mètres les uns des autres. Cette isolation physique met en évidence la difficulté des communications. Il faudrait développer

des systèmes spéciaux pour surmonter les difficultés causées par le manque de routes et de moyens de transport dans la région.

6. Informations à obtenir en vue d'une analyse statistique précise. Des données seront recueillies sur: la population en général; le nombre de femmes en âge de reproduire; les difficultés rencontrées en matière de transport, communications, et distribution; le mode de contact dans les foyers; le taux d'acceptation et de continuation; les causes de refus; et les effets secondaires, etc. . .

7. Direction par un médecin. Dans beaucoup de projets analogues, il n'y a pas de médecins; ceci exige que les malades soient référées à des cliniques ou à des dispensaires. L'Office National du Planning Familial exige qu'un médecin s'occupe activement du projet. La présence d'un médecin apporte de la continuité et de la cohésion au projet, qui peut ainsi se suffire à lui-même et inspirer confiance à son personnel.

## L'Origine du Projet

Deux autres projets avaient fait l'objet d'une certaine considération avant le projet de distribution à domicile Bir Ali. Le premier était une étude de l'impact des distributions non-cliniques dans des groupes échantillons de 1.000 foyers; l'autre devait être une étude de l'organisation de la distribution de contraceptifs en dehors des cliniques. Il est important de conduire de telles études spécifiquement en Tunisie parce que, d'après le Dr. Marc Vincent, "la distribution faite dans d'autres pays a fait appel à des structures sociales et politiques différentes et ne peut être appliquée aveuglement en Tunisie."

En novembre 1975, un premier avant-projet a été établi à Sfax par des représentants tunisiens de planning familial et de l'USAID. Le site choisi pour ce projet était à 60 km à l'ouest de la ville de Sfax, et comptait trois secteurs de la délégation de Bir Ali Ben Khalifa: Oued El Cheikh, Ouedrane, et El Gandoul.

## Situation Géographique et Démographique

La région de Bir Ali Ben Khalifa est située dans une zone ayant un climat semi-désertique faisant vivre quelques troupeaux et permettant la culture d'oliviers, amandiers, céréales, et légumes. Une route goudronnée en mauvais état relie Bir Ali à Sfax. Dans le reste du territoire, il y a quelques mauvaises routes et de nombreuses pistes de terre battue.

Les habitants de la région sont des Berbères, anciennement semi-nomades qui, ces dernières années, ont commencé à se fixer de plus en plus, mais qui peuvent redevenir nomades au moment des récoltes. Ils parlent l'arabe; leurs habitations, assez précaires, vont de la simple pièce en ciment à la tente de poil de chèvre ou à la cabane de branchages séchés. Le patriarcat, qui dominait anciennement, est de plus en plus abandonné. Toutefois, l'autorité du mâle dominant est encore celle que l'on respecte: le père, le mari, ou le frère ainé. Les femmes vivent très groupées entre elles; il y a souvent dans chaque hameau ou chaque famille une grand'mère ou une tante dominante, à qui l'on demande conseil.

La population vit d'élevage et d'agriculture, et les revenus par tête son très bas. Beaucoup d'hommes s'expatrient pour travailler en Europe ou en Lybie. Le niveau d'instruction est bas; seules les femmes les plus jeunes desservies par le projet Bir Ali sont lettrées et comprennent le français. Le niveau d'instruction des hommes est toujours supérieur. Les habitants de la région sont en général sous-alimentés et souffrent communément d'une variété de carences en vitamines.

Comme les enfants valorisent la famille, les familles sont nombreuses, ayant en moyenne 8 à 12 enfants. Le taux de mortalité est en train de décliner. Les femmes sont en général mariées, à l'âge de la reproduction, enceintes, ou en train d'allaiter; le reste sont célibataires, veuves, ou divorcées. Elles ont tendance à se marier jeunes et à avoir leur premier enfant très vite. Normalement, les femmes allaitent leurs enfants pendant deux à trois ans; pendant cette période, elles sont physiologiquement aménorrhéiques et le plus souvent stériles. La contraception se base largement, par conséquent, sur la condition naturelle d'aménorrhée post-partum. Dans cette situation, il est difficile de déterminer l'impact d'un programme de contraception quel qu'il soit.

Il y avait cependant plusieurs raisons pour choisir ce qui apparaît tout d'abord comme un site peu favorable. A cause du peuplement dispersé de la région, un niveau de succès quel qu'il soit du projet-pilote prouverait l'applicabilité du système à d'autres conditions. La région était fort peu desservie par les services de planning familial, particulièrement ceux offrant des contraceptifs oraux. Même avec le programme, chaque secteur ne recevait qu'une visite hebdomadaire de deux heures environ de la part de l'équipe mobile. L'usage des contraceptifs dans la région est extrêment peu développé; 2% seulement des femmes éligibles pratiquent le planning familial. La région est typique de la Tunisie rurale. Par comparaison avec d'autres sites où la distribution à domicile a été mise en oeuvre (par exemple, Bengladesh, Egypte, Taiwan, et Corée), le site

de Bir Ali présente des problèmes nombreux et intéressants d'organisation et de communication. Et pourtant, la grande homogénéité socio-économique de la région facilitera l'évaluation de l'efficacité du projet.

Le quartier général du projet est une villa de trois pièces à Bir Ali. On prit la décision de s'établir sur place car la présence physique rassure et inspire confiance dans le projet, améliorant ainsi les relations du personnel avec les acceptrices. La tenue de nos locaux et de nos enquêtrices sont des facteurs importants, un exemple d'hygiène et de dévouement.

Tout le staff du projet est recruté dans la région considérée, excepté la directrice et la directrice sur le terrain, qui viennent de Sfax. Les emplois sont remplis en partie par des connaissances et en partie grâce à l'aide des autorités locales. La composition du staff est la suivante:

- La directrice, médecin gynécologue, dont les fonctions sont administratives et médicales.
- La directrice sur le terrain, qui joue un rôle capital dans l'administration et la surveillance des activités du projet.
- La sous-directrice sur le terrain, faisant fonction de chef d'équipe pour les enquêtrices et d'assistance de la directrice sur le terrain.
- Sept enquêtrices de Bir Ali, qui sont toutes des jeunes femmes non-mariées, au niveau de la deuxième année secondaire, parlant et écrivant couramment le français et l'arabe. Ces enquêtrices ont la responsabilité de distribuer les contraceptifs, avec les informations s'y rapportant, et de recueillir les données nëcessaires.
- Deux chauffeurs, originaires de la région, qui conduisent les enquêtrices à leurs visites à domicile et les clientes à leurs visites médicales.
- Un jardinier, faisant aussi fonction de gardien.
- Une femme de ménage chargée de l'entretien du centre, et qui est elle aussi de la région.

Il y a aussi un comité consultatif comprenant un représentant des autorités locales; un représentant d'USAID (Tunisie); le directeur régional des services de planning familial de l'ONPFP; un représentant de l'Union des Femmes de Tunisie; un sociologue, qui est aussi un conseiller pour le projet; un démographe et un statisticien, qui travaillent directement avec l'ONPFP et l'USAID; et la directrice du projet. Le comité consultatif joue un rôle de conseiller et

coordonne les activités du projet avec les autorités locales. Toute l'équipe du projet, y compris les chauffeurs et la femme de ménage, doivent être serviables, accueilleants, et compréhensifs, car l'équipe a un rôle social important au sein de la communauté.

Le projet fut mis en route en janvier 1976 et se terminera en décembre 1977. Les principales activités du projet conduites en 1976 furent le choix et la formation du personnel, la préparation du questionnaire, et les essais sur le terrain. On procéda à la formation des enquêtrices pendant la seconde moitié du mois de mars 1976, avec une semaine de théorie et une semaine de pratique.

La formation théorique présenta de réelles difficultés exigeant que des professionnels, ayant une formation intellectuelle et spécialisée supérieure, simplifient tout au maximum pour se mettre pédagogiquement à la portée des enquêtrices. La formation théorique se compose de trois parties: médicale, sociale, statistique. La formation médicale, effectuée par deux médecins, enseigna sommairement l'anatomie comparative des appareils génitaux féminin et masculin, et aussi la physiologie de base du cycle menstruel, de la grossesse, et de l'allaitement. De plus, on enseigna des notions sommaires sur le comportement sexuel humain, et aussi sur les indications et contre-indications et l'efficacité des contraceptifs, particulièrement les contraceptifs oraux. Une formation théorique sociale, faite par deux sociologues, fournit des instructions sur les méthodes du contact avec les familles, approche discrète et persuasive. Afin de leur faire mieux comprendre leur rôle, on fit assumer aux enquêtrices le rôle d'acceptrice potentielle. La formation statistique couvrit tous les aspects du questionnaire, spécialement la signification exacte de chaque question. De nombreux questionnaires furent remplis à titre d'exemples pour aider les enquêtrices à anticiper toute une gamme de réponses possibles.

Trois genres différents de difficultés se présentèrent au cours de la formation des enquêtrices. En premier lieu, les enquêtrices ne connaissaient rien des pratiques médicales et contraceptives ni de la codification de questionnaires. En deuxième lieu, elles ressentaient une gêne typique de la part de jeunes filles célibataires abordant des questions sexuelles avec des femmes mariées. En troisième lieu, leurs propres hésitations vis-à-vis de la contraception devaient être dissipées afin de leur donner l'assurance nécessaire à leur tâche.

Le questionnaire est conçu en vue d'obtenir des renseignements d'ordre général sur l'identité des acceptrices potentielles, des renseignements médicaux, des renseignements sur les membres de la famille, et sur la connaissance et l'usage des diverses méthodes de contraception. Un

manuel spécial est mis à la disposition de chaque enquêtrice pour l'aider à répondre aux questions ambiguës ou controversables.

On conduisit un essai sur le terrain pendant la dernière semaine de mars 1976, à distance de la zone de travail, en présence de toute l'équipe pédagogique, et nombre d'erreurs qui furent mises à jour au cours de l'essai furent être corrigées sur-le-champ.

Le projet proprement dit commença en avril 1976. On consacra la première semaine à établir le cahier de tournée recensant la population du secteur avec l'aide du cheikh (chef de secteur). D'habitude, les enquêtrices font leurs visites par deux ou par trois. On passa chaque matinée à assigner les domiciles à visiter d'après le carnet de tournée. A chacune des premières visites, le contact est établi dans chaque maison et le questionnaire administré à chaque femme âgée d'au moins 16 ans. On assigne à chacune de ces femmes un numéro d'ordre qu'elle gardera pendant tout le projet. A chaque femme en âge de reproduire n'étant ni enceinte ni stérile et qui vit avec son mari fut offerte une provision de pilules contraceptives, sauf contre-indications médicales. On donna à chaque femme éligible six cycles de Norinyl 50-80 ou Néogynon 28 et on les instruisit avec soin du mode d'emploi et des effets secondaires possibles des contraceptifs oraux. De plus, on donna à toutes les femmes en âge de reproduire des coupons: vert pour les acceptrices, bon pour une consultation médicale; jaune pour les malades, bon pour un examen gratuit au dispensaire local; et rouge pour les femmes ayant choisi une méthode de contraception différente, ou pour qui la pilule est contre-indiquée, bon pour une visite à l'équipe mobile du planning familial.

De plus, on distribua également la pilule à trois catégories d'acceptrices dites "potentielles":

1. Les femmes enceintes d'au moins six mois. Cela les protègera en cas d'accouchement prématuré, enfant mort-né, ou de non-allaitement, mettant à sa disposition des contraceptifs avant les cinq mois qui s'écouleront entre les deux passages successifs des enquêtrices.

2. A toute femme qui allaite, afin qu'elle soit pourvue si elle cesse d'allaiter ou voit revenir ses règles. De plus, si après six mois d'allaitement elle n'était toujours pas réglée, on la convoque afin de provoquer le retour des règles artificiellement. En effet, on fut désagréablement surpris au début de voir 46% de nos femmes qui allaitaient tomber enceintes sans règles.

3. Toutes les femmes dont le mari est absent pour moins de quatre mois.

On consacra les mois de juillet à octobre 1976 à revisiter les acceptrices. Chaque acceptrice a été vue au minimum deux fois. La deuxième visite est une visite de courtoisie, mais parfois utile pour donner un renseignement ou un conseil.

Au début de septembre 1976, on donna aux enquêtrices un deuxième formation rapide pour expliquer l'utilisation du deuxième questionnaire, conçu afin de déterminer la raison pour la continuation ou, au contraire, l'abandon de l'usage parmi les acceptrices ainsi que les raisons du refus par les non-acceptrices. De septembre à novembre 1976, on administra le deuxième questionnaire et on distribua la deuxième provision de pilules. Les enquêtrices firent leur rapport sur le taux de continuation et le nombre de nouvelles acceptrices au cours de cette deuxième phase.

Janvier 1977 marqua le début de la deuxième année du projet. On étendit les activités à deux nouveaux secteurs--Sdiret et Bir Ali. En février et mars 1977, on effectua une troisième distribution de six cycles de pilules.

Des rapports seront établis à la fin de chaque période et des évaluations définitives seront faites par l'USAID en collaboration avec l'ONPFP en décembre 1976 et décembre 1977 (voir Figure 1).

## Résultats de la Première Distribution Dans les Trois Secteurs de Oued El Cheikh, Ouedrane, et El Gandoul

Chaque secteur contenait approximativement un tiers des foyers compris dans l'étude. Les Tableaux 1 à 3 montrent le nombre et les caractéristiques des acceptrices de la première distribution dans chacun des trois secteurs.

TABLEAU 1

ETAT MATRIMONIAL ET AGE DE FEMMES DANS LES TROIS SECTEURS

| Etat Matrimonial | Nombre | % |
|---|---|---|
| Femmes mariées en âge de procréer | 1.533 | 59 |
| Femmes de plus de 45 ans | 607 | 23 |
| Jeunes filles | 343 | 13 |
| Veuves et divorcées | 141 | 5 |
| Total | 2.644 | 100 |

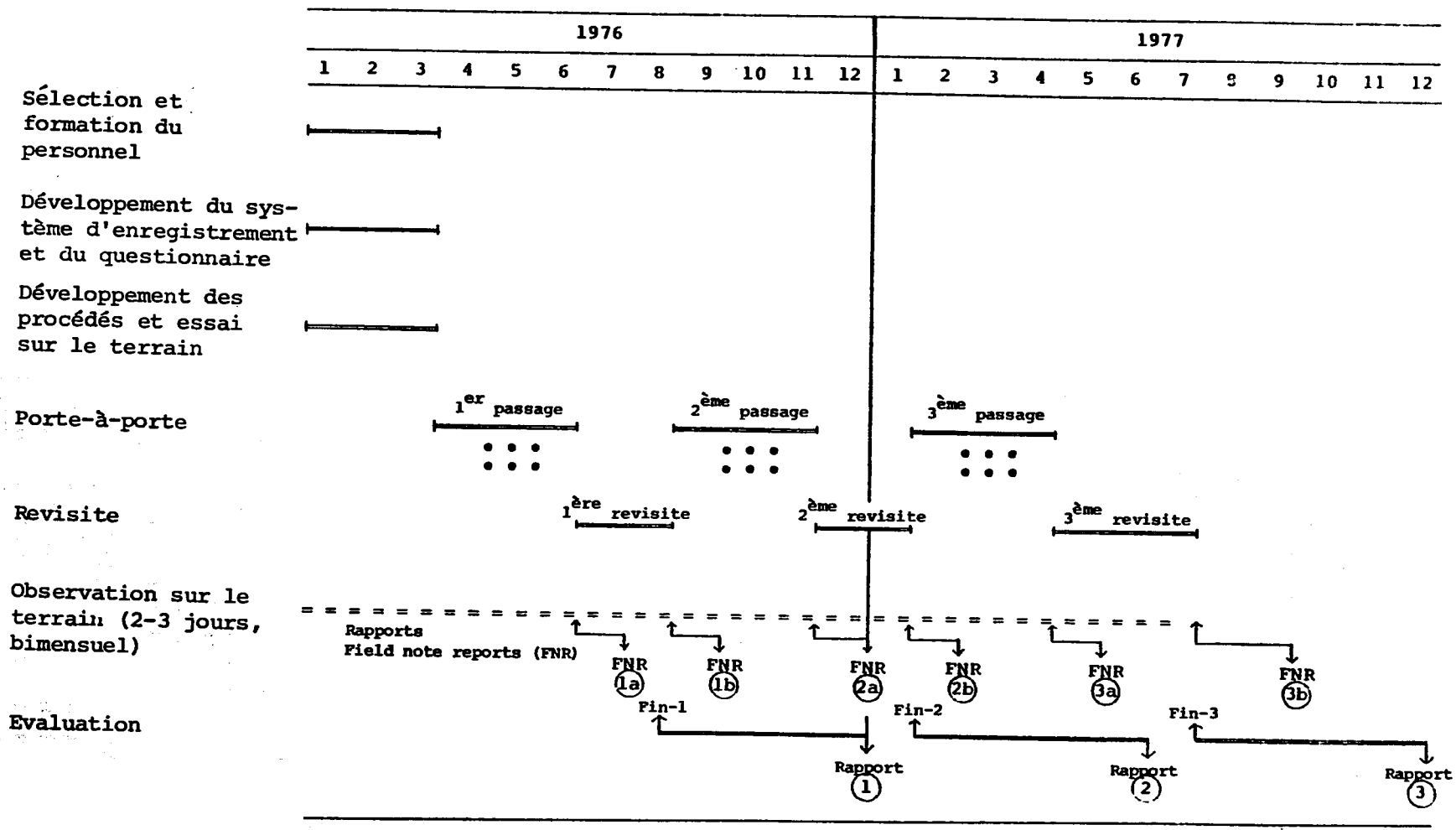



Fig. 1. Calendrier des activités

TABLEAU 2

FEMMES MARIEES EN AGE DE PROCREER SELON LEUR ATTITUDE VIS-A-VIS DE L'ACCEPTABILITE DE LA PILULE

| Désignation | Nombre | % |
|---|---|---|
| Acceptrices | 510 | 33 |
| Non-acceptrices | 1.043[a] | 67 |
| Total | 1.533 | 100 |

[a]Dont 581 femmes malades, stériles, employant une autre méthode, ou dont le mari est absent.

TABLEAU 3

LES ACCEPTRICES POTENTIELLES

| Caractéristiques | Nombre | % |
|---|---|---|
| Acceptrices susceptibles de prendre la pilule immédiatement | 412 | 81 |
| Acceptrices enceintes d'au moins sept mois | 54 | 10 |
| Acceptrices qui allaitent un bébé moins de deux mois | 44 | 9 |
| Total | 510 | 100 |

## Résultats de la Seconde Distribution Dans les Trois Secteurs

Des 412 acceptrices "susceptibles de prendre la pilule immédiatement" après la première distribution, 166 (40%) commencèrent effectivement à se servir de contraceptifs oraux. Parmi ces dernières, on a observé un nombre significatif d'effets secondaires et d'abandons. La liste des consultations médicales fait l'objet du Tableau 4. La majorité des sujets de plainte étaient des troubles digestifs et irrégularités menstruelles.

Le taux de prise régulière reste faible. Pour calculer le taux de continuation, il fallait ne considérer que les femmes ayant commencé à prendre la pilule après la première distribution (Tableau 5). Ceci donne un taux de continuation d'environ 60% et un taux d'abandon d'environ 40%.

TABLEAU 4

OBSERVATIONS FAITES SUR LES CONSULTATIONS MEDICALES
DES ACCEPTRICES
JUIN 1976--FEVRIER 1977

| Observation | Nombre |
|---|---|
| Examen préliminaire avant prise de la pilule | 85 |
| Metrorragie | 14 |
| Amenorrhée | 13 |
| Troubles digestifs | 12 |
| Céphalée | 8 |
| Troubles nerveux | 6 |
| Hypertension | 4 |
| Ictère | 4 |
| Mycoses | 3 |
| Allaitante sans règles | 2 |
| Tachycardie | 1 |
| Varices | 1 |
| Total | 153 |

Des 1.043 femmes qui n'avaient pas accepté les contraceptifs oraux lors de la première visite (pour toutes les raisons à la fois), 228 (22%) étaient devenues acceptrices lors de la seconde visite; un nombre supplémentaire de 15 (1%) se servaient d'autres méthodes lors de la revisite. Un nombre assez grand d'acceptrices demeure constant.

## Extension du Projet

Bien qu'elle soit réussie, la présente étude coûte encore trop cher. Par conséquent, il faut trouver un système de distribution pouvant consolider le succès de l'ancien, mais insuffisant, système avec les résultats de la présente étude. La méthode employée actuellement n'a pas un rendement en rapport avec ce qu'elle coût. On estimé que, basé sur le rapport du nombre des enquêtrices avec celui des clientes à Bir Ali (1:1.550), le système actuel exigerait 315 enquêtrices pour couvrir tout le gouvernorat, et 5.670 enquêtrices pour couvrir les 18 gouvernorats. Si chaque enquêtrice reçoit de 45 dinars par mois pour 13 mois, chaque enquêtrice coûterait annuellement l'équivalent de US $433.

En vue de réduire le coût de l'extension du projet, il serait nécessaire de limiter le temps d'emploi effectif du personnel du projet, soit en l'employant temporairement, soit en augmentant le nombre de domiciles à visiter par chaque enquêtrice. Il faut économiser sur l'utilisation des rares véhicules, le carburant, et le temps en choisissant des sites spécifiques contenant à la fois des habitations groupées et isolées. De plus, il faudrait diminuer le temps consacré aux secondes visites qui ne sont pas strictement nécessaires.

On pourrait améliorer le réapprovisionnement en contraceptifs oraux en créant des points de distribution à proximité des habitations, dirigés par une personne instruite, capable de tenir la comptabilité du projet et fournir les renseignements nécessaires.

L'infrastructure de l'ONPFP déjà en place comprend des centres dans chaque gouvernorat, ainsi qu'une opération centralisée à Tunis. On fit un effort pour décentraliser les équipes mobiles qui visitent régulièrement les dispensaires du secteur. Les expériences du projet de distribution à domicile suggèrent les changements suivants à effectuer dans la procédure de la distribution à domicile:

- Cesser d'administrer le questionnaire et d'effectuer les visites de contrôle aux acceptrices, employer des secondes visites avec peu d'intervalle, et se servir d'un médecin comme directeur.

- Conserver l'usage du personnel para-médical de la région, l'emploi d'un médecin à temps partiel, et l'emploi de spécialistes en vue de fournir une formation intensive sur la distribution à domicile pour tout le personnel.

- Etablir des centres de distribution avec un personnel capable dans les régions rurales.

- Améliorer les contacts avec les maris.

La distribution à domicile dans les régions rurales de Tunisie est acceptable au double point de vue culturel et social. L'étude conclut que cette méthode de distribution devrait s'étendre à toute la Tunisie. Pour atteindre les objectifs du projet à l'échelle nationale, toutefois, on devrait incorporer les changements suivants:

- Garder l'infrastructure existante de l'ONPFP au sein du nouveau système.

- Etablir à Tunis un centre de formation central et spécialisé comprenant: un ou deux médecins, un ou deux sociologues, deux ou trois directeurs de projet, et un démographe. On emploierait ce

TABLEAU 5

ETAT DES ACCEPTRICES A LA DEUXIEME VISITE, PAR SECTEUR

| Secteur | Acceptrices Totales Qui Commencèrent L'Usage suivant la Première Visite | Acceptrices Qui Continuaient L'Usage lors de la Deuxième Visite | | Acceptrices Qui Abandonnaient L'Usage, Dû à: | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Effet Secondaire | | Autre | |
| | Nombre | Nombre | % | No. | % | No. | % |
| Oued El Cheikh | 79 | 54 | 68 | 12 | 15 | 13 | 16 |
| Ouedrane | 41 | 18 | 44 | 4 | 10 | 19 | 46 |
| El Gandoul | 46 | 28 | 61 | 1 | 2 | 17 | 37 |
| Total | 166 | 100 | 60 | 17 | 10 | 49 | 30 |

personnel à temps complet au début et ensuite à temps partiel, afin d'organiser une équipe mobile d'information qui se déplacerait dans les divers gouvernorats pour former le personnel para-médical au fur et à mesure des besoins.

- Etablir à Tunis des locaux pour la formation, y compris une salle de conférence et une salle pour les projets.

- Obtenir l'assurance de la part de l'ONPFP que l'on distribuera et renouvellera les stocks de pilules, gelées, condoms, et DIUs, aussi bien que les médicaments.

Il devrait avoir dans chaque gouvernorat une équipe travaillant de près avec la clinique de planning familial, afin d'assurer la distribution de tous les services de planning familial nécessaires, y compris l'insertion des DIUs et la ligature des trompes. Il devrait y avoir aussi dans chaque délégation une agence de contrôle ayant un membre du personnel à temps complet et un comité consultatif bénévole comprenant le gouverneur, des médecins, des sociologues, etc. . . . De plus, le quartier général du projet de chaque délégation devrait être établi ou dans un dispensaire, ou dans une centre sanitaire de protection maternelle et infantile. Bien qu'un seul centre puisse desservir jusqu'a trois petites délégations, il faut noter, non seulement qu'il y a des différences substantielles dans la population d'une délégation à l'autre, mais encore que les délégations les moins peuplées ont tendance à être celles mêmes où la population est la plus dispersée. En prenant ces deux facteurs en considération, il faudrait probablement établir 136 centres.

Le quartier général du projet devrait servir de centre d'information, consultation médicale, et distribution d'approvisionnements. Le médecin devrait pouvoir se servir de ses locaux pour insérer les DIUs. De plus, il devrait être le quartier général des agents mobiles et le centre de réapprovisionnement des contraceptifs et médicaments. Le personnel nécessaire à la marche du centre devrait inclure: une directrice, qui serait en même temps à la tête de l'équipe des enquêtrices; un(e) secrétaire; des enquêtrices; et un médecin à temps partiel. Il serait idéal que chaque médecin ait une voiture consultation mobile. On devrait employer les enquêtrices à temps complet au début et à temps partiel plus tard. Trois enquêtrices seulement continueraient à travailler au centre: la directrice, et deux autres personnes, qui seraient mobiles ou potentiellement mobiles. Il faudrait approximativement 1.000 enquêtrices pour faire fonctionner tout le système.

## Organisation Générale de la Distribution

Le premier stade serait l'approvisionnement initial. Chaque acceptrice recevrait de six à neuf cycles de contraceptifs oraux, un certain nombre de cartes d'enregistrement, et un coupon de consultation médicale. Ce qu'il y a de plus important, elle recevrait des informations au sujet de l'usage correct et des effets secondaires possibles des contraceptifs oraux. Son nom, adresse, et numéro d'ordre seraient placés dans le registre. Si une femme ayant plus de deux enfants refusait les contraceptifs, on donnerait un certificat d'invitation à son mari. Des discussions et réunions pour les maris seraient organisées au sein de la délégation. Ces réunions insisteraient auprès des maris sur l'importance des réapprovisionnements, quelle que soit la méthode de contraception. Les femmes exprimant le désir de recevoir la pilule entre les visites des enquêtrices devrait se rendre au centre ou à l'un des points de réapprovisionnement dans le secteur.

On effectuerait le réapprovisionnement à partir de points de réapprovisionnement placés dans les centres des délégations dans tous les cas. On devrait pouvoir se servir effectivement d'un ou deux points de réapprovisionnement situés dans la résidence d'une femme instruite ou d'un ancienne enquêtrice, ou même dans les magasins. Il devrait être possible à chaque femme en possession d'une carte d'enregistrement valide d'obtenir des réapprovisionnements par son mari. Dans le cas où la femme aurait perdu sa carte d'enregistrement, elle pourrait obtenir une nouvelle carte du centre où elle est inscrite. On s'attend à ce qu'au moins une année entière s'écoule avant que le programme s'étende à toute la Tunisie.

## CONCLUSION

Le projet pilote PFAD à Bir Ali Ben Khalifa, dont le but est d'étendre le programme national tunisien de planning familial n'est que le premier pas d'un effort en vue d'établir la distribution des contraceptifs à domicile dans les régions urbaines autant que rurales de la Tunisie. Néanmoins, les résultats obtenus devraient être cruciaux pour le succès des efforts futurs de planning familial en Tunisie, et instructifs en vue d'efforts similaires d'autres régions.

# DISTRIBUTION DE CONTRACEPTIFS A DOMICILE DANS LE GOUVERNORAT DE MENOUFIA EN EGYPTE

Saad Gadalla

En Egypte, le programme national de planning familial s'appuie essentiellement sur le réseau de services de santé du pays pour offrir des services de planning familial. Le contraceptif principal offert par le programme est la pilule. Le diapositif intra-utérin (DIU), qui exige des méthodes d'insertion, et donc, la formation de médecins, n'est offert que dans un nombre relativement réduit de centres. Les méthodes contraceptives conventionnelles sont distribuées à petite échelle. La stérilisation volontaire et l'avortement ne sont pas autorisés dans le programme gouvernemental.

Peu d'années après le lancement du programme en 1966, une vague de déception concernant les résultats a envahi les administrateurs. Entre 1966 et 1973 (voir Tableau 1), le pourcentage de femmes ayant accepté la pilule a augmenté de 3,1 à 7,8% pour le total des femmes mariées de 15 à 44 ans. Malgré l'augmentation du nombre de centres de planning familial, le nombre des nouvelles acceptrices de la pilule a considérablement baissé. Durant la première année du programme (1966), le nombre de nouvelles femmes ayant accepté de prendre la pilule était de 19 par centre et par mois, ce qui représentait 31% du total des acceptrices de la pilule. En 1973, la moyenne correspondante avait baissé à cinq femmes, c'est-à-dire à 4% du total des femmes acceptant la pilule.

Le résultat du programme dans les régions rurales a causé une déception encore plus grande chez les administrateurs. Les problèmes présentés par les clients qui abandonnent le programme ou s'en retirent, par la courte durée d'usage continu du produit, et le taux peu élevé de personnes qui continuent à le prendre sont plus sévères en régions rurales qu'en régions urbaines. Quelques centres de planning familial n'ont pas réussi à attirer de nouveaux clients et de nombreux centres ont servi moins de 10 personnes utilisant des contraceptifs par mois. En 1973, chaque centre ne recrutait en moyenne que deux nouvelles acceptrices de la pilule et une acceptrice du DIU. Il semble que le programme soit en train d'atteindre un plateau dans le nombre de nouvelles acceptrices en régions rurales, ne touchant qu'environ 3% des femmes mariées en âge fécond (de 15 à 44 ans) par rapport au 14% en régions urbaines.

TABLEAU 1

VARIABLES SELECTIONNES DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL EN REGIONS URBAINES ET RURALES D'EGYPTE, 1966 ET 1973

| Sujets | Région Urbaine | | Région Rurale | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1966 | 1973 | 1966 | 1973 | 1966 | 1973 |
| Nombre de centres de planning familial | 642 | 1.107 | 1.493 | 2.081 | 2.135 | 3.188 |
| Nombre total de femmes mariées de 15 à 44 ans | 1.763.355 | 2.069.230 | 2.524.722 | 2.962.664 | 4.288.077 | 5.031.894 |
| Nombre moyen de femmes mariées de 15 à 44 ans par clinique | 2.747 | 1.869 | 1.691 | 1.424 | 2.008 | 1.578 |
| Nombre total de cycles de pilules distribués pendant l'année | 1.222.075 | 3.814.843 | 513.969 | 1.289.058 | 1.736.044 | 5.103.901 |
| Nombre moyen de cycles de pilules distribués par mois | 111.098 | 317.904 | 46.724 | 107.442 | 157.827 | 425.325 |
| Nombre moyen de cycles de pilules distribués par mois et par centre | 173 | 287 | 31 | 52 | 74 | 133 |
| Nombre moyen des acceptrices de la pilule par mois | 94.006 | 293.449 | 36.536 | 99.158 | 133.542 | 392.608 |
| Nombre moyen des acceptrices de la pilule par clinique | 146 | 265 | 24 | 48 | 63 | 123 |
| Pourcentage du total des femmes mariées de 15 à 44 ans ayant accepté la pilule | 5,3 | 14,2 | 1,6 | 3,3 | 3,1 | 7,8 |
| Nombre moyen des nouvelles acceptrices de la pilule par mois | 28.410 | 10.287 | 13.113 | 4.376 | 41.523 | 15.497 |
| Nombre moyen des nouvelles acceptrices de la pilule par clinique | 44 | 9 | 9 | 2 | 19 | 5 |
| Pourcentage des nouvelles acceptrices de la pilule parmi celles qui la prennent | 30,2 | 3,5 | 35,9 | 4,4 | 31,1 | 3,9 |
| Nombre de centres de planning familial fournissant le DIU | 413 | 604 | 29 | 346 | 442 | 950 |
| Nombre d'insertions du DIU pendant l'année | 40.443 | 67.237 | 695 | 2.759 | 41.138 | 69.996 |
| Nombre moyen d'insertions du DIU par mois | 3.370 | 5.603 | 58 | 230 | 3.428 | 5.833 |
| Nombre moyen d'insertions du DIU par clinique par mois | 8 | 9 | 2 | 1 | 8 | 6 |

SOURCE: Compilées de tableaux publiés par le Bureau de Statistiques et d'Evaluation de l'Agence de Population et du Contrôle des Naissances dans "Etude comparative sur les services de contrôle des naissances," (n.d.), mimeo.

Il est évident qu'en Egypte, le besoin de développer de nouvelles approches qui permettent l'extension des services de planning familial au delà des centres de planning familial est urgent, surtout en région rurale. On peut recommander divers systèmes de distribution de méthodes contraceptives hors des centres de planning familial tels que: la distribution commerciale par les voies commerciales disponibles; la distribution au sein de la communauté par les chefs locaux, les sages-femmes du village, les utilisateurs satisfaits, etc. . ., la distribution dans les institutions en utilisant des organisations de la communauté, la distribution à domicile effectuée par des employés ou des solliciteurs volontaires faisant du porte-à-porte.

En lançant ces projets, les dirigeants ne devraient pas utiliser des modèles déjà tout prêts et des publications déjà rédigées qu'ils font venir d'ailleurs. Les projets doivent être adaptés localement pour garantir un développement des systèmes de distribution de contraceptifs qui soit efficace financièrement, qui puisse être mis en place de façon logique, et que les populations visées puissent accepter sur le plan culturel. De plus, avant de lancer de tels projets à grande échelle, des études pilotes et des démonstrations devraient être menées dans des petites localités offrant les mêmes conditions socio-économiques et culturelles que les endroits dans lesquels les projets devront être appliqués.

Croyant fermement que de tels projets doivent être développés dans les limites de la société ou de la culture spécifique à laquelle ils sont destinés, le Centre de Recherche Sociale (SRC) de l'Université Américaine au Caire (AUC) mène, en collaboration avec le Ministère de la Santé, un projet d'action et de recherche pour la distribution à domicile de produits contraceptifs dans le Gouvernorat de Menoufia.[1] Ce rapport donne des renseignements sur les caractéristiques des populations et des localités desservis par le projet; les grandes lignes du système de distribution à domicile de produits contraceptifs; les procédures et les opérations de lancement, de la mise en place, et de l'évaluation du système; et les leçons apprises au cours de l'entreprise.

---

[1]Le projet est financé par des subventions de recherche No. AID/pha-G-1139 de l'Agence Américaine pour le Développement International.

# CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ET DES LOCALITES

## Caractéristiques Générales de Menoufia Gouvernorat

Le gouvernorat de Menoufia se situe sur la partie sud du delta du Nil entre ses deux bras principaux (le Damietta et le Rosetta). Le gouvernorat fonctionne de façon autonome dans le système décentralisé d'administration en Egypte. Le gouvernement local du gouvernorat de Menoufia, comme ceux des 24 autres gouvernorats, est étroitement lié à la direction central du Caire. Le gouvernorat de Menoufia est divisé en huit contés qui comprennent huit villes et 302 villages ruraux.

Les caractéristiques les plus importantes du gouvernorat de Menoufia en ce qui concerne le projet sont les suivantes:

1. C'est une des régions d'Egypte les plus densement peuplées. En 1966, il y avait une population d'environ 1,5 million d'habitants rassemblés dans un endroit de 1.500 $km^2$. Parmi les 25 gouvernorats d'Egypte, la densité était supérieure à celle de Menoufia dans seulement quatre gouvernorats urbains et trois gouvernorats ruraux.

2. Parmi tous les gouvernorats, c'est le plus rural en Egypte. En 1966, la majorité écrassante de sa population (84%) vivait dans des villages; la proportion de la population habitant en ville (16%) était la plus faible du pays.

3. L'agriculture y domine. Le sol fertile, le climat favorable, le système d'irrigation constant et intarissable permet aux agriculteurs de cultiver leurs terres tout au long de l'année et de faire pousser, chaque saison, deux ou trois récoltes supplémentaires sur la même parcelle de terrain. Malgré ce système d'agriculture très productif, une majorité importante d'agriculteurs souffrent d'un niveau de vie peu élevé. Ceci est dû aux proportions très faibles d'hommes cultivant la terre par rapport au nombre de parcelles à cultiver; aux propriétés fragmentées de chaque famille individuelle. La majorité des agriculteurs (60%) cultivent moins de deux feddans,[2] et la plupart du temps, une propriété individuelle consiste en plusieurs champs dispersés.

---

[2]Un feddan = 0,42 hectares.

4. Il y a notament un taux d'émigration élevé, surtout depuis 1937. De 1960 à 1965, les chiffres nets d'émigration indiquent une perte de 74.000 personnes, soit de 5,5% de la population totale. La plupart de ces personnes quittent les villages pour s'installer au Caire et dans d'autres régions urbaines. Ce taux d'émigration élevé est une des conséquences majeures de la concentration de la population sur le peu de terres cultivées et du manque de possibilités d'emplois en dehors du domaine de l'agriculture. On a effectué un sérieux effort visant à faire diminuer la vague de personnes quittant les régions rurales en établissant divers projets industriels ainsi que des activités hors de l'agriculture, telles que des postes de fonctionnaires, pour permettre à l'exédant d'agriculteurs de trouver un emploi. On a imposé l'unification des récoltes afin d'augmenter la productivité des petites propriétés dispersées, de permettre aux agriculteurs d'obtenir des revenus plus élevés et de les encourager à rester dans leurs campagnes.

5. Le gouvernorat de Menoufia est reputé pour ses efforts accomplis dans le but d'introduire et d'encourager un système d'éducation dans toute la région. Cet accent sur l'éducation vient dans une certaine mesure de l'augmentation constante des employés du gouvernement qui savent lire et écrire. Bien que de nombreuses personnes ayant reçu une éducation partent toujours chercher du travail dans les grandes villes, les divers recensements de population ont indiqué une augmentation du degré d'aptitude à lire et à écrire parmi la population qui demeurait en région rurale. En 1907, seulement 2% de la population savait lire et écrire, mais en 1960, la proportion de gens instruits avait atteint 30%. La diffusion de l'éducation a cependant été plus marquée parmi les hommes que parmi les femmes. D'après le recensement de 1960, seulement 13% des femmes de plus de 10 ans savaient lire et écrire par rapport au 43% des hommes.

6. Comme partout en Egypte, le taux de naissances est très élevé et le taux de mortalité est en baisse régulière. Durant les 40 dernières années (1930-70), le taux annuel de naissances dans le gouvernorat a normalement fluctué entre 48 et 40 pour 1.000. Le taux de mortalité a cependant montré une nette baisse, surtout après 1950. Entre 1930 et 1950, le taux de mortalité se situait entre 32 et 28 pour 1.000, mais depuis, il a petit à petit baissé pour atteindre 15 pour 1.000 en 1970.

## Contexte Socio-Culturel de la Vie au Village

Actuellement, le projet de distribution de contraceptifs à domicile dans le gouvernorat de Menoufia dessert 38 villages dont la population totale est de 200.000 habitants. Ces villages reflètent en grande partie les mêmes caractéristiques que celles du gouvernorat: une densité de population élevée, une étroite dépendance à l'agriculture comme source majeure de moyen d'existence, une agriculture intensive et très productive, de très petites parcelles de terrains dispersées, un niveau de vie peu élevé, un taux de naissance élevé et un taux de mortalité en baisse, un nombre élevé d'illéttrés (surtout parmi les femmes), et une insistence de la part des parents pour faire recevoir une éducation aux garçons afin de leur ouvrir des filières vers des emplois hors du domaine de l'agriculture.

Mis à part les différences de tailles, la disposition des villages et les peuplements sont similaires. Chaque village est composé d'un groupe de maisons, rassemblées au centre, entouré de champs. Le proximité des domiciles, les maisons surpeuplées, et l'homogénéité de la population offrent aux villageois une proximité sociale, et permettent aux contacts étroits et personnels et à un intérêt profond animé de curiosité envers la vie privée de chacun ainsi qu'envers la vie publique.

Les villages, surtout les petits, sont composés de plusieurs groupes de même sang aisément identifiables et facilements définis. Chaque groupe comprend ceux qui affirment descendre du même ancêtre paternel; au centre, il y a la famille principale ou le ménage principal qui dirige plusieurs branches de la famille. Le système de parenté influence toutes les affaires importantes concernant l'individu, la famille, et la communauté, et offre sécurité, soutien, position sociale, respect, et prestige à ses membres. De plus, le village, en tant que système social, exerce un contrôle social considérable sur le comportement; il définit les règles sociales et prescrit les rôles que doit remplir chaque individu selon son âge, son sexe, son statut marital, et sa position économique et sociale. Tout écart vis-à-vis de ces rôles traditionnels rencontrent diverses pressions sociales visant à forcer l'individu à se conformer.

Nos recherches indiquent que, dans ce contexte agriculturel et traditionnel, les pressions sociales, économiques, et culturelles continues opèrent de façon à contribuer aux mariages à très jeune âge et à pousser les couples à avoir autant d'enfants que possible à des intervalles très courts et ceci, aussi longtemps que possible. Les filles doivent normalement se marier à 16 ou 17 ans. Un couple marié doit avoir un enfant dès que possible après le mariage,

de préférence durant la première année de mariage et au plus tard durant la seconde. Il est normal d'avoir un deuxième enfant dès que le premier à environ deux ans. Les naissances des enfants suivants se succèdent ensuite tous les deux ans et demi à trois ans. Les grossesses sont permises jusqu'à la fin de la période de fécondité de la femme.

Nos recherches indiquent aussi que ces normes de fertilité élevées viennent principalement de l'importance accordée au fait d'avoir de nombreux enfants dans ce contexte traditionnel et rural. Les parents retirent de nombreux avantages financiers à cause de l'utilité des enfants, surtout des garçons, à la ferme et dans le ménage; les garçons consolident également la famille, maintiennent son nom, et offrent un soutien social et économique lorsque les parents deviennent vieux. Il est souhaitable qu'au moins deux garçons survivent pour remplir ces tâches. Etant donné que la mortalité infantile est élevée, les parents doivent avoir autant d'enfants que possible pour être assurés que quelques uns survivront et pourront ainsi leur permettre d'atteindre les buts de la famille.

En réponse aux conséquences de ces facteurs, la natalité dans les villages correspond très étroitement aux prescriptions des normes de reproduction. Dans le village de Shanawan, par exemple, les femmes qui n'étaient plus en âge d'avoir des enfants (femmes de 45 à 49 ans) avaient, en moyenne, été mariées pendant 32 ans et avaient eu environ 10 grossesses résultant à deux enfants morts-nés et à cinq enfants en vie.

Nos recherches ont cependant mis en évidence des facteurs qui permettent de suggérer que les influences traditionnelles du système de parenté, de la communauté familiale, et des normes culturelles, sont de moins en moins fortes. Les gens prennent de plus en plus conscience des aspects négatifs de ces traditions; le poids de la dépendance et des difficultés économiques qui se présentent aux fermiers lorsqu'ils doivent subvenir aux besoins des familles nombreuses et qu'ils doivent remplir les obligations familiales a forcé beaucoup de familles étendues à se diviser et a également nui aux relations dans les groupes de parenté. De plus, les récents développements en éducation et en communication qui ont permi à de nombreux jeunes couples d'être exposés aux idées et aux valeurs modernes ont créé une grande différence entre les jeunes et leurs parents et les ont rendus moins satisfaits de la vie en famille étendue, tout en leur faisant se rendre compte clairement des avantages de l'établissement des ménages indépendants. De plus, l'accroissement des positions offertes dans le domaine de l'agriculture et des emplois de fonctionnaires dans le gouvernorat a offert aux hommes et aux femmes instruits des emplois hors de l'entreprise familiale.

A l'heure actuelle, dans la plupart des villages, un nouveau groupe se forme, composé d'ouvriers semi-professionnels et specialisés qui vivent dans les villages et travaillent dans les villes et cités voisines. Certains d'entre eux ont construit des maisons modernes genre villa dans les villages, ont acheté des postes de télévision, des réfrigérateurs, des fours, et d'autres articles ménagers modernes. Bien qu'à l'heure actuelle ces personnes ne constituent qu'une faible proportion de la population du village, il est vraisemblable que leur nombre ira en augmentant rapidement et que leur présence dans le village contribuera à l'élévation des conditions sociales et économiques, et à la modernisation des structures et du développement de la population.

## Système de Distribution des Services de Planning Familial

Les services de planning familial aux localités desservies par le projet, et dans d'autres villages en Egypte, sont offerts par les services de santé ruraux. (Chaque service de santé dessert normalement le village dans lequel il se trouve ainsi qu'un ou deux autres plus petits villages à trois ou quatre kilomètres). Ce système de distribution des services de planning familial a été choisi comme étant le meilleur moyen de développer à grande échelle le programme national de planning familial en Egypte tout en réduisant les frais et les nouvelles infrastructures à leur minimum et en utilisant au maximum les infrastructures et le personnel déjà en place.

Dû au fait que les responsabilités supplémentaires du planning familial dépassent les capacités régulières de fonctionnement des locaux et du personnel dans les services de santé ruraux, les services de planning familial sont normalement offerts uniquement pendant trois après-midi par semaine. La pilule, que est le contraceptif principal offert par les services de santé ruraux, se vend à la valeur nominale de cinq piastres (environ US $0,08) par plaquette. Afin de stimuler le personnel des centres, les bénéfices des ventes sont distribués de façon proportionnelle parmi les employés: le docteur en reçoit 50%, les assistants sociaux 25%, et les autres employés (infirmières, aides-infirmières, secrétaires, et gardiens) 24%.

Nos résultats indiquent que les services de santé du village doivent faire face à de nombreuses contraintes qui gênent l'efficacité des centres de planning familial. Le manque de formation du personnel, les locaux inadéquats, la disponibilité irrégulière des contraceptifs, et les exigences des procédures de routine des centres sont parmi les contraintes dont l'effet a été de limiter le nombre de

personnes acceptant la pilule, de réduire la durée d'utilisation continue de cette méthode, et de pousser à l'abandon fréquent des méthodes contraceptives.

En ce qui concerne la bonne volonté des femmes pour venir aux centres, plusieurs femmes ont mentionné que, normalement, elles étaient trop occupées aux travaux de la ferme et du ménage durant les heures d'ouverture des centres. Dans les villages où il n'y a pas de services de santé, les femmes se sont plaintes du temps et des efforts nécéssaires pour obtenir des contraceptifs dans les services de santé des villages voisins (situés à trois ou quatre kilomètres).

En ce qui concerne les ressources financières pour acheter des contraceptifs, bien que cinq piastres soit le prix nominal d'une plaquette de pilules, on peut acheter 10 pains pour ce prix-là en Egypte. De plus, les fermières n'ont généralement pas d'argent liquide disponible tout le temps. Pour obtenir de l'argent liquide, les femmes doivent vendre des légumes, de la volaille, des récoltes, ou des produits laitiers au marché hebdomadaire au village; l'argent liquide résultant de ces ventes va cependant vers de nombreux achats. Une femme doit acheter du thé, du sucre, de l'huile, du kérosène, et d'autres commodités ménagères; elle doit aussi acheter du tabac ou des cigarettes pour son mari, et donner à ses fils le prix journalier du transport à l'école de la ville voisine. Face à ces nécéssités pressantes, acheter un plaquette de pilules ne prime pas.

Il est donc évident que le système de distribution des centres de planning familial dans les services de santé n'offre ni des renseignements sur les méthodes contraceptives, ni des fournitures et des services qui soient facilement accessibles. Plusieurs barrières existent entre les populations visées et la disponibilité des méthodes contraceptives. D'ailleurs, de nombreux inconvénients découragent les gens qui éventuellement les utiliseraient à chercher ces services-là. Le projet de distribution de contraceptifs à domicile décrit dans les sections suivantes de ce rapport tente de remédier aux insuffisances venant de cette situation.

## PLAN DU PROJET

En définissant les grandes lignes du projet de distribution des contraceptifs à domicile dans la région de Menoufia, plusieurs critères ont été pris en considération afin de porter au maximum l'utilité potentielle de ce projet. Ces critères étaient les suivants:

1. Le projet devrait être établi comme projet de recherche et d'action afin de développer un système de distribution à domicile effectif, système qui pourrait aisément être mené à l'échelle nationale par le personnel gouvernemental du planning familial.

2. Le système devrait être établi de façon à ce que des données précises et sérieuses montrant les limites de son acceptabilité sociale et culturelle et le succès ou les échecs de ses divers aspects puissent être enregistrés.

3. Le système ne devrait pas entrer en conflit ou en compétition avec le système de planning familial déjà en place; en effet, il devrait utiliser, appuyer, et rehausser les services actuellement disponibles dans les centres de santé.

4. Le système devrait être basé sur les connaissances actuelles dans le domaine du comportement envers le planning familial et de la fertilité ainsi que dans la distribution à domicile des contraceptifs, connaissances obtenues par le Centre de Recherche Sociale lors d'efforts de recherches déjà entreprises dans ce domaine.

Comme concept, le projet du système de distribution à domicile des contraceptifs est très simple: le principe de base est que la pilule peut être fournie directement aux femmes qui l'utiliseront éventuellement par des visites à domicile systématiques qui permettent d'éviter les procédures compliquées des centres, de suivre et de surveiller les clientes de façon plus flexible. Les objections soulevées par la distribution de la pilule sans ordonnance médicale peuvent être surmontées en établissant des systèmes de références dans les services de santé déjà établis, en intensifiant et en améliorant leurs services médicaux, et en formant leur personnel de façon à permettre un traîtement rapide des effets secondaires.

Ainsi, le projet du système de distribution des produits contraceptifs dans les ménages de Menoufia nécéssite cinq activités essentielles:

1. Utiliser les services de santé comme base pour sélectionner les endroits et les populations (approximativement 200.000 personnes) que chaque projet doit desservir.

2. Faire des visites dans tous les domiciles des localités où le projet est appliqué et offrir gratuitement quatre plaquettes de pilules à chaque

acceptrice potentielle parmi les femmes actuellement mariées de 15 à 44 ans.

3. Etablir un système de renouvellement de la pilule tout au long de la durée du projet.

4. Rehausser le personnel et les services des services de santé.

5. Evaluer les divers aspects du projet.

Le système est établi non seulement pour tester l'efficacité et la valeur de la distribution à domicile des contraceptifs mais aussi pour permettre de mieux comprendre l'impact de deux facteurs cruciaux propres aux prises de dispositions nécéssaires pour établir des centres de planning familial dans les services de santé des campagnes d'Egypte: (1) le prix des pilules (cinq piastres par plaquette) et (2) la distance (de trois à quatre kilomètres) à parcourir d'un village où il n'y a pas de services de santé au service le plus proche. C'est pour cela que deux approches opposées pour le renouvellement des plaquettes de pilules sont expérimentées dans ce projet:

1. Renouveller gratuitement ou faire payer pour le renouvellement.

2. Renouvellement de la pilule dans la communauté ou renouvellement dans le service de santé le plus proche.

Dans le premier cas, le projet demande à faire diviser la population en deux groupes égaux (d'approximativement 100.000 personnes chacun). La seule différence dans le traitement des deux groupes est que, durant la période de renouvellement, on donne la pilule gratuitement aux femmes du premier groupe alors qu'on fait payer cinq piastres par plaquette aux femmes du deuxième groupe.

Dans le second cas, dans chacun des groupes mentionnés ci-dessus, on sélectionne deux villages où il n'y a pas de service de santé pour renouveller les plaquettes de pilules dans la communauté en désignant des personnes chargées de faire des visites à domicile. Dans les autres villages sans service de santé, on renouvelle les plaquettes dans les services les plus proches. Dans toutes les villes où il y a un service de santé, on renouvelle les plaquettes dans ces services-mêmes.

## ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU PROJET

### Préparation Pour le Lancement du Projet

Bien qu'il soit assez simple de concevoir un système de distribution à domicile des contraceptifs, l'organisation du système et sa mise en place, surtout à grande échelle, ne sont pas des tâches très faciles. C'est pour cela que le SRC a nommé une équipe de recherche qualifiée comprenant un adjoint à la recherche et 16 assistants à la recherche pour travailler avec le directeur du projet; il a aussi pris les dispositions nécéssaires pour que les membres de l'équipe vivent dans le gouvernorat de Menoufia durant le projet. De cette façon, on peut organiser et mener plusieurs opérations simultanément et avec efficacité. On peut ainsi facilement établir des rapports dans la communauté, et les membres de l'équipe de recherche peuvent aisément adapter leurs horaires de travail aux demandes de la situation. Ils peuvent également, par maintes occasions, apprendre à mieux comprendre la culture locale et les conditions de vie; établir l'atmosphère nécéssaire pour lancer le projet; et observer, superviser, et participer aux diverses activités.

Il faut noter ici que depuis 1969, le SRC a mené un programme de recherche complet sur la population et le planning familial en collaboration avec le Ministère des Affaires Sociales, et l'Association du Planning Familial en Egypte. De plus, en juillet 1974, le SRC a mis en place un projet pilote pour la distribution à domicile des contraceptifs dans l'un des villages (Shanawan) du gouvernorat de Menoufia. L'expérience et les connaissances que le SRC a retirées du programme de recherche et de l'étude pilote se sont avérées extrêmement bénéfiques dans l'organisation et dans la mis en place du projet actuel.

Néanmoins, beaucoup de temps et des efforts considérables ont été investis dans la préparation du lancement du grand projet et dans sa mise en place à grande échelle. Tout d'abord, la proposition du projet a été discutée et approuvée à plusieurs niveaux officiels: le Ministre de la Santé, le Gouverneur de Menoufia, et plusieurs personnalités importantes du Ministère et du Gouvernorat ont tous donnés leur accord. Le SRC veut exprimer sa profonde reconnaissance pour la sincère coopération et l'intérêt que les hautes personnalités concernées ont bien voulu porter au projet.

Deuxièmement, le projet a été discuté avec le personnel médical, para-médical, et avec les assistants sociaux des centres de santé aux endroits du projet. Pour s'assurer qu'ils participeraient au programme de façon active, on leur a dit qu'ils recevraient durant le projet des compensations

financières pour toute réduction de salaire résultant de la distribution gratuite de la pilule ou du renouvellement gratuit des plaquettes. Tout le personnel a donnée son consentement.

Troisièmement, on a expliqué le projet à des chefs locaux et à plusieurs habitants du village qui bénéficiaient déjà du projet. La plupart, sinon tous, avaient entendu parler du planning familial et savaient qu'ils pouvaient aller aux services de santé acheter une plaquette de pilules pour cinq piastres. Cependant, l'idée que l'on puisse offrir gratuitement la pilule à domicile aux femmes mariées ne leur était jamais venue à l'esprit. Il a ainsi été nécéssaire de parler du projet avec prudence aux villageois. Par conséquent, il n'y avait guère d'opposition de la part des villageois à la distribution de la pilule par le porte-à-porte.

## Sélection des Endroits Où le Projet Serait Appliqué

Les services de santé ont été utilisés comme base pour sélectionner les villages qui seraient desservis par le projet. Chaque service de santé dessert normalement un village assez grand dans lequel se trouve le service et un ou deux petits villages dans un rayon de trois ou quatre kilomètres. Ainsi, 20 services de santé ont été sélectionnés pour desservir 38 villages dont la population totale était de 200.000 habitants. On a présumé que cette population comprendrait au moins 30.000 femmes mariées de 15 à 44 ans.

Lors de la sélection de ces villages, on a essayé autant que possible d'inclure des communautés de tailles variées, la taille des villages allant de 2.000 à 30.000 habitants.

## Cartographie des Communautés et Listes des Ménages

Pour faciliter l'identification des ménages et les visites à domicile, avant la mise en place du projet, on a fait des cartes des villages sélectionnés en les divisant en secteurs comprenant un système de numérotage des bâtiments et d'une liste des noms des chefs de familles. Ce sont les instituteurs et les assistants sociaux qui ont mené cette tâche à bien.

## Sélection et Formation des Solliciteuses

Selon la grandeur de la population du village, un groupe de solliciteuses provenant de chaque village a été sélectionné pour faire des visites à domicile. On a pris une femme pour chaque 1.000 habitants (c'est-à-dire environ 200 ménages). Comme critère de base, ces femmes devraient avoir au moins reçu une éducation dans un établissement d'enseignement secondaire ou avoir l'équivalent de ce niveau-là. Ces femmes ont dû subir un stage de formation intensif de cinq heures par jour durant sept jours. Elles ont été informées sur le but du projet et sur son fonctionnement et elles ont reçu des instructions détaillées sur les procédures des visites à domicile, sur les techniques d'interviews, et sur les données à enregistrer et à rassembler. Chaque solliciteuse a été plus spécifiquement formée pour savoir comment:

- Aborder les femmes mariées dans les ménages.
- S'introduire et expliquer le projet.
- Interviewer et noter les réponses.
- Offrir la pilule aux femmes éligibles en suivant les instructions spécifiques.
- Expliquer aux femmes l'emploi de la pilule et les effets secondaires possibles.
- Donner aux femmes les instructions nécéssaires pour le renouvellement des plaquettes de pilules dans les services de santé ou au dépôt du village.
- Donner aux femmes des instructions pour se faire soigner en cas de complications.
- Noter le résultat de chaque visite (c'est-à-dire si la femme a accepté ou refusé de prendre la pilule, et les raisons du refus s'il en est).

Des sessions de formation où l'on a créé des situations analogues à celles des visites à domicile ont permi à ces femmes de pouvoir mieux faire face à leur tâche et aux situations qu'elles rencontreraient éventuellement. Des essais de visites ont été faits à petite échelle dans les villages sous la surveillance d'employés du SRC. Les qualités des solliciteuses étaient ensuite évaluées et la sélection finale pouvait ainsi être faite.

## Formation du Personnel des Services de Santé

Un stage de trois jours a eu lieu dans la capitale du gouvernorat pour tous les médecins des services de santé sélectionnés pour le projet. Ils ont reçu une série d'information de base sur les objectifs du projet et sur son fonctionnement ainsi que des informations détaillées sur les aspects sociaux et familiaux du planning familial, des méthodes contraceptives et de leur bon emploi, et sur le diagnostic et le traitement des effets secondaires.

Un autre stage de trois jours a été mis en place pour le personnel para-médical des services de santé sélectionnés. Ils ont aussi reçu une série d'information de base sur les objectifs du projet et sur son fonctionnement, sur le planning familial et sur les méthodes contraceptives. En plus, ils ont reçu une instruction détaillée sur les bonnes procédures de fonctionnement des centres, de la réception des clients, de la preparation des dossiers, de la distribution des contraceptifs, et des traitements des effets sécondaires dans le service de santé.

Des conférences par des experts en la matière, des discussions de groupe, des présentations de films et de diapositives, et des échanges d'idées ont aussi fait parti du programme de formation du personnel médical et paramédical.

Avant le stage, chaque membre du personnel des services de santé a été interviewé pour obtenir des renseignements sur (1) sa formation, ses qualifications, la description du poste, et les procédures de travail; (2) les problèmes rencontrés lors des mise-en-scènes de situation; (3) ses connaissances en méthodes contraceptives; et (4) ses attitudes envers le planning familial. A la fin du stage de formation, chaque candidat a subi une autre interview pour évaluer l'impact du programme de formation sur ses connaissances des méthodes contraceptives et du traitement des effets secondaires.

## Visite à Domicile et Distribution de la Pilule

Le projet emploie un total de 187 femmes pour les visites. Chaque solliciteuse doit couvrir une section résidentielle d'environ 200 ménages dans son village. Les solliciteuses travaillent normalement six jours par semaine et de six à sept heures par jour. Le salaire est de 50 piastres (environ US $0,80) par journée de travail.

A l'aide des cartes et des listes, les solliciteuses ont visité tous les ménages du village. En moyenne, chaque

solliciteuse a visité 12 ménages par jour. Durant la visite, elle a procédé à une interview pour prendre les renseignements nécéssaires sur les caractéristiques socio-économiques, sur le passé de la fertilité de la femme, sur sa fertilité présente, et sur l'utilisation de contraceptifs par chaque femme du ménage. Les renseignements pris concernaient plus spécifiquement:

- L'âge de la femme et du mari.
- L'éducation de la femme et du mari.
- La profession de la femme et du mari.
- L'âge auquel le mariage a eu lieu et la durée du mariage.
- La fécondité actuelle.
- La grossesse actuelle.
- L'allaitement actuel.
- Les intervalles entre chaque naissance.
- Le nombre total de grossesses.
- Le nombre de fausses-couches, d'avortements, ou d'enfants morts-nés.
- Le nombre d'enfants vivants à la naissance.
- Le nombre d'enfants décédés.
- Le nombre d'enfants en vie.
- Les emplois passés et actuels de contraceptifs.
- Le domicile du mari.

En utilisant ces renseignements comme base, les solliciteuses ne doivent absolument pas offrir la pilule à des femmes qui, au moment de la visite:

- Ne sont pas mariées, ou sont mariées mais dont le mari est absent pour quatre mois ou plus.
- Ont 45 ans ou plus.
- Ont passé le stade de la ménopause ou sont stériles.
- Sont enceintes ou n'ont pas dépassé les trois mois suivant la naissance.
- Utilisent le DIU.

On offre a toutes les autres femmes quatre plaquettes de pilules gratuites. On offre aux femmes qui, au moment de la visite, prennent déjà la pilule des plaquettes de la même marque que celle qu'elles prennent; on donne aux femmes qui ne prennent pas la pilule le marque Norinyl.[3] Toutes les femmes reçoivent des instructions écrites et orales pour employer correctement la pilule, pour renouveller les plaquettes, et pour se faire soigner en cas d'effets secondaires.

Les solliciteuses doivent noter les résultats de chaque interview (c'est-a-dire si la femme a accepté ou refusé de prendre la pilule et les raisons du refus s'il en est).

## Surveillance des Procédures de Visites à Domicile

Les membres de l'équipe de recherche du SRC travaillent pour surveiller, observer, vérifier, et évaluer toutes les procédures des visites à domicile et pour pallier à toute action ou information qui semble affecter négativement l'efficacité des visites à domicile.

Les surveillants ont un emploi du temps journalier. Le matin, ils rencontrent les solliciteuses au village et vérifient leur travail; ils donnent les pilules, les horaires de visites, et les questionnaires, et ils ramassent les questionnaires remplis. Ils vérifient que les visites sont bien effectuées en choissant au hasard quelques ménages. L'après-midi, les surveillants analysent les questionnaires remplis et préparent l'organisation des visites à domicile. Le soir, ils rencontrent le directeur et font leur rapport sur les progrès des visites à domicile et discutent les problèmes éventuels de la journée.

## Renouvellement des Plaquettes de Pilules dans les Services de Santé

Le renouvellement de la pilule dans les services de santé commence quatre mois après les visites à domicile. Comme nous l'avons mentionné, la population a été divisée en deux groupes égaux d'à peu près 100.000 personnes. Dans le premier groupe, le renouvellement de la pilule est gratuit et les femmes peuvent obtenir quatres cycles par une visite au service de santé. Dans le deuxième groupe, les femmes doivent payer cinq piastres par cycle. Il n'y a pas de

---

[3]Les pilules Norinyl sont fournies au projet par USAID. Toutes les autres marques de pilules sont fournies par la Commission de Population et de Planning Familial en Egypte.

nombre minimum ou maximum de plaquettes à acheter lors des visites. Des dossiers sur toutes les femmes recevant la pilule ou toute autre méthode contraceptive du centre sont maintenus par le personnel para-médical du service de santé.

## Renouvellement des Plaquettes de Pilules en Communauté

Dans quatre des villages où il n'y avait pas de clinique (deux villages dans le premier groupe et deux villages dans le deuxième groupe), on renouvelle la pilule à chaque femme par une visite à domicile. Les femmes des deux villages du premier groupe reçoivent cela gratuitement de la solliciteuse tandis que les femmes du deuxième groupe doivent payer cinq piastres par cycle. Les solliciteuses conservent des dossiers sur chaque femme à qui elles donnent la pilule.

## Surveillance des Activités de Planning Familial dans les Services de Santé

Avant que les femmes commencent à recevoir le renouvellement de leurs plaquettes des services de santé, l'équipe de recherche du SRC a commencé à surveiller les activités de planning familial des services de santé. Ceci permet à l'équipe d'évaluer le système d'approvisionnement de la clinique, le soutien médical et social de la distribution à domicile, et l'impact du programme de formation sur les résultats actuels du personnel de la clinique.

## Analyse des Statistiques du Service

L'équipe du SRC compile et analyse les statistiques mensuelles du service tirées des dossiers sur le planning familial maintenus par le personnel des services de santé et par les solliciteuses renouvellant les plaquettes de pilules en communauté. Cette activité commence quatre mois après la fin de la distribution des contraceptifs à domicile.

## Etude de la Prédominance de Contraception

Cette étude est menée par six solliciteuses sous la surveillance de l'équipe de recherche du SRC six mois après que la distribution à domicile ait pris fin. Son but principal est d'obtenir des renseignements sur la prédominance de l'usage des contraceptifs dans les villages desservis

par le projet. Les données venant des dossiers des centres ne permettent pas d'obtenir ce genre d'information, car il faudrait bien du temps avant qu'une idée précise sur l'efficacité du projet puisse être obtenue si l'on basait l'évaluation uniquement sur les statistiques du service.

### Evaluation du Système de Distribution à Domicile des Contraceptifs

Les données recueillies durant les diverses activités du projet (c'est-à-dire les premières interviews de toutes les femmes mariées, les évaluations des visites à domicile, la surveillance des services de santé et des systèmes d'approvisionnement, la compilation et l'analyse des statistiques du service, et l'étude de la prédominance de l'usage des contraceptifs sont utilisés pour évaluer de façon globale l'efficacité du système de distribution des contraceptifs à domicile. Ces données permettent aussi d'obtenir une évaluation détaillée de chaque aspect du projet.

### Développement du Système de Distribution à Domicile des Contraceptifs dans le Gouvernorat Entier

En utilisant l'expérience obtenue par ces projets et l'évaluation finale de ses activités, le SRC a l'intention de développer un système adéquat de distribution des contraceptifs à domicile qui comprenne un plan d'action détaillé pour desservir tout le gouvernorat de Menoufia. Ce système sera établi afin qu'il puisse être mis en place par le personnel de planning familial actuellement dans les services de santé. Ce plan d'action comprendra des informations décrivant en détail toutes les étapes nécéssaires pour mettre la distribution en place (c'est-à-dire les brochures pour les visites et pour la surveillance, les programmes de formation, les dossiers, etc. . .). Le rôle du SRC se limitera à aider le gouvernorat à lancer le système de distribution en offrant ses conseils techniques et en participant à la formation du personnel.

## LECONS TIREES DE LA DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS A DOMICILE

Le projet pilote que le SRC a mis en place au village de Shanawan en 1974, et le projet étendu que le centre mène actuellement dans 38 autres villages du gouvernorat de

Menoufia a fourni un aperçu unique de la conceptualisation, de l'établissement, de la mise en place, et de l'efficacité des systèmes de distribution à domicile de contraceptifs. Plusieurs leçons importantes en ont été tirées, leçons qui peuvent être résumées de la façon suivante:

1. L'idée de distribution des contraceptifs à domicile peut être introduite dans des régions traditionelles et agraires sans rencontrer d'opposition ou de résistance de la part des populations visées, des chefs de communautés locaux, ou du personnel du planning familial.

2. Le système de distribution des contraceptifs à domicile devrait être développé dans les limites de la société ou de la culture spécifique à laquelle il va être appliqué. Ceci est nécéssaire afin de s'assurer que le système soit efficace financièrement, qu'il puisse fonctionner de façon logique, et qu'il soit culturellement acceptable pour les populations concernées. De plus, avant de mettre le système en place à grande échelle, des études pilotes ou des projets de démonstration doivent être menés dans de petites localités qui constituent un exemple des conditions socio-économiques et culturelles dans lesquelles le système sera appliqué.

3. Le système de distribution des contraceptifs à domicile ne devrait ni remplacer ni entrer en conflit ou en compétition avec les cliniques de planning familial déjà en place ni non plus troubler les fonctions du personnel de la clinique. On devrait aussi prendre en considération le fait que le projet peut mener à la diminution des paiements d'encouragement que le personnel des cliniques s'attend à recevoir en compensation pour toute perte.

4. La formation du personnel de planning familial, le rehaussement des facilités de la clinique, et l'amélioration de l'image publique des cliniques de planning familial devraient recevoir une grande importance afin d'établir un meilleur soutien médical.

5. Les femmes instruites du village peuvent être sélectionnées et formées pour faire des visites à domicile, effectuer de simples interviews, distribuer les contraceptifs, et donner des informations sur le planning familial aux femmes mariées.

6. Les procédures des visites à domicile peuvent être accomplies en quelques semaines avec un nombre convenable de solliciteuses.

7. Durant les visites à domicile, on doit insister à ce que les femmes obtiennent des renseignements écrits ou oraux sur le bon emploi du contraceptif utilisé et sur les effets secondaires éventuels. On doit aussi leur indiquer où aller pour faire soigner ces effets secondaires et comment faire renouveller leur contraceptif.

8. Les femmes du village que le projet a servies sont capables d'avoir un jugement rationnel et acceptent ou refusent librement la pilule que leur offre la solliciteuse.

9. Environ 50% des femmes à qui l'on a offert la pilule l'ont acceptée.

10. Presque toutes les femmes qui ont reçu des plaquettes de pilules ne les ont ni perdues ni vendues ni données à quelqu'un d'autre. Elles les ont soit utilisées soit gardées.

11. Seulement 30% de celles qui ont reçu les plaquettes de pilules ne les ont jamais utilisées dans les quatres mois qui ont suivi.

12. Le système de distribution des contraceptifs à domicile est efficace en ce qu'il augmente l'utilisation des contraceptifs et réduit le nombre de grossesses. (Voir Tableau 2.)

13. L'impact du système de distribution des contraceptifs à domicile sur l'utilisation des contraceptifs est visible dans toutes les catégories d'âge et dans les divers niveaux d'instruction et d'occupation de groupes égaux. (Voir Tableaux 3 à 6.)

14. Un système solide de renouvellement qui assure la disponibilité continue des contraceptifs après la visite à domicile, et qui offre aux clientes des services facilement accéssibles pour obtenir ces produits, devrait être établi et être introduit auprès de la population concernée.

TABLEAU 2

POURCENTAGE DE FEMMES MARIEES DE 15 A 44 ANS
QUI UTILISENT UN CONTRACEPTIF[a]
SHANAWAN, EGYPTE

| Situation de l'Usage des Contraceptifs | Avant Nov. 1974 | | Après Nov. 1975 | | Pourcentage de Changements |
|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | |
| Non-utilisatrices | | | | | |
| Enceintes | 276 | 19,3 | 214 | 14,9 | -22,8 |
| Trois mois après l'accouchement | 94 | 6,5 | 88 | 6,2 | - 4,6 |
| Autres non-utilisatrices | 799 | 55,8 | 687 | 47,9 | -14,2 |
| Utilisatrices | | | | | |
| Pilule | 224 | 15,6 | 367 | 25,6 | +64,1 |
| Autres méthodes | 40 | 2,8 | 77 | 5,4 | +92,8 |
| Total | 1.433 | 100,0 | 1.433 | 100,0 | |

[a]Les femmes ont été interviewées avant la distribution à domicile et un an après.

TABLEAU 3

POURCENTAGE DES FEMMES MARIEES DE 15 A 44 ANS
QUI UTILISENT UN CONTRACEPTIF PAR AGE[a]
SHANAWAN, EGYPTE

| Age | Avant Nov. 1974 | | Après Nov. 1975 | | Pourcentage d'Augmentation |
|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | |
| Moins de 25 ans (N=432) | 29 | 6,7 | 79 | 18,2 | 171 |
| De 25 a 34 ans (N=595) | 111 | 18,6 | 195 | 32,7 | 75,8 |
| De 35 a 44 ans (N=406) | 124 | 30,5 | 170 | 41,8 | 37,0 |
| Total (N=1.433) | 264 | 18,4 | 444 | 30,9 | 67,9 |

[a]Les femmes ont été interviewées avant la distribution à domicile et un an après.

TABLEAU 4

POURCENTAGE DES FEMMES MARIEES DE 15 A 44 ANS
QUI UTILISENT UN CONTRACEPTIF PAR PARITE[a]
SHANAWAN, EGYPTE

| Parité | Avant Nov. 1974 | | Après Nov. 1975 | | Pourcentage d'Augmentation |
|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | |
| 0-2 (N=588) | 43 | 7,3 | 98 | 16,6 | 127 |
| 3-4 (N=477) | 108 | 22,6 | 196 | 35,4 | 56,6 |
| 5 ou plus (N=388) | 111 | 32,8 | 171 | 50,6 | 54,3 |
| Total (N=1.403) | 262 | 18,6 | 438 | 31,2 | 67,7 |

[a]Les femmes ont été interviewées avant la distribution à domicile et un an après.

TABLEAU 5

POURCENTAGE DES FEMMES MARIEES DE 15 A 44 ANS QUI UTILISENT UN CONTRACEPTIF PAR EDUCATION[a]
SHANAWAN, EGYPTE

| Education | Pourcentage de Population | Avant Nov. 1974 (%) | Après Nov. 1975 (%) | Pourcentage d'Augmentation |
|---|---|---|---|---|
| Nulle (N=971) | 69,1 | 14,5 | 25,3 | 74,5 |
| Kuttab (école religieuse) (N=277) | 19,7 | 25,6 | 42,2 | 64,8 |
| Ecole primaire (N=116) | 8,3 | 28,4 | 48,3 | 70,1 |
| Enseignement secondaire et universitaire (N=42) | 3,0 | 42,8 | 52,4 | 22,4 |
| Total (N=1.046) | 100,06 | 18,6 | 31,3 | 67,3 |

[a]Les femmes ont été interviewées avant la distribution à domicile et un an après.

TABLEAU 6

POURCENTAGE DES FEMMES MARIEES DE 15 A 44 ANS QUI UTILISENT UN CONTRACEPTIF PAR PROFESSION[a]
SHANAWAN, EGYPTE

| Profession | Pourcentage de Population | Avant Nov. 1974 (%) | Après Nov. 1975 (%) | Pourcentage d'Augmentation |
|---|---|---|---|---|
| Travailleuses (N=103) | 7,3 | 15,1 | 37,9 | 151,0 |
| Fermières (N=158) | 11,2 | 17,7 | 29,1 | 64,4 |
| Femmes au Foyer (N=1.118) | 79,3 | 18,4 | 30,1 | 63,6 |
| Semi-professionelles/ employées de bureau (N=31) | 2,2 | 45,2 | 64,5 | 42,7 |
| Total (N=1.410) | 100,00 | 18,7 | 31,3 | 67,4 |

[a]Les femmes ont été interviewées avant la distribution à domicile et un an après.

## PROBLEMES DEPASSANT LA DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS A DOMICILE

L'évaluation du système de distribution des contraceptifs à domicile à Shanawan montre que les résultats obtenus sont extrêmement encourageants et que le système, tel qu'il est mis en place, a un grand potentiel pour augmenter l'importance des contraceptifs dans les régions traditionnelles à prédominance d'agriculture. Cependant, le système souligne que la disponibilité des contraceptifs est le facteur déterminant de l'emploi des contraceptifs et il s'attache principalement à supprimer les obstacles dréssés entre les personnes qui éventuellement utiliseraient les contraceptifs et la disponibilité de ces méthodes. Plusieurs problèmes dépassant la distribution des contraceptifs à domicile peuvent être soulevés:

- En plus du fait que les contraceptifs ne sont pas disponibles, il y a plusieurs facteurs culturels, sociaux, et économiques qui, dans les régions traditionelles agraires exercent une forte pression sur les couples mariés d'avoir une famille nombreuse. Le système de distribution de contraceptifs ne tient pas compte de l'importance de ces facteurs déterminants dans l'utilisation des contraceptifs. A moins que les pressions exercées par ces facteurs changent ou diminuent, l'impact du système de distribution des contraceptifs à domicile atteindra sans doute un plateau à un niveau d'acceptance relativement bas.

- Le système de distribution des contraceptifs à domicile rend les contraceptifs directement et immédiatement disponibles seulement durant les visites à domicile quand un nombre limité de contraceptifs gratuits sont offerts. Celles qui acceptent cette offre "de présentation" doivent ensuite renouveller leurs contraceptifs (gratuitement ou non) par des filières dans la communauté ou dans les cliniques. Il n'y a aucune ligne de conduite dans l'établissement du système de distribution des contraceptifs à domicile expliquant ce qui peut être fait pour encourager ces acceptrices à chercher à continuer à les obtenir par ces filières afin de pouvoir les utiliser de façon continue. Il est clair qu'il n'y a aucune raison d'assumer que l'impact initial des visites à domicile continuera ou qu'aucun obstacle ne réapparaîtra entre les acceptrices et la disponibilité continue de ces méthodes.

- L'établissement du système de distribution des contraceptifs n'offre aucune ligne de conduite expliquant ce qui peut être fait pour recruter des personnes utilisant les contraceptifs autres que les acceptrices recrutées par les visites à domicile.

Les problèmes mentionnés ci-dessus suggèrent la nécessité de créer des approches innovatives dépassant la distribution des contraceptifs à domicile afin de rehausser ou au moins de maintenir, le niveau d'usage des contraceptifs atteint par les visites à domicile et de continuer à soutenir la communauté à croire au planning familial au-delà de la durée de cette entreprise.

# CONTROLE DE LA POPULATION ET PLANNING FAMILIAL AU BENGLADESH-- UN REGARD VERS L'AVENIR[1]

Tawfiq-e-Elahi Chowdhury

En janvier 1966, le Président de la République du Bengladesh déclara que l'explosion de la population était le plus grand problème du pays. Cette déclaration fut suivie d'une prise de conscience collective accrue de toutes les agences gouvernementales, et par des directives intensifiées de la politique tendant à mobiliser tous les efforts en vue de la solution de ce problème. Le programme de la population au Bengladesh a atteint la priorité et l'appui politique et administratif nécessaires à son succès. Ceci est très significatif en comparaison avec la situation à fin des années 60 et au début des années 70, quand le problème de la population n'était pas encore passé du stade du débat politique à celui d'un problème national reconnu. L'importance du problème de la population au Bengladesh est reflété par les chiffres présentés dans le Tableau 1.

En juin 1976, le gouvernement annonça les grandes lignes de sa politique nationale de la population. Il mit l'emphase sur le besoin urgent d'une réorientation totale de sa stratégie, rendant le contrôle de la population et les programmes pour la famille une part intégrante de la mobilisation sociale et des efforts de développement national, donnant une importance égale aux méthodes traditionnelles. Le même communiqué sur la politique à suivre énuméra les buts nationaux pour d'importants paramètres démographiques et en vue de l'usage des contraceptifs (Tableau 2), tout en admettant "qu'il faudra une stratégie appropriée, une massive organisation financière et technique, et le soutien de la communauté, tout comme une base légale, en vue de l'accomplissement des objectifs plutôt optimistes du programme" (Gouvernement de la République Populaire du Bengladesh, politique nationale de la population au Bengladesh, non-daté).

---

[1]Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles de l'auteur et non pas nécessairement celles du gouvernement du Bengladesh. L'auteur tient ici à remercier de leur assistance MM. S. G. Mukhtadir, Assistant en Chef de le Cellule de Planning, Division PC et PF, et Ahmed Al Kabir, Assistant pour la Recherche, pour la préparation de cette communication.

TABLEAU 1

QUELQUES STATISTIQUES DE BASE AU BENGLADESH

| Elément | Quantité |
|---|---|
| Evaluation de la population à la mi-1973 | 75 millions[a] |
| Superficie | 142.776 $km^2$[a] |
| Densité par kilomètre carré | 526[a] |
| Pourcentage de la population: rurale | 91,2[a] |
| Proportion de dépendance (par 100) | 105[b] |
| Age moyen au mariage: | |
| Hommes | 24,0 ans[b] |
| Femmes | 15,9 ans[b] |
| Degré d'aptitude à lire et à écrire (pour les deux sexes en tant que pourcentage de la population totale) | 20,2[b] |
| Revenus par habitant en 1975-76 au taux courant | Tk. 1.213,00[c] |
| Revenus par habitant en 1975-76 au taux constant de 1972-73 | Tk. 672,00[c] |

NOTER: Tk. 15/-=1 dollar E.U. (approximativement)

[a]Nations Unies, 1973.

[b]Gouvernement de la République Populaire du Bengladesh, 1974.

[c]Gouvernement de la République Populaire du Bengladesh, 1975.

## TABLEAU 2

## OBJECTIFS EN VUE DU CHANGEMENT DE LA POPULATION ET DE L'USAGE DE LA CONTRACEPTION AU BENGLADESH: 1975-80

| Année | Population (en (millions) | Taux Brut des Naissances | Taux Brut des Décès | Taux de Croissance | Taux de Fertilité Total | Usagers par Millions | | Usagers Constant en tant que % de la Population de Sexe Féminin (15-49 ans) | Usagers Constants par 1.000 Habitants |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Constants | Accepteurs | | |
| 1975-76 | 80,00 | 46,00 | 16,00 | 3,00 | 6,45 | 0,83 | 1,33 | 4,74 | 10,38 |
| 1976-77 | 82,44 | 42,97 | 15,25 | 2,77 | 6,03 | 1,60 | 2,64 | 8,92 | 19,41 |
| 1977-78 | 84,75 | 39,76 | 14,50 | 2,53 | 5,59 | 2,44 | 4,03 | 13,23 | 28,79 |
| 1978-79 | 86,92 | 36,55 | 13,75 | 2,28 | 5,15 | 3,31 | 5,46 | 17,50 | 38,08 |
| 1979-80 | 88,92 | 33,00 | 13,00 | 2,00 | 4,66 | 4,25 | 6,98 | 21,87 | 47,80 |

## POINTS SAILLANTS DU PROGRAMME

### Historique

Historiquement, quelques pionniers commencèrent le programme sur une base volontaire au début des années 50. Ceci fut suivi d'un programme officiel, basé sur des cliniques et administré par les Services de Santé. Un programme ambitieux fut lancé dans les années 60 et ses efforts en vue du planning familial furent orientés dans le sens des relations publiques, tendant à changer la conduite générale par la motivation entre les individus et aussi centrée sur les groupes (Ahmed, non-daté). Au niveau de la communauté, on employa des organisatrices travaillant à temps partiel (communnément appelées dais), une pour deux villages (ces villages ayant environ 2.000 habitants), et une pour 2.000 habitants dans les agglomérations urbaines. On employa un total de 30.000 dais. Plus tard, on ajouta un total de 4.000 organisateurs de niveau moyen (CMOs) travaillant aussi à temps partiel, à raison d'un par union.[2] Ce programme ne réussit pas à effectuer de brèche importante dans la croissance de la population. Après la libération du Bengladesh en 1971, on intégra au programme sanitaire le programme moribond de planning familial. Pour la motivation individuelle face à face, livraison des services, et surveillance subséquente, on employa un total de 12.000 travailleurs sanitaires mobiles appelés travailleurs du service familial (FWWs). Mais il y eut bientôt des débats sur la viabilité du programme, c.à.d. que les FWWs reçurent une longue liste de tâches à accomplir mais très peu d'orientation pour leurs nouvelles responsabilités en planning familial. De plus, les interruptions causées au travail habituel des FWWs par les épidémies, inondations, et autres urgences sanitaires leur prit tellement de temps qu'ils ne purent consacrer l'attention nécessaire au planning familial.

### Temps Présent

En 1974, le gouvernement décida finalement de procéder au divorce de la protection maternelle et infantile (PMI) et du planning familial d'avec les activités sanitaires, et établir un programme vertical de PMI et planning familial sous l'égide d'un organisme séparé, appelé Division du Contrôle de la Population et du Planning Familial. Il y eut pour cela deux raisons: (1) donner une haute priorité au programme et (2) activer les services de PMI qui n'existaient qu'en théorie mais avaient une signification importante pour le programme sur la population. Il fut également

---

[2]Une union est une division électorale autonome.

décidé que le programme sanitaire continuerait à étendre tous les services cliniques de continuation exigés par les activités en faveur de la population.

Nous sommes à mi-chemin du recrutement et de la formation d'un total de 18.000 travailleurs mobiles à temps complet. Ces agents mobiles comprennent 13.500 travailleurs de service familial (FWAs) et 4.500 assistants de planning familial (FPAs). Tous les agents mobiles auront complété leur formation à la mi-1977. Le territoire pour lequel chaque FWA est responsable est une division électorale du gouvernement local appelée circonscription électorale, se composant de cinq ou six villages et ayant une superficie de 11 $km^2$ en moyenne. La FWA typique est une jeune fille de 20 ans ou un peu plus, habitant la circonscription, et qui a eu un mois pour formation avant de commencer son travail. On préfère qu'elle ait été à l'école une dizaine d'années, mais si on ne trouve personne possédant cette qualification, on choisit une FWA ayant au moins terminé l'école primaire. La FWA travaille comme agente mobile pour la santé maternelle et infantile--elle effectue des visites à domicile régulières dans son territoire; elle enregistre les couples; elle leur parle de santé maternelle et infantile, hygiène, et nutrition; et elle les encourage à limiter les naissances dans leur famille. Elle apporte avec elle une provision de condoms, pilules, et encouragement à la motivation, et elle offre des services de consultation et surveillance aux acceptrices. Le planning familial est la part principale de ses activités, mais ce n'est pas la seule. La prévention des naissances et la contraception font ainsi partie d'un programme étendu d'intérêt familial. La structure de l'organisation du programme de planning familial fait l'objet de la Figure 1.

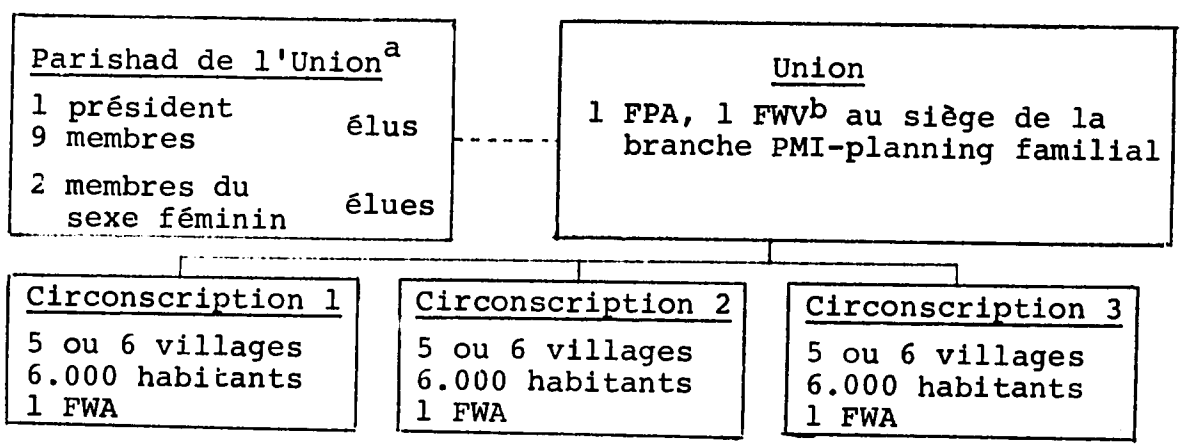



Fig. 1. Organisation du Planning Familial au Bengladesh. (a) Le Parishad de l'Union est le niveau le plus bas du gouvernement local autonome; les élections ont eu lieu en janvier 1977. (b) FWV: Visiteuses de Service Familial. (c) Le premier plan quinquennal (1973-78) prévoit une branche PMI-planning familial par trois unions, et le second plan quinquennal (1978-83) en prévoit une par union.

Au Bengladesh, où l'on ne peut guère trouver de docteurs dans les régions rurales, ces conseils font non seulement beaucoup de bien, mais encore donnent l'impression que le gouvernement se soucie de la santé et du bien-être de la population. Il est intéressant de noter que l'on appelle déjà certaines FWAs dans les régions rurales des "docteurs de planning familial."

Toutefois, pour faire un travail efficace, la FWA ne peut guère s'occuper d'une population de 6.000 personnes dans un territoire de 11 $km^2$. Un projet-pilote au Bengladesh, appelé le Projet de Companiganj, suggère une proportion beaucoup plus faible, soit une agente par 1.000 habitants. Cette même étude suggère "qu'il est possible de concevoir un système où deux femmes instruites dirigeraient un groupe beaucoup plus vaste de travailleuses illettrés à temps partiel" (McCord, non-daté.)

Il faudrait ici considérer deux points. Le programme familial des années 60, dont on a parlé plus haut, introduisit des travailleuses, pour la plupart illettrées et ne travaillant pas à temps complet, appelées dais, et des agents du sexe masculin appelés CMOs. On abandonna ce programme parce qu'il ne réussit pas à produire de résultats. L'évaluation de ces agentes mobiles à temps partiel mentionna: formation insuffisante, manque de supervision, et bas salaires comme étant les causes principales de l'échec du programme (Alauddin, 1970). Le programme actuel des agentes mobiles a pour but de remédier aux insuffisances du programme précédent. Une autre raison pour l'emphase mise sur des agentes mobiles lettrées et à temps complet est l'objectif à long terme de former à nouveau cette main-d'oeuvre, en y mettant un certain temps et en plusieurs phases, pour en faire l'équivalent au Bengladesh des "docteurs à pieds nus." On admet que la formation d'agentes mobiles illettrées à temps partiel employée dans un programme d'une portée aussi accrue est très limitée à présent.

Le plan actuel est de former une équipe de travailleuses mobiles à temps partiel, de préférence d'un certain âge, ayant à leur tête une FWA. On pourrait recruter les travailleuses à temps partiel parmi les sages-femmes traditionnelles et les dais précédemment employées au programme. Le salaire devrait être un peu plus élevé pour le nouveau programme et la formation et la supervision devrait être augmentées. Il serait sans doute possible de rendre les agentes mobiles accessibles à toutes les catégories de la population rurale et d'augmenter les endroits de service et de distribution. On espère que la proportion d'une agente par 1.000 habitants pourra être atteinte sans trop augmenter les frais.

En plus de la FWA, un assistant masculin de planning familial (FPA), qui est un résident de la localité et a eu 12 années d'école, est nommé pour chaque union. Sa tâche est d'offrir une supervision limitée aux trois FWAs de son territoire et aussi d'approcher la population de sexe masculin dans certains groupes comme les formateurs de l'opinion et les parishads de l'union. Au niveau de l'union, nous mettons en oeuvre par phases l'établissement de branches de PMI-planning familial. Il existe actuellement, sous le premier plan quinquennal, une branche pour tous les trois unions. Pendant le deuxième plan, il y aura une branche par union. Le personnel de ces branches est constitué par des femmes appelées visiteuses familiales (FWVs) ayant acquis 18 mois de formation. Elles offrent des services de continuation aux FWAs et FPAs, insèrent les DIUs au siège des branches limitées existant actuellement et aussi au cours de visites périodiques à domicile. A l'avenir, les FWVs seront aussi formées en vue d'offrir des services de régularisation menstruelle dans les branches. Les branches de PMI-planning familial avec les FWVs, en même temps qu'une équipe se composant d'un FPA et une FWA à temps complet (et vraisemblablement à l'avenir un grand nombre de travailleurs à temps partiel) forment le noyau de nos programmes en campagne.

Le programme en campagne est desservi additionnellement par les installations sanitaires de 356 complexes sanitaires ruraux et environ 70 hôpitaux. Ces installations offrent des services sanitaires, particulièrement de maternité, vasectomies, et ligatures des trompes. De plus, 19 équipes mobiles de stérilisation sont équipées, grâce au programme de contrôle de la population et de la famille, pour offrir des services de stérilisation aux habitants des régions rurales reculées. Huit cliniques modèles sont établies en même temps que huit facultés de médecine en vue de former des docteurs, internes, et étudiants à opérer des vasectomies et ligatures des trompes à l'aide de méthodes modernes. On essaye aussi des piqûres dans certaines régions sélectionnées et sous une étroite supervision.

## Méthodes Variées et Implications pour les Systèmes de Distribution des Services

Le Tableau 3 donne le pourcentage de la répartition des accepteurs du planning familial par méthode au Bengladesh de 1965 à 1976. Le DIU, qui avait été fort poussé précédemment au cours du programme en l'absence des pilules et de la stérilisation, l'a été moins ces dernières années. La vasectomie atteignit son apogée à la fin des années 60, puis sa popularité déclina au cours des années suivantes; toutefois, sa popularité augmente à nouveau, mais lentement. La pilule, qui ne fut que récemment introduite, est en train de

TABLEAU 3

POURCENTAGE DE LA REPARTITION DES ACCEPTEURS
DE PLANNING FAMILIAL AU BENGLADESH
PAR METHODE

| Année | Accepteurs | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DIU % | Stérilisation % | Pilule % | Méthodes[a] Conventionnelles % | Total[b] % |
| 1965-66 | 53,5 | 4,2 | ... | 42,3 | 3,0 |
| 1966-67 | 47,4 | 16,6 | ... | 36,0 | 8,7 |
| 1967-68 | 29,2 | 40,2 | ... | 30,6 | 19,8 |
| 1968-69 | 25,9 | 48,4 | ... | 25,7 | 24,3 |
| 1969-70 | 22,6 | 49,7 | ... | 27,7 | 19,9 |
| 1971-72 | 7,3 | 2,5 | ... | 90,2 | 0,4 |
| 1972-73 | 6,0 | 0,6 | 2,8 | 90,6 | 4,4 |
| 1973-74 | 22,0 | 2,2 | 17,8 | 58,0 | 2,0 |
| 1974-75 | 23,6 | 17,3 | 29,3 | 29,8 | 3,5 |
| 1975-76 | 10,0 | 12,0 | 39,0 | 39,0 | 13,0 |
| | | | | | 100,0 |

SOURCE: Gouvernement de la République Populaire du Bengladesh, Division du Contrôle de la Population et du Planning Familial, non-daté.

[a]Condom, mousse, diaphragme, etc. . . .

[b]Nombre d'accepteurs pour toutes les méthodes par chaque année comme pourcentage d'accepteurs cumulatifs, 1965 à 1976.

gagner du terrain rapidement. La proportion des accepteurs de méthodes conventionnelles, d'autre part, a diminué singulièrement avec l'acceptation croissante de la stérilisation et des pilules.

Deux points importants doivent être notés ici. Avec l'indépendance du Bengladesh en 1971, le programme se raffermit après la dislocation qu'il subit pendant ses années initiales, et une mixture équilibrée de méthodes contrôlant la fécondité est en voie de développement. Par exemple, on distribue librement les contraceptifs oraux et point n'est besoin d'ordonnance médicale pour s'en procurer.

La politique nationale de la population en 1976 établit en théorie l'idéal suivant pour la distribution de méthodes contraceptives pour chaque centaine d'accepteurs:

| | |
|---|---|
| Stérilisation | 20% |
| DIU | 20% |
| Contraceptif oral | 25% |
| Condom et autres méthodes traditionnelles | 35% |

Ces proportions ne sont que théoriques et l'acceptation volontaire des différentes méthodes déterminera en définitive leur distribution proportionnelle.

De tels buts, toutefois, nécessitent le développement d'un système de distribution des services ayant plus de capacité qu'il n'en faut pour faire face à une demande croissante. Il devrait avoir la capacité intrinsèque de changer la distribution d'après la demande et de mettre aisément les services existants à la disposition du public. Comme premier pas, nous sommes en train d'établir un système simple mais efficient de rapports logistiques et statistiques à partir de l'agent mobile jusqu'au quartier général national.

Notre stratégie actuelle est de faire distribuer condoms et pilules aux accepteurs par les agents mobiles au cours des visites à domicile; en même temps, on essaye la distribution commerciale des contraceptifs afin d'élargir davantage les canaux de distribution. L'insertion des DIUs s'opère principalement aux sièges des branches de l'union dans les régions rurales, par le personnel para-médical (les FWVs). Les FWVs font des visites périodiques à domicile pour suivre les cas se servant de DIUs, et opèrent aussi l'insertion des DIUs à domicile. Des services institutionnels de stérilisation sont offerts dans 356 complexes sanitaires ruraux (dont la moitié est déjà construite) et aussi dans des hôpitaux et quelques cliniques de planning familial dans les régions rurales. Ces dernières sont maintenues par des équipes mobiles de stérilisation qui se rendent dans les régions rurales.

Le facteur probable de limitation à l'avenir, considérant l'emphase mise sur la stérilisation, est la disponibilité de médecins de formation adéquate, particulièrement ceux opérant les ligatures des trompes, qui sont bien disposés de pratiquer dans les régions rurales. La proportion de médecins par rapport aux populations rurales du Bengladesh est de 1 sur 30.000. La politique actuelle du gouvernement est d'envoyer davantage de médecins dans les complexes sanitaires ruraux et d'incorporer la médecine générale, la reproduction humaine, la dynamique de la population et le planning familial dans les cours avancés du programme médical universitaire.

Toutefois, il y a eu des efforts volontaires (Chowdhury et Chowdhury, 1975) au Bengladesh en vue de former des para-professionnels à opérer la tubectomie en se servant d'une technique de mini-laparotomie. Les résultats en sont fort encourageants. De 600 de ces tubectomies opérées dans trois centres, 366 furent par des para-professionnels n'ayant eu que deux mois à temps partiel de formation dans cette technique chirurgicale. Le taux d'infection de ces opérations faites par des para-professionnels est de 5,5%; de celles faites par des docteurs, 6,4%. Cette expérience pourrait influer sur les décisions de la politique future mettant ces services à la disposition aisée des acceptrices.

## TABLEAU TOTAL DE LA SITUATION

L'information à notre disposition paraît indiquer des impasses possibles pour le contrôle de la population et des activités de planning familial, à moins que de nouvelles modalités ne soient ajoutées au programme.

Le projet du Matlab (Khan et al., 1976) distribua des contraceptifs et des condoms de porte-à-porte. Les résultats montrèrent que le taux initial d'acceptation en était élevé (68,8% des femmes approchées), et le taux d'usage actif en était d'environ 13% neuf mois après la distribution. De plus, le taux d'usage le plus élevé était celui des femmes entre 35 et 40 ans ayant déjà plus d'enfants en vie--c.à.d. 5,19--que le nombre d'enfants désiré de 4,77 (Langsten, non-daté). Le taux d'usage augmentait régulièrement pour les femmes de parité plus élevée (nombre total de naissances d'enfants en vie) (Khan et al., 1976).

L'expérience de Gonashasthya Kendra à Savar (Bengladesh), dans un cadre rural, démontra aussi que, de celles se soumettant à la ligature des trompes, 67% étaient illettrées, 49% avaient entre 26 et 30 ans, et 48% avaient entre cinq et sept enfants existants (Gonoshasthya Kendra, Bureau de Poste de Nayarhat, District de Dacca, 1975).

Le projet de Companiganj, un projet de démonstration avec des dépenses beaucoup plus élevées pour les budgets de santé, PMI, et planning familial (coût par tête: US $0,68 en comparaison de le US $0,35 actuellement dépensés par le gouvernement), ne put convaincre que 26% des couples à accepter le planning familial (McCord, non-daté).

Lorsque les Bengalaises sont arrivées au terme de leurs fécondité, elles sont allées au delà du nombre d'enfants qu'elles désirent. En fait, à l'âge d'environ 35 ans, la moyenne des femmes a les quatre ou cinq enfants en vie qu'elle désire. Ces femmes devraient faire usage de la contraception, ou bien pour retarder les naissances, ou bien pour terminer leur fécondité. Peu d'entre elles y ont eu recours jusqu'à présent. Toutes ces données semblent indiquer qu'un bon système de distribution des services, épaulé par un programme efficace d'IEC, pourrait atteindre un succès initial en réduisant l'excès de fertilité entre le nombre d'enfants désiré et celui qui est effectivement atteint. Un taux d'usage entre 15 et 20% est un maximum probable. Mais, même si l'excès de la fécondité subit une réduction importante, la population continuera à doubler environ tous les 30 ans.

## SOLUTION

Le gouvernement du Bengladesh est au courant des limitations qui viennent d'être exposées. Conjointement avec le programme national, on planifie et met en oeuvre des projets-pilotes afin d'effectuer une percée à l'aide d'un usage original de modalités du projet. Tous ces programmes s'efforcent de trouver un minimum critique dans la proportion d'assistance et de mécanisme efficace d'organisation pour parvenir au contrôle de la population et au planning familial. Les résultats initiaux en sont encourageants.

### Clubs de Mères et Coopératives de Femmes

Dans certaines régions-pilotes, des clubs de mères ont été organisés dans le but principal d'augmenter l'emploi, la productivité et les revenus des femmes de la campagne. On se sert également de ces clubs comme de forums servant à disséminer la connaissance des méthodes contraceptives et à encourager les mères à accepter l'une de ces méthodes dans le but de limiter leur famille. De leurs membres, 91% ont accepté une méthode de planning familial. De même, les centres de vocation professionnelle montrent 97% d'acceptation. Les coopératives féminines montrent également 30% d'acceptrices initialement. On s'attend à ce que le taux

d'usage s'aplanisse à un degré plus élevé que celui des autres projets-pilotes décrits précédemment. Ces expériences indiquent qu'avec des emplois plus productifs et une augmentation des revenus de femmes, une réduction importante de la fécondité est possible (voir Tableau 4).

Programme de Swanirvar

Un mouvement indépendant a été lancé sous les auspices de gouvernement dans certains villages sélectionnés. La poussée de ce mouvement est de mobiliser les ressources et talents d'organisation sur place en vue d'augmenter la productivité et l'indépendance. Le moyen d'effectuer ce genre d'organisation est la société coopérative. Le centre d'activité en est le village, qui est au Bengladesh l'unité sociale, économique, et culturelle la plus petite. Aux contributions normales du gouvernment on ajoute un supplément spécial d'assistance pour aider à mettre en route les activités de la communauté.

Dans 71 villages, une évaluation externe (Conférence Nationale de Swanirvar, 1977) montre que le taux de croissance de la population est tombé à 1,4% alors que la moyenne nationale en est de 3% (voir Tableau 5). Dans beaucoup de villages, les jeunes gens et jeunes filles ont décidé volontairement de reculer la date de leur mariage. Cette expérience est particulièrement importante pour déterminer le rôle et l'efficacité de la communauté locale dans la réduction de la fécondité. Il existe des indications montrant que le rôle de la communauté sera un facteur décisif qui décidera de l'avenir du programme de contrôle de la population et du planning familial.

Programme Mondial de Nutrition

En vertu du Programme Mondial de Nutrition, on instruit et on aide nutritionnellement les femmes enceintes et qui allaitent et les enfants de moins de cinq ans dans certaines cliniques sélectionnées de maternité et de pédiatrie. L'évaluation initiale en décembre 1976 indiqua qu'environ 64% des mères visitant ces centres avaient accepté une méthode contraceptive et 29% des mères (ou leurs maris) avaient accepté de se faire stériliser (Coordinateur de l'UNFPA, Programme Mondial de Nutrition des Nations Unies, Dacca, non-daté).

Programme de ZPG

Dans 21 unions sélectionnées s'étendant sur cinq régions rurales du pays, un "programme de développement

TABLEAU 4

ACCEPTATION DES METHODES DE PLANNING FAMILIAL PAR LES MEMBRES OU PARTICIPANTES DE QUELQUES COOPERATIVES ET SOCIETES D'ASSISTANCE SOCIALE

| Sociétés | Nombre Total de Membres ou Participantes | Nombre Total d'Acceptrices | Pourcentage de Membres ou Participantes en tant qu'Acceptrices |
|---|---|---|---|
| Clubs de Mères (302 clubs) | 10.929 | 9.967 | 91% |
| Centres Féminins de Formation Professionnelle | 2.440 | 2.369 | 97% |
| Coopératives de Femmes (175 associations) | 4.107 | 1.232 | 30% |

SOURCE: Gouvernement de la République Populaire du Bengladesh, Division du Contrôle de la Population et du Planning Familial, non-daté.

TABLEAU 5

ACCEPTATION DES METHODES DE PLANNING FAMILIAL PARMI LES COUPLES FECONDS DES VILLAGES AUTONOMES AU SWANIRVAR

| District | Nombre de Villages Autonomes | Couples Féconds | Pourcentage de Couples Féconds en tant qu'Accepteurs de Méthodes de Planning Familial |
|---|---|---|---|
| Jessore | 5 | 718 | 50% |
| Pataukhali | 4 | 1.087 | 55% |
| Mysmensingh | 10 | 3.065 | 60% |

SOURCE: Congrès National de Swarnivar.

économique/contrôle de la population" a été lancé. Son but est d'accomplir, avant la fin de 1980, et avec la participation des communautés, les changements sociaux et économiques désirés en vue de croissance zéro de la population dans ces régions sélectionnées. On leur donne une assistance spéciale afin d'assurer que leurs ressources ne soient en rien dimunuées à aucun des stades des changements opérés. Parce que ce programme ne fut lancé que l'année dernière, il est trop tôt pour en prévoir les résultats.

Parishads des Unions

Le gouvernement considère actuellement la possibilité de rapprocher les programmes de leur champ d'utilisation. Au point de vue organisation, ceci pourrait être accompli en donnant plus de responsabilité aux gouvernements locaux autonomes nouvellement élus (janvier 1977), appelés parishads des unions. Il existe 4.352 parishads ruraux des unions dans le pays (avec une population de 18.000 en moyenne). Chaque parishad d'union comprend neuf membres élus, un président élu, et deux membres de sexe féminin nommées par le gouvernement. Un sondage-échantillon récent fait par un quotidien montra que la moitié des présidents et des membres ont plus de 40 ans et l'autre moitié moins de 40 ans (voir Tableau 6). La moitié des présidents sont instruits et la moitié ont une instruction très limitée; la plupart des membres ont peu d'instruction (voir Tableau 7). La profession de la plupart des présidents et des membres est de cultiver la terre. Des 170 présidents, 99 (55,2%) sont nouveaux alors que 71 (41,8%) ont été réélus (voir Tableau 8).

TABLEAU 6

AGE DES PRESIDENTS ET MEMBRES DES PARISHADS DES UNIONS PAR NOMBRE ET PAR POURCENTAGE

| Position | Age de Moins de 40 Ans | | Age de Plus de 40 Ans | |
|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % |
| Présidents (N = 282) | 128 | 46 | 154 | 54 |
| Membres (N = 1.365) | 847 | 62 | 518 | 38 |

SOURCE: La quotidien Daily Ittefaq, non-daté.

TABLEAU 7

INSTRUCTION DES PRESIDENTS ET MEMBRES DES PARISHADS DES UNIONS PAR NOMBRE ET PAR POURCENTAGE

| Position | Peu d'Instruction | | | | 10 Années ou plus | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Illettrés | | 1 à 9 années | | | |
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| Présidents (N = 284) | 19 | 7,6 | 121 | 48,4 | 109 | 44,5 |
| Membres (N = 1.400) | 44 | 3,7 | 885 | 74,7 | 255 | 21,6 |

SOURCE: Le quotidien Daily Ittefaq, non-daté.

TABLEAU 8

PROFESSIONS DES PRESIDENTS ET MEMBRES DES PARISHADS DES UNIONS

| Position | Cultivateur | | Propriétaire | | Homme d'Affaires | | Autres | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| Présidents (N = 284) | 146 | 51,4 | 6 | 2,1 | 89 | 31,3 | 43 | 15,2 |
| Membres (N = 1.400) | 952 | 68,0 | 118 | 8,4 | 280 | 20,0 | 50 | 3,6 |

SOURCE: Le quotidien Daily Ittefaq, non-daté.

Ainsi, bien que la plupart des membres et des présidents appartienne à la communauté, en ce qui concerne l'âge et l'instruction, ils paraissent être très nettement divisés; les groupes de travailleurs marginaux et ne possédant pas de terre manquent notoirement de représentation. Ces statistiques indiquent la probabilité de division et de tension parmi les parishads des unions plutôt que leur unité en tant qu'institutions pour le changement et l'amélioration des régions rurales. Les programmes mis en oeuvre par les parishads des unions porteront donc les marques de leur composition.

## UN REGARD VERS L'AVENIR

Effectuer un progrès vers le contrôle de la population au Bengladesh exigera bien plus que ce que nous avons considéré dans ce rapport. Un changement dans l'environnement des subdivisions sociales dans les campagnes, suffisamment prononcé pour amener un changement dans le processus influençant chaque couple à prendre des décisions vers la direction désirée, est une condition préalable fondamentale pour obtenir des résultats. Mais atteindre à un tel changement exige une connaissance approfondie de ces subdivisions sociales en relation avec les variables de leur environnement. A ce jour, nous avons peu de connaissances en ce domaine et la nécessité de faire des efforts sérieux dans ce sens est urgente.

Dans le passé, nous avons procédé à de nombreuses expériences en vue d'enrôler les communautés locales dans les programmes pris en charge par le gouvernement. La plupart de ces expériences a échoué. Nous avons constaté qu'il y a une barrière d'attitude entre "lui" (le gouvernement) et "eux" (le peuple). Nos efforts à l'avenir devront tendre à franchir cette barrière et à faire fusionner "lui" et "eux" afin qu'ils deviennent "nous." Ceci exigera, pour commencer, une perception similaire de la part de ceux qui administrent comme de ceux qui reçoivent les services. Il nous faudra désapprendre beaucoup de notre formation urbaine et institutionnelle et prendre un cours tout nouveau à "l'université des champs."

L'étape suivante la plus probable est d'aider à établir une direction et des institutions représentatives basées sur la communauté en vue de participer au planning et à la mise en oeuvre des programmes proposés à son intention. La tâche de transmettre les innovations devrait être accomplie d'égal à égal plutôt que par des experts. Ce développement devrait être épaulé par un engagement idéologique soutenu et

par une formation continue afin de l'appuyer. C'est le seul moyen de franchir la solution de continuité entre le gouvernement et le peuple.

## REFERENCES

Ahmed, Jalaluddin. N.d. Family planning in Bangladesh: National labor-management seminar on population planning.

Alauddin, M. 1970. Report of the Committee for Evaluation of the Family Planning Program in East Pakistan.

Chowdhury, Susanne; and Chowdhury, Zafrullah. 1975. Tubectomy by paraprofessional surgeons in Bangladesh. Lancet, September 27.

Daily Ittefaq. N.d. Dacca, Bangladesh.

Gonoshasthya Kendra, P.O. Nayarhat, Dist. Dacca. 1975. Progress report No. 5, April.

Government of the People's Republic of Bangladesh. 1974. Census data.

Government of the People's Republic of Bangladesh, Statistical Division. 1975. Statistical yearbook.

Government of the People's Republic of Bangladesh, Population Control and Family Planning Division. N.d.

Government of the People's Republic of Bangladesh, Population Control and Family Planning Division. N.d. Bangladesh National Population Policy: An outline.

Government of the People's Republic of Bangladesh, Population Control and Family Planning Division, Population Control and Family Planning Directorate. N.d.

Khan, Atiqur Rahman; Huber, Douglas; Curlin, George; and Langsten, Ray. 1976. Contraceptive distribution project in rural Bangladesh. Paper presented at the seminar, "Fertility in Bangladesh," December, Cox's Bazar.

Langsten, Ray. N.d. Demographic situation in Companiganj--Findings 1975 and implications. Baltimore: Johns Hopkins University, Fertility Research Program.

McCord, Colin. N.d. What's the use of a demonstration project. Dacca: The Ford Foundation.

National Swanirvar Conference. 1977. Report on population activities.

U.N. 1973. Demographic yearbook.

UNFPA Coordinator, Dacca. N.d. Preliminary evaluation report on WFP in Bangladesh.

# DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS A DOMICILE AU BENGLADESH--L'EXPERIENCE RURALE

Atiqur R. Khan
Douglas H. Huber

## L'EXPERIENCE RURALE

L'expérience du programme de planning familial des 11 dernières années montre que, bien que le programme ait présenté le message du planning familial à une grande partie de la population, sa promotion n'a rencontré que fort peu de succès en augmentant l'emploi des contraceptifs. Ce taux de pratique de contraception peu élevé est en contraste frappant avec la nécessité de la contraception exprimée par le désir de limiter la conception (Sirageldin et al., 1975). Une enquête sur l'influence du programme a montré que 55% des femmes de la campagne et 61% de celles des villes ne voulaient plus avoir d'enfants et, par conséquent, avaient besoin de pratiquer la contraception; cependant, seulement 1,9% des femmes rurales et 3,7% des femmes urbaines se servaient actuellement d'une méthode contraceptive moderne (Concile de Planning Familial au Pakistan, 1973.) Pour faire augmenter le taux d'usage des contraceptifs au Bengladesh, il est essentiel d'obtenir une meilleur comprehénsion des relations liant la connaissance des méthodes contraceptives à la pratique de ces méthodes et à la demande pour les produits contraceptifs associés avec ces méthodes. On a proposé que le manque d'accès pratique et facile des contraceptifs c'était un facteur important qui en limitait l'usage (Ravenholt, 1976). On pouvait donc déterminer l'importance relative de ce facteur pour influencer l'usage de contraceptifs au Bengladesh en mettant effectivement les contraceptifs à la disposition des domiciles et en mesurant ensuite le degré du changement dans la pratique de la contraception.

L'insuffisance des services des cliniques et du personnel médical sont une justification supplémentaire de la mise en oeuvre d'un système de distribution des contraceptifs à domicile.

Le Laboratoire de Recherches sur le Choléra (CRL) entreprit donc un projet de distribution des contraceptifs, fournissant des contraceptifs oraux et des condoms de porte-à-porte dans le territoire sous la surveillance (FSA) du CRL au Matlab Thana (Khan et Huber, 1976).

## OBJECTIFS DU PROJET

Le projet s'efforcera d'atteindre les objectifs suivants:

1. Evaluer le taux de pratique de contraception au Bengladesh rural quand les contraceptifs sont offerts de porte-à-porte.

2. Développer un système efficient de distribution des contraceptifs au Bengladesh.

3. Evaluer les conséquences démographiques d'un système de distribution à domicile des contraceptifs.

4. Identifier les facteurs qui en déterminent l'acceptation et l'usage continu.

On choisit le Matlab pour la mise en oeuvre de ce projet, à cause de l'information démographique qui y existe déjà et qui nous permettra de mesurer les variations futures de la fécondité. On divisa le FSA (234 villages comprenant environ 260.000 habitants) en deux régions. Une constituait la zone de distribution des contraceptifs; l'autre région servait de zone de contrôle. Parce que cette dernière région était déjà desservie partiellement par la clinique du Projet de Recherche sur la Fécondité (FRP),[1] ses habitants avaient eu un plus grand accès aux services cliniques de planning familial.

La démarcation entre les zones de distribution et de contrôle était quelque peu arbitraire. Parce que la clinique du FRP desservait des acceptrices de la pilule dans les villages avoisinants ayant besoin de supervision et de surveillance continues par la clinique, les villages aux alentours du Bazar de Matlab furent compris dans la région de contrôle.

La différence d'accès aux services cliniques de planning familial est reflétée en un taux de base de la pratique de la contraception légèrement plus élevé dans la zone de contrôle que dans celle de la distribution (2,9% contre 1,1%, Tableau 1). Comme le taux général de pratique est très bas, cette différence ne fut pas considérée comme devant vraisemblablement affecter le but de l'expérience.

---

[1]Le Projet de Recherche sur la Fécondité a été entrepris en collaboration par l'Université Johns Hopkins et le gouvernement du Bengladesh en vue de recherches sur la contraception à Dacca et au Matlab.

TABLEAU 1

TAUX D'USAGE DES CONTRACEPTIFS PAR LES FEMMES MARIEES FECONDES ENTRE 15 ET 44 ANS PAR LES SONDAGES TRIMESTRIELS MATLAB, OCTOBRE 1975 - NOVEMBRE 1976

| | Région de Distribution des Contraceptifs | | | | | Région de Contrôle | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oct. 1975 | Février 1976 | Mai 1976 | Août 1976 | Nov. 1976 | Nov. 1975 | Avril 1976 | Juin 1976 | Sept. 1976 | Nov. 1976 |
| Taille de l'échantillon | 4.583 | 4.072 | 4.157 | 4.141 | 4.253 | 3.660 | 3.618 | 3.482 | 3.407 | 3.495 |
| Usage actuel: | | | | | | | | | | |
| Contraceptifs oraux | 0,7% | 17,0% | 15,4% | 12,4% | 10,3% | 2,2% | 2,9% | 3,2% | 2,6% | 2,1% |
| Condoms | 0,02% | 0,4% | 0,9% | 1,2% | 3,8% | 0,2% | 0,2% | 0,3% | 0,2% | 0,2% |
| Autres méthodes | 0,3% | 0,5% | 0,7% | 0,7% | 0,9% | 0,5% | 0,6% | 0,6% | 1,1% | 1,3% |
| Total | 1,1% | 17,9% | 17,0% | 14,3% | 15,0% | 2,9% | 3,7% | 4,0% | 3,9% | 3,6% |

## PERSONNEL

Le projet de distribution utilise les services des travailleuses des villages ou dais, et des assistants mobiles effectuant pour le CRL des travaux d'enquête sur les maladies infectieuses et autres problèmes sanitaires. Les dais sont surtout des villageoises illettrées à qui l'on a assigné un territoire (habituellement un village) comprenant environ 1.000 habitants. Bien que le mot "dai" signifie sage-femme indigène, en fait 15% seulement des dais sont de véritables sages-femmes. Les assistants mobiles sont du sexe masculin et leur niveau d'instruction atteint l'immatriculation.

## PHASE DE DISTRIBUTION

La distribution des contraceptifs oraux commença en octobre 1975 avec huit assistants mobiles et 150 dais. Chaque dai travaille avec un assistant mobile. Pendant la distribution à domicile, on leur avait précédemment fourni des instructions imprimées standardisées. Au cours de la première tournée de distribution, les assistants mobiles avaient distribué la pilule et donné des instructions avec l'aide des dais.

On donna des renseignements sur la pilule à toutes les femmes en âge de concevoir (15 à 44 ans) présentes dans les domiciles visités, et on leur donna une provision. Si elles acceptaient la pilule, on leur en donnait six cycles. Dans beaucoup de cas, on donna des instructions collectivement à un certain nombre de femmes du même bari.[2]

Au cours des tournées de distribution subséquentes, on retira graduellement aux assistants mobiles la tâche de distribution proprement dite, et on leur assigna un rôle de supervision, et seules les dais travaillèrent au réapprovisionnement de contraceptifs et à la distribution. Les dais portaient une trousse de contraceptifs en plastique rouge, des modes d'emploi imprimés, et un carnet pour inscrire les noms des clients et les quantités d'approvisionnement.

Bien que l'on ait instruit les assistants mobiles et les dais de ne fournir aucune motivation autre que la mention du fait qu'un espacement plus prolongé des naissances

---

[2]Un bari est un groupe de cinq ou six foyers qui partagent une cour intérieure mais ont des cuisines séparées. Les 25 à 35 personnes qui vivent dans un bari sont apparentées.

peut être bon pour la santé, en pratique, on trouva fort difficile de séparer les efforts de motivation de la simple information. D'habitude, les maris étaient absents des foyers pendant les visites. Lorsque les maris étaient là, environ 20 à 25% du temps ils étaient inclus dans la conversation car, sans leur approbation, les épouses hésitaient à prendre les provisions.

## ENQUETE DE BASE CAP

On procéda à une enquête étendue sur la connaissance, les attitudes, et les pratiques (CAP) à propos du planning familial immédiatement avant la distribution, afin d'obtenir des points de repère. De cette façon, il sera possible de déterminer à l'avenir les changements de niveau du comportement vis-à-vis de la contraception avec leurs corrélations sociales, psychologiques, économiques, et programmatiques. La taille de l'échantillon était de 1.077 femmes et était la même dans la zone de distribution et celle de contrôle.

Une analyse préliminaire montra que 2,4% des femmes se servent d'une méthode moderne, et 4,9% d'une méthode traditionelle. Vingt-trois pour cent savaient où obtenir des contraceptifs, 16% nommant comme source la clinique du Matlab. Des femmes contactées, 35,7% indiquèrent leur consentement à pratiquer la contraception à un certain moment--24,9% de celles-ci nommant la pilule comme le moyen qu'elles emploieraient. Le contraceptif par piqûre était le second en popularité; personne ne fit mention du DIU.

## SONDAGES SUR LA PREVALENCE DE LA PRATIQUE DE CONTRACEPTION

On projeta d'effectuer un sondage sur la prédominance de l'utilisation avant la distribution, ensuite tous les trois mois pendant l'année suivant la distribution, et tous les six mois subséquemment. La première enquête de base sur la prévalence fut faite en octobre 1975 et les enquêtes suivantes, jusques et y compris la cinquième, furent répetées environ tous les trois mois après la distribution des contraceptifs. Nous présentons seulement les données d'un échantillon de 20% des villages dans les régions de distribution et de contrôle. Six sujets d'information ont été recueillis au cours du premier sondage, comme suit:

- Parité.
- Date de la fin de la dernière grossesse.

- Etat menstruel.
- Usage actuel des contraceptifs.
- Usage des contraceptifs au cours des trois mois précédents.
- Provenance des contraceptifs.

## PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

La première tournée de distribution prit 62 jours. Du total de 23.395 femmes éligibles dans la zone de distribution, on en toucha 19.027 (81,3%), et 4.368 (18,7%) n'étaient pas chez elles. On toucha un pourcentage additionnel de 8,2% au cours d'une deuxième tournée. Des 19.027 femmes approchées initialement, 13.987 (68,8%) acceptèrent la provision de six cycles de pilules. Ces femmes seront placées dans une catégorie montrant qu'elles ont accepté de recevoir une provision mais sans promettre de s'en servir.

Le taux de base de la pratique de la contraception par toutes les femmes approchées, mariées, et fécondes (avant la ménopause), était de 1,1% dans la région de distribution et 2,9% dans la région de contrôle (voir Tableau 1). Ce taux d'usage de la région de contrôle est légèrement plus élevé que le taux de la région tout entière, probablement à cause de l'inclusion au hasard d'un plus grand nombre de villages près de la clinique du Matlab dans la région de contrôle. L'usage des contraceptifs oraux s'élèvait d'une manière appréciable durant les premiers mois qui en suivent la distribution, mais ce taux a diminué régulièrement depuis le deuxième sondage. L'usage du condom augmenta après une distribution spéciale et un effort d'instruction qui suivirent le quatrième sondage. Après cet effort, le taux d'usage général des contraceptifs augmenta à nouveau légèrement, atteignant 15% au sondage du 12$^{me}$ mois. La zone de contrôle fit l'objet d'une campagne d'une semaine en faveur des contraceptifs oraux entre le premier et le deuxième sondages. Toutefois, les résultats n'en paraissent guère appréciables (voir Figure 1).

Douze mois après la distribution, les Hindoues montraient un taux d'usage de 2,5% plus élevé qui celui des Musulmanes (voir Tableau 2). Toutefois, dans la zone de contrôle la distinction fut beaucoup plus grande, sans doute parce que les femmes hindoues ont une plus grande mobilité et sont donc en mesure de visiter la clinique de Recherche sur la Fécondité au Matlab.

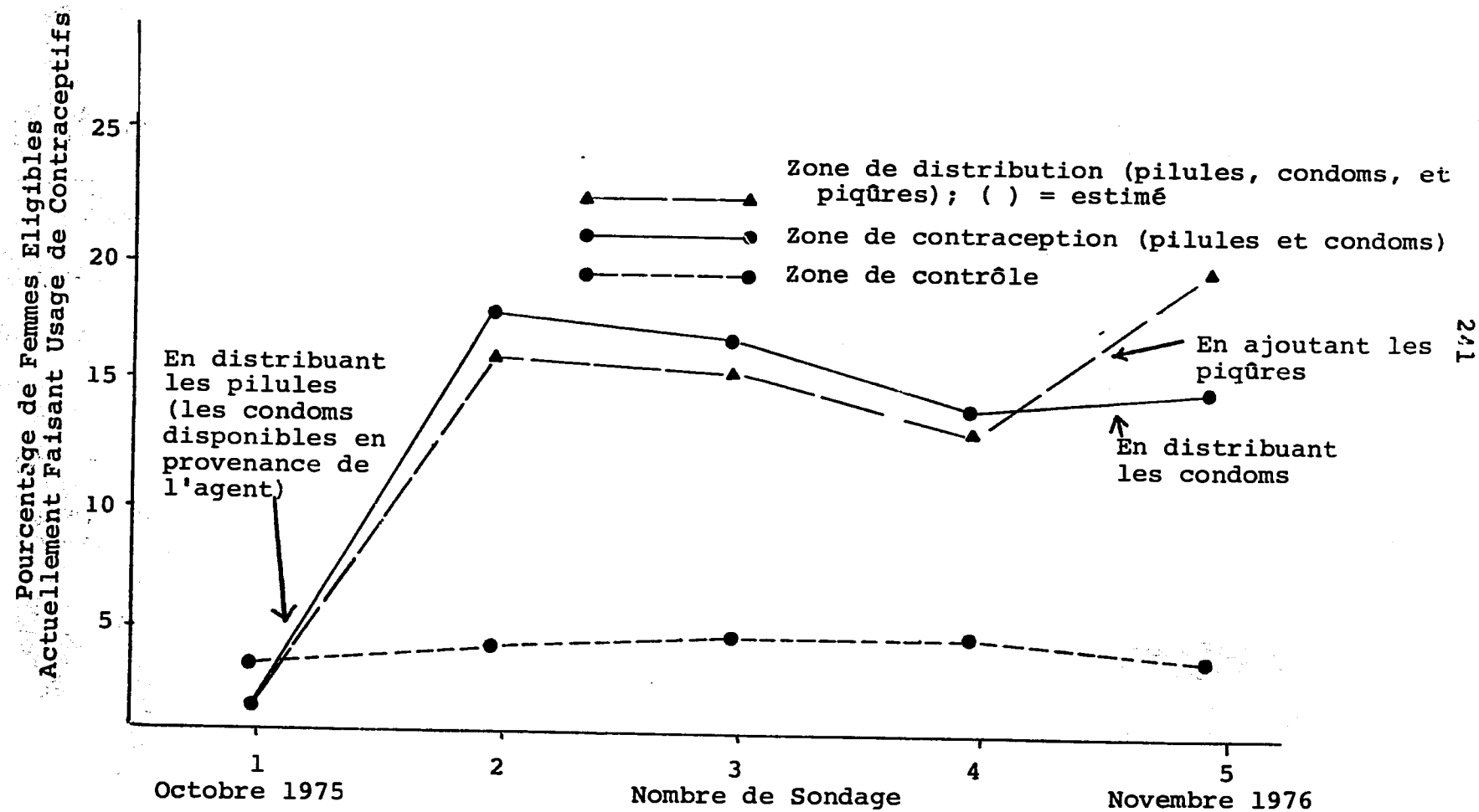



Fig. 1. Effets de la distribution sur les taux d'usage des contraceptives dans les régions de distribution de contraceptifs et de contrôle, obtenus par sondages au Matlab d'octobre 1975 à novembre 1976.

TABLEAU 2

TAUX D'USAGE DES CONTRACEPTIFS PAR LES HINDOUES
ET LES MUSULMANES 12 MOIS DE SONDAGE
MATLAB, NOVEMBRE 1976

| | Région de Distribution des Contraceptifs | | | Région de Contrôle | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hindoues | Musulmanes | Total | Hindoues | Musulmanes | Total |
| Taille de l'échantillon | 597 | 3.656 | 4.253 | 314 | 3.181 | 3.495 |
| Usage actuel: | | | | | | |
| Contraceptifs oraux | 10,1% | 10,4% | 10,3% | 8,3% | 1,5% | 2,1% |
| Condoms | 5,4% | 3,5% | 3,8% | 0,3% | 0,2% | 0,2% |
| Autres méthodes | 1,7% | 0,7% | 0,9% | 3,5% | 1,1% | 1,1% |
| Total | 17,1% | 14,6% | 14,9% | 12,1% | 2,8% | 3,6% |

[a]Toutes les femmes mariées fécondes entre 15 et 44 ans qui étaient présentes pour l'interview.

On a enregistré l'état menstruel de chaque femme au moment des interviews au cours des enquêtes trimestrielles. A cause des fluctuations saisonnières de la fécondité, une comparaison directe ne peut se faire entre les régions de distribution et celles de contrôle, excepté pour l'enquête sur 12 mois (Tableau 3). Au cours de cette enquête, on couvrit simultanément les deux régions, alors que les enquêtes précédentes avaient été conduites l'une après l'autre--d'abord dans la région de la distribution et ensuite dans celle du contrôle. La proportion des répondantes mentionnant une grossesse était de 15,3% dans la région de distribution et de 17,8% dans celle de contrôle. Il y avait un excédent dans la catégorie "reglée--prenant la pilule" en ce qui concerne la région de distribution, comme on s'y attendait. Correspondant à cela, un nombre moindre de femmes dans la région de distribution rapportèrent qu'elles étaient réglées de manière naturelle, et un nombre encore moindre rapportèrent une aménorrhée de post-partum (certaines des femmes en question s'étaient probablement déplacées vers la catégorie "réglées--prenant la pilule"). Ces données suggèrent que les femmes de la région de distribution paraissent avoir un taux de grossesse de 14% moindre que celui de la région de contrôle. Toutefois, la possibilité de préjugés dans les rapports indique qu'il faudrait obtenir les données sur les naissances avant de tirer des conclusions fermes.

## PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION EN RELATION AVEC L'AGE ET LA PARITE

Comme indiqué sur le Tableau 4, les utilisatrices se trouvent principalement dans le groupe âgé de 20 à 44 ans, avec le taux d'usage le plus élevé entre 35 et 39 ans. Les taux de l'usage augmentaient aussi très régulièrement pour les femmes de parité plus élevée (c.à.d. chiffre total de naissances d'enfants en vie par femme). On n'a pu déterminer aucune corrélation significative entre la pratique de la contraception et l'instruction ou occupation de la femme.

## EFFETS SECONDAIRES

Un sondage de 1.500 femmes ayant reçu des contraceptifs fut entrepris en vue d'examiner le problème des effets secondaires. Les résultats du sondage suggèrent que l'incidence des effets secondaires constituait un problème significatif; de plus, leur type et leur mode étaient quelque peu différents de ce qu'on escomptait. Les pertes de sang

TABLEAU 3

DIFFERENCES D'ETAT MENSTRUEL POUR TOUTES LES FEMMES MARIEES DE 15 A 44 ANS[a]
MATLAB, NOVEMBRE 1976

| Etat Menstruel | Région de Distribution de Contraceptifs | | Région de Contrôle | |
|---|---|---|---|---|
| | Fréquence | % | Fréquence | % |
| Réglées | 1.558 | 32,9 | 1.401 | 36,4 |
| Aménorrhée de post-partum | 1.204 | 25,4 | 1.091 | 28,3 |
| Enceintes | 725 | 15,3 | 685 | 17,8 |
| Ayant atteint la ménopause | 358 | 7,6 | 254 | 6,6 |
| Aménorrhée pour toute autre raison | 259 | 5,5 | 208 | 5,4 |
| Réglées--prenant la pilule | 455 | 9,6 | 79 | 2,1 |
| Indéterminé | 52 | 1,1 | 31 | 0,8 |
| Ne s'appliquant pas | 128 | 2,7 | 101 | 2,6 |
| Total | 4,739 | | 3,850 | |

[a]Chiffres provenant de l'enquête sur 12 mois.

TABLEAU 4

TAUX D'USAGE DES CONTRACEPTIFS ORAUX PAR LES FEMMES FECONDES ELIGIBLES A LA ZONE DE DISTRIBUTION PAR AGE ET PARITE[a]
MATLAB, AVRIL 1976

| Caractéristiques | Nombre Total Visité | Utilisatrices | |
|---|---|---|---|
| | | No. | % |
| Age: | | | |
| 15-19 | 755 | 35 | 4,6 |
| 20-24 | 849 | 98 | 11,5 |
| 25-29 | 805 | 145 | 18,0 |
| 30-34 | 891 | 209 | 23,5 |
| 35-39 | 628 | 169 | 26,9 |
| 40-44 | 292 | 51 | 17,2 |
| Inconnu | 476 | 19 | 4,0 |
| Total | 4.696 | 726 | 15,5 |
| Parité: | | | |
| 0-1 | 677 | 39 | 5,8 |
| 2-3 | 921 | 102 | 11,1 |
| 4-5 | 906 | 193 | 21,3 |
| 6-7 | 736 | 182 | 24,7 |
| 8-9 | 458 | 118 | 25,8 |
| 10+ | 193 | 69 | 35,8 |
| Inconnu | 805 | 23 | 2,9 |
| Total | 4.696 | 726 | 15.5 |

SOURCE: Khan et Huber, 1976.

[a]Chiffres provenant de l'échantillon de 20% sondé après six mois.

étaient un problème commun, mais les vertiges étaient plus significatifs en tant que cause de l'abandonnement de l'usage de la pilule. L'enquête trouva que:

- Le vertige (tête qui tourne, étourdissements) constituait la plainte la plus courante. Elle était plus fréquente chez les femmes arrêtant (53%) que chez celles continuant (39%) l'usage. Les pertes de sang en dehors des règles, les règles prolongées ou abondantes, et des sensations du brûlure étaient les plaintes dont la fréquence fut mentionnée en second lieu, mais elles n'étaient pas liées à la continuation.

- Trente pour cent de ces femmes ayant commencé à prendre la pilule s'étaient arrêtées. Un nombre notoirement plus élevé de celles qui s'étaient arrêtées que celui de celles continuant l'usage se sont plaintes d'effets secondaires. De celles commençant l'usage, 62% rapportèrent un ou plusieurs effets secondaires qu'elles attribuaient à l'usage de la pilule.

- Un usage incorrect évident fut noté parmi 12,5% des femmes prenant la pilule à un moment quelconque, et le taux en était plus élevé pour celles qui s'étaient arrêtées.

Le maniement des effets secondaires de la pilule pourrait devenir un aspect significatif du programme, et l'ultime accomplissement du programme pourrait dépendre de la manière dont ce problème sera traité. L'expérience obtenue du programme gouvernemental en faveur de la pilule, contribuée par des sources officielles, suggère que des consultations appropriées dans un but d'instruction est un point essentiel. Renseigner et rassurer les femmes sur la possibilité des effets secondaires leur permet d'anticiper et d'endurer leurs difficultés plus aisément. Dans ce sens, on pourrait suggérer qu'une partie des variations de l'usage de la pilule entre les villages pourrait bien provenir des variations entre les dais et leurs efforts en vue de conseiller et de rassurer les usagères potentielles. Des investigations plus étendues seraient indiquées cans ce domaine.

## DISTRIBUTION DE CONDOMS

Une distribution spéciale de condoms fut faite dans toute la région à l'aide des agents mobiles du sexe masculin et de la dai du village, avec des modes d'emploi graphiques

spéciaux sur l'usage du condom. Basés sur les préférences des villageois au cours de l'enquête préliminaire, les dessins étaient fort explicites. Toutefois, les aînés et les chefs musulmans du villages n'exprimèrent aucune opposition contre les dessins. Ce fait fut surprenant pour ceux qui s'attendaient à des objections dans cette société où les musulmans orthodoxes prédominent. La distribution dans les 143 villages ne rencontra aucune opposition à cause de cette approche.

On opina qu'un effort vigoureux d'instruction en vue de la distribution de condoms était nécessaire puisque cette méthode n'était guère en usage malgré sa disponibilité générale. Les condoms se trouvaient dans beaucoup de magasins et de bazars de marché depuis des années avant ce projet-ci, et l'usage du condom fut mentionné dans l'enquête de base comme n'étant que de 0,005% (un sur 18.634 couples). Après la distribution initiale, les condoms purent s'obtenir des dais dans chaque village. Malgré cette mise à disposition, le taux d'usage des condoms n'augmenta que de 1,2%, d'après le sondage au cours du neuvième mois. Trois mois après notre distribution spéciale, le taux en fut rapporté comme étant de 3,8%.

Des condoms en couleur furent distribués dans la moitié de la zone de distribution; dans l'autre moitié, des condoms non-colorés de fabrication identique furent distribués. On remit un mode d'emploi et une douzaine de condoms à chacun des quelque 45% des couples éligibles à recevoir la provision. Les agents mobiles rapportèrent que les couples trouvèrent les condoms en couleur plus attrayants de condoms non-colorés, mais d'autre part ils ne montrèrent aucune préférence entre les deux.

Trois mois après la distribution, il ne nous fut pas possible de discerner une différence significative entre les deux zones (voir Tableau 5). Toutes deux montrèrent un taux d'usage substantiellement accru; toutefois, les chiffres sont trop bas pour mener à des conclusions additionnelles en ce moment.

## INTRODUCTION DES CONTRACEPTIFS PAR PIQURE

Parce que l'intérêt avait accru en faveur des contraceptifs injectables offerts par un certain nombre de programmes gouvernementaux ou privés, il fut décidé, à la requête du gouvernement, d'évaluer le potentiel de cette méthode au sein du programme lorsqu'elle fut offerte en plus des condoms et des pilules. Par conséquent, nous avons

TABLEAU 5

TAUX D'USAGE DES CONTRACEPTIFS PAR COUPLES MARIES FECONDES PAR REGION DE DISTRIBUTION DE CONDOMS EN COULEUR OU NON MATLAB, NOVEMBRE 1976

| Femmes Approchées | Condoms en Couleur Distribués (N=2,507) | | Condoms Non-Colorés Distribués (N=1,757) | | Zones Combinées (N=4,264) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Usage actuel: | | | | | | |
| Contraceptifs oraux | 280 | 11,2 | 158 | 9,0 | 438 | 10,3 |
| Condoms | 88 | 3,5 | 73 | 4,2 | 161 | 3,8 |
| Autres méthodes | 20 | 0,8 | 17 | 1,0 | 37 | 0,9 |
| Total | 388 | 15,5 | 248 | 14,1 | 636 | 14,9 |

fourni cette méthode en même temps que condoms et les pilules de porte-à-porte dans six villages.

Un agent mobile accompagné par la dai du CRL dans chacun des six villages, introduisit la nouvelle méthode, expliquant ses effets secondaires potentiels et évitant toute insinuation que la pilule ou la piqûre soit supérieure. Les femmes eurent le choix entre la dose trimestrielle ou semestrielle et l'agent administrait la piqûre au bras. La dai et lui refirent des visites deux semaines après la visite initiale et ensuite tous les mois. A chaque visite, ils offrirent la pilule, des condoms, ou une piqûre à celles qui ne l'avaient pas acceptée précédemment, et s'enquirent au sujet de plaintes quelconques.

L'addition des piqûres en août 1976 augmenta l'usage des contraceptifs de 50% dans ces six villages. En novembre ces villages étaient restés à 33% au-dessus des villages-échantillons dans la zone de distribution (voir Tableau 6). De plus, le "mélange contraceptif" fit pencher la balance vers une méthode très efficace plutôt qu'une autre qui l'est moins (condoms).

TABLEAU 6

TAUX D'USAGE DES CONTRACEPTIFS PAR LES FEMMES MARIEES FECONDES ENTRE 15 ET 44 ANS DANS SIX VILLAGES ET A QUI ON A OFFERT DES CONTRACEPTIFS PAR PIQURE[a] MATLAB, OCTOBRE 1976-NOVEMBRE 1976

| Etat de l'Usage | Octobre 1975 (N=1,042) | | Février 1976 (N=947) | | Novembre 1976 (N=970) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Usage actuel: | | | | | | |
| Contraceptifs oraux | 10 | 1,0 | 151 | 16,0 | 33 | 3,4 |
| Condom | | | 1 | 0,1 | 10 | 1,0 |
| DIU | | | 1 | 0,1 | 2 | 0,2 |
| Piqûre | 1 | 0,1 | | | 140 | 14,4 |
| Stérilisation | | | 1 | 0,1 | 5 | 0,5 |
| Autres méthodes | | | | | 4 | 0,4 |
| Total | 11 | 1,1 | 154 | 16,2 | 194 | 20,0 |

[a]Par piqûre (Depo-Provera), ajouté en août 1976.

## SIGNIFICATION

On s'attend à ce que ce projet engendre des preuves utiles qui pourraient conduire à un meilleur accomplissement du programme. Les observations faites jusqu'ici dans l'intérim ont une signification importante pour le programme:

1. L'offre de contraceptifs à domicile a réussi à augmenter le niveau d'usage des contraceptifs d'environ 15%. Ceci indique quel niveau de pratique de la contraception le programme national pourra éventuellement atteindre avec un effort similaire. On pourrait en conclure que la différence des taux de pratique entre la région de

distribution et celle de contrôle peut être expliquée surtout par l'absence d'offre de contraceptifs.

2. Le taux d'usage est plus bas que la proportion de femmes (36%) ayant exprimé leur intention de pratiquer la contraception. Bien que cela soit attribuable en partie aux problèmes associés à la technologie, le modèle de variations d'un village à l'autre, et la tendance des usagers à s'agglomérer dans les stades initiaux, cela suggère l'existence d'autres déterminants des différences d'utilisation. Une catégorie importante de facteurs potentiels se rapporte aux caractéristiques des dais. Entre ces facteurs sont sa réputation, son manque d'expérience, la fréquence de ses visites, la nature et quantité des informations qu'elle donne pendant les consultations, et les avis rassurants qu'elle fournit en cas d'effets secondaires anticipés ou actuels.

3. Les variations d'un village à l'autre suggèrent également qu'en imitant dans les autres villages les conditions des villages où la pratique est élevée, il serait possible d'y porter l'usage de contraceptifs au maximum.

4. La tendance à l'agglomération des usagers dans les stades initiaux pourrait indiquer aussi que les usagers ont besoin du support mutuel d'autres usagers en leur famille, communauté, ou société. Une identification plus précise de ces facteurs pourrait encourager différentes approches envers la motivation.

5. L'approvisionnement avec un choix plus vaste de contraceptifs peut mener à un usage accru de contraceptifs (voir Figure 1).

## REFERENCES

Sirageldin, I.; Hossain, M.; and Caine, M. Family Planning in Bangladesh: An empirical investigation. Bangladesh Development Studies, Vol. 3, No. 1, January.

Pakistan Family Planning Council. 1973. Pakistan impact survey.

Ravenholt, R. T. 1976. Maximizing availability of contraceptives through household distribution. Keynote address delivered at the regional workshop on Village and Household Availability of Contraceptives, June 7-10, Manila, the Philippines.

Khan, A. R.; and Huber, D. H. 1976. Household contraceptive distribution program in rural Bangladesh--six months' experience. Paper presented at the regional workshop on Village and Household Availability of contraceptives, June 7-10, Manila, the Philippines.

# DISTRIBUTION A DOMICILE DES CONTRACEPTIFS AU BENGLADESH--L'EXPERIENCE URBAINE

Peggy Curlin
Mufaweza Khan[1]
Shama Choudhury[2]

Le gouvernement de la République Populaire du Bengladesh donne la plus haute priorité au planning familial. La majorité des efforts du gouvernement et des agences bénévoles ont leur base comme il convient dans les campagnes, puisque 90% de la population du Bengladesh habite la campagne. Quelques cliniques urbaines de planning familial existent dans la capitale, desservant environ 1,5 million d'habitants, et les contraceptifs sont en vente commercialement dans beaucoup de magasins dans toute la ville. Malheureusement, les femmes dans cette société musulmane conservatrice ne peuvent se rendre dans les cliniques ni dans les magasins, et peu d'entre elles savent comment employer les articles de planning familial que leurs maris pourraient leur apporter à la maison.

Un groupe de femmes, "Femmes s'Intéressant au Planning Familial" (Concerned Women for Family Planning) s'organisèrent à Dacca (Bengladesh) dans le but de mettre des contraceptifs à la disposition de leurs soeurs moins fortunées qui ne peuvent profiter des services offerts par les cliniques urbaines de planning familial. Cet effort bénévole de quartier est devenue un système de distribution dans les foyers, s'efforçant de mettre des contraceptifs à la disposition des femmes dans tous les quartiers de la ville de Dacca au moyen de son programme mobile, et d'étendre les services de planning familial aussi loin que possible dans tout le Bengladesh au moyen de son programme des Services d'Extension.

Ce projet fut conçu et mis en oeuvre avec l'objectif de traiter les femmes avec dignité et respect, et non pas comme des statistiques. Cette approche fut récompensée par la confiance des clientes dans les agentes mobiles. Ces agentes, faciles à identifier grâce aux insignes qu'elles arborent, constituent un rappel du réconfort et des conseils dont les femmes peuvent se prévaloir au seuil même de leurs demeures.

---

[1]Mufaweza Khan est directrice des Services d'Extension du Projet des Femmes s'Intéressant au Planning Familial.

[2]Shama Choudhury est directrice du Programme Mobile de Contraception des Femmes s'Intéressant au Planning Familial.

Le nombre de nouvelles acceptrices est devenu étonnamment élevé (voir Figure 1) pour un projet de la dimension de "Concerned Women," et continue à croître au fur et à mesure que les jeunes femmes se joignent au programme. Les données du présent rapport représentent la première année du projet, du 1er janvier 1976 au 1er janvier 1977; pendant ce temps, le projet s'est étendu d'une à huit régions urbaines, et a graduellement augmenté son personnel de 5 à 43 femmes.

Le degré élevé de continuation (71%) après 11 mois indique le succès de cette approche (voir Tableau 1). L'inclination de la courbe de taux de continuation (voir Figure 2) indique qu'un travail complémentaire rapproché, en mettant l'emphase sur l'enseignement de la méthode correcte, résulte en une diminution de l'abandon pendant les premiers stades, quand il faut s'attendre à ce que cet abandon soit le plus élevé.

## ZONE DU PROJET

Les Comités du Concile de l'Union (unités géopolitiques) de la ville furent choisis pour les zones du projet parce qu'on pouvait en obtenir, à l'aide du recensement national et de la régistration des couples, un dénominateur adéquat avec lequel évaluer le programme, et parce qu'un sondage aurait diverti les ressources du but de fournir des services. On n'essaya pas de saturer immédiatement les zones du projet. L'expansion à partir d'un seul district, ouvert en janvier 1976 au Bazar de Rayer, jusqu'aux 14 districts actuellement en opération, a pris place approximativement tous les trois mois. Une autre expansion se fera en avril et mai de cette année et complètera le but de desservir 24 des 29 comités d'union où la population est la plus dense et la plus entassée (voir Tableau 2).

## LA DIVISION MOBILE

Le projet comprend trois divisions: division mobile, extension, et administration. Chaque division a à sa tête une directrice ayant l'entière responsabilité de sa division et qui, avec la coordinatrice du projet de plus, est membre d'un comité exécutif, pour planifier et évaluer le travail.

Une équipe de cinq agentes mobiles dans chaque district est menée par l'organisatrice urbaine, qui entra au programme comme assistante mobile (le niveau d'entrée pour tout le personnel du projet), et qui a complété plusieurs mois d'apprentissage et de formation avant d'assumer ses

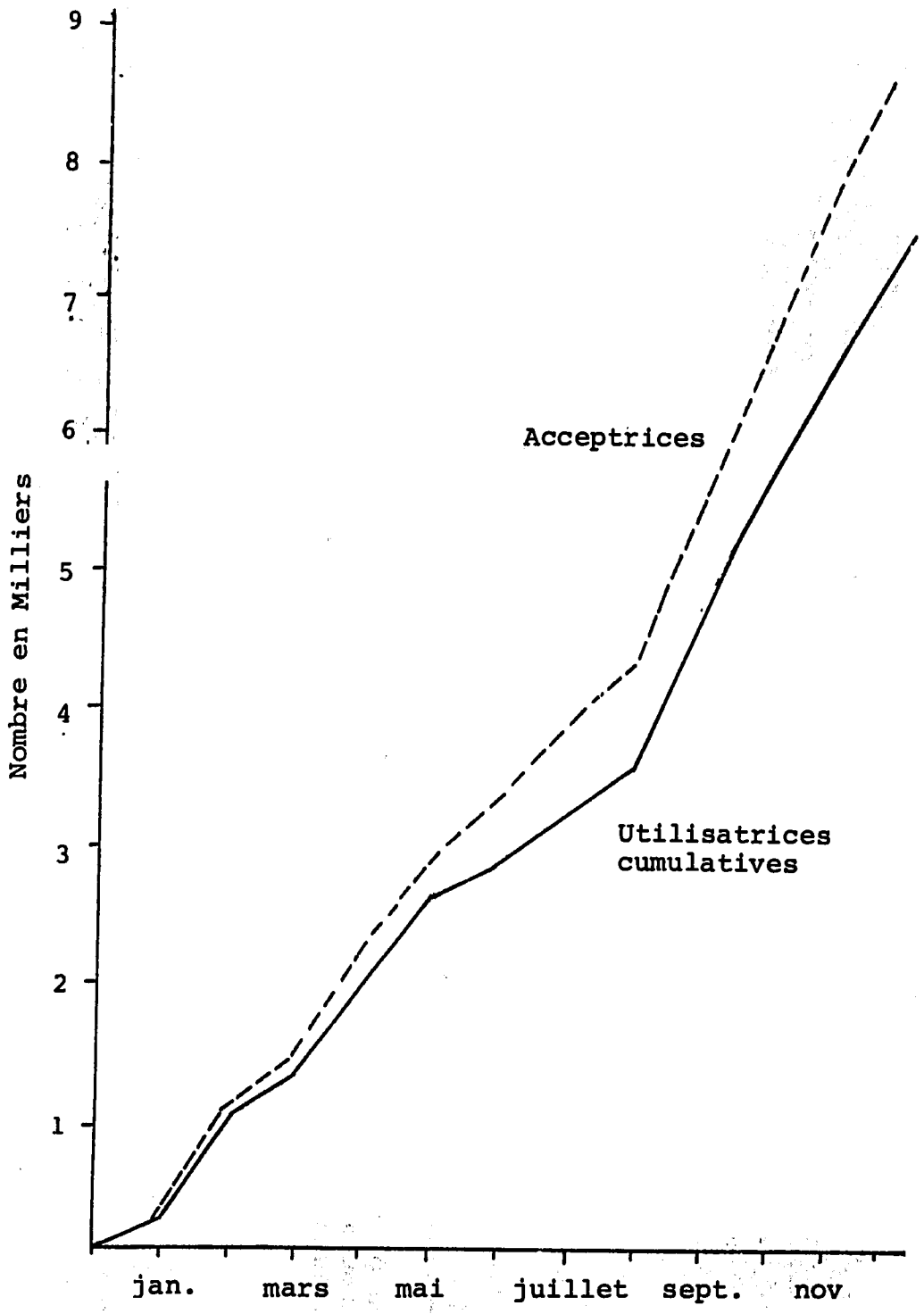



Fig. 1. Utilisatrices cumulatives et acceptrices de toutes les méthodes d'après les données obtenues du programme mobile.

TABLEAU 1

TABLE DE MORTALITE REPRESENTANT LA PROBABILITE DE PARTICIPATION CONTINUEE AU PROGRAMME "FEMMES S'INTERESSANT AU PLANNING FAMILIAL"[a]

| Intervalle (x) | Nombre de Femmes Qui Abandonnent dans l'Intervalle ($D_x$) | Nombre Qui Risquent d'Abandonner ($P_x$) | Probabilité d'Abandon ($q_x$) | Probabilité de Continuation ($p_x$) | Pourcentage Continuant au Début de l'Intervalle ($l_x$) |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 - 1 | 544 | 7.870 | ,06912 | ,93088 | 100,00 |
| 1 - 2 | 426 | 6.299 | ,06763 | ,93237 | 93,09 |
| 2 - 5 | 265 | 3.266 | ,08114 | ,91866 | 86,79 |
| 5 - 8 | 113 | 1.635 | ,06911 | ,93089 | 79,73 |
| 8 - 11 | 8 | 194 | ,04124 | ,95876 | 74,22 |
| 11 - 14 | | | | | 71,16 |

[a]On n'a procédé à aucune rectification du nombre de femmes qui risquent d'abandonner pour celles se trouvant dans un intervalle non-complété lorsque les données ont été recueillies en vue de la présente analyse. On n'a inclus que les données des intervalles complétés.

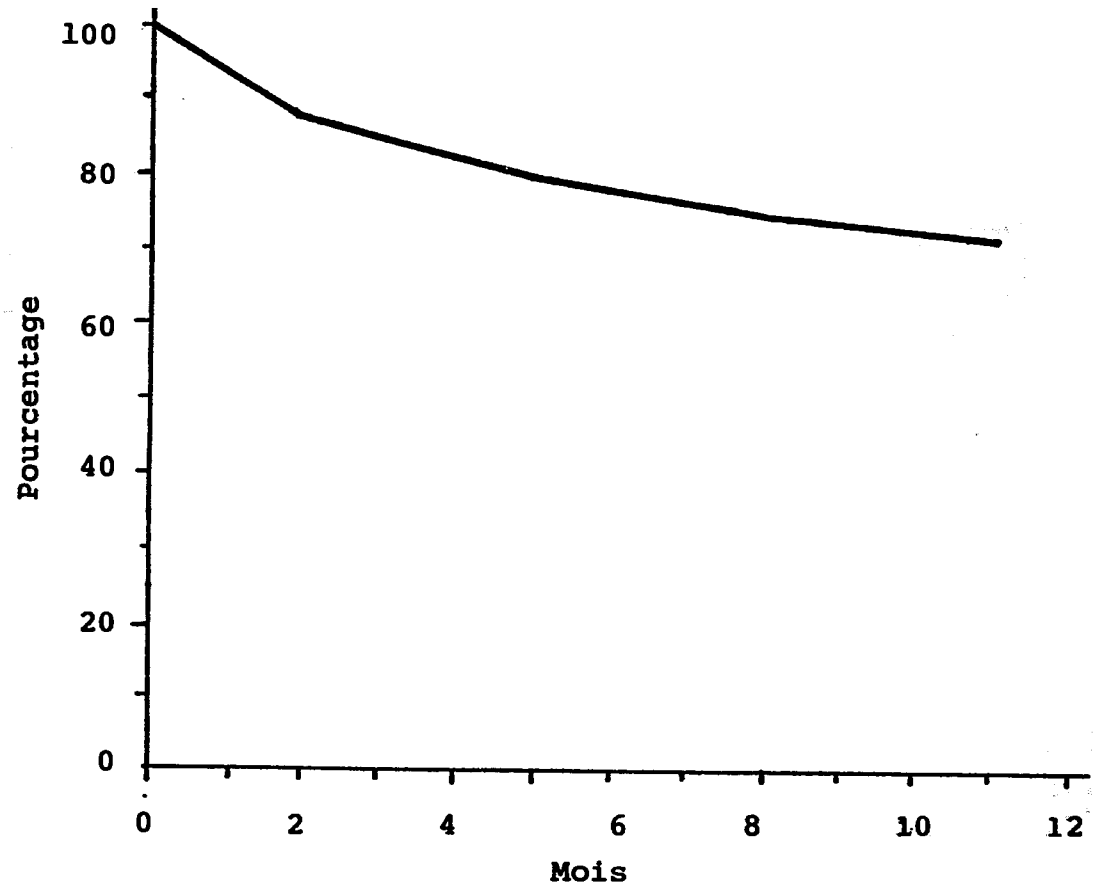



Fig. 2. Courbe de continuation--toutes méthodes

TABLEAU 2

NOMBRE ET POURCENTAGE DES FEMMES ELIGIBLES ACTUELLEMENT UTILISATRICES ET CONTINUELLEMENT ENROLEES PAR DISTRICT DES "FEMMES S'INTERESSANT AU PLANNING FAMILIAL" (CWFP)

| District[a] | Mois de Travail | Population[b] | Nombre de Femmes Eligibles | Utilisatrices Actuelles[c] | | Continuant à être Enrôlées | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Nombre | % | Nombre | % |
| Rayer Bazar | 12 | 74.685 | 12.135 | 1.308 | 10,8 | 1.602 | 13,2 |
| Kamalapur | 11 | 46.705 | 7.332 | 1.070 | 14,6 | 1.563 | 21,3 |
| Lalbagh | 9 | 50.801 | 8.563 | 1.276 | 14,9 | 1.531 | 17,9 |
| Dewan Bazar et Siddique Bazar | 9 | 61.720 | 10.168 | 1.226 | 12,5 | 1.304 | 12,8 |
| Chawk Bazar | 4 | 36.000 | 5.601 | 728 | 13,0 | 788 | 14,1 |
| Hazaribah | 4 | 35.248 | 6.187 | 917 | 14,8 | 1.013 | 16,4 |
| Khilgaon[d] | 4 | 74.556 | 12.243 | 365 | 3,0 | 419 | 3,4 |
| Moulavi Bazar et Katra | 4 | 48.534 | 7.773 | 603 | 7,8 | 629 | 8,1 |
| Total | | 428.249 | 70.002 | 7.493 | 10,7 | 8.849 | 12,6 |

[a]Les districts CWFP correspondent à un comité du concile de l'union. Dans certains cas deux unions sont combinées en un district CWFP.

[b]Chiffres redressés venant du recensement de 1974 au Bengladesh, pour une croissance annuelle de 3%.

[c]Femmes de 15 à 44 ans; 38,1% des femmes enregistrées par l'Office du Recensement.

[d]Un cercle de recensement, code 392903, a été omis de ce grand district. Il sera combiné avec le district des CWFP de Rajarbagh.

responsabilités de direction. Elle est sur place tous les jours, et a la charge supplémentaire de transcrire les données du travail dans les districts sur les formulaires mensuels cumulatifs. Une fois par semaine, elle accompagne à une clinique de planning familial les femmes de son district désirant les services d'une clinique.

On met l'accent sur la qualité du travail plutôt que sur sa quantité. On ne donne pas à l'équipe de quota pour de nouvelles acceptrices, mais un sens subtil de concurrence avec les autres districts maintient le nombre de nouvelles recrues à un niveau élevé (approximativement 150 nouvelles acceptrices par district par mois). Le travail en équipe aide à la formation continue--les meilleures solutions des problèmes rencontrés sur place par une équipe peuvent être développées par une autre équipe ayant eu des problèmes similaires. Ce partage des problèmes et des solutions est la base des sessions de formation continues qui se tiennent mensuellement pour tout le personnel mobile.

Quand on ajoute un nouveau district, deux agentes mobiles d'un district existant forment le noyau d'une équipe nouvelle, l'une d'elles devenant l'organisatrice urbaine. Deux nouvelles assistantes mobiles venant d'un district existant et trois nouvelles assistantes mobiles pour le district en formation sont recrutées parmi les résidentes locales. De cette façon, un personnel bien formé supplée la formation sur place pour les nouvelles recrues.

## ENREGISTREMENT DES DONNEES

On rassemble sur le terrain des données qui fournissent des directives explicites pour trouver la cliente (ce qui n'est pas toujours facile, avec les maisons mal numérotées dans les quartiers de la ville les plus anciens et les plus surpeuplés), et pour évaluer les avances du programme. On se sert de fiches compactes de 3" x 5" pour enregistrer la parité, le nombre d'enfants en vie, le nombre de fils, l'âge du dernier enfant, et la provision de contraceptifs distribués. A chaque visite chez l'acceptrice, on note la nouvelle provision, ou les raisons de discontinuation, ou éventuellement un changement de méthode de la part de la cliente.

## ACCEPTRICE

Les clientes sont recrutées principalement dans les taudis de chaque district. La majorité d'entre elles sont

des Musulmanes de la campagne ayant émigré vers la ville avec leur mari et leur famille pour trouver du travail, ou pour échapper aux conditions des régions rurales. La majorité de leurs maris sont des travailleurs à la journée ne possédant pas de terre. La plupart de ces femmes observent le purdah et ne quittent pas la maison, même pour faire le marché ou chercher de l'eau aux pompes de la ville. Il se peut qu'elles vivent au sein d'un famille étendue où la belle-mère joue un rôle dominant. Si elles ont laissé leur famille au village, toutefois, elles ont tendance à se réunir avec d'autres femmes venant de la même région rurale. C'est ainsi que les coutumes et traditions villageoises se maintiennent.

La migration dans les deux sens est fréquente et saisonnière. Le district 2, Kamalapur, qui se trouve derrière la gare centrale, est un exemple d'un quartier où de nombreuses discontinuations sont dues à la migration. Kamalapur est souvent la première adresse des émigrants ruraux avant qu'ils trouvent du travail dans des autres quartiers de la ville; les résidents saisonniers viennent aussi travailler à la ville quand la récolte du riz est terminée au village, et ils y retournent au moment de planter la prochaine récolte.

Parce que l'âge indiqué est notoirement d'une véracité douteuse (Siragelden et al., 1975), la parité des clientes constitue l'estimation la meilleure de leur âge (voir Tableau 3). La parité moyenne de toutes les acceptrices de n'importe quelle méthode du programme est de 4,2, indiquant que l'âge moyen de l'acceptrice est d'environ 30 ans, si elle avait 16 ans lors de son mariage (Chowdhury et al., n.d.). Le nombre moyen d'enfants vivants d'une acceptrice de n'importe quelle méthode contraceptive est de 3,2.

## METHODES CONTRACEPTIVES

Les femmes qui allaitent et font de l'aménorrhée sont suivies chaque mois jusqu'à la reprise de leurs règles, et dans ce cas elles peuvent avoir besoin qu'on leur laisse à nouveau des instructions sur le mode d'emploi de la pilule. Si elles tombent enceintes ou ne commencent pas à se servir de leur provision, on les compte comme ayant abandonné le programme (voir Tableau 4). Si la cliente est devenue enceinte sans avoir eu ses règles dans l'intervalle, on l'encourage à se servir de condoms ou d'un DIU, deux méthodes satisfaisantes pour la mère qui allaite.

La stérilisation (principalement le procédé de minilaparotomie) est choisie par 4% des acceptrices. Le nombre

TABLEAU 3

NOMBRE MOYEN D'ENFANTS EN VIE ET PARITE PAR METHODE

| Méthode | Nombre d'Acceptrices[a] | Nombre Moyen d'Enfants en Vie | Nombre Moyen d'Enfants Mis au Monde |
|---|---|---|---|
| A Domicile | | | |
| Pilules et condoms | 8.328 | 3,0 | 4,0 |
| En clinique | | | |
| DIU | 34 | 3,4 | 4,1 |
| Piqûre | 142 | 4,6 | 5,7 |
| Ligature | 299 | 5,6 | 6,5 |
| Total | 8.695 | 3,2 | 4,2 |

[a]Seulement les acceptrices dont le nombre d'enfants est connu figurent ci-dessus.

TABLEAU 4

ACCEPTATION ET DISCONTINUATION PAR METHODE

| Méthode | Acceptations | | Discontinuations | | Changement de Méthode | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| A Domicile | | | | | | |
| Pilules | 7.248 | 81,9 | 1.233 | 17,0 | 91[a] | 1,1 |
| Condoms | 1.093 | 12,4 | 109 | 10,0 | | |
| En Clinique | | | | | | |
| Piqûre | 157 | 1,8 | 13 | 8,3 | 28[b] | 17,8 |
| DIU | 35 | 0,4 | 1 | 2,9 | 4[b] | 11,4 |
| Ligature | 316 | 3,6 | 0 | 0,0 | | |
| Total | 8.849 | 100,1 | 1.356 | 15,3 | 123 | 1,6 |

[a]Changement de méthode du domicile à la clinique--28 en faveur de la piqûre, 7 pour le DIU, et 54 pour la ligature des trompes.

[b]Changement de méthode de la clinique au domicile.

moyen d'enfants est élevé, 5,6, ainsi que la parité, 6,5. Il faut remarquer toutefois que les femmes ayant moins de trois enfants ne sont pas motivées vers la ligature des trompes, car le taux de mortalité infantile est élevé (140 par 1.000) (Curlin et al., 1975), et le prestige d'une femme dans sa famille et dans la communauté dépend encore de ses enfants en vie.

Les clientes qui reçoivent des piqûres de contraceptifs (depomedhydroxyprogestérone) dans les cliniques urbaines ont une moyenne de 4,6 enfants en vie, ce qui est entre celle des acceptrices de pilules et condoms, et de la ligature. Ceci peut indiquer qu'elles emploient une méthode de planning familial qu'elles croient être plus permanente et plus sûre que pilules et condoms, mais qui est réversible. Bien que seulement un pourcentage peu élevé de clientes acceptent le DIU, leur moyenne d'enfants en vie, 3,4, est la plus basse parmi les acceptrices des services en clinique. Cette méthode acquit une mauvaise réputation lorsqu'elle fut employée dans des conditions douteuses dans les villages. Des primes d'encouragement compliquèrent encore davantage un programme de distribution mal planifié, lequel, de plus, n'offrit que peu ou pas de visites subséquentes. Bien que le DIU ne soit pas une méthode populaire en ce moment au sein de notre programme, son acceptation pourrait augmenter quand les agentes mobiles, qui commencent elles-mêmes à se servir de cette méthode, pourront relater son succès à leurs clientes.

D'après le profil des acceptrices de pilules et condoms du projet, il semblerait que le but idéal du planning familial a déjà été atteint. Le nombre modal d'enfants en vie de ces acceptrices est la famille de deux enfants, comme désiré (voir Figure 3). On ne donne pas de motivation particulière aux femmes qui ont peu d'enfants, car chaque acceptrice importe à l'agente mobile. Dans certains cas, les femmes ayant trois enfants au moins reçoivent une attention speciale, dans l'attente qu'elles puissent accepter la stérilisation. Toutefois, alors que 60% des acceptrices des pilules et condoms à domicile ont tout au plus trois enfants, 60% des clientes dans les cliniques ont au moins cinq enfants (voir Tableau 5).

L'argument en faveur de la distribution à domicile est encore renforcé par une comparaison de la fréquence de distribution des enfants en vie appartenant à une coupe de femmes bengalaises comparées avec les acceptrices urbaines. Une proportion plus forte de femmes n'ayant que deux enfants acceptent les services de planning familial à domicile (17,6%) que les femmes ayant cinq ou plus d'enfants (12,6%) (voir Tableau 6). Il est aussi frappant de noter que la proportion des femmes n'ayant qu'un enfant qui pratiquent le planning familial (12,4%) est presque la même que la

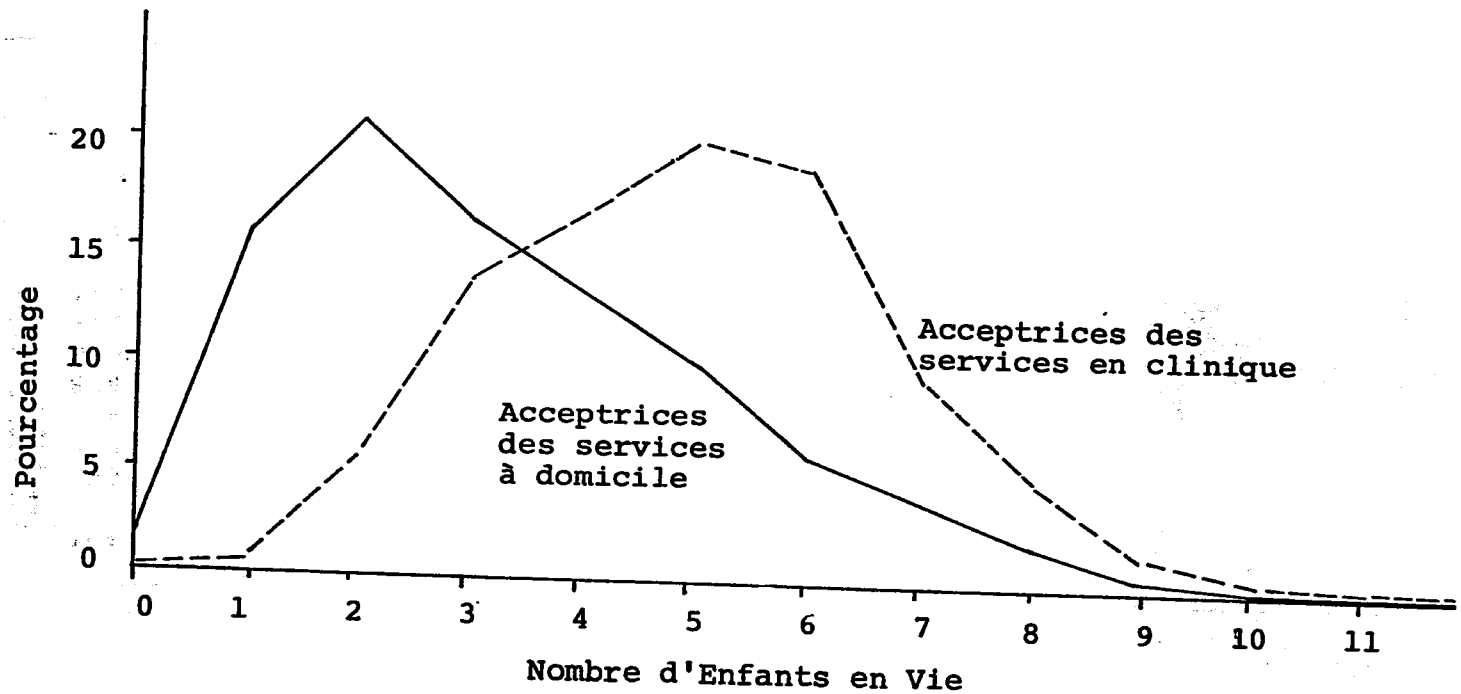



Fig. 3. Fréquence de la distribution chez les acceptrices des services à domicile et en clinique en 1976, par nombre d'enfants dans la famille.

TABLEAU 5

FREQUENCE DE DISTRIBUTION DES NOMBRE ET POURCENTAGE D'ENFANTS VIVANTS PAR METHODE

| Nombre d'Enfants En Vie | A domicile[a] (Pilules et Condoms) | | Clinique[b] | | | | | | Total En Clinique | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Piqûre | | DIU | | Ligature | | | |
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| 0 | 264 | 3,2 | 0 | - | 0 | - | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 |
| 1 | 1.440 | 17,3 | 3 | 2,1 | 3 | 8,8 | 1 | 0,3 | 7 | 1,5 |
| 2 | 1.853 | 22,5 | 13 | 9,2 | 6 | 17,6 | 6 | 2,0 | 25 | 5,3 |
| 3 | 1.487 | 17,9 | 32 | 22,5 | 7 | 20,6 | 26 | 8,7 | 65 | 13,7 |
| 4 | 1.098 | 13,2 | 29 | 20,4 | 7 | 20,6 | 54 | 18,1 | 90 | 19,0 |
| 5 | 874 | 10,5 | 24 | 16,9 | 7 | 20,6 | 67 | 22,4 | 98 | 20,6 |
| 6 | 599 | 7,2 | 22 | 15,5 | 3 | 8,8 | 63 | 21,1 | 88 | 18,5 |
| 7 | 344 | 4,1 | 9 | 6,3 | 0 | - | 38 | 12,7 | 47 | 9,9 |
| 8 | 189 | 2,3 | 5 | 3,5 | 1 | 2,9 | 18 | 6,0 | 24 | 5,1 |
| 9 | 84 | 1,0 | 2 | 1,4 | 0 | - | 15 | 5,0 | 17 | 3,6 |
| 10 | 54 | 0,6 | 1 | 0,7 | 0 | - | 7 | 2,3 | 8 | 1,7 |
| 11 | 29 | 0,3 | 0 | - | 0 | - | 3 | 1,0 | 3 | 0,6 |
| 12+ | 13 | 0,2 | 2 | 1,4 | 0 | - | 0 | - | 2 | 0,4 |
| Total | 8.328 | 100,3 | 142 | 99,9 | 34 | 99,9 | 299 | 99,9 | 475 | 100,1 |

[a]Pourcentage d'acceptrices avec trois enfants ou moins = 60,9%.

[b]Pourcentage d'acceptrices avec cinq enfants ou plus = 60,4%.

TABLEAU 6

PROPORTION DE FEMMES ELIGIBLES ACCEPTANT LES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL PAR NOMBRE D'ENFANTS

| Méthode | Nombre d'Enfants En Vie | Nombre d'Acceptrices[a] | Nombre de Femmes Eligibles dans la Population[b] | Pourcentage de Femmes Eligibles Acceptrices |
|---|---|---|---|---|
| A Domicile (pilules et condoms) | 0 | 264 | 12.516 | 2,1 |
| | 1 | 1.440 | 11.620 | 12,4 |
| | 2 | 1.853 | 10.535 | 17,6 |
| | 3 | 1.487 | 9.752 | 15,2 |
| | 4 | 1.095 | 8.232 | 13,3 |
| | 5+ | 2.186 | 17.332 | 12,6 |
| Toutes Méthodes (à domicile et en clinique) | 0 | 265 | 12.516 | 2,1 |
| | 1 | 1.447 | 11.620 | 12,5 |
| | 2 | 1.878 | 10.535 | 17,8 |
| | 3 | 1.552 | 9.752 | 15,9 |
| | 4 | 1.185 | 8.232 | 14,4 |
| | 5+ | 2.473 | 17.332 | 14,3 |

[a]Seules les femmes dont on connaît le nombre d'enfants en vie sont comprises.

[b]Calculé sur la base de la répartition de femmes fécondes et enceintes par le nombre de leurs enfants en vie. Communication personnelle de données préliminaires en provenance de l'Enquête sur la Fécondité au Bengladesh.

proportion des femmes ayant cinq enfants ou plus qui pratiquent le planning familial (12,6%). L'explication la plus logique du mode d'usage des méthodes à domicile est que les Bengalaises s'en servent de la même façon dont on s'en sert dans le reste du monde--c.à.d. pour permettre l'espacement à court terme, ou pour permettre à la cliente d'attendre que ses enfants aient grandi avant de choisir la stérilisation.

## RAISONS DE DISCONTINUATION

Les raisons de discontinuation que les femmes donnent ont eu beaucoup d'importance pour aider à améliorer la qualité du programme, en fournissant de meilleures instructions et de l'appui aux clientes subséquentes. La majorité de celles qui abandonnent sont perdue pour la continuation (voir Tableau 7).

Les raisons sociales et culturelles (défense de la religion et défense du mari) n'expliquent que 9% des discontinuations. On avait cru que ces barrières constituaient des empêchements bien plus importants. Ou les attitudes envers la contraception ont changé, ou bien on avait surestimé ces barrières dans le passé.

Les effets secondaires comptent pour seulement 6% du total des discontinuations; ceci pourrait être dû à une approche positive du traitement de la cliente avec encouragement, compassion, ainsi que des remèdes simples et à bon marché pour les problèmes mineurs. Par exemple, les vertiges--l'un des effets secondaires le plus souvent mentionné--sont traités avec de la cassonade et de l'eau, ce qui est généralement considéré comme calmant et agissant plus ou moins comme un tonique. Il est intéressant de noter qu'il y a très peu de femmes abandonnant le programme qui ont eu des pertes de sang. On croyait que le dosage de Norinyl 1/50 était trop faible pour les Bengalaises, et que les pertes de sang soient une cause majeure de discontinuation. Une femme seulement s'est arrêtée pour cette raison. D'après ce programme, de telles difficultés peuvent être attribuées presque exclusivement à l'usage non-séquentiel de la pilule. L'examen du paquet au cours du premier mois, afin d'instruire à nouveau la cliente si besoin est, a presque complètement éliminé cet effet secondaire. Quatre pour cent additionnel des clientes s'arrêtent parce qu'elles désirent une marque de pilule qui n'est pas offerte par les agentes mobiles. Il se peut que ces discontinuations reflètent des difficultés avec les effets secondaires également. Comme la marque la plus fréquemment nommée est un produit commercial

TABLEAU 7

RAISONS CITEES POUR LA DISCONTINUATION
TOUTES METHODES

| Catégorie | Raison Citée | Catégorie | | Raison Citée | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Nombre | % | Nombre | % |
| Impossible à suivre | | 714 | 52,7 | | |
| | A déménagé | | | 634 | 46,8 |
| | Aucune trace | | | 80 | 5,9 |
| Raisons personnelles | | 364 | 26,8 | | |
| | Enceinte | | | 189 | 14,0 |
| | Désire un enfant | | | 85 | 6,3 |
| | (fils 31%) | | | | |
| | (fille 12%) | | | | |
| | Marque préférée | | | 59 | 4,4 |
| | (Lyndiol 53%) | | | | |
| | (Ovastat 27%) | | | | |
| | Trop âgée | | | 15 | 1,1 |
| | Divorcée | | | 10 | 0,7 |
| | Veuve | | | 6 | 0,4 |
| Raisons socio-religieuses | | 123 | 9,1 | | |
| | Défense du mari | | | 97 | 7,1 |
| | Défense de la religion | | | 26 | 1,9 |
| Effets secondaires | | 80 | 5,9 | | |
| | Vertiges | | | 28 | 2,1 |
| | Faiblesse | | | 18 | 1,3 |
| | Maux de tête | | | 15 | 1,1 |
| | Pertes de sang | | | 14 | 1,0 |
| | (abondantes 71%) | | | | |
| | (légères 21%) | | | | |
| | (taches 7%) | | | | |
| | Vomissements | | | 5 | 0,4 |
| Santé | | 31 | 2,3 | | |
| | Maladie | | | 24 | 1,7 |
| | Pression artérielle | | | 4 | 0,3 |
| | Avis du docteur | | | 3 | 0,2 |
| Autres raisons | | 44 | 3,2 | 44 | 3,2 |
| Total | | 1.356 | 100,0 | 1.356 | 99,9 |

que certaines croient supérieur parce que c'est le produit le plus cher sur le marché, toutefois, ceci pourrait en fait être un forme de snobisme.

Les femmes qui s'arrêtent parce qu'elles désirent avoir un autre enfant le font sur une base rationnelle--elles se servent de contraceptifs en vue d'espacer leurs enfants. Leur moyenne d'enfants en vie est de 1,7. Même les femmes qui ne nous font pas part de leur intention d'abandonner mais qui nous disent plus tard qu'elles sont enceintes, ont une moyenne d'enfants en vie--2,4--plus faible que celle des acceptrices en général.

## PROGRAMME D'EXTENSION

Une grande part du programme d'extension est confié aux aides volontaires. Quarante-quatre hommes et femmes ont accepté d'être instruits sur les méthodes de planning familial et d'offrir motivation et services à leurs voisins, collègues, et villages d'origine. Ils prennent de simples notes qui n'ont de signification que pour eux-mêmes. Aucun effort n'est fait en vue d'établir un système d'enregistrement uniforme autre que celui de donner aux travailleurs volontaires un petit cahier de notes dans lequel ils inscrivent le nom de leurs accepteurs et acceptrices.

Aucun effort n'a encore été fait pour recueillir ces données, vérifier la continuation, etc. . . ., car les projets sont très dispersés. Pour le présent rapport, nous estimons que six cycles de pilules et une demi-grosse de condoms représentent un client du programme d'extension. Un total de 15.894 cycles de pilules et 153 grosses de condoms ont été distribués par les volontaires en 1976.

La directrice des services d'extension a suppléé à la formation, et a présidé de franches discussions de méthodes contraceptives dans des usines, des coopératives de femmes, et des associations d'assistance sociale. Elle fut confondue de la franchise avec laquelle ces femmes parlèrent du planning familial, et du fait qu'elle-même fut répondre à leurs questions sans le moindre embarass.

## COUT

Le coût d'une acceptrice dans toutes les parties du programme--distribution à domicile, extension, et services en clinique--fut de US $1,90 pour la première année du projet (voir Tableau 8). Ceci ne reflète pas le coût des approvisionnements qui furent données gratis, ou le coût de deux véhicules, dont on se sert pour le transport de clientes

TABLEAU 8

FEMMES S'INTERESSANT AU PLANNING FAMILIAL
COUT PAR ACCEPTRICE[a]

| Titres des Budgets | A Domicile | Cliniques | Extension | Tous Territoires |
|---|---|---|---|---|
| Salaires[b] | $10.234,87 | $3.490,67 | $ 970,73 | $14.696,27 |
| Déplacements[c] | 437,20 | 2.509,80 | 124,80 | 2.621,80 |
| Equipement[d] | 264,60 | 14,73 | 14,73 | 294,06 |
| Autres frais directs | 3.955,20 | 219,73 | 219,73 | 4.394,66 |
| Total | $14.891,87 | $5.784,93 | $1.329,99 | $22.006,79 |
| Nombre d'acceptrices | 8.373 | 599 | 2.726 | 11.575 |
| Coût par acceptrice | $1,78 | $9,66 | $0,49 | $1,90 |

[a]Taka au taux de change de 15:1 avec les dollars E.U.

[b]Coûts du personnel de bureau répartis d'après la répartition des coûts du personnel effectuant les services à domicile: 20% du temps du personnel mobile se passe à recruter et à prendre soin des clientes des cliniques.

[c]Coût des indemnités de déplacement d'un district à l'autre dans le programme à domicile: 80% de l'essence et des frais d'entretien des véhicules au service des cliniques.

[d]Sans compter le matériel et les véhicules donnés ou prêtés.

des cliniques, qui ont été données ou prêtés à notre organisme. Le budget ne permet pas non plus de dépréciation des dépenses du capital.

Les acceptrices les moins coûteuses sont celles des programmes d'extension. Bien que seulement une estimation approximative du nombre d'acceptrices soit possible actuellement, les volontaires recrutant une acceptrice coûtent au programme approximativement US $0,49. Les acceptrices qui coûtent le plus au programme sont celles qui acceptent un service quelconque d'une clinique; le coût de leur transport et de leur surveillance subséquente fut de US $9,66 pour chaque acceptrice. Les acceptrices dans les foyers ont coûte jusqu'ici au programme US $1,78, y compris les visites subséquentes et le réapprovisionnement.

Un aperçu simpliste de la situation financière semblerait indiquer que les clientes acceptant le service d'une clinique coûtent un montant disproportionné, alors que ceci constitue l'un des aspects les plus satisfaisants personnellement, à la fois pour les agentes mobiles et pour les acceptrices individuelles. A l'avenir, les frais pourront être efficacement diminué au fur et à mesure que l'acceptation augmente pour toutes les méthodes, et peut-être le coût des services de clinique pourra-t-il être abaissé en administrant des piqûres à domicile, lorsque leur usage se généralisera.

## PROBLEMES

Le problème des usagères continues peut causer autant de soucis que celui des usagères qui abandonnent. Les cas pris en charge dans le district le plus ancien exigent maintenant plus de 500 visites de surveillance chaque mois. Après les deux premières visites au cours des deux premiers mois, on revisite une cliente tous les trois mois pour la réapprovisionner. Le plan original de l'organisme prévoyait que des volontaires assumeraient un certain degré de responsabilité pour réapprovisionner les femmes de leur quartier. On pensait qu'un modeste paiement au dépositaire l'aiguillonnerait pour lui faire suivre les clientes qui ne viendraient pas d'elles-mêmes se réapprovisionner. Toutefois, ces paiements sont une source de désordre et de temps perdu à parler argent plutôt que planning familial. On pourrait aussi mettre en question le degré de formation et de connaissance des volontaires.

On demanda aux femmes qui devinrent des utilisatrices régulières de devenir dépositaires pour les urgences et d'arborer l'insigne des "Concerned Women" sur leur maison.

Dans les cas où une urgence civile ou le mauvais temps empêche l'équipe de se rendre à domicile pendant un certain temps, ces femmes approvisionneraient leur quartier. A l'avenir, une formation en groupe sera donnée à ces femmes, non seulement pour augmenter leurs connaissances de toutes les méthodes de planning familial, mais aussi pour leur donner un sens de participation au sein de l'organisme.

Les femmes qui furent motivées et transportées pour être stérilisées constituèrent une grande responsabilité. Les soins post-opératoires suivant la stérilisation exigent de 10 à 15 visites pour couper les sutures, changer les pansements, et rassurer la cliente et sa famille en cas de complications.

Convaincre les clientes et leur maris d'avoir confiance en les agentes mobiles et de se confier à elles n'était pas difficile. Il était un tant soit peu plus difficile de convaincre les professionnels (habituellement des hommes) que des femmes sans qualifications académiques peuvent et doivent exprimer des opinions sur la pratique du planning familial, ou participer à des congrès où se discute la politique de la population ou de la recherche.

Les femmes dans toutes les parties du monde devraient se rendre compte de leur valeur en tant que consommatrices expérimentées de produits et de services de planning familial. Elles devraient exiger d'être représentées à tous les niveaux des programmes de planning familial, et non pas seulement comme agentes mobiles et intervieweuses. Elles devraient s'exprimer clairement en matière de politique de la population sous considération et aussi de recherche. Ceux qui décident de la politique à suivre ne sont que trop aveugles au sujet du détriment causé aux femmes par des mesures telles que les primes, surtout aux femmes pauvres. Les programmes de recherche qui se sont servis de femmes comme sujets sans prendre en considération les questionnaires s'enquérant de leurs avortements, vie sexuelle, et revenus du mari, les font se détourner des services auxquels elles n'ont eu que récemment le courage de s'adresser.

## CONCLUSION

Voici quelques conclusions que nous pouvons tirer actuellement de l'expérience limitée du programme avec les femmes des villes:

- La distribution à domicile des contraceptifs est le seul moyen de répandre leur usage au sein d'une société où les femmes pour lesquelles ces méthodes furent conçues sont difficiles à atteindre pour des raisons sociales, économiques, ou culturelles.

- La distribution à domicile est à bon marché et efficiente dans les sociétés à main-d'oeuvre intensive, si le but du programme est de fournir ce service, et non pas la recherche.

- En posant seulement les questions qui sont essentielles pour trouver une cliente en vue de la réapprovisionner et pour évaluer le progrès du programme, un paperasserie encombrante peut être éliminée et les secrets de la cliente peuvent être sauvegardés.

- Les agentes mobiles qui sont elles-mêmes acceptrices du planning familial en constituent les meilleurs émissaires.

- La direction sur le terrain est essentielle pour le moral et le soutien du personnel mobile, et pour leur instruction et formation continues.

- La surveillance consistante des acceptrices est la clé de voûte de la continuation.

- Suivre la cliente en se concentrant surtout sur les premiers mois de son enrôlement dans le programme aide à réduire les discontinuations prématurées en offrant encouragement, compassion, et support moral durant la période où se forment les attitudes envers le planning familial.

- La disponibilité d'une variété de méthodes de planning familial aident l'agente à trouver les méthodes qui conviennent à chaque femme individuelle au cours des stades variés de sa vie reproductive.

- Les clientes se conduisent d'une manière responsable et prévoyante si on leur offre un service facile à acquérir et digne de confiance.

- Le traitement bienveillant et humain des femmes augmente les communications entre cliente et agente, de telle façon que le personnel du projet est mieux en mesure de comprendre les besoins de la cliente et d'y faire face.

Les femmes desservies avec constance et qui sont bien traitées montrent de l'enthousiasme envers le concept du planning familial pour leur famille. Le facteur le plus important est la disponibilité continue des approvisionnements accompagnés de modes d'emploi détaillés. La distribution à domicile paraît être le moyen idéal de fournir ces deux facteurs.

## REFERENCES

Sirageldin, I.; Hossain, M.; and Caine, M. 1975. Family planning in Bangladesh: An empirical investigation. Bangladesh Development Studies, Vol. 3, No. 1, January.

Chowdhury, A.; Huffman, S.; and Curlin, G. N.d. Malnutrition, menarche, and marriage in rural Bangladesh. Dacca, Bangladesh: Cholera Research Laboratory.

Curlin, G.; Chen, L.; and Hussain, S. 1975. Demographic crisis: The impact of the Bangladesh Civil War (1971) on births and deaths in a rural area of Bangladesh. Population Studies 30:87-105.

# PROJET DE VISITES A DOMICILE DE MOTIVATION SYSTEMATIQUE-- MARRAKECH

Mohamed Hassan Al Honsali

## HISTORIQUE DU PROJET

Depuis qu'un programme actif de planning familial a été lancé au Maroc, c'est-à-dire en 1966, la conception générale des activités était la suivante:

- Motivation et information de planning familial en générale par des campagnes radio-télévisées, aux moyens de séminaires, etc. . . .
- Motivation de la population à l'occasion de chaque contact d'un individu avec une formation sanitaire dont le personnel avait reçu des consignes en ce sens et avait même été formé.
- Insertion de diapositifs intra-utérins (DIUs) dans les centres de santé en donnant la priorité aux consultations de planning familial.
- Distribution de cycles de pilules gratuitement sur prescription médicale à toutes les acceptrices identifiées ou motivées dans les formations sanitaires.

Un tel programme a donné des résultats encourageants en milieu urbain où le contact de la population avec la formation sanitaire est commode et fréquent, mais en milieu rural, les succès ont été plus alléatoires, parce que la population est beaucoup plus dispersée et les contacts sont beaucoup moins importants et moins commodes que dans les villes. Ce que l'on peut dire, c'est que les règles d'assujettir l'administration d'un procédé contraceptif à une décision médicale, avaient pour but en réduisant les risques des effets secondaires ou d'inconvénients, de ne pas porter préjudice à l'opinion que la population pouvait se faire des activités de planning familial, compte tenu d'une certaine complexité du circuit du Ministère de la Santé Publique, lié aux moyens disponibles et aux autres impératifs du Ministère, l'utilisation de procédés contraceptifs n'a pas touché autant de familles que nous le souhaitions.

Avec les représentants de l'USAID, il a été envisagé de mettre au point dans une province pilote de nouvelles modalités d'application des activités de planning familial.

Au lieu d'atteindre le contact spontané des populations avec les formations sanitaires, il a été décidé que notre personnel se rendrait aux domiciles des habitants comme cela se fait depuis 1963 pour d'autres activités telles que paludisme, tuberculose, vaccinations, etc. . . .

La particularité du projet qui va être expérimenté à Marrakech, c'est la liberté qui est laissée à du personnel para-médical de distribuer sans contrôle individuel d'un médecin, des contraceptifs en l'occurrence condoms, mousses, et surtout pilules à l'exclusion de tout autre moyen.

Certains du personnel para-médical aura à dépister d'éventuelles contre-indications à l'utilisation de pilules, contre-indications qu'on lui aura appris à rechercher. Il faut aussi savoir qu'il sera placé sous une supervision assez étroite des superstructures provinciales où médecins de circonscriptions médicales de centres de références et médecins-chefs du SIAAP auront un rôle important à jouer.

Il n'empêche pas que si ce projet réussit, il marquera une nouvelle étape dans les modalités de distributions de contraceptifs.

Le projet de Marrakech qui va porter le nom de "Visite à Domicile de Motivation Systématique" (VDMS) pour l'utilisation de contraceptifs a fait l'objet d'un accord avec l'USAID. Il est envisagé de continuer ces visites à domicile systématiques surtout en milieu rural en intégrant définitivement le planning familial dans les thèmes du travail des infirmiers itinérants.

Dès les premières phases de l'expérience de Marrakech et selon les résultats qu'elles donneront, on essaiera d'étendre ces nouvelles modalités d'applications des activités de planning familial à d'autres provinces.

La généralisation éventuelle d'un tel programme à l'ensemble du pays se fera donc par étape après évaluation périodique des résultats et des coûts et mise en place des moyens nécessaires.

Parce que le début du projet de visite à domicile de motivation systématique est prévu pour les semaines à venir, nous ne pouvons pas vous exposer une expérience vécue. Nous nous contenterons de vous commenter les grandes lignes du projet.

# INTRODUCTION

## Généralités

Le but essentiel pour le Ministère de la Santé Publique est de mettre à la disposition des populations rurales et urbaines, de façon continue, des services adaptés et rompus aux méthodes contraceptives.

Le projet de Marrakech représentera un nouvel et important effort dans ce domaine. Il sera une tâche menée de façon rapide et efficace de mettre à la disposition des acceptrices des méthodes les plus variées et les mieux adaptées selon les cas.

En réalité, toute la province de Marrakech pourrait offrir un champ qui servirait à tester la mise en service des méthodes contraceptives susceptibles de donner une prévalence significative, donc beaucoup plus importante.

Ce programme sera mené dans la province de Marrakech dans le système de polyvalence. Parmi les multiples éléments à introduire dans le programme de Marrakech, à savoir:

- Visites à domicile de motivation systèmatique:
  - a. L'enquête sur la connaissance et la pratique des méthodes contraceptives.
  - b. L'action contraceptive concomitante.
- Une étude des données au niveau de la maternité.
- Activités qui seront le support des activités énumérées plus haut.

Ce document ne donnera que la description des visites à domicile de motivation systématique et les données qui s'y rattachent. Les renseignements recueillis lors de la mise en oeuvre de cette activité indiquera la conduite à suivre quant au déploiement des autres éléments du programme dans les mois à venir.

## Objectifs du Projet

Les buts spécifiques des VDMS sont:

- L'extension des efforts de planning familial à 39.000 domiciles urbains jusqu'à juin 1977 (Phase 1a); à 84.000 domiciles urbains et ruraux supplémentaires jusqu'à juin 1978 (Phases 1b et 2); et à 75.000 domiciles ruraux supplémentaires jusqu'à juin 1979 (Phase 3).

- Appréciation continue de la prévalence contraceptive dans la population visée par le projet.

- Appréciation continue du nombre d'enfants désirées par les couples dans la population concernée par le projet.

L'analyse des résultats obtenus permettra d'appliquer le programme de Marrakech à l'ensemble du Royaume dans les domaines de la formation du personnel, de la conduite, de la supervision, et de l'évaluation continue du programme.

L'intégration des activités de planning familial dans le système de santé en place est une condition indispensable à la réussite et à la survie de ce genre de programme. Ce projet pilote sera donc exécuté à Marrakech en tant qu'activité pleinement intégrée avec les autres activités du Ministère de la Santé Publique.

De plus, le programme aura un impact démographique significatif. L'enquête nationale sur "la Fécondité et le Planning Familial" permettra de mieux définir et apprécier les résultats obtenus par le projet VDMS.

En cas de généralisation du programme à tout le Royaume le taux d'accroissement démographique optimum sera respecté, (quand il est défini).

Mise en Oeuvre du Programme

Les VDMS couvriront les 12 circonscriptions médicales de Marrakech en trois phases distinctes. Pour éviter une surcharge de travail, deux des trois phases seront sous-divisées en deux parties, a et b. Durant chaque phase, le personnel para-médical, sélectionné et formé avec soin, accomplira deux tournées complètes des domiciles du secteur lui seront désignés (voir Tableau 1).

Dans chaque secteur, leur travail sur le terrain sera supervisé de façon quotidienne par le chef de secteur qui, lui aussi, suivra un stage de formation pour cette tâche.

Pour les Phases 1a et 1b, 81 agents seront pris dans les rangs du personnel para-médical local. Ils feront l'objet d'une information à court terme sur les aspects techniques et administratifs de leur nouveau travail. Ces 81 employés se verront attribuer une zone géographique spécifique (secteur) et un nombre minimum de domiciles à visiter par jour. Puisque les matinées seront consacrées à leur travail régulier, ils ne travailleront au projet VDMS que l'après-midi.

Durant la première visite de chaque domicile, chaque couple éligible devra remplir un questionnaire détaillé.

TABLEAU 1

PROJET VDMS A MARRAKECH--SOMMAIRE PAR PHASE

| Phase | Durée | | Temps Ecoulé Entre les Visites | Nombre de Domiciles[a] | Nombre d'Agents | Domiciles par Agent | Jours de Travail[b] (1ère Visite) | Domiciles par Jour et par Agent |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1ère Visite | 2ème Visite | | | | | | |
| 1a (urbaine) | 4/4-5/21/77 | 5/23-7/2/77 | 7 semaines | 39.000 | 81 | 481 | 42 | 11 |
| Première evaluation (7/1-8/31/77) | | | | | | | | |
| 1b (urbaine) | 9/15-11/10/77 | 11/11-12/31/77 | 9 semaines | 46.000 | (81) | 568 | 48 | 12 |
| 2 (rurale) | 1/1-3/31/78 | 4/1-6/30/78 | 13 semaines | 38.000 | 37 | 1.027 | 70 | 15 |
| Seconde evaluation (7/1/-8/31/78) | | | | | | | | |
| 3a (rurale) | 9/1-11/15/78 | 11/16/78-1/31/79 | 11 semaines | 38.000 | 51 | 745 | 60 | 12 |
| 3b (rurale) | 2/1-4/15/79 | 4/16-6/30/79 | 11 semaines | 37.000 | (51) | 725 | 60 | 12 |
| Evaluation finale (7/1-9/30/79) | | | | | | | | |

[a]Pour les domiciles, tous les nombres sont arrondis au millier. Seuls figurent les domiciles concernés par le projet. Le nombre total des domiciles (qui serait supérieur de 12 à 15%) ne figure pas.

[b]Lors des Phases 1a et 1b, les agents ne travailleront que l'après-midi. Lors des Phases 2, 3a, et 3b, ils travailleront toute la journée, en intégrant leurs activités VDMS à leurs autres activités.

Amples informations sur les méthodes contraceptives seront fournies. Si tel est le désir du couple, et s'il n'y a pas de contre-indications médicales, ils recevront aussi des contraceptifs oraux ou condoms.

Après les premières visites sont terminées, les équipes visiteront une seconde fois les couples éligibles pour obtenir des renseignements supplémentaires et détaillés concernant leur situation contraceptive et pour résoudre les problèmes qui auraient pu se poser. Ils essaieront aussi de motiver les couples qui auront refusé toutes méthodes lors de la première visite. Tous les couples seront informés de l'endroit où ils pourront se renseigner et se procurer ultérieurement les contraceptifs dont ils auront besoin.

En ce qui concerne les Phases 2 et 3, le processus sera essentiellement le même, en dehors du fait que 88 agents supplémentaires seront nécessaires (37 pour la Phase 2 et 51 pour la Phase 3).

Examen Périodique du Programme

Des évaluations détaillées seront faites lorsque la Phase la et la Phase 2 seront achevées. Elles seront préparées par le Médecin-Chef et présentées au Ministère de la Santé Publique et à l'USAID. C'est à ce moment que sera prise la décision soit de procéder à la phase suivante, soit de mettre fin au projet.

Dans les derniers six mois du projet (septembre 1979 à décembre 1979), on procédéra à une évaluation détaillée de l'activité globale et, s'il y a lieu, des plans seront élaborés pour reproduire des activités similaires à grande échelle.

Responsabilité et Organisation

Le projet VDMS sera exécuté par le Ministère de la Santé Publique, par délégation le Médecin-Chef de la province médicale de Marrakech. Le Ministère de la Santé Publique assumera la responsabilité globale de direction et de supervision du projet, par l'intermédiare de son Comité Technique.

Responsabilité du Budget et Contributions

La contribution du gouvernement marocain est estimée à un équivalent de US $780.000 (54% du coût total du projet, contraceptifs compris), utilisée pour le personnel, installations diverses, services, et frais de transports de la Phase 3 uniquement. Le Ministère de la Santé Publique

fournira les contraceptifs (estimés à US $235.000) à partir de stocks fournis à l'origine par l'USAID d'après le projet 0112, Aide au Planning Familial.

La contribution du gouvernement des Etats-Unis consistera en la fourniture des contraceptifs et en assistance technique et financière. La valeur totale de la contribution du gouvernement américain pour ce projet est estimée à US $448.000, (coût des contraceptifs non compris). Cette contribution sera utilisée pour le financement à court terme de l'assistance technique, des frais de transport, du travail de secrétariat, de la formation des agents, des activités de la motivation dans les marchés (souks), et des voyages à l'étranger. Les frais du personnel et d'administration seront financés partiellement.

Résultats Escomptés

Il est envisagé que le projet apportera les résultats suivants:

- Une augmentation conséquente de la prévalence contraceptive à Marrakech.
- Un programme pilote de vaste portée qui démontrera l'efficacité des services de base en matière de planning familial dans les zones aussi bien urbaines que rurales.
- Des données précises sur le rapport coût/efficacité à toutes les phases du programme.
- Un rapport d'évaluation comprenant en plus d'un historique détaillé du projet, un analyse des possibilités de reproduction des activités du type VDMS à tout le Royaume.

## DESCRIPTION DETAILLEE DU PROJET

### Population Visée Par le Projet

La population concernée par le projet VDMS comprend les femmes mariées en âge de procréer n'étant pas enceintes et susceptibles de le devenir (mariées, divorcées, veuves, séparées). Le nombre de ces femmes est estimé à environ 160.000 dans la province de Marrakech dont 145.000 d'entre elles résident dans la zone visée par le projet. Les couples éligibles seront identifiés lors de la première visite des agents sur le terrain. Le nombre de domiciles dans la province est estimé à environ 226.000. De ce total, 198.000 domiciles seront visités lors des trois phases du projet comme suit:

- Phase 1 (a et b) 85.000 domiciles urbains
- Phase 2 38.000 domiciles ruraux
- Phase 3 (a et b) 75.000 domiciles ruraux

La population totale concernée par les Phases 1 et 2 s'élève à 624.000 habitants vivant dans sept circonscriptions, quatre mixtes, urbaines et rurales, et trois urbaines. La population visée par le projet de la zone comprenant la ville de Marrakech est estimée à 408.000, celle de la zone rurale périphérique à 216.000. Les autres zones rurales de la province--dont la population concernée est d'environ 425.000 habitants--seraient incluses dans la Phase 3.

Il est admis qu'il sera difficile de toucher tous les couples éligibles dans le province, vu les difficultés d'accès aux zones rurales reculées, où les frais de transport seraient prohibitifs. Par conséquent, 10% de la population urbaine totale et 15% de la population rurale ont été exclus de la population visée par le projet, et ne figurent donc pas dans les nombres donnés ci-dessus pour chaque phase. Il est à espérer que ces personnes pourront être touchées par le projet d'activité de motivation qui doit être mené dans les souks. La Figure 1 et les Tableaux 2 et 3 qui suivent indiquent les régions géographiques et la population visée par chaque phase.

## Les Phases d'Exécution

Comme il a déjà été dit, le projet sera exécuté en trois phases. La Phase 1 sera limitée aux quartiers de la ville de Marrakech pour faciliter sa mise en oeuvre rapide.

Le fait de pouvoir faire une estimation précoce semble très important car il permettra d'apporter, s'il y a lieu, des modifications en cours d'exécution du programme et d'atteindre les perspectives de ce projet dont l'application à d'autres provinces est un des aspects.

## Sélection et Formation des Agents

Avant d'entamer le programme sur le terrain, on procédéra à un recyclage par un programme de formation pour les agents sur le terrain et le personnel d'encadrement. La période de recyclage serait divisée en deux parties:

1. Environ trois jours de formation en planning familial.

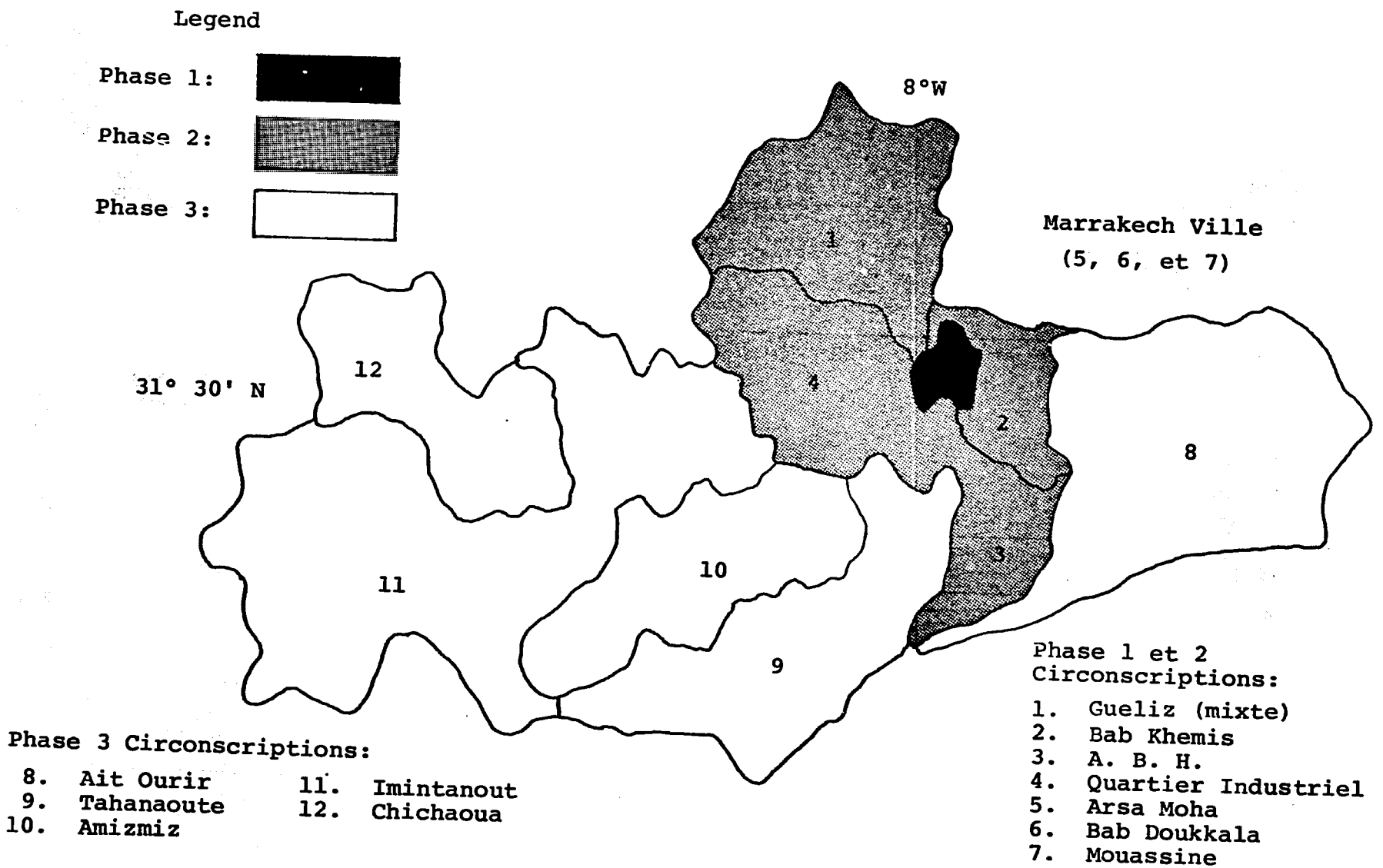



Fig. 1. Province Médicale de Marrakech

TABLEAU 2

POPULATION TOTALE ET POPULATION A ATTEINDRE AU SEIN DU PROJET VDMS DE MARRAKECH, PAR PHASE
(Population de Domiciles Montrés en Unités de Milles)

| Phase | Durée | Population Totale | Population a Atteindre | Total des Domiciles | Domiciles a Atteindre | Domiciles a Atteindre en Tant que Pourcentage du Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1a (urbains) | 4/4-7/2/77 | 207 | 186 | 43 | 39 | 91 |
| Première evaluation | 7/1-8/31/77 | | | | | |
| 1b (urbains) | 9/15-12/31/77 | 247 | 222 | 51 | 46 | 90 |
| 2 (ruraux) | 1/1-6/30/78 | 251 | 216 | 44 | 38 | 86 |
| Deuxième evaluation | 7/1-8/31/78 | | | | | |
| 3a (ruraux) | 9/1/78-1/31/79 | 250 | 213 | 44 | 38 | 86 |
| 3b (ruraux) | 2/1-6/30/79 | 250 | 212 | 44 | 37 | 84 |
| Evaluation finale | 7/1-9/30/79 | — | — | — | — | — |
| Totaux | | 1.205 | 1.049 | 226 | 198 | 88 |

NOTE: Population à Atteindre et Domiciles à Atteindre sont définis ici en tant que ceux n'étant pas exclus du projet pour cause d'inaccessibilité physique, niveau élevé socio-économique, ou autres raisons. Quant à les domiciles on a calculé les présents chiffres en se servant des moyennes nationales (recensement de 1971) de 4,8 personnes par domicile urbain et 5,7 personnes par domicile rural. Les chiffres sont arrondis au millier supérieur, car l'usage de chiffres plus précis ferait supposer un niveau d'exactitude plus élevé qu'il n'est possible d'atteindre. Le nombre de domiciles n'est pas connu avec exactitude, la population va nécessairement fluctuer au cours des 30 mois que le projet durera (à cause des naissances, décès, migration) et le nombre de domiciles à atteindre ne peut être estimé qu'approximativement à cause de facteurs tels que terrain, distances variables entre pâtés de maisons, efficience des agents, conditions météorologiques, etc. . . . Même en arrondissant, 10% de plus ou de moins sur tous les chiffres de population et domiciles ne serait pas excessif.

TABLEAU 3

POPULATION TOTALE DE LA PROVINCE DE MARRAKECH (1976)
PAR CIRCONSCRIPTION ET RESIDENCE (URBAINE/RURALE)

| Circonscription | Urbaine | Rurale | Totale |
|---|---|---|---|
| Semlalia | 10.515 | 43.987 | 54.502 |
| Bab Khemis | 90.873 | 63.599 | 154.472 |
| A.B.H. | 92.926 | 60.025 | 152.951 |
| Quartier Industriel | 58.612 | 83.756 | 142.368 |
| Arsa Moha | 106.277 | - | 106.277 |
| Bab Doukkala | 45.925 | - | 45.925 |
| Mouassine | 48.420 | - | 48.420 |
| Ait Ourir | - | 123.796 | 123.796 |
| Tahanaoute | - | 64.156 | 64.156 |
| Amizmiz | - | 60.394 | 60.394 |
| Imintanout | - | 176.415 | 176.415 |
| Chichaoua | - | 58.433 | 58.433 |
| Totale | 453.548 (38%) | 735.101 (62%) | 1.188.649 (100%) |

NOTER: La population totale visée du projet VDMS est 1.049.000, c'est-à-dire 87% de la population totale de la province.

2. Trois jours de formation appliquée aux travaux devant être mis en oeuvre (calendrier des visites, établissement de questionnaires, etc. . .).

Le programme de recyclage comprendrait:

1. Les méthodes contraceptives, en mettant l'accent sur la pilule, son utilisation, et ses effets secondaires.

2. Des informations générales sur le projet et son mode d'exécution.

3. Des instructions portant sur la marche à suivre pour remplir le questionnaire détaillé; un exercice contrôlé sera indispensable.

4. Une mise au point de la procédure d'acheminement d'une catégorie de femmes vers le Centre de Référence de Planning Familial.

Ce programme de formation sera exécuté sous la direction du directeur du projet de Marrakech. La formation du personnel devra être achevée avant le commencement des visites à domicile, et cela pour chaque phase du projet.

## Mise En Oeuvre du Programme Sur le Terrain

Lors de la Phase 1a, 81 agents devront travailler chaque après-midi dans le secteur qui leur sera assigné. On attendra de chacun d'eux qu'il visitent un minimum de 12 domiciles par jour, à raison de six jours par semaine. A ce rythme, toutes les familles seront visitées après 42 jours de travail effectif ou bien avant l'épuisement du troisième cycle de pilules. Le deuxième passage de la Phase 1a commencerait immédiatement après la fin du premier passage, de façon à terminer les deux passages vers fin juin 1977.

Les 81 mêmes agents sur le terrain exécuteront la Phase 1b. Ils continueront à travailler l'après-midi pour achever les visites aux domiciles de leur secteur, couvrant ainsi toutes les zones urbaines de Marrakech à la fin de la Phase 1b (31 décembre 1977).

Les autres phases du projet--les Phases 2, 3a, et 3b--se concentreront sur les zones rurales de la province. Lors de chacune de ces phases, les agents sur le terrain mèneront leurs activités VDMS toute la journée, en les intégrant à leur travail régulier. Environ 37 agents seront employés pour la Phase 2, et 51 pour les Phases 3a et 3b. Ils devront toucher une moyenne de 12 à 15 domiciles par jour.

Lors du premier passage, les agents devront:

1. Identifier les femmes candidates aux services de planning familial. Seront exclus les domiciles où il n'y aurait pas de candidates. On pourra recueillir des données démographiques et contraceptives sur les femmes candidates en utilisant le questionnaire détaillé mentionné ci-dessus, ce qui permettrait de tracer un profil qui servira de base à toutes comparaisons ultérieures.

2. Enumérer complètement la liste des contre-indications à la prescription des contraceptifs oraux.

3. Donner trois cycles de pilules (plus un de réserve), exceptés les cas particuliers.

4. En cas d'incompatibilité des méthodes oraux ou de refus de la pilule, seront conseillés des diapositifs intra-utérins ou autres méthodes contraceptives dont les condoms qui seront offerts immédiatement.

   Des fiches de liaison seront établies pour les candidates aux méthodes cliniques pour se présenter au Centre de Référence de Planning Familial. Des condoms seront mis à la disposition des couples pendant les deux premiers mois d'allaitement de la femme.

5. Indiquer de façon précise les raisons de refus d'acceptation de toute méthode contraceptive.

Toutes les femmes candidates identifées lors du premier passage seront l'objet d'une deuxième tournée qui suivra à un intervalle de deux à trois mois après la première tournée. Lors de ce seconde passage, les agents devront:

1. Remplir un questionnaire supplémentaire.

2. Donner les conseils nécessaires en matière de contraception.

3. Vérifier la prise régulière de la pilule.

4. Donner un deuxième lot de quatre cycles (plus un de réserve).

5. Evaluer les effets secondaires. Ceux-ci seront:

   - Soit minimes, et dans ce cas, de simples conseils seront données.

   - Soit sérieux et alors l'intéressée sera orientée vers le service compétent (Centre de

Santé ou Centre de Référence de Planning Familial).

Lors du second passage, on tentera de convaincre les femmes reconnues aptes à la contraception et qui avaient refusé la pilule. Toutes les méthodes contraceptives seront soumises à leur approbation. On informera toutes ces femmes de l'endroit où elles pourront se procurer les pilules ou autres contraceptifs.

Pour les femmes habitant les zones rurales reculées, le souk semble l'endroit idéal pour les informer et orienter vers les dispensaires. Dans chaque souk, quatre séances de démonstration encadreront le programme avant et durant l'exécution.

## Supervision et Contrôle

Le projet VDMS sera exécuté en tant que partie intégrante des activités sur le terrain du Ministère de la Santé Publique dans la province de Marrakech. Le médecin-chef qui contrôle toutes les activités du Ministère de la Santé Publique dans la province, exécutera le projet en utilisant un personnel technique et d'encadrement déjà en place.

A la base, chaque agent sur le terrain sera responsable devant le chef de secteur, qui lui sera responsable devant le major de circonscription. Lors de la première phase, par exemple, il y aura 81 agents sur le terrain, 18 chefs de secteur, et 7 majors de circonscription, soit un total de 106 personnes directement concernées par le projet au niveau de la circonscription et à un niveau inférieur.

Les majors de circonscription sont dirigés par le major du SIAAP au niveau provincial, assisté par l'animateur pour le planning familial. Le major du SIAAP relèvera du Médecin-Chef du SIAAP qui, à son tour, sera responsable devant le Médecin-Chef de province (qui sera aussi le directeur du projet).

Le système de contrôle à plusieurs niveaux fournit des rapports chiffrés d'un superviseur à un autre, à tous les niveaux, et devrait permettre de s'assurer que les tâches assignées sont exécutées plus ou moins conformément au programme.

## Utilisation des Données

Chaque exécutant devra se rendre chaque jour au dispensaire pour se munir de formulaires et de contraceptifs nécessaires à sa journée. Ces formulaires seront retournés

tous les jours aux chefs de secteur qui les enverront au directeur de projet.

Deux employés chargés des statistiques à Marrakech rassembleront les données qui seront acheminées vers l'IFRP (International Fertility Research Program) puis analysées par l'équipe VDMS chargée du projet au Maroc. Ceci provisoirement en attendant que les dispositions nécessaires soient prises pour la programmation, codification, perforation, et la transformation des données au Maroc.

Evaluations Intermittentes

Dans les 30 jours suivant la Phase la (c'est-a-dire, quatre mois après le début du programme VDMS), le Médecin-Chef élaborera avec le comité technique un rapport d'évaluation relatif à la Phase 1 qui sera présenté au Ministère de la Santé Publique et l'USAID/Rabat et à l'USAID/Washington. Ce rapport inclura une analyse du coût, une évaluation des visites initiales, les résultats du second passage, ainsi que les modifications suggérées pour la phase suivante (1b). La décision concernant la mise en oeuvre des Phases 1b et 2 sera prise après la présentation de ce rapport.

Une évaluation similaire des activités des Phases 1b et 2 sera faite environ 16 mois après le début de la Phase 1. A cette époque, une partie de la zone rurale aura été couverte et l'on aura acquis une expérience valable d'enquête rurale.

Durant le processus d'évaluation, on considéréra plusieurs sortes de données:

- Les données recueillies par les questionnaires remplis pendant les visites seront utilisés pour estimer les taux de prévalence contraceptive avant et après.

- Une analyse du coût des activités des VDMS sera faite et devra fournir des données totales ainsi que les différences entre les zones urbaines et rurales. L'analyse du coût sera faite par l'équipe des VDMS avec l'assistance technique de l'USAID selon les besoins et les demandes.

- La prévalence contraceptive initiale, lors des premières visites à domicile de la Phase 3a servira de contrôle pour les zones rurales de la province de Marrakech. Une analyse de la prévalence initiale pour les zones urbaines et rurales sera aussi faite (comparaison entre les zones rurales déjà couvertes par le programme et les zones vierges).

La mise en oeuvre de la fiche d'observation obstétricale standard permettra de procéder à une comparaison des données relatives au nombre d'enfants désirés et les changements encourrus.

Examen Périodiques des Différents Aspects du Projet

Le Médecin-Chef du province, chargé de l'exécution du projet, doit rester en contact permanent avec le comité technique; ce dernier assurant la liaison avec l'USAID/ Rabat. L'USAID, de son côté, tiendra régulièrement l'USAID/ Washington au courant par des rapports successifs.

Comme indiqué au-dessus, un rapport d'évaluation sera élaboré à la fin de la Phase la, qui devra être présenté au Ministère de la Santé Publique et à l'USAID. La décision concernant la phase suivante sera prise à ce moment là (la décision de procéder à l'exécution de la phase suivante doit être prise avec l'accord du Ministère de la Santé Publique USAID/Rabat et l'USAID/Washington. Chacun d'eux peut aussi prendre la décision de mettre fin au projet).

La même procédure sera suivie à la fin de la Phase 1b et de la Phase 2 pour évaluer les résultats avant de mettre à exécution la Phase 3.

## DESCRIPTION SOMMAIRE

Le projet décrit ici permettra au Ministère de la Santé Publique de mettre à exécution un programme pilote d'action et de recherche sur une période de 30 mois, ce qui suppose la mise en place de services qualitativement pour la distribution des contraceptifs à domicile. L'objectif de ce programme est de tester l'acceptabilité et le rapport coût/ efficacité de ces services de distribution à domicile dans les zones urbaines et rurales de la province de Marrakech. Le programme de travail de VDMS--qui à la fin de la troisième phase aura touché la province entière, soit 198.000 domiciles--est suffisamment étendu pour pourvoir démontrer la potentialité, technique, et de gestion sur le plan pratique.

Exécuté avec succès, ce projet fournira des données de base, des renseignements détaillés sur le programme, et une expérience sur le terrain qui serviraient ultérieurement à une expansion et un renforcement des activités du planning familial au Maroc.

# POPULATION ET PROGRAMME DE PLANNING FAMILIAL EN IRAN

L. Ziaee

## FOND

D'après le récent recensement effectué en septembre 1976, la population totale de l'Iran se chiffre à 33,5 millions, avec une croissance moyenne annuelle de 2,6%. L'Iran est en train de passer par une phase intermédiaire de transition démographique. Le taux brut des naissances a décliné de 51 par 1.000 en 1966 à 39 par 1.000 en 1976. On estime la mortalité infantile à environ 85 par 1.000 naissances d'enfants vivants. Le nombre de personnes par foyer a décliné de sept en 1966 à moins de cinq en 1976.

En 1966, environ 62% de la population totale habitait les régions rurales comptant des populations de moins de 5.000, et 38% habitait les régions urbaines. D'après le recensement de 1976, la proportion rurale a atteint 52% et la proportion urbaine, 48%. Le taux d'urbanisation est estimé à 7% par an. Il est évident que les gros bourgs à la campagne ont été le centre d'attraction pour les migrants à l'intérieur du pays. Ceci est naturel eu égard à la croissance des industries, du commerce, et des échanges.

Durant les dix dernières années, les occasions d'emploi et les salaires ont considérablement augmenté dans le secteur urbain. En tandem avec cette attraction économique existait la poussée exercée par l'augmentation rapide de la population dans les régions rurales et quasi urbaines, avec comme résultat la croissance de la population dans les villes principales. A Téhéran, par example, la population augmenta de 80% entre 1956 et 1966. Pendant la même période, la population rurale de l'Iran augmenta d'environ 22,3% et celle des villes de 66,7%.

La population de l'Iran est jeune, comptant environ 47% de moins de 15 ans et 55% de plus de 20 ans. La tendance vers une population encore plus jeune va continuer si le mode actuel de haute fécondité et de mortalité déclinante persiste.

La loi sur la protection de la famille a changé l'âge légal minimum du mariage de 15 à 18 ans pour les femmes, et de 18 à 20 ans pour les hommes. Les réformes sociales ont donné aux femmes le suffrage et l'égalité dans les domaines politique, administratif, et social. Les services d'assistance sociale en faveur des travailleurs urbains comprennent

les assurances sociales, l'assistance à la famille et aux enfants, l'assistance aux personnes handicapées socialement ou physiquement, les services d'assistance à la communauté, le développement des loisirs et de la culture, l'alphabétisation des adultes, les activités éducatives, et des coopératives pour les travailleurs et leurs familles.

## SOUTIEN DU PROGRAMME ET OPPOSITION AU PROGRAMME

Sa Majesté Impériale le Shahanshah Ariamehr accorde au programme un soutien constant et puissant. En 1967, Sa Majesté Impériale a joint 29 autres leaders du monde en signant la Déclaration des Droits de l'Homme des Nations Unies concernant le contrôle de la population. Sa Majesté Impériale s'est depuis exprimée en public à plusiers reprises en ce qui concerne la nécessité pour l'Iran de limiter le taux de croissance rapide de sa population. Il existe aussi un appui général de la part d'autres notables haut placés et leaders d'opinion en Iran.

Eu égard aux vastes campagnes d'information et de motivation depuis le début du programme de planning familial en Iran, il y a de bonnes raisons de croire que la motivation et la demande existent déjà à un degré considérable. En fait, il ressort clairement des archives des cliniques que seulement 10% environ des accepteurs de contraceptifs désirent encore avoir un enfant. Toutefois, l'instruction et la motivation des couples moins instruits--spécialement ceux des régions rurales, qui tiennent à des attitudes plus traditionnelles--constitueront une entreprise vaste et ardue. En général, l'opposition au planning familial s'est fait sentir surtout de la part de ceux croient qu'il y a beaucoup de place en Iran pour l'expansion de la population et ne se rendent pas compte du déclin rapide de la mortalité infantile.

Une étude faite en 1971 indiqua que la majorité des femmes mariées interviewées (63%) opinaient que la contraception et le planning familial étaient compatibles avec la religion islamique. Soixante-sept pour cent des femmes instruites et 50% des illettrées exprimèrent cette opinion. En général, les autorités religieuses en Iran acceptent le planning familial tout comme l'emploi des contraceptifs.

En août 1976, le Programme International de Recherches sur la Fécondité analysa les archives cliniques de 200 accepteurs de planning familial en provenance de centres sanitaires de la ville d'Isfahan. Cette analyse montra que les femmes admises par les deux centres étaient très similaires. Elles étaient relativement jeunes, leur âge moyen

étant de 24,8 ans. Leur parité moyenne était de 3,4. Plus de la moitié (59,0%) déclarèrent qu'elles ne voulaient plus d'enfants. Presque les deux tiers (66,0%) avient eu connaissance du programme par un(e) ami(e) ou un(e) parent(e), alors qu'un quart (25,5%) avaient été envoyées aux centres par un(e) agent(e) du planning familial. Deux tiers des acceptrices (67,8%) n'avaient jamais fait usage de contraceptifs ni de méthodes traditionnelles auparavant. Un tiers seulement (32,2%) s'étaient servies auparavant d'un DIU ou de contraceptifs oraux. Près de quatre fois autant de femmes acceptèrent le DIU (78,9%) que celles qui acceptèrent les contraceptifs oraux (21,1%). Après sept mois, le taux de continuation du programme cumulatif était de 73,3%.

## POLITIQUE ET ORGANISATION OFFICIELLES DE LA POPULATION

La premiére fois que le gouvernement s'intéressa officiellement au planning familial fut en 1960. A ce moment-là, les études démographiques basées sur le recensement de 1956 montraient un taux rapide d'augmentation de la population, et le gouvernement commença à se soucier du taux de cette augmentation. En janvier 1966, le gouvernement nomma un Sous-Secrétaire de la Population et du Planning Familial au Ministére de la Santé et de la Prévoyance Sociale, et introduisit son programme de planning familial.

L'objectif du programme de planning familial en Iran, comme il l'est dit dans le quatrième plan quinquennal de développement, est de promouvoir le bon état physique, mental, social, et économique des familles et par conséquent de la société. Le gouvernement considère le planning familial comme une partie intégrante du plan de développement national; il précise donc qu'il faut considérer le taux de croissance projeté de la population comme un but général du développement social et économique et non pas uniquement comme une politique de la population. Eu égard à l'impact sérieux de la croissance rapide de la population sur le développement général du pays, le gouvernement adopta, en mai 1970, une politique plus énergique de la population. En janvier 1971, le but ultime en fut fixé à une augmentation annuelle de la population de 1,5%, à atteindre en une période d'environ 20 ans.

Le programme iranien de planning familial offre une variété de méthodes, y compris pilules, DIUs et condoms. Les contraceptifs oraux sont les plus populaires, choisis par quatre sur cinq acceptrices. En général, le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale fournit des contraceptifs gratuitement à tous les organismes et cliniques.

L'avortement et la stérilisation sont également employés comme moyens de contrôle de la population. Une mesure législative plus libérale concernant l'avortement fut votée par le Parlement en 1973 et promulguée en novembre 1976. D'après l'Article 3 de cet arrêté, un médecin est autorisé à terminer une grossesse si les conditions suivantes se trouvent réunies:

- La raison que le couple donne pour terminer la grossesse est considérée comme suffisante et satisfaisante par le médecin.
- L'opération ne mettrait pas la santé physique de la femme en danger.
- Le mari et la femme en donnent chacun la permission par écrit.
- La durée de la grossesse ne dépasse pas 12 semaines.

D'après l'Article 5 de l'arrêté, pour procéder à une opération de stérilisation, il faut réunir les conditions suivantes:

- La permission du conjoint ou de la conjointe doit être obtenue.
- Le couple doit avoir au moins deux enfants en vie.

Il existe plus de 30 organismes assistant le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale pour mettre en oeuvre les programmes de population et de planning familial. Un haut concile a été créé en vue de coordonner leurs efforts.

La Division de la Population et du Planning Familial a pour responsabilité directe de planifier, guider, évaluer et coordonner toutes activités dans ce domaine, qu'elles soient ou non gouvernementales. Au moyen du Corps de Service Social de l'Office des Femmes, la division a la responsibilité des recrutements, formation, et emploi du personnel du Corps Sanitaire Féminin, une des sources principales d'assistantes sociales pour le programme national. La Division de la Population et du Planning Familial a six unités principales:

- Département de la Formation et des Communications de Masse.
- Département des Affaires Techniques et Services Cliniques.
- Département de l'Evaluation des Recherches et du Planning.

- Département des Etudes et Statistiques sur la Population.
- Département des Projets en Commun et Affaires Internationales.
- Département du Corps Sanitaire Féminin.

Des comités techniques et de recherches ont été établis pour conseiller la Division de la Population et du Planning Familial en vue de la formulation de sa politique sur les questions techniques et de recherche et pour examiner le progrès du programme national de planning familial.

Le comité technique a à sa tête le Sous-Secrétaire de la Population et du Planning Familial, et ses membres comprennent des gynécologues éminents venant de différentes institutions. Il conseille la division sur des sujets techniques tels que la sélection des marques de contraceptifs à utiliser au sein du programme, la direction des services contraceptifs, et les méthodes de traitement des effets secondaires. Le Département de Pharmacologie du Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale n'émet aucune licence d'importation ni de fabrication de contraceptifs sans l'approbation de ce comité. Le comité revoit aussi les problèmes se rapportant à l'avortement et à la stérilisation.

Le comité de recherche conseille la division au sujet des domaines où la recherche s'avère nécessaire et en détermine les priorités. Le comité décide également des modalités de financement requis et autres moyens de mise en oeuvre des projets de recherche.

Les directeurs généraux des 23 départements provinciaux de la Santé et de la Prévoyance Sociale sont les représentants locaux du Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale. Ils sont directement responsables de l'administration des services provinciaux de la santé publique et de l'assistance sociale, et sont responsables des activités et de la coordination de tous les services gouvernementaux de planning familial dans la province. Les directeurs généraux provinciaux exercent leurs fonctions au sein du plan récent de décentralisation des activités du gouvernement.

## CORPS SANITAIRE

D'après les dernières statistiques, 1,1 million de couples pratiquent le planning familial. Ceci constitue l'équivalent de presque 20% des couples éligibles du pays. L'un des traits principaux du programme de planning familial

de l'Iran est l'utilisation de tous les débouchés disponibles pour distribuer les contraceptifs dans les régions rurales. Le plus important de ces débouchés est le Corps Sanitaire.

Après la réforme agraire en Iran en janvier 1963, le gouvernement iranien créa un organisme qui enrôlerait des milliers de recrues militaires pour le service rural dans des projets de développement socio-économique, spécialement dans les régions éloignées qui étaient difficiles à atteindre ou qui n'avaient pas assez de docteurs, enseignants, et autres professionnels. Ces recrues militaires sont appelés le corps révolutionnaire. On les assigne pour servir dans les domaines de la santé, de l'alphabétisation, du développement, et de l'extension; et, depuis 1969, dans le corps féminin de l'assistance sociale. Les recrues ont un diplôme d'études universitaires ou secondaires. Après six mois d'entraînement de base et militaire, ils servent 18 mois dans les régions rurales, où ils enseignent; construisent routes, ponts, et écoles; améliorent la sanitation; et aident d'une manière générale au développement d'un meilleur standard de vie dans les régions rurales.

On y a maintenant ajouté des activités de planning familial--surtout la motivation et la dissémination d'informations d'ordre général--aux responsabilités du Corps Sanitaire. Son activité la plus importante en ce domaine a été la distribution des contraceptifs oraux et des condoms dans les régions rurales au moyen de cliniques mobiles. Chaque année, environ 1.000 hommes du Corps Sanitaire fournissent le personnel des 400 équipes mobiles, chaque équipe étant constituée d'un docteur et de deux aides. Ces équipes font la tournée des villages pour réaliser le but du Corps Sanitaire, qui est de traiter des patients, développer un environnement sain, et procurer des services de santé aux méres et aux enfants. Des médecins, enseignants du domaine sanitaire, pharmaciens, ingénieurs de génie sanitaire, laborantines, et universitaires dans le domaine des sciences sociales ou des domaines similaires guident les membres du Corps Sanitaire.

Le Corps Sanitaire Féminin se consacre entièrement au programme de planning familial. Ces jeunes femmes sont sélectionnées pour cette alternative au service militaire sur la base de leur désir de participer à des activités officielles de service social organisé, lorsqu'elles reçoivent leur diplôme d'études universitaires ou secondaires. Leur rôle dans les régions rurales consiste surtout en communication, motivation, instruction, distribution de contraceptifs, et surveillance du programme avec toutes ses acceptrices potentielles. Elles assistent également dans les programmes du ministère en éducation sanitaire, vaccination et immunisation, et autres programmes de santé publique.

La formation des recrues du Corps Sanitaire Féminin s'accomplit dans neuf centres de formation. Le programme de formation comprend des cours spéciaux pour familiariser les élèves avec les traditions et les coutumes des communautés rurales et pour les préparer à travailler de concert avec les leaders de la communauté locale.

En 1975, un total de 3.000 jeunes femmes dans chaque province s'occupèrent à communiquer le message du programme national de planning familial. Il a été prouvé que leurs efforts ont contribué d'une manière significative à des taux d'acceptation plus élevés des services de planning familial.

Comme il n'y a pas assez de sages-femmes, particulièrement dans les régions rurales, on sélectionne et on forme chaque année un certain nombre de membres du Corps Sanitaire Féminin ayant un diplôme d'études secondaires et s'intéressant à l'obstétrique pour devenir sages-femmes pour le corps. La formation est en partie théorique et en partie pratique. La formation théorique est de six mois et s'accomplit conjointement avec celle d'autres membres du Corps Sanitaire en possession d'un diplôme d'études secondaires. La formation pratique comprend trois mois de formation dans des maternités et des cliniques de planning familial et de soins obstétriques et pédiatriques; elle comprend aussi des naissances à domicile, des visites de surveillance, et des visites à domicile. Pendant la formation pratique, chaque sage-femme du Corps Sanitaire assiste au moins 30 accouchements, dans un hôpital ou à domicile, sous la supervision d'un enseignant. A la suite de la formation pratique, on fournit à chaque sage-femme du corps une trousse d'obstétrique contenant tous les instruments nécessaires ainsi que des extraits de naissance. On l'envoie alors dans un village ou une clinique pour effectuer le reste de ses deux ans de service. En ce moment, plus de 900 sages-femmes du Corps Sanitaire font leur service dans des régions rurales; 140 d'entre elles ont déjà complété leurs deux ans de service.

Les membres du corps reçoivent un salaire mensuel d'après le rang militaire qui leur est accordé à la fin de leurs six mois de formation de base. Le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale n'épargne aucun effort dans le but d'encourager ces femmes à continuer leur travail professionnel de sages-femmes lorsqu'elles ont terminé leur service militaire. L'expérience et la formation qu'elles ont déjà acquises leur sont comptées si elles désirent continuer leurs études à des écoles avancées pour sages-femmes. Elles peuvent ainsi compléter le programme beaucoup plus rapidement.

## COOPERATIVES ET MAISONS CULTURELLES

En coopération avec le Ministère des Coopératives et des Affaires Ruraux, un projet de planning familial à l'échelle nationale fut conçu en vue de fonctionner dans les 1.000 maisons culturelles et dans les 3.000 coopératives rurales de l'Iran. Les maisons culturelles ont été établies en vue de maintenir le taux du progrès dans les villages en encourageant le peuple à faire revivre les formes traditionnelles de l'expression culturelle.

A la suite d'une formation initiale en instruction de la population et planning familial, les directeurs des maisons culturelles et les dirigeants et membres des coopératives reçoivent des approvisionnements en pilules et condoms à distribuer. Ils collaborent étroitement avec d'autres centres de service du Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale en envoyant des femmes à la clinique la plus proche pour examen préliminaire et ordonnance. Après cette visite initiale à la clinique, une femme est autorisée à recevoir des réapprovisionnements à la maison culturelle ou coopérative dont elle dépend. On s'attend à ce que des taux de continuation plus éléves résultent de ce service, spécialement en ce qui concerne les femmes qui prennent la pilule.

## PROGRAMME DES SAGES-FEMMES RURALES

Le programme des sages-femmes rurales, comme mentionné plus haut, reflète la situation résultant du fait que les écoles d'infirmières et de sages-femmes ne sont pas en mesure de fournir suffisamment de diplômées pour faire face à la demande. En vue de pallier à cette insuffisance, le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale a réduit la période de formation des sages-femmes de trois à deux ans. En même temps, il a développé un cours de neuf mois pour former des femmes de la campagne ayant un minimum de six années d'instruction primaire. Après avoir complété ce cours, ces femmes retournent pour desservir les villages où elles ont été recrutées.

L'objectif primordial du programme des sages-femmes rurales est de remplacer éventuellement les assistantes traditionnelles à la naissance des enfants dans les régions rurales. Les sages-femmes rurales jouent aussi un rôle important en fournissant des services de planning familial à la population rurale du pays. Jusqu'ici, plus de 3.000 sages-femmes ont été formées; la plupart d'entre elles, sous un arrangement contractuel, travaillent au sein du programme national de planning familial.

# C. LES PROGRAMMES DE COMMERCIALISATION SOCIALE ET DISTRIBUTION COMMERCIALE

# RAPPORT SUR LA COMMERCIALISATION SOCIALE DES CONTRACEPTIFS AU BENGLADESH

Robert L. Ciszewski

Un programme est en cours au Bangladesh, qui utilise les techniques de marketing et le réseau commercial de distribution déjà en place pour rendre facilement accessibles et mieux les faire accepter, les contraceptifs--condoms et pilules--qui ne sont pas du ressort des cliniques. Quinze mois après le début de la mise en oeuvre du programme, les ventes augmentaient encore et la demande dans le cadre du projet croissait toujours, attirant à nouveau l'attention sur la nécessité de recourir plus largement au secteur privé, en ce qui concerne la motivation du public et la livraison des produits, pour compléter les programmes nationaux de planning familial.

Le projet, connu en tant que Projet de Commercialisation Sociale du Planning Familial (Family Planning Social Marketing Project, FPSMP), a déjà à son actif une part importante des condoms et pilules delivrés dans le cadre du programme national du Bangladesh. Jusqu'à présent l'expérience confirme que c'est là une approche valable, même dans les secteurs faiblement alphabétisés et extrêmement pauvres, et dans ceux où les systèmes de transports ne sont guère développés.

C'est en 1974 que commence le programme du Bangladesh, quand l'Internationale des Services de Population (Population Services International, PSI), fondée par l'USAID et sous contrat avec le gouvernement du Bangladesh, inaugure une série d'études de recherche sur le marché, qui font appel aux services de recherche et aux firmes de promotion établis à Dacca. L'objectif premier était de développer et de mettre en oeuvre un programme de commercialisation sociale des contraceptifs destiné à faire partie du programme national de planning familial.

Le terme de "commercialisation sociale" est utilisé depuis des années pour désigner le recours aux méthodes commerciales--en particulier publicité et techniques de promotion--afin de vendre des idées plutôt que des produits ou des services. Il y a eu des campagnes de "marketing" promouvant la sécurité publique, l'extermination des moustiques, le contrôle de la pollution, l'embellissement des villes, et de nombreux autres projets d'utilité sociale. La liste est longue et on peut dire que, d'une façon générale, elle comprend des idées et des causes d'intérêt social, motivées par le désir d'améliorer la condition humaine plutôt que par la perspective de bénéfices commerciaux.

Il est logique de s'appuyer sur les idées qui font le succès du marketing et d'utiliser les mêmes techniques et les mêmes motivations pour promouvoir des produits d'utilité sociale--produits qui peuvent n'être pas facilement accessibles, pour des raisons financières ou autres à ceux qui, précisément, en ont le plus besoin. Dans le cas du planning familial, les couples déjà d'eux-mêmes convaincus de la nécessité de limiter les dimensions de leur famille, ont besoin de savoir où et comment se procurer, de façon commode et à un prix raisonnable, les produits contraceptifs dont ils ont besoin, et ils doivent être instruits de leur emploi convenable. C'est cette possibilité qui peut leur être refusée, en particulier s'ils sont pauvres.

Les services de santé publics, surchargés et sous-équipés, ne donnent souvent qu'une priorité médiocre à ceux qui cherchent conseil en matière de planning familial ou qui cherchent à se procurer les produits contraceptifs, répondant mal ainsi à leurs besoins. Le secteur commercial, en revanche, n'existe que pour fournir des produits et des services aux clients. Bien mieux, du point de vue psychologique comme du point de vue financier, on peut s'attendre à ce qu'il le fasse avec beaucoup de compétence et souvent, pour le consommateur, à un prix de revient moindre qui dans les cliniques de santé publiques.

On s'attendait à ce que le programme du Bangladesh, lancé comme une expérience commerciale, s'appuie sur l'expérience déjà acquise, au Bangladesh ou ailleurs, en matière de commercialisation sociale. La première expérience significative de distribution commerciale de contraceptifs à des prix subventionnés eut lieu à Comilla dès 1964. Ce programme fut ensuite étendu à toute une province mais fut interrompu par les troubles politiques précédant l'indépendance. Il y eut aussi plusieurs expériences en Afrique--par exemple, un projet pilote dans le district de Meru au Kenya, et le programme de marketing de Preethi au Sri Lanka. Bien que le programme du Bangladesh se présente comme le développement logique de ces premiers programmes qui ont valeur de modèle, chaque nouveau programme se trouve affronté à des problèmes spécifiques. Le rapport qui suit retrace le développement du projet du Bangladesh, compte tenu des forces sociales, politiques, et économiques en présence.

## LE DEFI DU MARKETING

Au départ, le défi était celui, classique, que rencontre le vendeur en présence d'un nouveau marché: comment identifier le client en puissance, comment l'amener à

vouloir acheter le produit proposé, et comment voir que le produit est rendu d'accès facile, à un prix abordable.

Le groupe visé était constitué de couples mariés, n'utilisant pas déjà une méthode fiable de planning familial. Il est apparu que les groupes à revenus supérieurs bénéficiaient déjà de ces services grâce à l'industrie pharmaceutique locale (qui vendait et vend toujours 250.000 à 300.000 cycles de contraceptifs oraux par an). Par conséquent, le groupe vise se composerait de couples ayant des moyens économiques réduits. La première des nombreuses questions à se poser était: (1) combien de couples y avait-il, (2) où étaient-ils, (3) que savaient-ils du planning familial, et (4) comment étaient-ils susceptibles de réagir à la promotion de contraceptifs? En même temps, il fallait obtenir davantage d'informations sur (1) la manière dont s'effectuaient les opérations dans le système de marketing local, (2) si le secteur commercial etait prêt à coopérer (étant donnée la nature "sensibilisatrice" des produits et la nécessité de les distribuer et de les promouvoir au niveau de vente au détail), et (3) les marges de profit souhaitables à répercuter tout au long de la chaîne de distribution. Des firmes locales furent contactées pour étudier ces questions ou d'autres encore, et on chercha à avoir l'avis des personnes ayant une part active dans le marché de la consommation.

Cette recherche eut pour effet de réduire à moins de la moitié l'estimation des 15 millions de couples entre 15 et 45 ans qui constituaient le marché potentiel. Le groupe visé, constitué en grande partie de gens pauvres habitant la ville ou la campagne, allait comporter une partie importante de la population analphabète du Bangladesh (approximativement 80% du total). Par suite de ces découvertes, l'emballage et la marque devraient être simples, et les prix, même par rapport aux standards de la commercialisation sociale, devraient rester bas.

Des études sur le commerce du contraceptif ont révélé que les condoms et la pilule n'étaient pas difficiles à trouver dans les grandes villes. Ailleurs, ils étaient vraiment rares et, par rapport aux standards locaux, partout chers. Les condoms de bonne qualité (par exemple, Sultan, Durex, Metro) étaient vendus au prix de US $0,80 à US $0,12 la pièce; les contraceptifs oraux étaient libellés entre US $0,80 et US $1,50 le cycle. Seules les pharmacies proposaient la pilule; les condoms, qu'on pouvait également se procurer dans les magasins non-spécialisées, étaient invariablement tenus sous comptoir et hors de vue. Bien que quelques détaillants déclarassent ne pas vouloir tenir en magasin des contraceptifs, la plupart dirent qu'ils n'hésiteraient pas à constituer des stocks de condoms et de

pilules, pourvu que les prix fussent bas et que les produits bénéficient d'une vente promotionnelle.

Tandis que le marché et les consommateurs visés faisaient l'objet d'investigations et que le niveau des prix était établi, on décidait du nom de la marque et de l'emballage pour les deux produits à lancer sur le marché--condoms lubrifiés, de haute qualité, et pilule à faible teneur en estrogène (0,05 mg de mestranol). En ce qui concerne les condoms, le nom retenu fut "Raja," qui signifie "roi" ou "arbitre." C'était aussi un choix qui se voulait pratique, étant donné que Raja est également le nom du roi dans le jeu de cartes. En reproduisant sur l'emballage l'image du roi de pique, on faisait en sorte que la marque du condom soit reconnue même par ceux qui ne savaient pas lire.

Le nom choisi pour la pilule, "Maya," signifie "affection." C'est un mot feminin et comme il désignait aussi un nom de jeune fille, il pouvait être associé sur l'emballage à un visage de femme.

Les prix furent établis en fonction de deux critères de commercialisation sociale: (1) ils devaient être assez élevés pour avoir une certaine valeur aux yeux du consommateur et pour comporter les marges nécessaires de distribution commerciale, et (2) ils devraient être assez bas pour être à portée de bourse de la majorité des consommateurs visés. Les prix finalement retenus furent d'environ US $0,03 pour le paquet de trois condoms et US $0,05 pour un cycle de pilules. (Par comparaison, un paquet de 10 cigarettes de la marque la plus courante coûte environ US $0,10.)

## SELECTION DES MEDIA DE PROMOTION

Au cours de cette recherche préliminaire, la question délicate de la publicité et de la promotion était aussi à l'étude. L'accord n'était pas facile à faire sur la meilleure manière d'atteindre les consommateurs visés avec des messages ayant trait au planning familial et aux produits s'y rattachant, puisque le profil émergeant de la tranche la plus importante de consommateurs indique qu'ils:

- Ne voyaient probablement pas de journaux.
- Ne savaient pas lire les panneaux d'affichage.
- Presque à coup sûr, n'avaient pas de radio.

- Allaient rarement au cinéma.
- Ne regardaient jamais la télévision.

Bien plus, leur revenu était faible, et plus faible encore le budget dont ils disposaient. Il n'est pas surprenant que l'on ne sachât guère comment s'y prendre pour atteindre ce groupe. Traditionnellement, on leur avait accordé si peu d'importance en tant qu'éventuels consommateurs qu'il n'y avait eu aucune raison de promouvoir des produits qui leur fussent destinés et que pratiquement aucune tentative de les atteindre sur une grande échelle n'avait été faite.

Pourtant ces gens étaient bien des consommateurs: ils consommaient des marchandises hors marque comme les vêtements, le kérosène, et les denrées alimentaires; et des produits vendus sous marque comme les cigarettes et le thé. En ce qui concerne les articles ayant trait au planning familial, vendus à prix raisonnable, ce groupe pouvait fort bien devenir des consommateurs, et en dépit des obstacles de communication qui se présentaient, ces gens n'étaient nullement hors de portée de la publicité commerciale.

Le résultat des recherches révéla ultérieurement que, tandis que peu de gens possédaient une radio, le nombre d'auditeurs par poste de radio était très élevé; jusqu'à 65% de notre marché potentiel disait écouter "fréquemment" la radio. De plus, on découvrit que pas moins d'un quart des pauvres de la ville et de la campagne allaient au cinéma plusieurs fois par an et que la plupart des hommes dans les villages se rendaient régulièrement à la ville la plus proche. L'importance des leaders d'opinion, ces quelques personnes qui, à n'importe quel niveau de n'importe quelle société, sont recherchés pour leurs conseils et dont les avis sont écoutés, se trouva aussi confirmée. Finalement, on nota que quelque 90% des achats étaient effectués par les hommes.

En dépit de toutes les études et de toutes les consultations, aucune indication sûre n'émergea quant aux media spécifiques susceptibles d'atteindre une proportion importante de la population chroniquement pauvre, à prédominance rurale et illettrée qui constituait la masse du groupe visé par le programme. Résultant de ce manque de définition, une approche diversifiée serait nécessaire.

## EXPERIENCE PILOTE

Avant août 1975, des expériences de marketing à caractère limité furent effectuées dans quatre régions distinctes

du pays. Il fallait éprouver les concepts et les ébauches élaborés dans les mois précédents. La réaction des consommateurs aux prix, aux noms de marque, à l'emballage, et aux éléments de promotion déciderait du moment et de l'éventualité d'une distribution à l'échelle du pays.

Les essais sur place confirmèrent l'opportunité des prix fixés, du choix du nom, du label identificateur, et de l'emballage des produits. Ils révélèrent aussi, dans les zones étudiées, un très vif intérêt pour ce qui avait trait au planning familial--désir d'information et demande de produits contraceptifs. On décida donc de lancer Raja et Maya à l'échelle du pays.

La phase suivant comporta (1) le recrutement et la formation de l'équipe de vente; (2) l'emballage des produits; (3) la production de notices d'emploi, d'appareils distributeurs, et de matériel rattaché à la vente; ainsi que (4) le parachèvement de la campagne de publicité. On choisit comme société distributrice la Fisons Ltd., Bangladesh, qui réemballa condoms et pilules, délivrés par l'AID, dans des emballages de production locale, et les dirigea vers les dépôts et les maisons de gros. On ménagea un espace publicitaire dans les media et on mit au point les annonces qui passèrent sur les ondes radio. Au mois de décembre 1975, la campagne nationale démarra et le programme de distribution se déploya dans toute son ampleur.

## PUBLICITE ET PROMOTION

Puisqu'une campagne de cette nature, orchestrée par les mass media et dirigée vers ce type de public, n'avait jamais été entreprise au Bangladesh, il n'y avait pas beaucoup d'indications possibles. Les prédictions pessimistes ne manquèrent pas cependant; ainsi, par exemple, la culture Bengali ne tolèrerait pas la discussion libre de sujets réputés "délicats" ou de produits dits "intimes," et ce serait le tollé général. Le mot même de "condom," peu utilisé et peu répandu, était considéré comme vulgaire; son emploi soulèverait des objections. On prédisait que le sexe ou les questions liées au sexe étaient des sujets impossibles à imprimer ou à diffuser sur les ondes.

D'un autre côté, des publicités déjà parues dans la presse en faveur d'un contraceptif oral commercial, le Lyndiol, avaient été imprimées sans réaction notable, et tous les media donnaient leur consentement à la publicité de contraceptifs. Les spots télévisés et les publicités dans les cinémas, auxquels on n'eut pas recours au début du programme, devaient être visionnés et approuvés par un

bureau de censure gouvernemental, mais il n'y avait, de fait, aucun obstacle légal à la publicité de contraceptifs par le biais de quelque medium que ce soit.

On décida de traiter ces produits comme n'importe quel autre article de consommation portant un nom de marque. Pour qu'ils soient vendus, il fallait leur faire une publicité promotionnelle agressive, et pour atteindre le groupe visé, tous les media disponibles devraient être mis à contribution. L'agence de publicité du projet fut encouragée à employer la plus large combinaison possible de media.

L'effort essentiel porta sur la radio et le cinéma, qui ne dépendent pas de l'éducation du public au même degré que les autres mass media. A cause du goût traditionnel de ces gens pour la musique, les annonces faites à la radio et les publicités passées dans les cinémas s'appuyaient sur de petites phrases musicales originales qui eurent rapidement du succès auprès du public. Dans un premier temps, l'accent fut mis sur l'emballage et les noms de marque avec lesquels il fallait familiariser le public; puis l'accent allait progressivement à une combinaison de thèmes portant sur le bonheur de la famille, la sécurité financière, et les "bonnes choses de la vie." On s'efforçait toujours et partout de garder le ton habituel, plaisant, et positif des publicités, en soulignant les avantages qu'il y avait à espacer les naissances et à s'en tenir à des familles peu nombreuses, aussi bien que la qualité, l'aspect pratique, et la sécurité d'emploi de Raja et Maya (voir Figure 1).

En plus de la radio et du cinéma, le programme avait recours à la publicité dans les journaux (et plus tard, aux spots télévisés) pour atteindre les leaders d'opinion et les commerçants. Des posters et des affiches à l'effigie de la marque sont exposés dans les lieux fréquentés tels que gares de chemins de fer et embarquements de ferries. Des bannières colorées, des auto-collants, des enseignes de boutiques, tous portant des reproductions aisément reconnaissables d'emballages Raja et Maya, décorent boutiques et échoppes à travers le pays. Les appareils distributeurs de produits, conçus pour être apposés aux murs, ont été un moyen de persuader les boutiquiers de placer les contraceptifs en évidence.

Plusieurs équipes de démarcheurs, qui se rendent dans les zones rurales en bus, pousse-pousse (voir Figure 2), et bateau, touchent une partie importante de la population rurale. Ils diffusent des enregistrements de musique populaire sur haut-parleurs et expliquent le planning familial et les produits contraceptifs. Les produits sont promus dans des foires et le projet soutient financièrement des manifestations sportives. Et aussi, conformément au dicton qui prétend que le bouche à oreille est le meilleur

medium, le projet tente quelquefois d'orienter les conversations sur la question des contraceptifs par des moyens plus spectaculaires tels que les lâchages de tracts depuis des avions.

Il y a, en marketing, un adage qui dit qu'une moitié du budget publicitaire est dissipée en pure perte, mais que personne ne peut dire de quelle moitié il s'agit. Le projet du Bangladesh a eu recours à presque tous les moyens disponibles de promotion de masse, et si l'on ne sait toujours pas aujourd'hui quelle moitié du budget a été gaspillée, les résultats obtenus par l'autre moitié sont très encourageants.

## ORGANISATION DU PROGRAMME ET MISE EN OEUVRE

La petite équipe à la tête du programme est administrée par un conseil composé du gouvernement du Bangladesh, des hommes d'affaires les plus influents, et des représentants des agences locales et internationales. Le conseil fonctionne à bien des égards de la même manière que le bureau d'administration d'une compagnie commerciale; et, outre les directives et les conseils qu'il donne, il assurera la passation de pouvoirs quand la gestion et le financement du programme deviendront entièrement du ressort local.

Dans sa mise en oeuvre effective, le programme emploie directement 20 représentants et un personnel de contrôle des ventes appuyé par une unité administrative. La fonction principale de chaque représentant est de se consacrer au commerce de détail son territoire:

- Il maintient les boutiquiers approvisionnés en matériel dispensateur de produits.
- Il forme les détaillants à répondre aux questions qui ont trait aux produits.
- Il s'assure que les stocks sont suffisants.
- Il arrange la livraison des produits entre le grossiste approprié et les détaillants.
- Il rend compte à son propre contrôleur quand les stocks du grossiste ont besoin d'être refaits et qu'il faut s'adresser au distributeur principal de Dacca ou au depôt voisin.

Les dons de contraceptifs, effectués à l'heure actuelle par les Etats-Unis, parviennent, par l'intermédiaire du PSI au principal distributeur commercial du projet. Là, les

Fig. 1. Les annonces dans les journaux et les magazines mettent l'accent sur des thèmes positifs et insouciants.

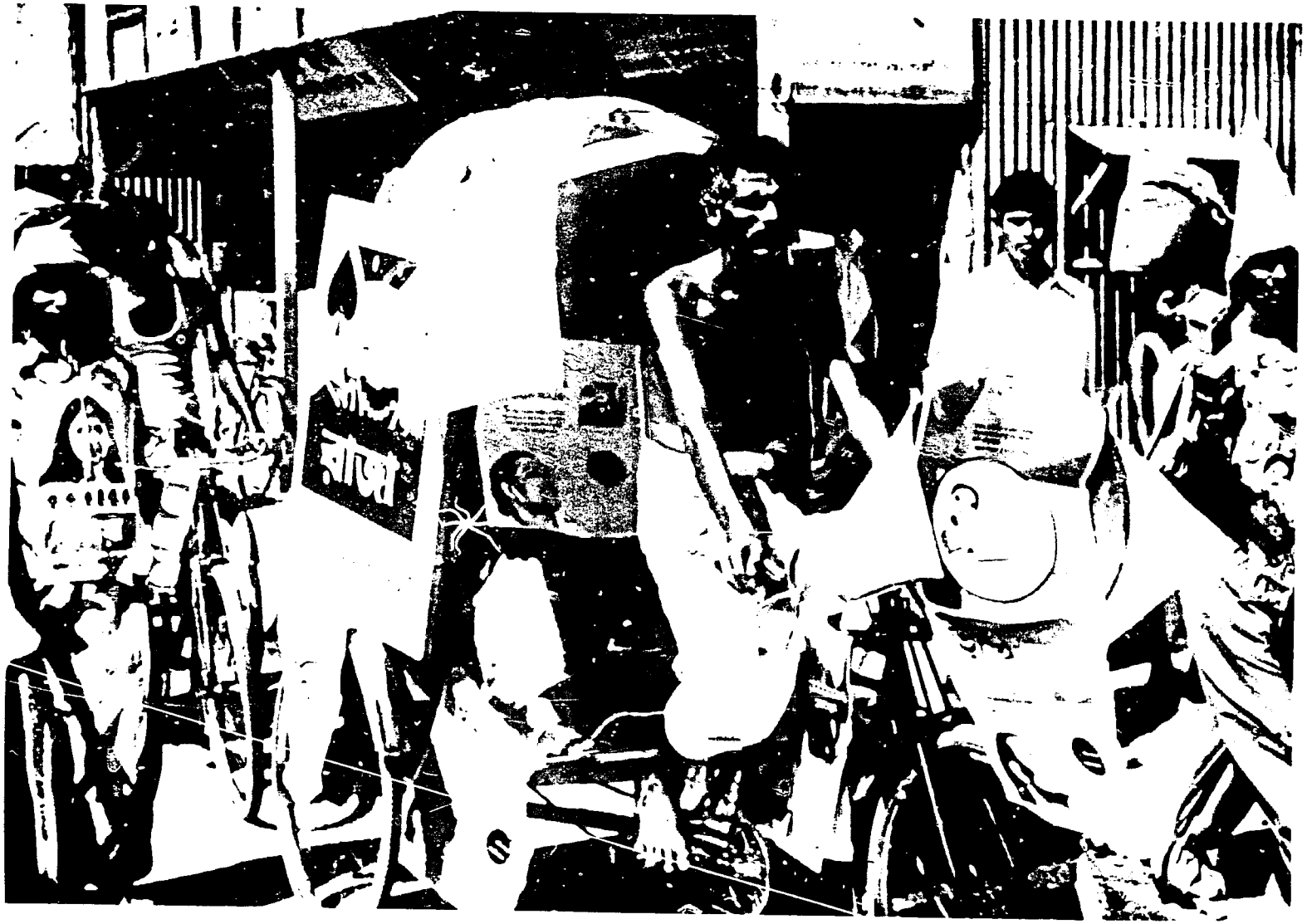


Fig. 2. Des pousse-pousse décorés, accompagnés de démonstrateurs costumés, répandent à travers le pays les messages ayant trait au planning familial et aux produits s'y rattachant.

contraceptifs sont réemballés dans des emballages de conception locale destinés au commerce. Après quoi, ils sont vendus à d'importants grossistes, puis à un complexe de demi-grossistes, petits détaillants, étalagistes, colporteurs de village, etc. . . . et enfin aux consommateurs.

Plus important que la structure interne d'un programme, qui naturellement variera d'un pays à l'autre, est le fait que partout de tels programmes sont déjà nantis de l'organisation essentielle--celle qui, de fait, livre les produits aux usagers. Cette organisation est en place pratiquement dans chaque pays du monde; elle a été constituée au cours des siècles, à grands frais, dans le but exprès de fournir des biens de consommation et des services. Elle fonctionne sans heurt, avec efficacité et délivrera à condition de recevoir les stimuli convenables, toute marchandise qu'on lui propose. De là entend-on dire quelquefois que le programme du Bangladesh emploie 20 vendeurs à plein temps et 25.000 vendeurs occasionnels. Le réseau commercial entier de distribution, aussi bien que la promotion et la publicité professionnelles, et les agences de recherche font partie intégrante de l'organisation du programme. Le maillon ultime et le plus important dans la chaîne de distribution--à savoir le boutiquier--est en contact quotidien et à l'écoute du public à servir.

## TOLERANCE SOCIALE ET AUTRES PROBLEMES POSSIBLES

Quelques prédictions sur les réactions du public vis-à-vis de la promotion de masse de contraceptifs ont déjà été indiquées à grands traits. Les programmes de marketing de contraceptifs, pour être couronnés de succès, doivent, du fait même de leur nature, s'afficher en pleine lumière. Ils s'exposent donc au risque d'être dénoncés comme vulgaires ou pervers par les tenants de la moralité publique. La contraception est un sujet qui touche à des fonctions intimes de l'individu, et, de toute évidence, il y a, dans chaque société, des seuils de tolérance aux discussions publiques explicites, verbales comme imprimées. Au Bangladesh, la diversité des témoignages contradictoires et les avis partagés en la matière aboutirent à la décision d'éprouver, étape par étape, la tolérance du public en augmentant progressivement la franchise des messages publicitaires. Au premier indice de réaction négative, les publicités reviendraient à des messages plus conservateurs. C'est permettre de la sorte à la campagne de poursuivre une promotion agressive des produits tout en testant les réactions et la tolérance du public aux publicités.

Les objections qui se firent entendre vinrent des milieux riches. Certains s'élevèrent contre la publicité de condoms à la télévision. Le message publicitaire incriminé (qui avait franchi sans problème le comité de censure) fut retiré immédiatement; néanmoins le gouvernement prit des mesures interdisant toute publicité de Raja et Maya sur les mass media. L'interdiction dura plus de deux mois au cours desquels les ventes--peut-être n'est-ce qu'une coïncidence--enregistrèrent une baisse.

Aucune réaction défavorable autre que celle-ci, qui venait d'une petite, mais extrêmement influente, minorité, ne se manifesta à l'encontre du programme ou de la publicité le supportant. La communauté religieuse s'en est tenue à un silence bienveillant. A part quelques très rares "lettres au directeur" critiquant la campagne parce qu'elle rendait les contraceptifs séduisants pour les gens non-mariés, l'accueil du public a été partout incontestablement favorable.

Les difficultés de base--logistique et circulation de l'information--sont en passe d'être surmontées conformément aux prévisions, grâce à la mobilisation des compétences du secteur commercial et par l'encouragement à des moyens de promotion extraordinaires. Les problèmes soulevés par la brève réaction négative du public furent plus que compensés par l'appui que le programme reçut en public et en privé. Le gouvernement, dans l'ensemble, a donné au programme une marge de manoeuvre égale à celle dont bénéficie une entreprise strictement commerciale (chose vitale pour le succès de tout programme de commercialisation sociale); de plus, il a autorisé l'entrée dans le pays, exemptés de taxes, des contraceptifs et de l'essentiel de l'équipement et des fournitures.

## SUCCES DU PROGRAMME

Les campagnes Raja et Maya furent lancées à l'échelle du pays en décembre 1975. Aucune estimation extérieure du succès ou de l'impact de ces campagnes n'a encore été faite, bien qu'une étude du Comité International pour la Recherche Appliquée en matière de Population (International Committee for Applied Research in Population, ICARP), actuellement en cours, doive apporter des élements d'appréciation indépendants. A partir des seules ventes et statistiques de magasin il est possible de formuler quelques hypothèses de base; celles-ci et autres indications permettent de tirer la conclusion probable que l'expérience Raja et Maya sera un succès.

Un changement d'attitude à l'égard du marketing des contraceptifs et de la question du planning familial apparaît évident partout dans le pays. Difficiles à se procurer et sujet gênant à débattre il y a 15 mois, condoms et contraceptifs oraux figurent aujourd'hui parmi les produits les mieux soutenus publicitairement et les plus ouvertement répandus dans le pays, et de grandes quantités en sont achetées. Plusieurs marques de condoms et de pilules--pas uniquement Raja et Maya--sont vendues non seulement en pharmacie mais dans les bazars, épiceries, grands magasins, échoppes de savetiers, comptoirs de tabac, stands de bétel, et autres types de petits et grands magasins de détail. Raja et Maya sont acheminés à pied, en charette à bras, à bicyclette, et en bateau jusque vers les marchés des villages les plus reculés. On estime qu'environ 25.000 magasins de détail stockaient [illegible] de ces produits ou les deux au terme de 15 mois de marketing.

Il ne fait guère de doute que la publicité mise en oeuvre par le projet de commercialisation sociale est très largement responsable de ce profond changement dans les conditions d'accessibilité à ces produits et dans la conscience que le public a de ce phénomène nouveau. Les effets réels du programme en ce qui concerne la mise en oeuvre du planning familial, l'usage des contraceptifs, et le nombre de naissances évitées, sont encore considérablement sujets à spéculation et finiront par être établis lorsqu'on disposera de davantage d'éléments. Mais bien qu'en matière de distribution, les seuls chiffres ne se laissent pas facilement convertir en éléments d'appréciation, les programmes de marketing ont deux avantages distinctes pour ce qui est de leur évaluation:

- Comme de l'argent est recueilli pour les marchandises distribuées, les chiffres données sont habituellement exacts.

- On peut supposer qu'il y a une correspondance entre le nombre de contraceptifs vendus et le nombre de contraceptifs utilisés.

Avant le quatrième trimestre de 1976, une moyenne de presque 1,2 millions de condoms et 37.000 cycles de pilules furent vendus chaque mois. Avant la fin du cinquième trimestre, à partir du lancement à l'échelle nationale, ces chiffres atteignirent les alentours de 1,5 millions pour les condoms et plus de 60.000 pour les cycles de pilules (voir Figures 3 et 4). Si 85% de ces ventes se font pour remplacer les stocks de détail vendus aux consommateurs, une estimation raisonnable, basée sur ce nombre, donnerait le

chiffre de 200.000 utilisateurs réguliers.[1] En considérant grosso modo que quatre années de précautions permettent d'éviter une naissance, on peut estimer que le projet de commercialisation sociale évite dans une année quelque 50.000 naissances non-désirées. A raison de US $2,10 le prix de revient d'une année de prévention pour un couple, cela ferait moins de US $8,50 par naissance prévenue. A mesure que les frais de promotion diminueront jusqu'a se stabiliser à des niveaux de routine et que les ventes approcheront leur plein potentiel, ces prix, avec le temps, s'en trouveront même abaissés.

## PROBLEMES SOULEVES PAR LA DISTRIBUTION GRATUITE

Un autre facteur extrêmement important à considérer quand il s'agit de mesurer l'impact du programme, est le libre accès, dans les circuits commerciaux, aux provisions fournies par le gouvernement. Au début de l'année 1975, après l'approbation du programme mais avant sa phase de marketing, le gouvernement décida de fournir directement pilules et condoms au circuit commercial par l'intermédiaire de fonctionnaires et d'agences gouvernementales. Le prix nominal, disait-on, permettrait une large distribution et un coût à la consommation de moins de US $0,01 par cycle de pilules ou par douzaine de condoms. Parce qu'il n'y avait pas, à ce moment-là, à la consommation, de demande particulière pour les contraceptifs oraux fournis par le gouvernement, la réponse du commerce à l'offre de pilule fut faible. En même temps, on releva que grossistes et détaillants constituaient de vastes stocks de condoms. Les prix au détail de condoms, cependant, ne baissèrent pas de façon significative.

Plus tard, quand la demande du public pour les contraceptifs oraux augmenta, l'intérêt du commerce à bénéficier des facilités gouvernementales s'en trouva stimulé. Il en résulta que la pilule "Blue Lady" existe maintenant dans la plupart des magasins de détail des villes et de nombreux magasins de détail à la campagne. Le commerce peut trouver cette pilule gratuitement soit pour ainsi dire gratuitement et elle est identique au produit (Norinyl 1/50) que le projet propose sous le nom de marque Maya. Par conséquent, on sait qu'il existe un fructueux échange de pilules, au niveau du commerce de détail, entre Maya et les produits

[1] Ce chiffre est basé sur l'utilisation de 13 tablettes ou 100 condoms par an. Ce qui, sans doute est une estimation prudente; en Inde, Sri Lanka, et ailleurs, l'expérience indique que le recours aux condoms est probablement moindre.

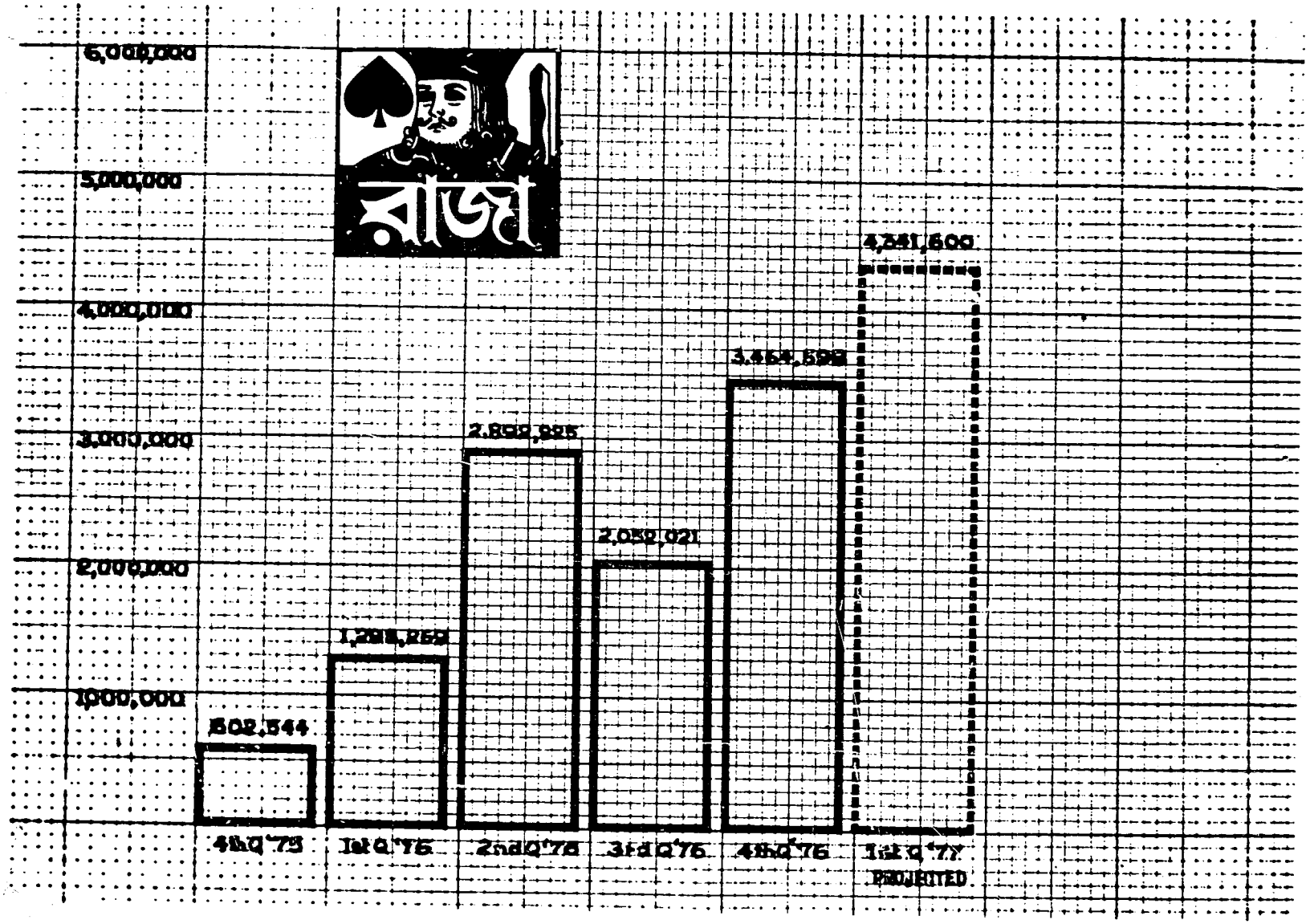



Fig. 3. Carte indiquant des ventes des condoms Raja par nombre vendu d'unités, octobre 1975-mars 1977.

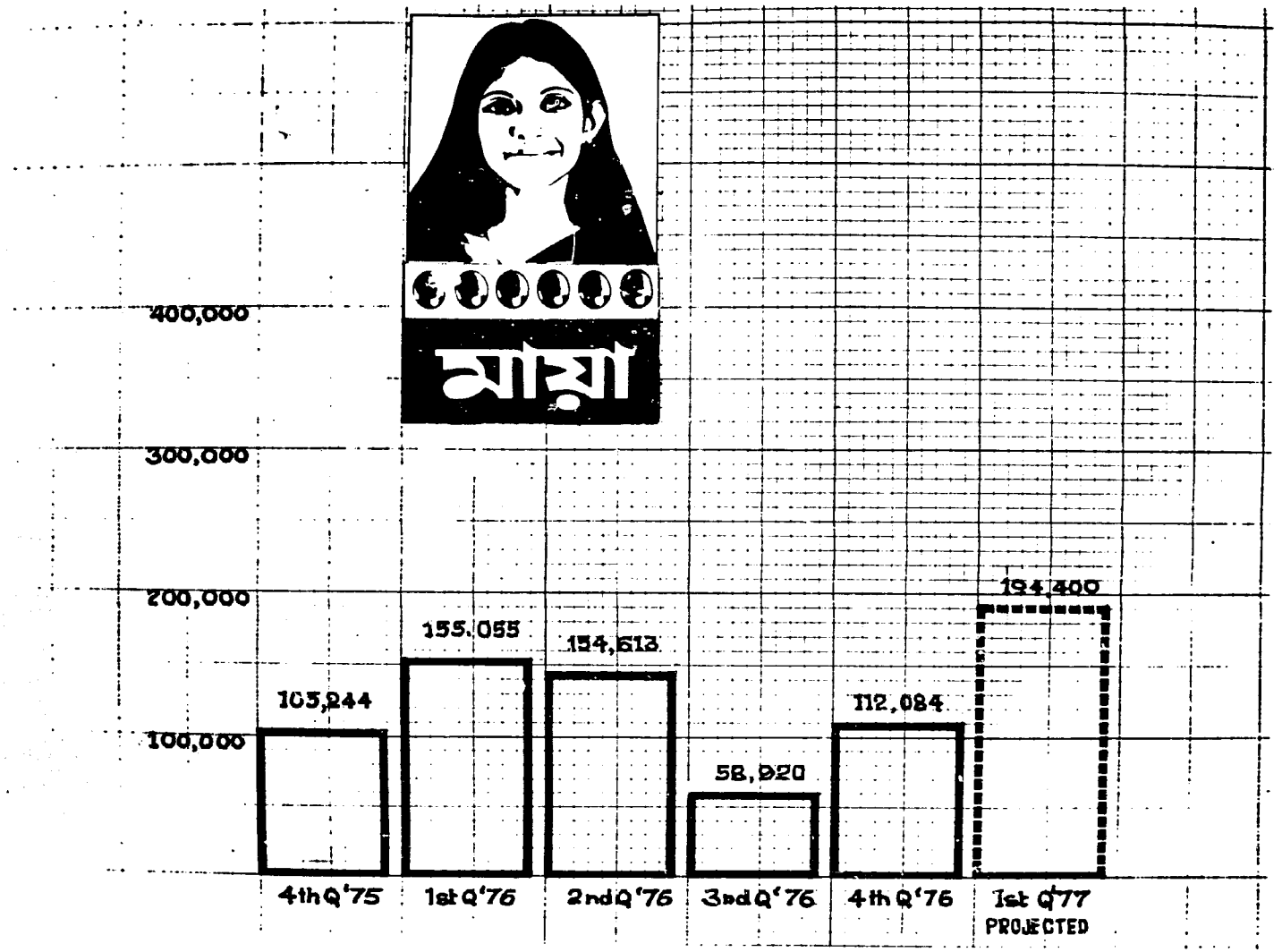



Fig. 4. Carte indiquant des ventes des contraceptifs oraux Maya par nombre vendu de cycles, octobre 1975-mars 1977. (A cause de la concurrence des autres marques de contraceptifs oraux, les ventes de Maya ont mis plus longtemps à s'imposer sur le marché que les ventes de Raja.)

gratuits. Puisque par cet échange, le boutiquier peut fournir le même produit à un tarif légèrement inférieur et par conséquent faire un bénéfice plus grand, on ne peut raisonnablement pas attendre de lui qu'il agisse autrement.

La substitution d'un marque différent de condoms, sans aucun doute pratiquée dans une certaine mesure, a eu moins d'effet sur les ventes du programme puisque, jusqu'ici, les produits gouvernementaux n'étaient pas colorés, tandis que les condoms Raja existent en de nombreuses couleurs. Le consommateur qui achète Raja voit bien la différence entre sa marque préférée et les autres.

En dehors du fait qu'il perturbe les structures de prix et suscite une certaine méfiance à l'égard de Raja et Maya dans l'esprit des vendeurs et des consommateurs, le problème soulevé par la distribution commerciale "gratuite" est en grande part un problème d'appréciation: comment évaluer les résultats obtenus dans le secteur commercial en tant que système de livraison quand seules les ventes du programme de commercialisation sociale sont connues? Il n'est pas facile de répondre à cette question; les statistiques de livraison issues du gouvernement ne font pas la distinction entre la distribution commerciale et la distribution en clinique ou le porte-à-porte.

D'un autre côté, bien que les ventes du projet et, par suite, l'évaluation du programme aient souffert de cette situation, il est notoire, sur le marché, que la vente de tous les contraceptifs est en progression constante. On ne peut considérer cela que comme un état de choses très positif.

En dépit de l'impossibilité pratique d'évaluer avec précision dans quelles proportions s'est faite la substitution de produits et, par conséquent, quel est à ce jour le volume global des livraisons commerciales au Bangladesh, il est clair que des contraceptifs livrés sous marque et bien annoncés se soient vendus avec un succès aussi soutenu. Ce succès, malgré une concurrence sur les prix la plus sévère qui se puisse rencontrer, est néanmoins une preuve de l'efficacité des méthodes commerciales et constitue un argument de poids contre l'idée que le prix à la consommation est ce qui détermine la décision d'achat.

## CONCLUSION

Par le recours aux méthodes et circuits de distribution commerciaux, la diffusion de contraceptifs au Bangladesh a pu, en un temps relativement court, atteindre un niveau satisfaisant et constituer un excellent réseau de détail. Il apparaît que les moyens employés au Bangladesh doivent

pouvoir être utilisés ailleurs, pratiquement n'importe où, et que de tels programmes, étant donnée leur souplesse d'adaptation, peuvent compléter efficacement et à bon marché les programmes nationaux de planning familial. Les faits montrent bien que les coûts réduits de distribution atteints jusqu'ici au Bangladesh puissent également être atteints, sinon ameliorés, dans une grande partie du monde sous-développé. Cela étant, il n'est peut-être pas irréaliste, d'espérer prévenir, grâce aux programmes de commercialisation sociale, et à des frais bien moindres que ceux généralement escomptés, des millions de naissances non-désirées.

# LE PLANNING FAMILIAL ET LA DISTRIBUTION DES CONTRACEPTIFS BASEE SUR LA COMMUNAUTE AU SRI LANKA

Dennis Hapugalle

La présente communication est un exposé du programme de distribution des contraceptifs basée sur la communauté au Sri Lanka. Ses différentes sections en sont organisées comme suit:

- Brève historique du programme et de sa direction, avec quelques remarques sur son acceptabilité sociale.
- Les caractéristiques démographiques de la population, décrivant ses cadres sociaux, culturels, et économiques; l'effet de ces facteurs sur le programme.
- L'organisation et l'opération du programme.
- L'application du programme, y compris les techniques utilisées pour résoudre les problèmes qui se posent.
- L'effet du programme sur le planning familial; comment cet effet a été mesuré.

## BREVE HISTORIQUE DU PROGRAMME[1]

Jusqu'à récemment, la plupart des programmes de planning familial étaient orientés vers un système de cliniques ou dispensaires. La distribution des services de planning familial au moyen de dispensaires était, de par sa nature même, confinée relativement à des régions de population dense. Par conséquent, l'énorme population rurale à travers le monde n'était que peu ou pas desservie. Pour cette raison, l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) essaya de mettre en oeuvre des alternatives possibles de distribution de services de planning familial en vue de faire face à ces besoins criants.

---

[1]L'information sur les activités du projet ont été obtenues avant que je le prenne en charge, en mai 1975, d'après les données et rapports de PSI (Population Services International).

Les études sur les systèmes de distribution des contraceptifs montrèrent qu'un pourcentage élevé de couples pratiquant la contraception s'adressaient au secteur privé. D'habitude, ce secteur a plus d'expérience que le secteur public en ce qui concerne le marketing des produits. Les avantages du secteur privé dans ce domaine sont:

1. Un système de distribution et un réseau qui atteignent tous les coins du pays.

2. Un système de marketing efficient, basé sur des motifs vitaux pour sa continuation.

3. Des débouchés au détail qui sont plus pratiques pour ses usagers--ils sont ouverts durant les heures de loisir et les formalités et la bureaucracie en sont absentes.

Le résultat de ces études a été pour l'IPPF d'organiser des programmes de distribution basées sur la communauté CBD (Community-Based Distribution).

Politique de l'IPPF

Les objectifs immédiats définis pour le nouveau programme sont décrits ci-dessous:

1. Démontrer que des contraceptifs distribués par des débouchés existants, efficients et sur base économique non-clinique, peuvent atteindre leurs usagers à un coût moindre que celui des autres moyens (surtout celui des dispensaires de planning familial.)

2. Accomplir une augmentation notoire du nombre des usagers de contraceptifs.

3. Produire des données pertinentes et utiles au programme et aux objectifs du planning.

4. Evaluer l'efficacité du programme CBD.

5. Déterminer les réactions des FPAs (Associations nationales de planning familial), des agences internationales de population, et d'autres organismes et institutions spécialisés.

6. Traduire les résultats d'ensemble sous forme de manuels pratiques pour les dirigeants, les planificateurs et les praticiens des FPAs, ministères du gouvernement, et agences internationales.

Ayant reconnu la nécessité de distribuer plus largement les moyens de pratiquer le planning familial que ne le permet le système actuel de la santé publique, l'IPPF a institué un nouveau département, le Département de Distribution Basée sur la Communauté. Le Docteur Malcolm Potts, qui était à ce moment-là directeur médical de l'IPPF, argua fortement en faveur de la mise en oeuvre dudit concept CBD. Le Population Services International (PSI) entreprit une étude de praticabilité en vue de déterminer le pays le plus susceptible à démontrer l'efficacité de la commercialisation sociale des moyens de contraception. Après avoir étudié cinq pays divers (Bengladesh, Sri Lanka, Indonésie, Malaisie, et Samoa Occidental), on choisit le Sri Lanka comme étant le plus acceptable. Les critères principaux qui déterminèrent ce choix furent le fait que le Sri Lanka possède:

- Un bon réseau de communication couvrant tout son territoire.
- Un degré élevé d'instruction.
- Une bonne infrastructure des débouchés commerciaux.
- Une politique gouvernementale hospitalière.
- Une proportion élevé de couples mariés au sein d'une économie liquide.

Le projet au Sri Lanka, approuvé par le gouvernement et financé par l'IPPF, fut lancé par le PSI en octobre 1973, le directeur en étant John Davies. Le programme fut initié en vue d'éprouver la possibilité d'établir un système CBD ayant le potentiel de se suffire à lui-même pour toutes ses dépenses autres que le coût des produits.

En conformité avec ses efforts en vue d'encourager le pays récipiendaire à assumer la responsabilité de son programme CBD, l'IPPF transmit le projet à une direction locale à la fin du mois de mai 1975, pour le faire fonctionner sous la tutelle de son département CBD local.

## Politique du Governement

Le gouvernement du Sri Lanka fournit un grand nombre de services d'assistance publique à la population, entre autres:

1. Des subsides pour l'alimentation.
2. L'instruction gratuite.

3. Les soins de santé gratuits (y compris le contrôle des épidémies).

4. Des subsides pour les transports.

5. L'octroi de services sociaux.

Dans ce cadre, le plan décennal de développement du gouvernement, conçu en 1957, reconnut le rôle que joue la croissance de la population dans le cadre du développement économique en général. En 1965, le gouvernement exprima à nouveau le besoin d'une politique démographique et d'un programme d'intervention tendant à affecter le degré de croissance de la population. Le planning familial fut introduit en tant qu'une part intégrante des services de maternité placés sous les auspices du Ministère de la Santé. En février 1966, le Ministre de la Santé nomma un comité en vue de le conseiller sur l'établissement et l'exécution d'un programme national de planning familial. Le but en était un abaissement graduel du taux des naissances, de 33 par 1.000 en 1966 à 25 par 1.000 en 1976.

En 1970, l'Organisation des Nations Unies (ONU) fut invitée à étudier la situation démographique nationale et à conseiller sur la politique à suivre et les nécessités du programme. Une mission de l'ONU visita l'île en janvier 1971. Avec le plan quinquennal (1972-76), le gouvernement formula à nouveau sa politique et offrit des directives pour un programme national intégré, en déclarant qu'il "est essentiel que les moyens de planning familial soient à la disposition de tous les groupes dans la société, et ne soient pas limités aux groupes les plus privilégiés."

Le programme de la commercialisation sociale fut conçu en vue de compléter, augmenter, et intégrer les plans du gouvernement. Son objectif fut de combler les lacunes du programme gouvernemental et d'éprouver des approches innovatives en vue de rendre les contraceptifs faciles à acquérir et accessibles à l'ensemble de la population. Dans ce but, tous les éléments du marketing sont utilisés, à l'exception de l'appât du gain. Cependant, le "gain" de cette situation est la participation plus importante du peuple au programme et son acceptation des produits contraceptifs en vue d'améliorer la qualité de la vie. Nous parlerons en détail, dans les sections qui vont suivre, de la philosophie, de la stratégie, et de la méthodologie du programme.

# CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION AVEC REMARQUES SUR LE MILIEU DEMOGRAPHIQUE, ECONOMIQUE, SOCIAL, ET CULTUREL[2]

## Cadre Démographique

### Croissance de la Population

Les habitants de la République du Sri Lanka à la fin de 1976 était au nombre de 13.819.000. Depuis 1871, lors du premier recensement national, la population s'est multipliée 5-3/4 fois. Elle était alors de 2.4 millions. D'après les données du Département de Recensement et des Statistiques, la population a doublé en 55 ans (c.à.d. de 1871 à 1926). Elle a doublé à nouveau en 33 ans, de 1926 à 1959. On s'attend à ce qu'elle double à nouveau de 1959 à 1987, pour atteindre à peu près 19 millions. (Voir Figure 1 pour la projection démographique.)

La population du Sri Lanka a augmenté en passant par trois étapes de transitions démographiques classiques: (1) un taux de natalité et de mortalité elevé jusqu'à environ 1946; (2) un taux de natalité elevé et un taux de mortalité déclinant de 1947 jusqu'à environ 1966; (3) et un taux de natalité déclinant et un taux de mortalité faible et relativement stable depuis 1966. La deuxième étape est due principalement au contrôle des épidémies et à la diminution rapide de la mortalité infantile et maternelle. Cette diminution est le résultat des efforts croissants des gouvernements successifs pour offrir aux familles un meilleur service de santé.

### Naissances, Décès, et Augmentation

Le Tableau 1 donne les naissances, décès, et leur taux naturel d'augmentation par 1.000 habitants, le taux de mortalité infantile et maternelle par 1.000 naissances, et les prévisions concernant la longévité pour les deux sexes.

### Age et fertilité

Sri Lanka a une population fortement orientée vers la jeunesse avec sa fertilité élevée. En 1971, près de 40% des habitants étaient âgés de 0 à 14 ans, au lieu de 25% dans les pays développés. Au Sri Lanka, 25 à 29 ans constitue l'âge de la plus grande fertilité.

---

[2] L'information démographique découle des documents publiés par le Département du Recensement et des Statistiques du Sri Lanka.

1 = Fécondité actuelle
2 = Type avec trois enfants après 1975
3 = Type avec deux enfants après 1990
4 = Type avec deux enfants après 1975
5 = Type avec un enfant après 1975

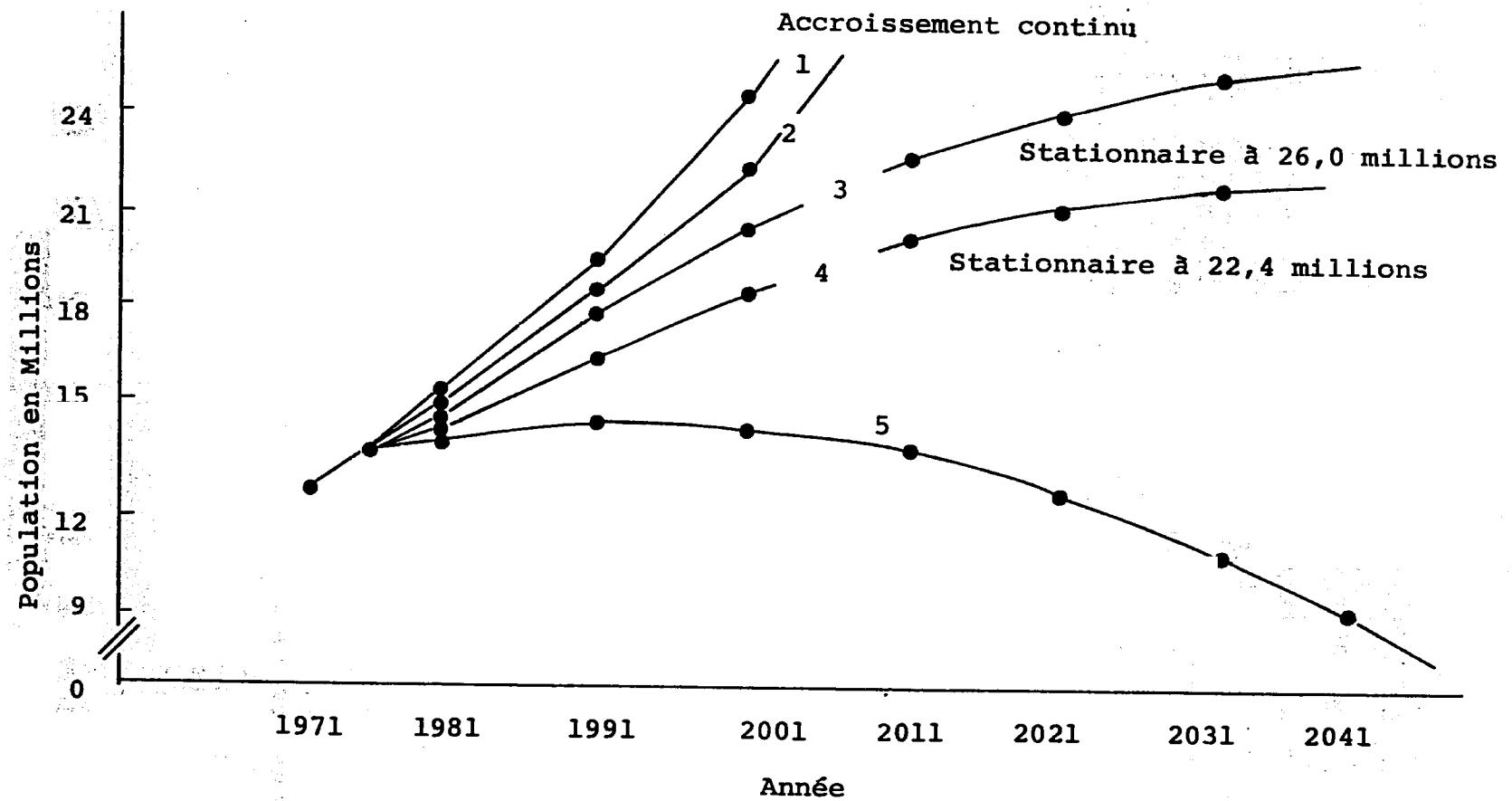



Fig. 1. Projection de la population du Sri Lanka par rapport à des conditions variées. (SOURCE: Dr. G. E. Immerwahr, OMS.)

TABLEAU 1

TAUX DES NAISSANCES, DES DECES, ET DE LA CROISSANCE

| Année | Taux Approx. Des Naissances | Taux Approx. Des Décès | Croissance Naturelle | Mortalité Infantile | Mortalité Maternelle | Prévisions pour la Longévité | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Hommes | Femmes |
| 1946 | 37,4 | 20,3 | 17,1 | 141 | 15,5 | 43,8 | 41,5 |
| 1953 | 38,7 | 10,9 | 27,8 | 78 | 4,9 | 57,8 | 55,7 |
| 1963 | 34,4 | 8,5 | 25,9 | 56 | 2,4 | 62,8 | 63,0 |
| 1971 | 30,1 | 7,7 | 22,4 | 43 | 1,2 | 64,0 | 66,0 |
| 1974 | 27,3 | 8,9 | 18,4 | 48,5 | - | - | - |

Dépendance

En supposant que l'âge productif se situe entre 15 et 64 ans et que ceux qui restent constituent le segment dépendant de la population, d'après le recensement de 1971, le taux de dépendance des enfants est de 70% et celui des vieillards de 7%.

Le Mariage et les Femmes

En 1969, l'âge du mariage pour les jeunes filles se situait entre 23 et 25 ans, d'après les données de l'état-civil. Des enquêtes récentes indiquent qu'un nombre croissant de femmes se marient plus tard, ou pas du tout. Ceci est dû au fait que les femmes désirent finir leurs études ou se mettre à travailler. Le résultat en est que moins de femmes s'exposent à concevoir pendant leurs années les plus fertiles.

L'Economie

Sri Lanka est une île en forme de poire située dans l'Océan Indien au large des côtes méridionales de l'Inde. Sa superficie totale est de 25.330 milles carrés; elle est longue de 270 milles et large 140. C'est un pays essentiellement rural, jouissant d'un excellent réseau de communications. Traditionellement, son économie a toujours été dérivé de la noix de coco. Le déficit en riz (base de l'alimentation) et autres denrées est comblé par des importations, bien que des efforts soient déployés pour que le pays se suffise à lui-même pour la nourriture. Un commerce croissant en pierres précieuses et en épices, et aussi le développement du tourisme, aident le pays à obtenir des devises étrangères. Malgré tout, la situation économique empire à cause de divers facteurs. Pour le moment, l'importation de produits de base et de produits manufacturés est sévèrement limitée. Les denrées alimentaires, le pétrole, et les engrais constituent les importations principales du Sri Lanka. En 1974-75, ces importations absorbèrent 95% des recettes en devises étrangères.

Malgré une expansion considérable du secteur public, il existe cependant un excès de main-d'oeuvre qui ne cesse de croître. Au cours des cinq dernières années, le chômage a doublé, atteignant 20%, ce qui a causé des malaises considérables aux points de vue politique, social, et ouvrier. Le problème se complique du fait d'une préférence marquée pour le travail urbain. En même temps, le manque d'emplois ou des emplois subalternes pour la population plus instruite, causent un retard dans les mariages.

### Développement Social

Bien que le Sri Lanka soit un pays en voie de développement économique, il a fait des progrès marqués dans la voie du développement social. Le taux d'instruction assez bas (31,0%) en 1911 s'éleva à 75% dès 1971. Les transports sont adéquats, unissant les centres urbains aux coins les plus éloignés de l'île. Les mesures sociales adoptées par les gouvernements successifs comprennent les soins médicaux gratuits, l'instruction gratuite, des subsides pour l'alimentation, et une législation ouvrière progressiste. Tout ce qui précède contribue à élever le standard de vie. Ces mésures sociales ont aussi créé des conditions favorables pour une politique visant à limiter le taux de croissance de la population.

### Cadre Ethnique et Religieux

Les Cinghalais constituent 72% de la population et appartiennent à la religion bouddhiste. Les Tamils, qui les suivent immédiatement en importance, et qui constituent 20% de la population, appartiennent à la hindouisme. D'autres groupes religieux et ethniques en constituent le reste.

## L'ORGANISATION ET L'OPERATION DU PROGRAMME

### Objectif du Programme

L'objectif du programme est d'augmenter le nombre de couples pratiquant le planning familial au Sri Lanka par la commercialisation sociale des contraceptifs. Ce but devrait être atteint d'une manière en rapport avec la culture et respectant le choix de chaque individu.

### Conduite du Programme

Comme mentionné plus haut, en conformité avec la politique de l'IPPF consistant à céder éventuellement la responsabilité totale de la conduite du projet CBD aux FPAs, un Conseil de Gestion fut nommé, 1 janvier 1977, ceci en tant que mesure intérimaire. Le conseil comprend sept membres--trois de l'IPPF et quatre du FPA et aura la responsabilité du projet CBD au Sri Lanka. Le directeur du projet devra rendre des comptes au Conseil de Gestion.

L'organisation du personnel en a été établie en vue de faire face aux nécessités du programme de commercialisation sociale.[3] Les responsabilités du directeur du projet comprennent administration générale, l'établissement d'une politique sur le marketing, publicité, promotion pratique, recherches et évaluation, finances et budget, ainsi que la liaison avec les organismes gouvernementaux, privés, et internationaux. Le directeur du marketing a pour responsabilité de concevoir et mettre en oeuvre les plans de marketing et de promotion, y compris leurs ramifications budgétaires, la distribution postale, et la gestion des produits.

## Difficultés qui Se Sont Présentées Aux Premiers Stades

Au cours des premiers stades, l'opposition au programme se fit sentir de la part de certains groupes religieux et raciaux, et des moralistes. En même temps, d'autres groupes jugèrent le programme comme étant étranger à la culture de la population. D'autres opinèrent qu'un programme aussi libéral était prématuré. En dépit de tout cela, le programme de distribution de Preethi par divers moyens de marketing fut lancé avec un certain succès et ses pionniers supportèrent la pression qu'on fit sur eux.

Le programme pour la distribution postale de Preethi (condoms) fut supprimé en avril 1975. Cet abandon du programme fut causé par de mauvais plaisants qui ruinèrent ce

---

[3]Kotler et Zaltman, dans un article intitulé "La commercialisation sociale: Un approche vers le changement social planifié," définirent ainsi la commercialisation sociale:

> La commercialisation sociale est la conception, la mise en oeuvre, et le contrôle de programmes calculés en vue d'influencer l'acceptabilité de certaines idées d'ordre social, et comprenant des considérations de planning de produits, de prix, de communication, de distribution, et de recherches en marketing.
>
> Il se caractérise par l'usage explicite des techniques du marketing en vue de transformer certains efforts actuels d'action sociale en programmes conçus et diffusés d'une manière plus efficiente, et qui élicitent de la part du public la réaction désirée.

procédé pourtant efficace de marketing en envoyant des condoms par la poste à des jeunes filles célibataires, des dignitaires religieux, etc. . . .

Le lancement du projet Mithuri (contraceptif oral) fut initié avec prudence. De par la loi, les contraceptifs oraux ne peuvent s'acheter qu'à l'aide d'une ordonnance délivrée par un praticien médical autorisé. De plus, les médicaments n'avaient jamais fait l'objet de publicité par les organes de masse au Sri Lanka, ce qui aurait pu causer l'inimitié du monde médical. Par conséquent, nous avons conçu et organisé notre campagne de promotion avec soin:

- En persuadant le monde médical de son devoir moral et pratique de la soutenir.

- En assurant la demande des consommateurs au niveau général en mettant l'emphase sur la valeur de Mithuri dans leur vie.

Parce que le programme opérait dans la sphère de responsabilité du Ministère de la Santé, du FPA, et de la Société Pharmaceutique de l'Etat du Sri Lanka, il fallut le montrer une prudence extrême en ce qui concernait les prix. Il y avait des différences de prix marquées dans la vente des condoms et des pilules vendus par ces organismes, et certains groupes de pression opéraient dans les coulisses en faveur d'un point de vue ou de l'autre.

## Le Climat Socio-Economique

La population est influencée par plusieurs facteurs l'encourageant à se tourner vers le planning familial en vue d'améliorer la qualité de la vie:

- Une pression marquée sur le budget familial, due au coût élevé de la vie.

- La compréhension du fait que le confort matériel et la possibilité d'améliorer la qualité de la vie sont plus faciles à accomplir avec une famille peu nombreuse.

- Les améliorations à la santé des mères et des enfants, résultant des efforts du Ministère de la Santé par son programme de santé maternelle et infantile.

- Le nombre croissant de femmes qui travaillent.

- L'émancipation des femmes et leur indépendance croissante.

L'effet réciproque des facteurs ci-dessus démontre avec force la nécessité du planning familial et de l'encouragement du climat qui y conduit. Ces facteurs devraient être exploités par une publicité prudente et sélective, et l'expansion de la portée du programme. Les avantages majeurs qui aidèrent au développement du programme au Sri Lanka furent:

1. Un degré élevé d'instruction.

2. L'accès aux organes de masse (presse, radiodiffusion).

3. Une mortalité infantile peu élevée (cf. Sri Lanka 48, Inde 139, Pakistan 142 par 1.000 naissances).

4. Un bon service postal et un réseau de communications adéquat.

5. Des infrastructures existantes des services de santé du gouvernement.

6. Un réseau de systèmes de distribution et d'organismes indigènes basés sur la communauté.

## Objectifs du Marketing et de la Publicité

Les objectifs du marketing sont:

- De créer une conscience plus développée de la nécessité du planning familial et d'en faire connaître au public les méthodes disponibles en disséminant ces informations au moyen d'organes de diffusion et autres méthodes de communication.

- De combler les lacunes des systèmes actuels de distribution de contraceptifs opérés par les agences publiques et privées.

- D'augmenter la distribution de Preethi et Mithuri jusqu'aux régions rurales les plus reculées qui ne sont pas toujours desservies par nos distributeurs.

- Faire revivre l'intérêt quand il fléchit et créer une conscience plus grande et une attitude plus positive chez les distributeurs, pour qu'ils ne se contentent pas seulement d'avoir nos produits en stock, mais aussi pour qu'ils fonctionnent comme s'ils étaient des travailleurs en planning familial menant un programme de commercialisation sociale.

- De motiver les organismes basés sur la communauté en fournissant des encouragements raisonnables en compensation de leurs efforts en vue du stockage et de la distribution de Preethi pour la commodité de leurs groupes.

Ces objectifs sont contrôlés méticuleusement par le directeur du projet au cours de réunions mensuelles de révision tenues avec les distributeurs et l'agence de publicité.

## MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME, Y COMPRIS LES TECHNIQUES EMPLOYEES POUR EN SURMONTER LES DIFFICULTES

### Sondages et Données de Base

Le travail préliminaire au lancement du programme CBD commença en avril 1973 avec une série de sondages de recherche en marketing, dans le but de s'assurer des:

- Connaissances, attitudes, et pratiques (CAP) des chefs de famille mariés et éligibles dans les secteurs ruraux et urbains.

- Connaissance, attitudes, et pratiques des détaillants, y compris leurs méthodes de stockage et leur consentement au stockage éventuel de condoms.

- Habitudes des consommateurs envers leur approvisionnement, et envers les organes de diffusion de masse.

- Préférences des consommateurs et détaillants en ce qui concerne les débouchés et systèmes de distribution de condoms: nom des produits, dimensions, et forme de leur emballage, prix, etc.

- Les méthodes habituelles employées par les médecins privés en donnant des ordonnances pour les contraceptifs.

Les résultats principaux des sondages furent les suivants:

- Bien que les connaissances et l'approbation du planning familial soient trouvés assez élevées, ce qu'on en savait au point de vue de fonction et d'usage était fort limité.

- La pratique de méthodes peu sûres était très elévée.

- Seulement 300 des pharmaciens et droguistes stockaient des condoms et contraceptifs oraux; toute autre distribution venait des dispensaires.

- La plupart des médecins étaient fortement en faveur du planning familial pour leurs clients mais manquaient de temps pour les en instruire.

- Des contraceptifs moins chers et plus accessibles étaient une nécessité.

- Les condoms étaient en général associés à des pratiques sexuelles illicites ou adultérines, entraînant un aspect "marché noir" et furtif pour leur vente et achat.

Il était donc clair que le programme d'action du projet devraient s'orienter vers:

- Formuler une philosophie acceptable à tous les groupes et en conformité avec la politique gouvernementale de mettre le planning familial à la disposition des secteurs les moins privilégiés de la société. Nous avons adopté la position que tout le monde aime un enfant "désiré" et que chaque enfant mérite la chance de grandir. De plus, nous croyons à la Declaration des Droits de l'Homme qui précise: "Tous les couples, comme les individus, ont le droit fondamental de décider en toute liberté et responsabilité le nombre et l'espacement de leurs enfants et d'avoir accès aux informations, à l'instruction, et aux moyens de ce faire."

- Créer une campagne de publicité positive, au cours de laquelle on démontrerait: (1) les avantages positifs de la pratique du planning familial au lieu de ses aspects négatifs, (2) les avantages des méthodes saines et sûres, (3) l'importance de l'établissement d'un réseau de distribution en vue d'augmenter la disponibilité et l'accessibilité des contraceptifs.

## Première Phase du Programme

La première phase du projet commença en octobre 1973, avec le lancement de la campagne de marketing Preethi. Simultanément ont commencé la vente par courrier de brochures éducatives, ainsi que la distribution gratuite de

littérature d'information. Le but en était d'étendre et d'améliorer les connaissances du planning familial.

Distribution de Preethi

Le problème d'augmenter rapidement la disponibilité et l'accessibilité des condoms a été abordé de deux manières: d'abord, en confiant la fonction de distribution à un organisme qui avait déjà opéré à l'échelle nationale, et ensuite en établissant un service de distribution postale à l'intention de ceux qui préfèrent la discrétion du courrier. (Ce service postal fut éliminé subséquemment par directive du gouvernement pour les raisons exposées plus haut).

Actuellement, plus de 4.600 débouchés sélectionnés avec soin (3.136 en région urbaine et 1.475 en région rurale) achètent le Preethi directement à nos distributeurs. De plus, un certain nombre de débouchés plus éloignés achète le Preethi par l'intermédiares des "pipelines" en gros. Les différents types et quantités de débouchés desservis directement par nos distributeurs font l'objet du Tableau 2.

TABLEAU 2

TYPE ET QUANTITE DE DEBOUCHES DE DISTRIBUTION

| Catégorie | Quantité d'Acheteurs |
|---|---|
| Grossistes | 350 |
| Epiceries | 3.720 |
| Pharmacies (partielles) | 364 |
| Restaurants | 88 |
| Débouchés textiles | 89 |
| Total | 4.611 |

Progrès des Ventes de Preethi

Les ventes de Preethi, qui étaient en moyenne de 300.000 à 330.000 unités par mois au cours des deux premières années, atteignit le niveau de plus de 500.000 unités par mois vers la fin de la troisième année. Ceci représente une augmentation de 33%.

Le plan est d'augmenter sensiblement la quantité de débouchés en 1977 dans les régions rurales reculées qui ne

sont pas atteintes par nos distributeurs, en choisissant et formant avec soin une équipe d'assistants basés dans la communauté et devant y opérer. Ils travailleront sous la supervision d'agents de promotion mobiles en vue d'ouvrir de nouveaux débouchés, qui seront desservis subséquemment au moyen des "pipelines" existant déjà dans ces régions pour y subvenir aux autres besoins de la communauté.

Publicité et Promotion

Une agence commerciale de publicité planifie et conçoit l'effort de communication avec les organes de masse, afin d'effectuer l'écoulement des produits. La publicité se fait par:

- Les journaux (cinghalais, tamils, et anglais).
- Des diapositives dans les cinémas.
- Des panonceaux dans les autobus.

Bien que la radiodiffusion ait la dissémination la plus répandue, la publicité des contraceptifs qui en nomme la marque n'est pas permise. Ceci est un inconvénient important en ce qui concerne les ventes. Malgré tout, le directeur du projet a été invité, durant les heures de pointe d'audition, à parler de sujets connexes, tels que "La population et le développement national" et "La commercialisation sociale."

Seconde Phase du Programme

La seconde phase du projet concerne l'introduction de Mithuri, un contraceptif oral. Après un essai initial de marketing dans le district de Galle en décembre 1974, et dans le district de Kalutara en juillet 1975, on lança Mithuri à l'échelle nationale en avril 1976.

Les Débouchés et la Distribution de Mithuri

A cause des prescriptions légales exigeant que les contraceptifs oraux soient distribuées uniquement sur ordonnance d'un médécin de formation occidentale, les débouchés accessibles sont limités à ces praticiens privés avec aussi les dispensaires et à 368 pharmaciens.

La phase des essais en marketing indiqua que l'écoulement des produits était le plus rapide dans les régions où les pharmaciens stockaient le produit et les praticiens privés étaient instruits au sujet de Mithuri. On décida

donc de stocker le produit chez tous les pharmaciens mais de ne vendre Mithuri qu'à ceux des docteurs exprimant le désir d'en avoir un stock. L'achat de stocks par les médecins se fait principalement dans les régions rurales où il n'y a pas de magasins avec pharmaciens licenciés. Actuellement, environ 200 praticiens privées ont le Mithuri en stock.

Les trois agents mobiles de promotion ont la responsabilité de visiter tous les praticiens privés de l'île et de les instruire sur le Mithuri. Quelques grossistes-distributeurs faisant le commerce des produits pharmaceutiques nous aident également à distribuer Mithuri dans tout le pays.

Publicité et Promotion

On se sert d'un mélange de techniques promotionnelles afin de populariser l'usage de Mithuri. En dehors du commerce, on pousse Mithuri auprès des docteurs au moyen de visites personnelles de la part des agents mobiles, et de distributions périodiques par la poste d'imprimés tels que: prospectus d'information à l'usage des médecins, blocs d'ordonnances, et distributeurs de prospectus à suspendre au mur à l'usage de leurs clients. Dans les pharmacies, on se sert d'affiches, de réceptacles à placer sur le comptoir, de publicité pour les étalages et pour l'intérieur des magasins afin d'encourager la vente du produit. De plus, il y a du soutien par les organes de masse, au moyen de campagnes publicitaires dans les journaux, avec aussi des panonceaux dans les autobus, des diapositives dans les cinémas, et des prospectus pour les consommateurs. Ces messages encouragent les usagers éventuels à consulter leur médecin au sujet de Mithuri.

Mithuri fut le premier produit exigeant une ordonnance médicale à faire l'objet de publicité dans les organes de masse, et cette promotion fut reçue avec faveur par la profession médicale. Ceci fut rendu possible par le soin apporté à la rédaction des réclames, dont les textes furent écrits en collaboration étroite avec les dirigeants de l'opinion médicale.

Les Ventes de Mithuri

Jusqu'à présent, les ventes sont fort encourageantes, et il est particulièrement réconfortant de voir que nous avons déjà reçu des renouvellements de commandes depuis le lancement au niveau national de la programme en avril 1976; depuis, 72.184 cycles ont été vendus.

## Promotion Directe Sur le Terrain et Communication au Niveau Individuel

En vue d'une distribution de contraceptifs encore plus vaste, il fut décidé que les notables dans la communauté seraient recherchés, motivés, et formés en vue d'encourager l'usage des contraceptifs par le public. Essentiellement, ceci exigea l'utilisation de débouchés de distribution basés sur la communauté (distincts des débouchés purement commerciaux), dans le but d'atteindre les quelque 80% de la population formant la base surtout rurale de la communauté. Des expériences, consistant à atteindre le secteur rural au moyen d'un agent de promotion mobile se rendant sur le terrain, réussirent, et le nombre d'agents mobiles fut augmenté jusqu'à trois. On leur assigna un territoire bien défini, afin que leurs succès puissent être évalués avec régularité.

Les buts et objectifs de la promotion sur le terrain sont essentiellement:

- D'identifier et d'approcher les dirigeants ruraux et de les motiver à développer le concept du planning familial dans l'intérêt des individus et de la communauté.

- D'assurer que des informations adéquates sur les méthodes contraceptives soient mises à la disposition des secteurs ruraux, même les plus reculés.

- D'ouvrir de nouveaux débouchés dans les régions qui ne sont pas habituellement visitées par nos distributeurs, en motivant les négociants au détail à stocker nos produits.

- D'instruire les médecins au sujet de tous les aspects de Mithuri.

- De fournir des réactions en provenance de toutes les régions géographiques, envers l'attitude générale des formateurs de l'opinion et notables des communautés envers le planning familial en général, et envers notre projet en particulier.

- De diffuser la connaissance de l'acceptation de la publicité par le public, en vue de développer de nouvelles méthodes de ventes et de nouveaux objectifs de vente.

- De surmonter les obstacles aux progrès du programme au moyen de communications d'information avec les éléments dissidents. (Voir Tableau 3 pour des remarques sur les préjugés sociaux et le planning familial.)

TABLEAU 3

PREJUGES SOCIAUX

| Préjugés Sociaux | Causés par | Raisons | Comment les Combattre |
|---|---|---|---|
| Préjugés contre le planning familial en tant que mesure de contrôle des naissances | 1. Croyances religieuses<br>2. Attitudes ethniques<br>3. Valeurs morales | 1. a. A l'origine il était fait mention du planning familial dans le cadre du contrôle des naissances.<br>b. La plupart des groupes religieux croient que la pratique du planning familial veut dire la prévention d'une naissance et est donc anti-religieuse.<br>2. Le planning familial changera la structure ethnique actuelle de la population.<br>3. Le planning familial changera le mode de vie qui est normalement accepté par la communauté.<br>4. a. Les méthodes de planning familial peuvent corrompre la moralité de la jeunesse.<br>b. Le planning familial est encouragé par les riches pour empêcher les pauvres d'avoir davantage d'enfants.<br>c. Le planning familial favorise des activités néfastes de la part des adolescents et encourage la licence sexuelle. | 1. Créer une prise de conscience de ce qui suit:<br>a. Le planning familial est conception planifiée et non contrôle des naissances.<br>b. Personne n'est forcé de pratiquer le planning familial.<br>c. Le planning familial améliore la qualité de la vie de l'individu et de sa famille.<br>d. Le planning familial n'intervient pas dans la morale d'une société quelle qu'elle soit.<br>e. Tous les groupes religieux à travers le mode pratiquent le planning familial.<br>f. Le planning familial n'est pas le contrôle des naissances mais la prévention de la fécondité.<br>2. Utiliser les communications de masse et interpersonnelles en vue de la motivation et instruction de la population au moyen de films, causeries, discussions, séminaires, etc. . . .<br>3. Disséminer des informations sur la reproduction humaine et de sexe. |

TABLEAU 3--Suite

| Préjugés Sociaux | Causés par | Raisons | Comment les Combattre |
|---|---|---|---|
| Préjugés contre les méthodes de planning familial étant dangereuses pour la santé | 1. Effets secondaires de l'usage des contraceptifs<br>2. Les effets secondaires de la stérilisation<br>3. Taux d'échec<br>4. Ban social contre les contraceptifs | 1. Rumeurs et exposés sur les effets secondaires de la pilule.<br>2. Anecdotes sur la stérilisation et les effets néfastes qu'elle peut causer.<br>3. Croyance que le condom et autres méthodes sont antinaturels.<br>4. Croyance que le DIU cause des pertes de sang et se déplace à l'intérieur du corps.<br>5. Croyance que les contraceptifs causent le cancer et autres maladies graves.<br>6. Crainte que l'usage des contraceptifs pour espacer les naissances peut causer la stérilité en permanence. | 1. Informer la population sur les avantages et inconvénients des contraceptifs.<br>2. Eliminer les craintes au sujet des maladies variées causées par les contraceptifs.<br>3. Montrer les avantages et inconvénients de la stérilisation pour les deux sexes.<br>4. Montrer le taux d'échec limité de la plupart des méthodes scientifiques.<br>5. Instruire les accepteurs sur l'usage correct des méthodes contraceptives.<br>6. Montrer les dangers de trop de naissances trop rapprochées.<br>7. Montrer la nécessité d'espacer les enfants, et comment utiliser des méthodes temporaires.<br>8. Montrer la nécessité de l'acceptation du planning familial par la communauté afin que les individus soient libres d'en pratiquer les méthodes.<br>9. Utiliser des méthodes de communications de masse. |

TABLEAU 3--Suite

| Préjugés Sociaux | Causés par | Raisons | Comment les Combattre |
|---|---|---|---|
| Préjugés contre le planning familial parce qu'il est contrôle de la population alors que le pays a besoin de développement | 1. Attitudes politiques<br>2. Attitudes culturelles<br>3. Conditions socio-économiques et le besoin de réformes sociales. | 1. a. Crainte des politiciens que le planning familial ne réduise les votes.<br>b. Attitudes politiques actuelles parmi les Cinghalais, les Tamils, et les Musulmans.<br>2. Le point de vue que les enfants constituent la sécurité de la famille dans le cadre des conditions socio-économiques.<br>3. a. Le fait que les subventions dépendent du nombre d'enfants dans la famille.<br>b. La croyance que le développement pourrait subvenir aux besoins d'une population plus vaste que celle qui existe d'aujourd'hui due partiellement au fait que historiquement, le Sri Lanka a eu une vaste population.<br>c. La croyance que des efforts insuffisants on été faits en vue du développement et le planning familial est une solution facile.<br>d. La croyance que le planning familial est une ruse de l'Occident développé pour réduire le nombre de ceux avec lesquels il devrait partager, et ainsi garder plus pour lui. | 1. Créer une prise de la croissance rapide de la population et de ses implications.<br>2. Montrer comment pourvoir aux besoins d'une population croissante constitue un fardeau économique de plus en plus lourd pour le gouvernement.<br>3. Montrer les efforts récents en vue du développement, et comment la population croissante a détruit la valeur du dit développement.<br>4. Montrer le coût des subventions et la nécessité de les augmenter encore au fur et à mesure de la croissance de la population.<br>5. Montrer la nécessité d'intégrer le planning familial au sein du développement général de la communauté.<br>6. Montrer comment le planning familial peut améliorer les conditions socio-économiques des familles individuelles.<br>7. Utiliser les communications de masse et interpersonnelles en vue de la motivation et instruction de la population au moyen de films, causeries, discussions, séminaires, etc. . . . |

- De se servir au maximum des réseaux existants du gouvernement provincial et des organismes bénévoles pour continuer à faire progresser la distribution basée sur la communauté.

A l'aide de l'expérience acquise par l'emploi d'un agent de promotion mobile dans la région d'essai de marketing de Galle, on décida d'augmenter le nombre de ces agents à trois en 1976. Le programme de promotion mobile est orientée essentiellement à influencer les dirigeants de l'opinion dans les provinces, et à atteindre les régions reculées. Aucun effort n'est épargné pour travailler par l'entremise des institutions et agences gouvernementales.

La promotion mobile, cependant, fait usage des organismes bénévoles de service social, tels que les clubs de Lions, Jaycees, et Rotary. De plus, les comités d'agriculture, les sociétés de développement rural, et les comités locaux Janatha nous assistent également. Les organismes de formation en service dans les domaines de l'instruction publique, de la police, de l'agriculture, des services sociaux, et du développement rural invitent maintenant notre personnel mobile à faire des conférences à leurs étudiants au sujet du planning familial.

## Séminaires de Marketing

Les distributeurs se livrant à présent à la vente de Preethi et Mithuri sont les mieux placés pour faire avancer le message du planning familial. On ce conclut que leur qualifications et crédibilité pourraient être mises en valeur dans le village si on leur présentait davantage d'informations scientifiques sur le planning familial et la commercialisation sociale par moyen des séminaires.[4]

Un autre aspect du programme est la participation concourante des médecins Ayurvédiques[5] à ces séminaires pour distributeurs. Les médicins Ayurvédiques, "les pourvoyeurs de culture par excellence," sont au nombre d'environ 10.000 dans l'île et reçoivent près de 70 millions de visites. Nous espérons enrôler ce groupe influent de formateurs de l'opinion. Les séminaires peuvent contribuer à accomplir la cohésion si nécessaire au concept du marketing en vue d'avantages sociaux au lieu de seulement pour le profit matériel.

---

[4]Le directeur enverra par la poste, sur demande, un exposé des objectifs et des avantages qui pourraient dériver de tels séminaires, ainsi que le programme d'un séminaire d'une demi-journée.

[5]Praticiens médicaux indigènes.

Promotion Par des Moyens Populaires

Une étude sur la transmission des communications dans les villages du Sri Lanka a démontré que les organes de masse jouent un rôle moindre que le simple papotage pour disséminer des informations au sein de la population. Cette étude indique qu'il serait avantageux de se servir de ce moyen populaire pour introduire des informations au sujet du planning familial et des procédés contraceptifs au sein des secteurs ruraux, qui contiennent 80% de la population. Par conséquent, un spectacle de marionnettes intitulé "Small is Beautiful" ("Ce qui est petit est joli") fut organisé et présenté au public. Le message sur le planning y est présenté avec un grain d'humour villageois afin de pourvoir des sujets de conversation pour les discussions spontanées qui ont lieu dans les bains publics, les kiosques de thé, les marchés, et les foires de village. Cette présentation contribue non seulement à augmenter les ventes, mais encore davantage à rehausser l'image de notre programme. Cette remarque est corroborée par les réactions positives d'auditoire offertes après chaque présentation.

La présentation folklorique aida également à obtenir la bonne volonté et la coopération des dirigeants de l'opinion dans les provinces, ainsi qu'un certain nombre de membres éminents de l'Assemblée Nationale de l'Etat, y compris le Ministre de la Santé lui-même, qui ont déclaré que notre présentation était un excellent moyen de présenter le message du planning familial dans les régions rurales.

Autres Procédés de Promotion

Des plans sont en voie pour la production d'un petit film en couleur montrant les avantages du planning familial et la sécurité, la sûreté, et l'efficacité de nos produits de marque.

Les ventes postales de nos brochures d'information au cours de notre troisième année d'opération atteignent le chiffre de Rs. 21.311,50. Ceci fut accompli par de la publicité dirigée vers des groupes-cibles spécifiques en vue de motiver leurs membres à acheter des renseignements, par exemple: les jeunes mariés, les parents, et les jeunes mères.

En plus de ces brochures d'information mises en vente, tels que "Man's World" (Le monde de l'homme) et "Woman's Friend" (L'ami des femmes), une nouvelle publication intitulée "Love, Sex and Parenthood" (L'amour, la vie sexuelle, la paternité et la maternité), vient d'être achevée et sera introduite incessamment sur le marché.

Recommandations en Vue de l'Expansion des Services

A un séminaire national sous les auspices du FPA de Sri Lanka sur "La Loi de la Population au Sri Lanka et La Profession Médicale," le directeur du projet recommanda ce qui suit:

- Que les sages-femmes, les infirmières, les inspecteurs de la Santé Publique, et les pharmaciens soient légalement autorisés à prescrire la pilule, en suivant des directives spécifiques.

- Que l'effort du governement en faveur du planning familial soit complémenté et augmenté par l'intermédiaire du secteur privé, en donnant l'autorisation légale au personnel para-médical en retraite de prescrire la pilule.

## CONSEQUENCES DU PROGRAMME SUR LES PRATIQUES DE PLANNING FAMILIAL ET COMMENT ON MESURA CES CONSEQUENCES

On rencontra certaines difficultés dans l'obtention des données sur les procédés habituels d'usage--données qui seraient normalement recueillies et classées par les programmes basés sur les cliniques ou dispensaires. Ceci fut une conséquence du mandement qui fut donné "d'accomplir efficacement, obtenir le maximum de résultats, minimiser les frais." Donc la mesure de résultats et de l'efficacité du programme à apporter des changements de conduite et d'attitude envers le planning familial a dû être faite sur:

1. Des observations et expériences basées sur la connaissances de la situation et des conditions avant et après la mise en oeuvre du projet.

2. Des procédures d'évaluation intrinsèques, comme:

   a. Des données sur les chiffres mensuels de distribution de contraceptifs et de littérature d'information.

   b. Des vérifications régulières en vue de déterminer le volume d'achats de la part des consommateurs, le volume des stocks, le nombre de débouchés en possession d'un stock, etc. . . .

   c. Des sondages périodiques des usagers.

   d. Des sondages périodiques dans les communautés.

Il est encore trop tôt pour estimer les résultats de la campagne de marketing des contraceptifs oraux Mithuri, qui fut seulement lancée à l'échelle nationale en avril 1976. Nos commentaires sont donc basés par nécessité sur la campagne Preethi d'information et d'éducation.

Conséquences du Programme

Des expériences et observations opérées découle la conclusion que le résultat majeur du projet est son effet sur les dirigeants de l'opinion et sur les attitudes et la conduite de la communauté.

Aujourd'hui, le planning familial n'est plus un sujet qu'on n'aborde que secrètement, timidement, ou en privé. On l'accepte comme un ingrédient nécessaire de nos efforts de développement, si nous voulons améliorer la qualité de la vie de nos compatriotes.

L'image du condom n'est plus celle d'un produit "marché noir" qu'on ne se procure que furtivement et avec embarras. On lui a conféré une certaine respectabilité, et il est devenu un produit bien en vue et qui figure dans les étalages. On l'achète ouvertement et il est considéré comme n'importe quel autre produit dans la maisonnée à l'instar des analgésiques, antiseptiques, ou vitamines, tous produits étroitement associés à la santé et au bien-être de la famille.

On peut attribuer ces changements visibles à:

- La prise de conscience et l'intérêt accrus créés par les campagnes de publicité dans les organes de masse et au niveau des villages.

- La plus grande connaissance de la contraception, et de la fonction et de l'usage des contraceptifs, accomplie par les efforts d'information du programme, y compris la promotion mobile.

- La distribution et disponibilité croissantes des contraceptifs, particulièrement durant les heures de loisir, quand la demande en est plus importante. Aujourd'hui, environ 4.600 débouchés, comprennant des grossistes, épiciers, pharmaciens, droguistes, restaurants, et magasins textiles des Preethis achetés directement à nos distributeurs. Ceci est à comparer aux quelque 300 pharmaciens et droguistes qui vendaient des condoms précédemment.

Un autre mesure du succès du programme en ce moment sont l'enthousiasme et le désir de l'association locale du

planning familial d'assumer la responsabilité du projet, malgré ses réserves antérieures.

Efficacité du Programme

Bien que les chiffres de vente donnés indiquent le degré du succès, ce qui est encore plus encourageant est l'augmentation constante et continue de la vente de Preethi aux consommateurs, démontrées par les vérifications périodiques des stocks. L'augmentation en mai-juin 1976 par rapport à août-septembre 1975 était de 27%.

Dividendes du Programme

Les dividendes du programme en sont les revenus nets revenant au programme après déduction de la commission des distributeurs et des frais d'emballage. La deuxième année montra un accroissement de revenus de 11%; la troisième année, une augmentation de 51%. Cette augmentation importante au cours de la troisième année est due principalement à une augmentation de 33% de la vente de Preethi.

Degrés dans l'Indépendance

Des efforts vigoureux sont en cours pour accomplir la politique de l'IPPF, qui encourage l'indépendance en ce qui concerne les coûts locaux d'administration, opération, et autres. Les contraceptifs sont fournis gratuitement par l'IPPF. Tableau 4 indique le degré d'indépendance accompli. Les chiffres du budget comprennent environ 15% destinés aux évaluations faites pour mesurer les conséquences et l'efficacité du projet.

TABLEAU 4

PROGRES DU PROJET VERS L'INDEPENDANCE

| Source | 1976 | | 1977 | |
|---|---|---|---|---|
| | Budget | Pourcentage | Budget | Pourcentage |
| Subsides de l'IPPF | $ 85,00 | 59 | $100,00 | 49 |
| Ventes locales (revenus) | 58,00 | 41 | 102,00 | 51 |
| Total | $143,00 | 100 | $202,00 | 100 |

Il va sans dire qu'avec le volume sans cesse croissant des ventes, le coût de la vente par unité diminue en même temps que le degré de dépendance envers une source de fonds externe pour l'opération du projet.

Division du Marché

Un sondage, fait en 1975, montra que le marché total des condoms comprend 58% de Preethi. Un sondage séparé de marques concurrentes de condoms, fait en décembre 1975 par nos distributeurs, Reckitt et Colman, indiqua que toutes les autres marques ne constituent que 3% du marché total du secteur privé, alors que Preethi en constitue 97%. On peut donc voir qu'endéans la courte période de trois ans, Preethi a atteint une position dominante sur le marché--une indication de son acceptabilité et de sa disponibilité.

## CONCLUSION

Nous sommes d'avis que le succès du programme au Sri Lanka a contribué à l'intérêt croissant qu'on porte aux programmes de distribution basés sur la communauté, comme le démontre la mise en application de plusieurs nouveaux projets aux quatre coins du monde. Nous sommes heureux de rapporter également que ce programme paraît avoir le meilleur rendement de tous ceux qui ont été dirigés jusqu'ici par l'IPPF.

# APPENDICES

## APPENDICE A

## PARTICIPANTS

Dr. Yaw Aboagye-Atta
Deputy Director of Medical
Services (Public Health)
Ministry of Health
P.O. Box M-44
Accra, Ghana

Mr. Sylvano Adel
Senior Economist
Planning Section
Ministry of Health
P.O. Box 9083
Dar es Salaam, Tanzania

Monsieur Zourkaleini Maiga Ali
Secrétaire Général Adjoint
du Ministère de la Santé
Publique et des Affaires
Sociales
Boîte Postale 623
Niamey, Niger

Dr. A. A. Armar
Executive Director
Ghana National Family
Planning Program
P.O. Box M-76
Accra, Ghana

Mr. Chhetra Bahadur K.C.
Family Planning Officer
Ministry of Health
Kathmandu, Nepal

Monsieur Mongi Bchir
Division de la Population
Office National du Planning
Familial et de la Population
Boîte Postale 55
Tunis, Tunisia

Mrs. Elizabeth Bennour
Personal Assistant to
Regional Director
International Planned Parent-
hood Federati
P.O. Box 18
Carthage, Tuni

Dr. Roger Bernard
Director of Field Epidemiology
International Fertility
Research Program
Geneva, Switzerland

Docteur Med Boukhris
Division Médicale
Office National du Planning
Familial et de la Population
Boîte Postale 55
Tunis, Tunisia

Mr. Mimoun Boukrissi
Director of Family Planning
Services
Ministry of Health
Rabat, Morocco

Docteur Ridha Chadi
Division Médicale
Office National du Planning
Familial et de la Population
Boîte Postale 55
Tunis, Tunisia

Monsieur Mezri Chekir
Président-Directeur Général
Office National du Planning
Familial et de la Population
Boîte Postale 55
Tunis, Tunisia

Professeur Med Chelly
Chef du Service de Gynécologie
Hôpital Charles Nicolle
Tunis, Tunisia

Mr. Tawfiq Chowdhury
Deputy Secretary
Population Control and Family Planning Division
Ministry of Health, Population Control, Labor, and Social Welfare
Government of Bangladesh
Dacca, Bangladesh

Mr. Robert Ciszewski
Project Director
Family Planning Social Marketing Project
G.P.O. Box No. 690
Dacca, Bangladesh

Ms. Peggy Curlin
Project Director
Concerned Women for Family Planning Project
10/18 Iqbal Road
Mohammedpur,
Dacca 17, Bangladesh

Mr. M. Danielzik
Schering A.G.
Casablanca, Morocco

Mr. Hermon S. Davis
Mission Director
Mission Américaine
149 Avenue de la Liberté
Tunis, Tunisia

Mrs. Grace E. Delano
University College Hospital
Department of Obstetrics and Gynaecology
Health Sister/Family Planning Instructor
Post-Partum Programme
Ibadan, Nigeria

Mr. Ronald H. Dery
Westinghouse Health Systems
Box 866
American City Building
Columbia, Maryland 21044

Dr. Seydou Diallo
c/o Minister of Public Health and Social Affairs
Bamako, Mali

Madame Ouassa Djataou
Sage-Femme à la Protection Maternelle et Infantile
Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
Boîte Postale 623
Niamey, Niger

Mr. Malcolm Donald
Field Project Manager
Syntex/AID Project
USAID Mission, Tunis
Department of State
Washington, D.C. 20520

Dr. Gordon W. Duncan
Director
Battelle Population Study Center
4000 N.E. 41st Street
Seattle, Washington 98105

Honorable J. Robert Ellis, Jr.
Deputy Minister
Ministry of Health and Social Welfare (Mamba Point)
Republic of Liberia
Monrovia, Liberia

Dr. Fathia El-Marsafawy
Director of Family Planning
Central Services Sector
Ministry of Health
Cairo, Egypt

Dr. M. F. Fathalla
Professor of Obstetrics and Gynaecology
Assiut University
P.O. Box 30
Assiut, Egypt

Dr. Judith Fortney
International Fertility Research Program
Research Triangle Park
North Carolina 27709

Ms. Mary Ellen Fullam
People
International Planned Parenthood Federation
18-20 Lower Regent Street
London SW1Y 4PW England

Dr. Saad Gadalla
Social Research Centre
American University in Cairo
113 Sharia Kasr El Aini
Cairo, Egypt

Mr. Richard B. Gamble
The Pathfinder Fund
1330 Boylston Street
Chestnut Hill, Massachusetts 02167

Mr. L. Gardella
AID/PHA/POP RPE-314
Department of State
Agency for International Development
Washington, D.C. 20523

Ms. Jacqueline S. Gardner
Conference Coordinator
Battelle Population Study Center
4000 N.E. 41st Street
Seattle, Washington 98105

Dr. D. Gillespie
AID/PHA/POP
Department of State
Agency for International Development
Washington, D.C. 20523

Ms. Joy Greenidge
c/o USAID Mission
American Embassy
Ouagadougou, Upper Volta

Dr. Mohammad A. Halaby
Director
Maternal and Child Health Services
Ministry of Public Health
Amman, Jordan

Colonel Dennis Hapugalle
Project Director
Preethi-Mithuri
35 Horton Place
Colombo 7, Sri Lanka

Dr. James R. Heiby
Family Planning Evaluation Division
Center for Disease Control
1600 Clifton Road N.E.
Atlanta, Georgia 30333

Dr. Wilhelmina Holder
Public Health Physician
Department of Preventive Services
Ministry of Health and Social Welfare (Mamba Point)
Republic of Liberia
Monrovia, Liberia

Docteur Mohamed Al Honsali
Médecin-Chef de la Province de Taza
Ministère de la Santé
Rabat, Morocco

Dr. Douglas H. Huber
Medical Epidemiologist
Cholera Research Laboratory/Dacca
Department of State
Washington, D.C. 20520

Dr. Ismaila Kane
Médecin-Chef du Bureau de Protection Maternelle et Infantile du Sénégal
Medina
Dakar, Senegal

Dr. S. Inam Kazmi
Deputy Chief, Health Section
Planning and Development Division
Government of Pakistan
Islamabad, Pakistan

Docteur Mustapha Khalifa
Division Médicale
Office National du Planning Familial et de la Population
Boîte Postale 55
Tunis, Tunisia

Mr. Atiqur Rahman Khan
Deputy Director
Service Delivery, Population Control and Family Planning Directorate
Green Supermarket, 25 Green Road
Dacca, Bangladesh

Mr. Basharat Khokhar
Project Officer
International Planned Parenthood Federation
18-20 Lower Regent Street
London SW1Y 4PW England

Dr. Sami Khoury
Faculty of Medicine
University of Jordan
Amman, Jordan

Mr. G. J. Kileo
Principal Secretary
Ministry of Health
Box 9083
Dar es Salaam, Tanzania

Mlle. Fatou Kine-Ndiaye
Conseilleur Technique
Ministère de la Santé Publique
Dakar, Senegal

Mrs. Helen Kolbe
Population Information Program
1343 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20005

S. E. Mongi Kooli
Ministre de la Santé Publique
République Tunisienne
Tunis, Tunisia

Docteur Mustapha Krichene
Médecin Coordinateur
Hôpital Régionale de Sfax
Sfax, Tunisia

Dr. M. Labbok
AID/PHA/POP/R
Department of State
Agency for International
Development
Washington, D.C. 20523

Mr. O. A. Ladipo
Senior Lecturer
Faculty of Medicine
Department of Obstetrics
and Gynaecology
University of Ibadan
Ibadan, Nigeria

Mr. Winton Lane
UNFPA Regional Coordinator
United Nations Development
Programme
61, Boulevard Bab Benat
Tunis, Tunisia

Madame Rachida Laraqui-Tazi
Ministère de la Santé
Rabat, Morocco

Mr. Sandy Levin
Assistant Administrator for
Humanitarian Assistance
Bureau for Population and
Humanitarian Assistance
Agency for International
Development
Department of State
Washington, D.C. 20523

Docteur M. J. Limaiem
Médecin Coordinateur
Hôpital Régionale de Nabeul
Nabeul, Tunisia

Ms. E. Maguire
AID/PHA/POP
Department of State
Agency for International
Development
Washington, D.C. 20523

Mr. Asad Mahmood
Deputy Director Marketing
c/o Population Planning Division
Civic Center, Jamil Mansion
Islamabad, Pakistan

Dr. James Makayoto
Medical Officer
Ministry of Health Headquarters
MCH/FP Training Division
P.O. Box 30016
Nairobi, Kenya

Dr. Ratna Manandhar
Regional Medical Officer
Ministry of Health
Kathmandu, Nepal

Mr. Shermond P. Maqache
Information and Family
Planning Educator
Lesotho Family Planning
Association
P.O. Box MS-340
Maseru, Lesotho

Dr. Leila Mehra
Medical Officer
World Health Organization
X118, MCH
Geneva, Switzerland

Dr. Gary Merritt
AID/PHA/POP/R
Department of State
Agency for International
Development
Washington, D.C. 20523

Dr. Michael T. Mertaugh
Research Scientist
Battelle Population Study Center
4000 N.E. 41st Street
Seattle, Washington 98105

Dr. Michael Micklin
Research Scientist
Battelle Population Study Center
4000 N.E. 41st Street
Seattle, Washington 98105

Dr. Almotaz Billah Mobarak
Undersecretary of State
for Health
Ministry of Health
Cairo, Egypt

Mrs. Lydia Mooketsi
c/o USAID Mission
American Embassy
Gaborone, Botswana

Mrs. Nora Monaki Mogomotsi
c/o USAID Mission
American Embassy
Gaborone, Botswana

Professor Mundere Sebuntu
National Desired Births Committee
P.O. Box 75373
Kinshasa, Zaire

Mr. Mushtaq Shah
Deputy Director (Supply and
Marketing)
c/o Population Planning
Division
Civic Center, Jamil Mansion
Islamabad, Pakistan

Mr. Thomas McMahon
George Washington University
Airlie, Virginia 22186

Dr. Aicha Ndoye
Midwife Director of Family
Planning Program
Medina, MCH Center
Government of Senegal
Dakar, Senegal

Ms. Nazek Nosseir
Research Associate
Social Research Center
American University in Cairo
113 Kasr El Aini Street
Cairo, Egypt

Mrs. C. O. Odunlami
Health Sister
Comprehensive Family Health
Clinic
Oguntolu Street, Shomolu
Lagos, Nigeria

Dr. Abdel Omran
Professor of Epidemiology
School of Public Health
University of North Carolina
Chapel Hill, North Carolina 27514

Dr. Oquab Acem
Directeur de l'Opération,
Formation, et Supervision
Ministère de la Santé Publique
Les Services de Santé de Base
Kaboul, Afghanistan

Madame Fati Ouedraogo
Assistante Sociale
Institut Africain de Développement
Economique et Social
Boîte Postale 10-22
Ouagadougou, Upper Volta

Mr. John J. Quinn
Vice President
Akwell Industries Incorporated
10 East 53 Street
New York, New York 10022

Dr. Boodhiman Radhakeesoon
Director
Family Planning and Maternal
and Child Health Services
Maillard Street
Ministry of Health
Port Louis, Mauritius

Dr. Reimert Ravenholt
Director
Office of Population
Agency for International
Development
Washington, D.C. 20523

Ms. Joanne Revson
Center for Population and
Family Health
Columbia University
60 Haven Avenue
New York, New York 10032

Mr. Leonard H. Robinson, Jr.
Africa Director
Family Planning International
Assistance
Africa Regional Office
P.O. Box M-387
Accra, Ghana

Docteur Sabwa Matanda
Committee Director
National Desired Births
Committee
P.O. Box 75373
Kinshasa, Zaire

Dr. Nafis Sadik
c/o UNFPA
485 Lexington Avenue
New York, New York 10017

Dr. Faran Samake
c/o Minister of Public Health
and Social Affairs
Bamako, Mali

Dr. Juliette Sayegh
Johns Hopkins School of Hygiene
Department of Population Dynamics
615 Wolfe Street
Baltimore, Maryland 21205

Mr. David Semkiwa
Regional Development Director
Prime Minister's Office
Kilimanjaro Region
P.O. Box 3070
Moshi, Tanzania

Dr. Frederic C. Shorter
The Population Council
P.O. Box 2344
Garden City
Cairo, Egypt

Ms. Sarah Somerville
Battelle Geneva Research Centre
7, Route de Drize
CH-1227 Carouge
Switzerland

Dr. E. Tarimo
Director of Preventive Services
Ministry of Health
Dar es Salaam, Tanzania

Docteur Mohamed Tazi
Médecin-Chef de la Province de
Khouribga
Ministère de la Santé
Rabat, Morocco

Docteur N. Terras
Médecin Coordinateur
Hôpital Régionale de Menzel
Bourguiba
Menzel Bourguiba, Tunisia

Docteur R. Terras
Médecin Coordinateur
Hôpital Régionale de Bizerte
Bizerte, Tunisia

Mr. Jack Thomas
Family Planning Services Division
PHA/POP/FPS
Department of State
Agency for International
Development
Washington, D.C. 20523

Docteur Liliane Toumi
Responsable Technique du projet
PFAD à Bir Ali
Sfax, Tunisia

Madame Fatimata Traoré
Secrétaire d'Etat aux Affaires
Sociales
Ministère de la Santé Publique
s/c Ministre des Affaires
Etrangères
Ouagadougou, Upper Volta

Mr. William Trayfors
Population Officer
USAID Mission
Rabat, Morocco

Mr. Engin Ural
Legal Counsel
Development Foundation of Turkey
Kennedy CAD 33
Kavaklidere
Ankara, Turkey

Mr. Wilbur Wallace
Family Planning Development
Officer, Tunis
Department of State
Washington, D.C. 20520

Dr. G. A. Williams
Chairman, National Population
Council
Federal Ministry of Health
Broad Street
Lagos, Nigeria

Dr. Paul Wilson
UCSC/MCH Project
c/o American Embassy
B.P. 2012
Cotonou, Benin
OR
c/o Med-Health
Banjul, The Gambia

Dr. L. Ziaee
Director General
Family Planning and Technical
Affairs
Ministry of Health
7th Floor Office
Avenue Hafez and Kh. Naderi
Tehran, Iran

# APPENDICE B

## RESUMES DE LA LITTERATURE ACTUELLE

Les abrégés de la littérature actuelle au sujet de la distribution des contraceptifs au niveau des villages et des foyers ont été fournis pour inclusion dans cette publication par Popinform, Programme d'Information sur la Population, George Washington University, Medical Center, 2001 S Street N.W., Washington, D.C. 20009. On peut les obtenir en ecrivant à cette adresse.

1. Population Planning and Health Care--Chinese Communist Style. Population News Services, No. 1, 1976.
   L'approche de la Chine envers la réglementation de la natalité se caractérise par un système centralisé de planning avec un système décentralisé de mise en oeuvre du plan. La Chine est le seul pays où le but du programme officiel pour la population est d'encourager des mariages tardifs, des naissances espacées, et des familles limitées. Il existe un engagement politique ferme de la main d'oeuvre et des ressources. Le plan pour la santé exige un réseau national de services para-médicaux au niveau des villages ou des quartiers. Les statistiques indiquent une transition démographique avec des mariages tardifs et un emploi répandu de la contraception. Le modèle chinois est conçu pour un pays avec peu de revenus et de personnel formé. Les procédés comportent: (1) des services disponibles gratuits ou à peu coûteux; (2) de la compensation monétaire pendant la chirurgie; (3) des unités mobiles pour le service et la formation; (4) l'encouragement de l'initiative locale; (5) l'emploi de personnel para-médical à partiel; (6) des objectifs annuels aux niveaux local et national; et (7) la participation des femmes mariées d'un rang social élevé au travail de motivation et d'instruction et pour distribuer des contraceptifs.

2. International Planned Parenthood Federation (IPPF), (CBD) Advisory Board Meeting.
   CBD (Community Based Distribution (of Contraceptives)) Project Status Report.
   London: IPPF, April 21-22, 1975.
   Des renseignements sur les sujets suivants sont présentés pour les deux programmes de distribution basés sur les communautés et les six programmes pour lesquels on a soumis un plan et dont l'approbation n'est pas encore décidée: (1) fond; (2) objectifs; (3) stratégie; (4) considérations fiscales; (5) recherche et évaluation; (6) état actuel; et (7) projets pour l'avenir/condition actuelle. Les deux programmes en opération sont pour la Thaïland et pour le Sri Lanka. Les six programmes non encore décidés sont pour la République de Corée, les Philippines, la Barbade, le Brésil (état de Goids), le Pakistan, et la Colombie (urbaine). Des documents abrégés de fond sont présentés pour deux autres catégories: celle pour lesquelles des plans ont été soumis et qui sont passés actuellement en revue (le Liban, la Tunisie, l'Inde); et les programmes sous développement dont on attend les plans (l'Indonésie, l'Egypte, l'Ile Maurice, et le Botswana). On cite aussi des possibilités pour de futurs programmes pour: Hong Kong, le Népal, le Togo, la Sierra Léone, l'Iran, la Malaisie orientale (Sarawak-Saba), et la Zambie.

3. International Planned Parenthood Federation (IPPF).
Republic of Korea.
London: IPPF, March 1975.
Le gouvernement de la Corée a pour but de réduire le taux annuel de croissance de la population jusqu'à 1,3% en 1981. Néanmoins, pour pouvoir atteindre ce but, on doit augmenter le taux d'emploi des moyens contraceptifs des 33% actuel à 60% environ pour tous les couples eligibles. En outre, à cause d'une forte augmentation des naissances après la guerre de Corée, le nombre de femmes éligibles s'accroîtra de 5,1 millions (1970) jusqu'à environ 7 millions (1980). En considération de ces faits démographiques, et parce que des études récentes indiquent que jusqu'à 30% de tous les couples qui habitent les régions rurales ne veulent plus engendrer d'enfants mais ne pratiquent pas la contraception par manque de services et d'équipement, la Planned Parenthood Federation (IPPF) de la Corée a procédé à des dialogues avec des représentants du département de distribution basée sur la communauté dans l'intention de créer et d'initier un programme pour l'expansion du système de distribution des contraceptifs commercialement et par des voies basés sur la communauté. La distribution basée sur la communauté comprendra les parties urbaines et rurales de région géographique donnée. Les Clubs de Mères, la Fédération Coréenne des Centres de Culture, et la Fédération Coréenne des Associations de Ménagères seront les points centraux du système basé sur la communaté. De petites entreprises commerciales, telles que les pharmacies, les coiffeurs pour hommes et femmes, et les coopératives agricoles serviront de débouchés au secteur privé. On a établi un budget de $200.000 pour l'opération de ce programme pendant la période 1974-75. Le programme doit commencer en septembre 1974.

4. International Planned Parenthood Federation (IPPF).
Thailand.
London: IPPF, March 1975.
La IPPF, conjointement avec la Planned Parenthood Thai, a proposé un programme de distribution basé sur la communauté au Ministère de Santé Publique de Thaïlande en mai 1974. Avec un budget de $300.000, du personnel indigène sera formé pour la distribution dans les communautés de moyens contraceptifs à des prix abordables. Le programme comporte trois stratégies: (1) les notables locaux aideront à l'identification des concessionnaires dans 24 localités avec une population totale de deux millions; (2) des membres des institutions publiques importantes (en ce cas, les 259.000 instituteurs membres du concile des instituteurs de la Thaïlande) seront formés et motivés pour fournir des moyens contraceptifs dans leurs communautés ou institutions; et (3) ceux qui ont des contacts fréquents avec le public (c.a.d., coiffeurs, chauffeurs de taxi, facteurs) seront formés en tant que distributeurs éventuels. Il y a déjà quelque 46.000 instituteurs qui ont participé à certaines activités de motivation, et 6.000 ont accepté de servir en tant que distributeurs dans leurs villages. On s'attend à un accroissement énorme d'accepteurs de planning familial, car le système de distribution basée sur la communauté donnera les résultats suivants: (1) commodité géographique d'approvisionnement; (2) acceptabilité culturelle du fournisseur; et (3) une réduction du temps et de l'argent nécessaires à franchir de grandes distances pour l'information et les services de limitation des naissances.

5. United States, Agency for International Development (USAID), Bureau of Near East and South Asia Affairs--Pakistan.
Pakistan, Population: Supplementary Briefing Information, related to Washington Post article, June 5, 1975.
Washington, D.C.: USAID, 1975.
La population actuelle du Pakistan est d'environ 70 millions; si on ne réduit pas le taux actuel de croissance de population (3% par an) l'accroissement projeté dans la production des vivres sera réduit à néant. C'est l'objectif du programme gouvernemental de population pour les cinq années à venir (les années budgétaires 1974 à 1978) de contacter 25% de la population féconde, ou 7.7 millions de couples. Les approches-clés comprennent: (1) l'approvisionnement en pilules (sans ordonnance) et de condoms au prix subventionné de 2,5 cents par cycle menstruel; (2) des visites semi-annuelles aux couples féconds par des équipes de motivation; (3) l'établissement de 26.000 magasins de distribution (épiceries, pharmacies, échoppes de thé), dont le nombre doit augmenter jusqu'à 40.000 pour l'année budgétaire 1976. Le gouvernement a augmenté son allocation de crédits de 2 à 4 millions entre les années budgétaires 1973 et 1974 et à 8 millions pour l'année budgétaire 1976. Le donateur étranger principal est les Etats-Unis, dont les contributions en approvisionnement de contraceptifs étaient de 2,2 millions au total pendant l'année budgétaire 1974; 3,5 millions pendant l'année budgétaire 1975; et 7 millions pendant l'année budgétaire 1976. L'UNFA, la Norvège, la Grande Bretagne, L'Australie, le Japon, L'Allemagne, et les fondations Ford et Asie ont fait d'autres contributions sous forme de matériaux et d'argent.

6. Davies, J.; Louis, T. D. J.
Doctors and Community-Based Pill Promotion in Sri Lanka.
IPPF Medical Bulletin, 9(3):1-3, June 1975.
Description des stages primaires de mise en oeuvre d'un programme-pilote de médicaments oraux contraceptifs qui a commencé en décembre 1974 au Sri Lanka. Le médicament distribué était Eugynon (0, 5 mg dl-norgestrel, 50 mcg ethinyl estradiol). La publicité faite pour ce produit a comporté la sollicitation des médecins brevetés et des pharmaciens pour qu'ils achètent le médicament, et un programme massif de dépliants aux usagers éventuels avec des imprimés d'ordonnances et des informations descriptives. Les médecins participants ont reçu des renseignements techniques sur les contraceptifs oraux. Au bout de trois mois, 357 femmes s'étaient inscrites au programme, parmi lesquelles plus de 50% avaient entre 25 et 34 ans. Les médecins ont reçu favorablement la publicité sur la pilule et la disponibilité facile de ce contraceptif oral a amélioré le programme. Le taux d'abandon de l'utilisation au cours de la première année fut de 25%. En fournissant des informations gratuites sur le produit et de la littérature d'encouragement par la suite, on compte arriver à des pourcentages de continuation plus hauts. De ce premier effort dans le district de Galle, on a estimé qu'un programme au niveau nationale en sera le résultat en 485.000 cycles menstruels d'utilisation.

7. Dennis, F.
Korea's Mothers Help Themselves.
People 2(4):12-14, 1975.
L'article décrit les activités de planning familial par le moyen des Clubs de Mères dans les parties rurales de la Corée du Sud. Mouvement populaire bénévole établi en 1968 par la Planned Parenthood Federation de la Corée (PPFK), les Clubs de Mères sont la source de contraceptifs pour 700.000 de femmes dans 23.000 villes et villages très dispersés. Environ 113 de ces associations sont actives et ont reçu suffisamment de

soutien de la part de la population pour assurer un taux de pratique des méthodes contraceptives aussi élevé à la campagne que dans les villes. Les contraceptifs sont distribués par la présidente du club dans chaque communauté. Les revenus engendrés par les droits nominaux payés pour la pilule aident à payer les salaires des représentants du programme à la campagne qui apportent des contraceptifs et qui aident les activités de l'association. Le mot d'ordre du programme de planning familial dans la Corée du Sud, "arrêter après deux enfants et élever ceux-ci bien comme il faut," à l'intention des Clubs de Mères. Si possible, on désire toujours mettre au monde deux fils; néanmoins, le développement de plus d'opportunités sur le plan de l'éducation et du travail pour les femmes a créé un désir plus vif pour les filles, même si celui-ci n'est pas aussi important que le désir pour les fils. L'article décrit le projet du d'ajouter à son réseau rural de Clubs de Mères un plan de ventes commerciales pour les villes.

8. Dorozynski, A.
Controlling One's Numbers.
In: Dorozynski, A., Doctors and Healers, Ottawa: International Development Research Centre, 1975.
Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de mettre au monde environ 10 enfants pour en avoir un ou deux qui puissent survivre. Néanmoins, puisque l'homme est toujours capable d'en concevoir un grand nombre, il est nécessaire d'employer des moyens techniques pour régler les niveaux de population et aider à l'assurance d'un maintien de la santé de la mère et de ses enfants. Le monopole exercé par la profession médicale sur la distribution des moyens contraceptifs est un des facteurs qui en a ralenti l'usage croissant dans les régions moins développées. On n'a pas besoin d'un diplôme de médecin pour distribuer des condoms ou des médicaments contraceptifs ou même pour faire un examen pelvien ou pour placer un appareil intrautérin. Les Chinois ont montré que même les avortements pratiqués avec des techniques simples n'exigent pas la formation d'un médecin spécialisé. D'ailleurs, les régions rurales ont tendance à accepter plus facilement les méthodes contraceptives quand leur population est initiée à cet effet par un notable estimé du village au lieu d'un médecin inconnu.

9. Echeverry, G.
Development of the Profamilia Rural Family Planning Program in Columbia.
Studies in Family Planning 6(6):142-147, June 1975.
En 1970, Profamilia, conjointement avec la Fédération Nationale de Cultivateurs de Café, a établi un programme de planning familial à titre expérimental dans certaines régions rurales selectionnées. On a mis l'accent surtout sur de petites communautés rurales et agricoles où on a engagé des représentants du programme parmi la population locale. Les programmes de planning familial font partie d'un plus grand plan d'assistance qui s'appelle "Développement Rural Intégré." Le représentant du programme sélectionne une personne dans chaque communauté qui sera chargée de la distribution des contraceptifs (condoms, spermicides, contraceptifs oraux) et du maintien des archives. Ces archives statistiques et le système de continuation sont basés sur l'emploi de trois formulaires imprimés. En 1974, il y avait 370 centres de distribution en opération dans les régions rurales de six états et il y avait environ 12.400 familles qui avaient participé au programme. L'expérience des clients qui prenaient le contraceptif oral sans la supervision directe d'un médecin indique que le contrôle des contraceptifs par les médecins n'est pas nécessaire à condition que le traitement médical soit possible quand le besoin s'en fait sentir.

10. Fullam, M.
Will the Panther Capture Jamaica's Mood? (Family Planning)
People 2(4):21-23, 1975.
L'Association de Planning Familial de la Jamaïque (JFPA) et Westinghouse Electric, société commerciale américaine, emploient deux méthodes diamétralement opposées pour essayer de réduire le taux de croissance de la population à la Jamaïque, de 31.3/1.000 en 1973 à 25/1.000 par 1977. Westinghouse, conjointement avec le Conseil National de Planning Familial de la Jamaïque, vend des condoms et des pilules sans ordonnance en pharmacie et par d'autres débouchés à des prix subventionnés et abordables aux gens revenus faibles. C'est l'opinion de cette société que les attitudes traditionnelles sur la réproduction en tant que les attitudes traditionnelles sur la reproduction en tant que signe de virilité et de fécondité sont en train de changer, et les Jamaïcains commencent à épouser le concept du planning familial. D'autre part, JFPA maintient que le planning familial reste un sujet encore très confidentiel. Les représentants du programme recrutent individuellement les accepteurs, et ils font un travail de suite méthodique avec chaque client. Il est certain que ce travail sur une base individuelle est efficace. En l'espace de cinq mois, quatre représentants ont recruté 1.398 accepteurs adultes et 291 adolescents d'accepter le programme, et ils ont inscrit à nouveau 88 personnes qui l'avaient abandonné. Mais c'est lent. Les cadres de Westinghouse croient qu'il y a 360.000 clients potentiels et qu'il serait plus facile de les atteindre rapidement et efficacement au moyen de la publicité et par ventes directes.

11. Fullam, M.
Pills for the People: Is This the Answer?
People 2(4):3-4, 1975.
Un tiers seulement de la population mondiale pratique le planning familial. Pour augmenter ce nombre d'une manière significative, les experts mondiaux de planning familial mettent l'accent sur des systèmes de distribution basés sur la communauté; c'est-à-dire, la distribution au moyen de débouchés commerciaux, et des institutions religieuses et scolaires. Ces experts croient que ce n'est pas la demande croissante des contraceptifs qui constitue le problème; ce qui est nécessaire, c'est de rendre ces moyens plus disponibles à un prix abordable à tous. Il ne sert à rien de les rendre plus disponibles si le système de distribution n'est pas adapté au pays individuel et aux besoins du peuple. Jusqu'ici, le souci de la sécurité médicale et de la responsabilité juridique a retardé le développement des systèmes commerciaux de distribution de la pilule. Pour assurer le succès de ce système de distribution, il sera nécessaire d'effectuer une réduction des prix, de pratiquer un travail de suite médicale efficace, et de procéder à des évaluations.

12. Fullam, M.
Community Distribution Around the World.
People 2(4):5-11, 1975.
Cet article présente une enquête dans des pays sélectionnés en vue d'illustrer la variété des approches utilisées pour distribuer des contraceptifs dans la communauté, et liste les agences y participant. Il identifie et décrit brièvement les différents types de plans de distribution se basant sur la communauté dans 33 pays d'Amérique latine, Afrique, et Asie. Le personnel et les méthodes utilisées dans chaque pays comprennent les chefs des communautés rurales, assistants sociaux, usagers satisfaits de contraceptifs, distributeurs para-médicaux et ordinaires, clubs de femmes, marketing commercial, programmes

éducatifs, stratégies pour les jours de marché, et programmes de saturation du gouvernement. Le programme de distribution des contraceptifs oraux basé sur la communauté avec l'assistance technique de BEMFAM, une filiale de l'IPPF au nord-est du Brésil, est décrit en détail, en mettant l'accent sur les techniques de commercialisation sociale et la mobilisation des ressources. En plus de l'IPPF, d'autres organismes effectuant la distribution dans les communautés sont l'Assistance Internationale de Planning Familial, le Centre de Recherche pour le Développement International, Les Services Internationaux de la Population, le Concile de la Population, l'UNFPA, l'USAID, et Westinghouse Health Systems Population Center.

13. Isaacs, S. L.
Innovative Systems of Delivering Family Planning Services in Latin America and the Caribbean: Present and Future.
Paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, Seattle, Washington, April 17, 1975.
L'article examine plusieurs systèmes de distribution des services de planning familial en Amérique latine et aux Caraïbes, avec une analyse des raisons pour leur succès ou leur échec et des suggestions pour les directions possibles que pourrait suivre la distribution des services de planning familial dans l'avenir. On y parle aussi de l'insertion des stérilets par des para-professionnels aux Etats-Unis. Les programmes qui sont présentés sont: (1) la distribution des contraceptifs par des membres des communautés au Brésil et en Colombie et par des usagers satisfaits au Honduras; (2) la distribution des contraceptifs subventionnés dans les pharmacies et dans d'autres débouchés de vente au détail en Costa Rica et à Antigua; et (3) l'insertion des stérilets par des infirmières et des sages-femmes spécialisées aux Etats-Unis, à la Barbade, au Chili, et en Costa Rica. La distribution hors clinique de la pilule paraît mieux acceptée en ce moment que l'insertion des stérilets par le personnel para-médical, mais beaucoup de médecins s'opposent à ce genre de distribution. Des programmes basés sur les pharmacies en tant que débouché ont donné des résultats favorables, mais il peut y avoir à la longue un conflit nuisible entre ceux-ci et les fabricants de produits pharmaceutiques et leurs distributeurs. L'élément clé dans l'insertion des stérilets par le personnel para-professionnel est la formation des infirmières et des sages-femmes déjà qualifiées. Jusqu'à maintenant, l'approche la plus innovative et qui a rencontré le plus grand succès est l'établissement d'un système de distribution des contraceptifs basé sur la communauté.

14. Kapadia, A. S.; Singhal, K.
A Marketing Management Plan for Family Planning in India.
Population Review 19(1,2):51-57, 1975.
L'article propose un plan organisé de promotion et de distribution en vue du marketing effectif des produits et des concepts de planning familial au sein du peuple indien. Une division éducative et promotionnelle du Ministère du Planning Familial devrait mettre en oeuvre une politique de promotion du planning familial. Cette division comporterait trois départements: (1) les mass media; (2) les moyens de communication spéciaux et sélectifs; et (3) l'instruction. On devrait employer les mass media en vue de promouvoir l'acceptation générale du planning familial et d'instaurer la vente initiale des contraceptifs aux couples de la population urbaine instruite non encore initiés aux moyens disponibles de planning familial. Ces objectifs seraient accomplis au moyen de "l'effet de blitz" des mass media, surtout par l'emploi concerté de radio, films documentaires, affiches, tableaux d'affichage, et publicité, ainsi que par des étalages dans les magasins où les produits de

planning familial sont en vente. On devrait employer des moyens de communication sélectifs ou spécialisés afin de pénétrer dans les régions rurales arriérées. Parmi les techniques que l'on devrait employer se trouvent les unités mobiles éducatives, la communication de bouche à oreille, et les films. L'étude décrit les différents rôles que pourraient accomplir les unités mobiles. Les moyens de communication éducatifs devraient être employés pour recruter les prêtres, assistants sociaux, étudiants à l'université, sages-femmes, etc. . . . pour les travaux pratiques. On y indique les rôles possibles qui pourraient être joués par les femmes d'un rang social élevé ou de la classe moyenne dans les communautés urbaines moins importantes, par les prêtres, étudiants, et sages-femmes dans les villages. Du point de vue de la distribution des contraceptifs, il est recommandé que la production soit maintenue juste au-dessus du niveau de la demande et que les distributeurs et détaillants continuent à fournir des renseignements sur l'opération et le succès du programme aux responsables gouvernementaux de régulation de la distribution.

15. Phelan, B. J.
New Campaign in Thailand.
Asia Magazine 15(P10):14-19. February 9, 1975.
Le programme administré par les services de planning familial basés sur la communauté dans la région rurale de Bangalamoong et des environs a achevé sa première année d'opération avec un succès considérable. Dans ce programme, on a demandé aux notables de la région, tels que le chef de la police, le médecin, le proviseur, et le pharmacien de nommer des habitants du village qui puissent agir en tant que distributeurs de pilules et de condoms, et qui fourniront des informations aux personnes qui désirent l'insertion d'un stérilet ou la stérilisation. Ces individus, qui reçoivent cinq centimes pour la vente de chaque pilule ou condom, sont, en fait, des représentants avec un message simple: "Quand on a trop d'enfants, on est pauvre." Parce que ces personnes résident dans la région et sont aisément accessibles aux habitants, ce programme a eu plus de succès que d'autres programmes établis au niveau du district ou de la nation. D'ailleurs, ces volontaires forment la base d'un vaste corps para-médical ayant une formation suffisante pour reconnaître les indices de certaines maladies.

16. Surjaningrat, S.; Laing, J., Suyono, H.
Indonesia. (Family Planning Programs).
Studies in Family Planning 6(8):222-225, August 1975.
L'article trace les points culminants des activités du Programme de Planning Familial National Indonésien en 1974, quatrième année d'opération. Les faits et tendances à noter sont les suivants: (1) le nombre de personnes qui ont participé au programme pour la première fois en 1974 était de 1,5 millions, comparé à 1,3 millions en 1973; il y avait une baisse notoire dans le nombre de femmes ayant choisi le stérilet due moitié à la popularité et la facilité de distribution de la pilule et des condoms, moitié à l'opposition au stérilet pour raisons réligieuses dans les villages plus conservateurs; (2) les essais des méthodes à Java et Bali, où le nombre de clients satifaits et l'acceptation sur une échelle plus large dans les communautés à cause d'une amélioration dans la participation locale sont considérés comme l'évenément de planning familial le plus important en Indonésie in 1974; (3) on a étendu les services au delà de Java et Bali, et les campagnes dans le Ouest Java ont réussi; et (4) on a accompli des progrès considérables vers la solution des problèmes de transport au sein du programme de planning familial. L'article présente des renseignements très spécifiques sur l'éfficacité du stérilet et

de la pilule, sur les programmes d'information et d'éducation, des fonctions de formation, et sur les projets d'évaluation et de recherche.

17. Tcheknavorian-Asenbauer, A.; Noe, C.
International Contraceptive Study Project (ICOSP) on Raw Materials and Local Production of Contraceptives in Developing Countries.
In: United Nations Fund for Population Activities (UNFPA), documents for the final report and recommendations meeting of the International Contraceptive Study Project (ICOSP), Palais Des Nations, Geneva, September 22-23, 1975, New York, UNFPA, 1975 (UNIDO/ITD, 346, 23 July 1975).
Beaucoup de nations en voie de développement possèdent les matières premières et les moyens pour la fabrication et l'emballage des pilules et des condoms. Un problème qui pourrait apparaître dans la production des hormones nécessaires à la production de la pilule est la rareté relative et le prix relativement élevé de la diosgénine, élément très important à la production des hormones. Malgré le fait que certains pays en voie de développement produisent du latex, la technologie nécessaire à l'emploi du latex dans la production des condoms peut poser des problèmes à certains pays. Néanmoins, l'Organisation de Développement Industriel des Nations Unies (UNIDO) suggère que la production des condoms pourrait être entreprise dans les pays en voie de développement. Les sociétés pharmaceutiques locales pourraient traiter les matières en vrac données par certains organismes, réduisant les frais encourus par les organismes donateurs et par le pays en voie de développement. Par exemple, les frais d'emballage constituent souvent 30% à 40% ce coût de la production, et cette opération nécessite une forte concentration de main d'oeuvre. Les pays tels que l'Inde, le Mexique, et Cuba devraient considérer la production complète de contraceptifs oraux, parce qu'ils possèdent toutes les matières nécessaires à cette production à l'intérieur du pays. UNIDO accepterait d'aider d'autres pays en voie de développement à établir des facilités locales pour l'emballage et la fabrication sous forme de comprimés de contraceptifs oraux. Les sociétés pharmaceutiques dans les pays en voie de développement devraient recevoir de l'assistance pour la formation du personnel, pour l'entretien de l'équipement, et des informations sur les techniques d'opération modernes. Les pays qui produisent du caoutchouc et ceux qui ont un grand besoin de condoms (200.000 grosses par an) pourraient recevoir l'aide de l'UNFPA/UNIDO pour la production nationale des condoms. Les organismes donateurs qui achètent des condoms en vrac devraient considérer l'achat de leurs approvisionnements des fabricants indigènes de condoms.

18. Viravaidya, M.
Doctors, Distributors, and Development.
People 2(4):27-28, 1975.
Il est possible de persuader la population de participer à un projet national de développement pourvu que, lorsqu'on commence à petite échelle, le programme produise des résultats probants. En Thaïlande, dans les services de planning familial basés sur la communauté, les médecins forment des distributeurs locaux pour consultations et pour distribution des produits de planning familial. Il existe un projet qui donnera aux familles qui acceptent le planning familial certains avantages vers la vente de leurs produits agricoles et vers l'achat des approvisionnements nécessaires. Au sein de ce programme, le planning familial n'est pas un but en soi, mais un moyen de faire participer la population à un programme de développement national plus vaste.

19. Wright, N. H.
Sri Lanka: The Impact of Allowing Paramedical Prescription and Resupply of Oral Contraceptives.
Studies in Family Planning 6(4):102-105, April 1975.
En 1968, le Ministère de la Santé du Sri Lanka a autorisé la distribution para-médicale de la pilule à des prix très réduits. En 1969, 45% de tous les accepteurs de méthodes contraceptives ont choisi les contraceptifs oraux, et ce moyen de contraception était le plus populaire de tous. L'information disponible au Sri Lanka montre que la politique d'ordonnances et de distribution des contraceptifs oraux en a facilité l'acceptation et pourrait être aussi la raison d'un plus grand taux de continuation, du moins parmi les usagères motivées. Néanmoins, on constate avec regret que ces taux de continuation sont faibles comparés à ceux de l'emploi du stérilet.

20. International Planned Parenthood Federation, Management and Planning Committee.
Report of the Community-Based Distribution Program.
Minutes of Meeting, November 1-3, 1974. London: IPPF, 1974.
Il y a en ce moment des programmes de distribution qu'on vient établir dans les communautés de Thaïlande, Sri Lanka, Colombie, Corée, et El Salvador. On a reçu ou on attend des plans préliminaires pour l'Indonésie, les Philippines, le Vietnam, la Barbade, le Surinam, le Brésil, la Tunisie, l'Inde, le Pakistan, l'Ile Maurice, et le Lesotho. D'un budget initial de US $1.430.000, on a dépensé US $743.000 et US $400.000 ont été alloués pour une expansion des opérations en 1975. Le but du programme était de démontrer qu'il est possible de distribuer les contraceptifs par des débouchés non-médicaux déjà en opération dans la communauté à un prix plus bas que celui des autres moyens de distribution; que l'emploi de ces débouchés augmentera le taux d'acceptation; et que tels programmes sont utiles dans différentes situations. Une évaluation complète de chaque programme se fait à l'heure actuelle pour déterminer l'utilité de ce projet en vue du planning et pour le programme général. Le système en opération dans chaque pays est différent, mais l'élément commun en est la politique d'approcher les chefs locaux pour eux demander de recommander les individus de la localité qui seraient des représentants efficaces du programme de planning familial. Ces individus sont, par exemple, des ménagères, des marchands, le personnel para-médical, les instituteurs, etc. . . . Ils recevront une formation complète. On essaye d'utiliser au maximum les ressources locales, et le CBD fournit l'assistance technique. Eventuellement, les organisations de planning familial du pays pourront assumer le contrôle du programme.

21. Taiwan, National Health Administration.
Study on the Feasibility of Distributing Contraceptive Supplies to Encourage Family Planning Practice.
Second semiannual report covering the period February 1-August 21, 1974. Taipei, Taiwan: September 23, 1974.
L'étude de base du programme pour déterminer les facteurs associées aux accouchements difficiles a été faite dans 24 régions d'étude et de contrôle. Deux-milles cinq cent vingt-trois femmes furent interviewées entre février et avril 1974. L'étude des questionnaires est presque fini, et les résultats seront bientôt enregistrés et envoyés à Johns Hopkins University pour analyse. La phase active du programme a commencé en avril et on a fait des visites aux femmes dans la région sélectionnée pour distribuer les contraceptifs et pour encourager la pratique du planning familial. On avait fait un total de 4.193 visites à domicile dès le 31 juillet 1974.

Parmi celles-ci, 3.355 ou 80% constituèrent des contacts réussis. Parmi les femmes contactées, 89.9% ont gardé la provision de contraceptifs. Les données initiales indiquent que le programme atteint les jeunes femmes et les femmes qui ont peu d'enfants et peu de fils. L'expérience passée avait montré que ces femmes sont celles dont le taux de fécondité est le plus élevé. Au moment de la première visite à domicile, peu des femmes choisies pour le programme avaient employé de contraceptifs auparavant, et le nombre de femmes employant des contraceptifs au moment de la visite était encore moins élevé. Puisque les contraceptifs sont maintenant à la disposition des femmes approchées au cours de l'étude, celles-ci pourront commencer à les employer. Cela pourra conduire les femmes à continuer à les employer régulièrement. Comme on a commencé à faire des visites de continuation à la fin juillet, des informations sur l'emploi à l'essai et sur l'emploi régulier des contraceptifs seront prêtes dès la mi-cotobre.

22. Ajax, L.
How to Market a Nonmedical Contraceptive: A Case Study from Sweden.
In: Redford, M. H., Duncan, G. W., and Prager, D. J., eds. The Condom: Increasing Utilization in the United States. San Francisco, San Francisco Press, 1974.
L'Association Suédoise d'Education Sexuelle (RFSU) cherche à introduire des réformes en vue de mieux faire connaître les sujets sexuels, d'améliorer la condition de la famille, d'intensifier les recherches sexuelles et de soutenir le planning familial dans les pays en voie de développement. Les activités économiques de l'association sont dirigées par RFSU Sales, Ltd., qui vent au détail des contraceptifs d'excellente qualité. Une étude générale du comportement sexuel des Suédois en 1967 a indiqué qu'environ 30% de la population n'emploie aucune méthode contraceptive recommandée. Le RFSU a décidé que la communication et distribution en masse des contraceptifs devrait être organisée. En 1970, des objections furent soulevées contre la distribution des condoms. Des réactions positives apparurent dans la presse, et chez détaillants et consommateurs. On commença une campagne publicitaire dans les journaux en faveur du condom. On fit connaître son emploi prophylactique au cours d'une autre campagne contre la gonorrhée. De nouveaux débouchés ont été ouverts, et de nouvelles marques, les "Birds and Bees" et les "Black Jack" furent introduites. On distribua des T-shirts sur les "Birds and Bees" aux commerçants pour les faire mettre en étalage aux comptoir. Depuis 1970, les condoms importés ont augmenté de 40% et le nombre de cas de gonorrhée enregistrés a diminué de 20%.

23. Pills Will Soon Be Available in Barrios Any Time of the Day.
Philippine Sunday Express, September 8, 1974.
Un nouveau programme de planning familial, le Barrio Resupply Points (BRP), sera mis en oeuvre pour assurer un approvisionnement constant de pilules dans les barrios. On pourra obtenir une provision de pilules d'un mois pour 35 centavos à toute heure de la journée. L'Institut pour la Santé de la Mère et de l'Enfant (IMCH) a observé un accroissement de 4% d'acceptrices de pilules pendant l'année fiscale 1973-74. Les usagères de la pilule comprenaient 54% de tous les accepteurs durant cette année-là, suivies par les autres méthodes. IMCH dirige actuellement 376 cliniques dans le pays. La population rurale fera bon accueil à l'installation des BRP projetés, lesquels leur épargneront l'inconvénient de devoir se rendre en ville pour obtenir des pilules. L'amélioration du niveau de vie dans les barrios encouragera la participation des citoyens à l'unité de la nation.

24. Discussion: Condom Marketing.
In: Redford, N. H., Duncan, G. W. , and Prager, D. J., eds. The Condom: Increasing Utilization in the United States. San Francisco, San Francisco Press, 1974.
A cause de ses méthodes de marketing ne faisant pas usage de publicité, et de la présence d'une industrie défensive, l'emploi des condoms parmi les couples mariés a diminué de 30% en 1955, l'année où elle était la méthode la plus souvent utilisée, à 15% en 1970, quand elle constituait le troisième choix. Il est nécessaire d'utiliser des méthodes de marketing agressives et largement répandues en vue en vue d'augmenter l'emploi du condom. Les méthodes de marketing innovatives que l'on a suggéré comprennent un élargissement des canaux de distribution jusqu'aux supermarchés, grands magasins, coiffeurs, jeux de billard, et ventes de porte-à-porte et par la poste. Les techniques de vente devraient incorporer la distribution d'échantillons gratuits, articles publicitaires, et magasins spécialisés comme les "Birds and Bees" en Suède. Les ventes de condoms devraient être stimulées également par la diversification des produits en ce qui concerne leur couleur, forme, et taille. Les organismes publics et bénévoles pourraient aussi être utiles à la promotion des ventes au moyen de subsides à certains programmes.

25. Discussions: Condoms and the Law.
In: Redford, N. H., Duncan, G. W., and Prager, D. J., eds. The Condom: Increasing Utilization in the United States. San Francisco, San Francisco Press, 1974.
Les lois réglant l'étalage et la publicité des condoms, tout comme celles déterminant qui peut les acheter, son périmées. Au cours des trois dernières années, quatre états ont adouci ou abrogé les lois interdisant la publicité et l'étalage des condoms. La réaction du public a résulté en un accroissement des ventes de condoms. L'absence de la contraception n'empêche pas l'activité sexuelle; son seul effet est d'augmenter la probabilité de grossesse et des maladies vénériennes. Les lois de l'Utah, de New York, et du Nebraska, qui limitent l'achat des condoms par certains individus, sont probablement inconstitutionnelles, à en juger par une décision de la Cour Suprême en 1972 avec le cas d'Eisenstadt contre Baird. Il y a du pour et du contre à propos des lois limitant les ventes de condoms dans les pharmacies. Ces lois devraient être réexaminées.

26. Davies, J.
Preethi: A Social Marketing Program for the Advancement of Family Planning.
London: International Planned Parenthood Federation, July 1974.
Le programme de commercialisation sociale "Preethi," un projet de travail de l'IPPF au Sri Lanka, cherche à augmenter le nombre de couples féconds se servant d'une méthode sûre de contraception. Ce rapport décrit les efforts de recherche en marketing, le système de distribution, et les techniques de promotion utilisés pour atteindre cet objectif. Preethi, qui veut dire "bonheur," est le nom d'une marque de condoms. On se servit de tous les moyens de communication disponibles pour essayer de créer une demande pour ce contraceptif. Après quelques mois de marketing, Preethi n'était pas devenu le contraceptif standard pour beaucoup d'hommes. En moyenne, on distribue 3 millions de condoms par mois. Le programme de commercialisation sociale est évalué en ce moment en ce qui concerne ses résultats. La conclusion est qu'en général, si Preethi continue à croître comme il est en train de le faire,

et si on y ajoute également d'autres produits, il se fera une percée importante dans les problèmes de la population de ce pays.

27. Gillespie, D. G.
Proposed Saturation Project: Korea (memo to R. T. Ravenholt). October 15, 1974.
Trois méthodes fondamentales de systèmes de distribution jusqu'à la saturation sont proposées et discutées pour la Corée et aussi pour d'autres parties du monde. Au sein de ce système de distribution totale, on interrogerait chaque famille et on offrirait à ses membres une provision de pilules et condoms quel que soit l'état de leur fécondité. Ce système serait simple et peu coûteux et n'exigerait que peu de planning et de formation des travailleurs mobiles. On craint toutefois qu'il ne soit pas efficace au point de vue de son coût à long terme; la surveillance en serait difficile, les réactions défavorables possibles et le peu d'utilisation probable. Avec un système sélectif de visites à domicile, on placerait des pilules et condoms dans toutes les maisons habitées par des femmes risquant la grossesse, et on offrirait des alternatives aux personnes ne désirant ni pilules, ni condoms. Ce système exigerait une plus grande organisation et un planning plus complexe que le premier indiqué, et aussi des enqêteurs/réapprovisionneurs beaucoup plus qualifiés. Ce système toutefois, serait plus efficace au point de vue coût et pourrait se baser sur des programmes coréens existants. Le troisième plan, le système de distribution par groupes à des domiciles sélectionnés, est similaire au système sélectif de visites à domicile, sauf que le programme serait introduit au sein d'un groupe. Ceci est le plan le plus complexe et exigeant le plus de temps, mais c'est potentiellement le plus prometteur, car les réunions de groupes pourraient engendrer une vaste fondation d'appui. Il est recommandé de tenter à la fois l'essai du système de groupes et celui de visites à des domiciles sélectionnés pendant les stades initiaux de l'étude proposée.

28. Gillespie, D. G.
Trip Report: H. Thykier, Director, Community-Based Distribution Program, IPPF-December 3, 1974 (memo).
Washington, D.C., USAID, December 10, 1974.
Ce voyage fut effectué en vue de se renseigner au sujet du Programme de Distribution basé sur la Communauté (CBD) de l'International Planned Parenthood Federation et d'explorer la possibilité d'un travail en commun. Les buts de CBD et AID sont très proches au point de vue de leur concept, et la journée passée en compagnie de Hans Thykier, Directeur en Chef du CBD, conduisit à un accord sur le principe d'une coopération étroite. Une telle coopération devrait inclure le planning, le partage des protocoles, et des échanges très francs sur les résultats du projet. Les relations ainsi suggérées seraient de nature technique et professionnelle, et ne concerneraient pas les relations générales entre AID et IPPF. Ci-joint se trouve un relevé sur la formation et le financement du CBD. On a commencé de tels projets en Thaïlande et au Sri Lanka. On en commencera en Colombie, en Corée, et au San Salvador avant la fin de 1974. Leur but à tous est de servir de complément aux programmes existants de planning familial, en distribuant des contraceptifs par des moyens basés sur la communauté plutôt que sur les dispensaires (cliniques). Dans tous les cas, il est prévu que l'organisme local de prise en charge, qu'il soit ou non gouvernemental, prendra les rênes aussitôt que possible. Un schéma de l'organisation est également joint à la présente communication.

29. Leonard, G.
A Report for IPPF on Education for Birth Planning in China. London: IPPF, 1974.
La politique chinoise est que le progrès social et économique doit s'accomplir par lui-même et qu'on ne peut se servir du planning familial pour pallier aux déficiences économiques. On pratique le planning familial en Chine, mais pas uniquement pour limiter le nombre des naissances; c'est aussi une mesure prise en vue de la santé et de la prévoyance sociale. La concentration sur la réduction de la mortalité infantile et les mesures prises en vue de l'assistance sociale ont éliminé les raisons économiques les plus pressantes qui poussent à avoir des enfants. L'emphase mise par la Chine sur la condition d'égalité et l'emploi productif des femmes a beaucoup influencée l'usage des moyens de planning familial. Pendant la période de 1963 à 1966, on tenta la "coercion sociale" dans les villes avec beaucoup de succès pour le planning familial. Depuis la révolution culturelle, le planning familial a été répandu dans tout le pays par les "docteurs nu-pieds", les cadres de femmes, les groupes d'étude locaux, les écoles moyennes (lycées), et une hiérarchie de bureaux du gouvernement. La norme de deux enfants est universellement acceptée. La politique envers le planning familial est toujours reliée à la nécessité et à la politique nationale. Le succès du planning familial en Chine se base sur l'instruction de bouche à oreille.

30. Orleans, L. A.
China's Experience in Population Control: The Elusive Model. Prepared for the Committee on Foreign Affairs, U. S. House of Representatives, 93rd Congress, 2d Session. Washington, D.C. U.S. Government Printing Office, September 1974.
Le gouvernement de la Chine communiste poursuit une politique intensive contre la natalité. Les faits et chiffres qui permettraient une estimation de l'efficacité du programme de planning familial sont rares. Le gouvernement ne possède que des chiffres démographiques très approximatifs. On ne peut douter de la diminution de la mortalité infantile ni de l'accroissement de la longévité. Le programme actuel de planning familial, avec son souci pour la santé et la prévoyance sociale en général, et le peu d'attention prêté aux raisons économiques en faveur du planning familial, comença au cours des années 70. Le système sanitaire actuel, spécialement les "docteurs nu-pieds" amène le planning familial dans chaque communauté rurale. Le planning familial s'accomplit au sein même de la population où une pression conformiste se fait fortement sentir. Une transformation des attitudes, rendant le peuple plus réceptif au concept des familles peu nombreuses, sera le résultat des changements dans les conditions socio-économiques de la nation. Les anciennes traditions disparaissent devant le développement de l'urbanisme et de l'instruction publique, l'amélioration des mesures de prévoyance sociale, et l'amélioration de la condition de la femme. On retarde le mariage dans le but d'abaisser le taux des naissances en Chine. La Chine n'a pas encore réussi à abaisser le taux de ses naissances de manière adéquate, mais elle sera probablement le premier pays en voie de développement d'une certaine importance à diminuer son taux de croissance jusqu'à 1%. On doute que son expérience puisse être transférée à d'autres pays en voie de développement. Le procédé chinois de saturation en matière de planning familial est difficile à égaler.

31. Solomon, D. S.; Pion, R. J.
Pharmacists and Condoms: A Preliminary View from Hawaii.
In: Redford, M. H., Duncan, G. W., and Prager, D. J., eds.
The Condom: Increasing Utilization in the United States. San Francisco, San Francisco Press, 1974.
On présente ici trois études faites en 1970 et dirigées sur le pharmacien et son rôle dans la contraception et le planning familial. On conduisit ces études dans les états de Washington et Hawaii et en Colombie. Dans l'étude au Washington, 98% des pharmaciens répondants déclarèrent qu'ils vendaient des contraceptifs et qu'ils pensaient qu'il devrait être permis aux mineurs mariés d'acheter des contraceptifs. Soixante-six pour cent pensaient que leur achat devrait être autorisé pour les mineurs célibataires. Environ 20% dirent que certains couples leur demandent conseil sur la contraception. D'habitude, les clients s'adressent aux pharmaciens et les clientes aux pharmaciennes. Its avaient tous à l'étalage des mousses, crèmes, et gelées; 5% des diaphragmes; et 2% des pilules. A Hawaii, 83.2% des pharmaciens déclarèrent qu'ils pensaient que les familles devraient être planifiées, 51.8% dirent qu'on leur demandait des renseignements sur la contraception au moins une fois par semaine et 79.5% pensaient que donner des renseignements et des conseils sur la contraception faisait partie de leur travail professionnel. Huit pour cent dirent qu'ils distribuaient des prospectus sur le contraception provenant d'organismes de planning familial, alors que 31% dirent qu'ils en distribuaient provenant de fabricants de produits pharmaceutiques. Un pour cent dirent qu'ils avaient en évidence des condoms, et 58% des mousses, crèmes, et gelées. Un pour cent exigeaient des ordonnances pour les condoms, et 25% croyaient qu'avoir des condoms à l'étalage était illégal. En Colombie, on détermina que plus de 90% des pharmaciens connaissaient l'existence du condom, des suppositoires, et des pilules. On estima que 16.000 personnes par semaine reçoivent des conseils sur le planning familial de la part de pharmaciens. Dans une autre étude en Colombie, on rapporta que 62% des pharmacies vendent des condoms. Les pilules sont à l'étalage, mais les condoms ne sont pas montrés, ou à peu près pas. Un résultat de la publication des études de Hawaii et de l'etat de Washington fut que les pharmaciens commencèrent à mettre des contraceptifs à l'étalage plus ouvertement. Une étude sur cette action commença à Hawaii en 1973. Ses découvertes préliminaires comprennent des résultats indiquant qu'une augmentation considérable de la vente des condoms a été démontrée grâce au fait que les contraceptifs son montrés ouvertement dans les étalages.

32. Viravaidya, M.
New Directions in Family Planning: Community-Based Distribution of Contraceptives in Thailand.
Paper presented at the World Population Tribune, Bucharest, Rumania, August 30, 1974.
L'article est un reportage des expériences d'un projet dans une communauté en Thaïlande, avec les habitants du village en tant que participants et les méthodes de communication et de distribution des contraceptifs. Le système est de livrer les pilules et les condoms à chaque foyer des 66 villages du département de Bangalamoong. Endéans la fin de l'année 1974, on s'attend à ce que les 24 départements dans toutes les quatre régions de la Thaïlande participent au programme. Dans le Bangalamoong 66 distributeurs sont actuellement actifs. En ce moment un projet préliminaire est en voie de développement, ayant pour but l'organisation des institutrices comme distributrices de méthodes contraceptives. Il y a plusieurs similarités entre les programmes dans les communautés en Thaïlande et l'emploi des "docteurs nu-pieds" en Chine. Les distributeurs sont formés pour diagnostiquer plusieurs maladies tout autant que pour distribuer les pilules et les condoms.

33. Yang, J. M.; Worth, G. C.
Mothers' Clubs in Korea.
In: Korean Institute for Family Planning. Population and Family Planning in the Republic of Korea, Vol. II. Seoul, Korea, Korean Institute for Family Planning, 1974.
En 1962, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales de Corée a créé le Club des Mères pour travailler au planning familial. Il a pour but l'augmentation du planning familial dans les villages et l'encouragement de l'initiative pour ce pratique dans la population au lieu qu'il soit imposé par le gouvernement national. On espère que les chefs des villages, surtout les femmes, participeront au programme. Actuellement, il y a plus de 500.000 membres dans 25.000 clubs de femmes mariées en fonctionnement en Corée. Les membres de ces clubs se réunissent pour discuter entre elles de la contraception, accueillir de nouveaux membres, nullifier les mythes, et distribuer des contraceptifs. Pour réussir, ces clubs ont besoin de chefs puissants. Les études démontrent une plus grande connaissance des contraceptifs parmi les membres de ces clubs. Les attitudes et les pratiques ne semblent pas différer chez les membres et les non-membres.

34. Zaltman, G.; Dholakia, R. R.
An Introduction to Marketing Research for Family Planning Administrators.
Paper presented at the IGCC Workshop of experts between family planning administrators and market executives (mimeo).
Penang, Malaysia: September 22-24, 1974.
Les recherches en marketing sont définies, l'usage en est expliqué, et les méthodes de recherche en marketing sont identifiées. La plus grande partie de la dissertation concerne l'emploi de ces recherches dans les programmes de planning familial. Au sujet des méthodes à offrir et à qui les offrir, du fait que les préférences de la population doivent être reconnues, les recherches en marketing peuvent être utiles. Les recherches peuvent êtres dirigées vers: méthodes de contraception, examens médicaux, amélioration des méthodes, emballage, changements de produits, marques des produits, positions de la concurrence, caractéristiques des recherches, etc.... Ces recherches peuvent être organisées par des maisons spécialisées, des agences de publicité, des fabricants, des marchands en détail et des marchands en gros, des associations professionnelles, des agences du gouvernement, des universités et autres institutions d'instruction publique. Il y a aussi une liste de contrôle pour guider le choix d'une organisation de recherches et une discussion des techniques de recherches les plus employées.

35. Population Services International.
The Kinga Contraceptive Marketing Project: Progress Report No. 5 (mimeo).
Nairobi, Kenya: PSI, December, 1973.
Présentation des résultats du projet de mise en vente des contraceptifs Kinga pendant 12 mois de ventes et un sondage après la moité de ce temps dans le département de Meru, Kenya. Après un an, on a vendu 119.000 condoms Kinga, ou 68% de la moitié des ventes de condoms à Meru avant le projet. On s'attend à une vente de 2.888.000 unités par an au Kenya, ce qui évitera 9.600 naissances et épargnera à l'économie la somme de US $1.920.000 (US $200 pour chaque naissance). L'étude conclut que: (1) l'industrie du marketing peut jouer un rôle décisif dans le planning familial; (2) la publicité en est acceptable et efficace; (3) la distribution des contraceptifs dans la communauté est pratique et efficiente; (4) les habitants des villages peuvent jouer un rôle dans le planning familial et ainsi produire un programme peu coûteux; et (5) une campagne bien organisée et animée peut accroître d'une manière significative la connaissance et la vente des contraceptifs. L'article parle aussi du succès des ventes

par la poste, un projet commencé en août en vue de vendre quatre publications produites spécialement. Les objectifs de ce plan étaient de tester: (1) l'acceptation du programme PSI (Population Services International) par courrier dans une nation africaine en voie de développement; (2) se servir des services postaux d'Afrique orientale dans ce but; (3) la réponse du public aux différents messages publicitaires sur le planning familial dans diverses publications imprimées; et (4) l'effet des variations de prix du petit livre sur le nombre de commandes reçues. L'étude rapporta environ 20.000 demandes pour le catalogue et 6.000 commandes pour les petits livres. Ces résultats indiquent que cette méthode pourrait être excellente pour la distribution de contraceptifs.

36. Population Services International.
Contraceptive Social Marketing: A PSI Mid Test Market Survey of Meru Traders (mimeo).
Nairobi, Kenya: PSI, June 1973.
Après six mois de marketing du condom Kinga, une étude, rapportée ici, a été faite sur 60 marchands du district de Meru dont 50 se trouvent à l'extérieur même de la commune. D'après cette étude, la majorité des marchands avaient entendu parler du planning familial qui était à leurs yeux associé à la signification des valeurs sociales et familiales. On a noté une augmentation de la prise de conscience des méthodes contraceptives et plus particulièrement des produits Kinga. Parmi les personnes interviewées, 68% possédaient des produits Kinga en magasin et ceux qui n'en avaient pas seraient intéressés à en stocker si les gens eux-mêmes commençaient à s'y intéresser. L'avis était divisé en ce qui concerne la rapidité ou la lenteur du développement de la vente du produit. Environ 35% des négociants n'avaient qu'un distributeur: il est suggéré qu'un minimum de deux distributeurs donneraient mieux "l'occasion de voir" au client. Environ 25% des négociants ont declaré que leur plus large clientèle était composée d'adolescents alors que pour 40% ce sont les jeunes couples ou les personnes âgées. Les négociants ont enregistré peu de sujets de plaintes venant de leurs clients; la plainte la plus fréquente étant due à "l'éclatement." Il semble que certains négociants devraient être encouragés à considérer le produit Kinga comme un produit plus positif. En ce qui concerne les bénéfices, 18% ne savaient pas quels bénéfices ils faisaient sur Kinga et la marge bénéficiaire le plus souvent mentionnée (36%) était entre 1/05 et 1/50 pour une douzaine de paquets de trois. Presque tous les marchands ont déclaré qu'ils continueraient à stocker le produit Kinga en magasin.

37. Westinghouse Population Center, Health Systems Division.
Distribution of Contraceptives in the Commercial Sector of Venezuela.
Columbia, Maryland: Westinghouse Population Center, Health Systems Division, June 1973.
Le marché actuel de produits contraceptifs, les voies de distribution, et le potentiel d'augmentation de la contribution du secteur privé dans la progression de la disponibilité des contraceptifs et dans leur utilisation sont identifiées ici et analysées. On y trouve également des interviews de fabricants de produits contraceptifs, de distributeurs, de petits commerçants de vente au détail, et de clients actuels et éventuels de contraceptifs. Actuellement, environ la moitié des couples au Vénezuela utilisent des contraceptifs, la pilule, le stérilet, et le condom étant les méthodes les plus utilisées. Le rapport présente une discussion approfondie des problèmes au niveau de l'importation, de la vente au détail, et du consommateur ainsi que les possibilités de mise en application du programme de planning familial par des moyens commerciaux et leurs problèmes.

38. Westinghouse Population Center, Health Systems Division. Distribution of Contraceptives in the Commercial Sector of Iran. Columbia, Maryland: Westinghouse Population Center, Health Systems Division, June 1973.
Des résultats de recherches menées en Iran pour identifier et évaluer les marchés actuels de produits contraceptifs, les voies de distribution, et le potentiel d'augmentation de la contribution du secteur privé dans la progression de la disponibilité des contraceptifs et dans leur utilisation sont rapportés. Le secteur privé fournit actuellement (1972) la moité des couples utilisant des contraceptifs en Iran. Cependant, son potentiel de développement est énorme. En plus, les importateurs, les manufacturiers de produits pharmaceutiques, et les grandes agences de publicité possèdent l'expertise nécessaire pour mettre en place des campagnes promotionnelles. On trouve dans le rapport un résumé des recommandations faites, une discussion sur une étude des fabricants, des importateurs, et des distributeurs, une analyse des détaillants et une étude du marché actuel des produits contraceptifs et de son potentiel. On y trouve également les questionnaires utilisés lors des études. Les actions recommandées au niveau du gouvernement, de l'importateur, et du fabricant suggèrent un abaissement des droits d'entrée et des taxes de douane sur les produits contraceptifs, une extension des ventes légales de la pilule à des magasins non-pharmaceutiques de vent au détail, une légalisation de la publicité jusqu'à présent "morale" des contraceptifs, une diminution des délais administratifs, et une amélioration des rapports entre le gouvernement et l'industrie. Au niveau des détaillants, les recommandations suggèrent qu'ils puissent suivre une instruction, que les fabricants augmentent le soutien promotionnel des détaillants, et qu'il y ait plus de ventes en dehors des pharmacies. Enfin, au niveau du consommateur, on trouve des suggestions pour créer à la fois une prise de conscience plus importante et une attitude favorable de la part du public, et pour fournir une information plus spécifique et plus pertinente en ce qui concerne les contraceptifs.

39. Westinghouse Population Center, Health Systems Division. Distribution of Contraceptives in the Commercial Sector of Korea. Columbia, Maryland: Westinghouse Population Center, Health Systems Division, June 1973.
En Corée, les utilisateurs potentiels de produits contraceptifs ont été identifiés et des recommandations concernant la distribution de contraceptifs ont été rapportées en détail à la suite d'études auprès des fabricants, des importateurs, des distributeurs, des magasins de vente au détail, et des utilisateurs actuels ou potentiels de contraceptifs. Les secteurs qui seraient les plus susceptibles de contribuer à la vente des produits contraceptifs sont évalués. Les problèmes qui ne sont pas traités sont les suivants: (1) la limitation de la distribution due à la restriction des ventes en pharmacie, (2) les prix élevés par suite des taxes de douane et des impôts, (3) l'hésitation des fabricants et des vendeurs à faire de la publicité pour les produits contraceptifs bien qu'une telle publicité soit légale, (4) le développement d'idées fausses sur la pilule et les stérilets par les pharmaciens et les consommateurs, et (5) les taux d'intérêts élevés qui rendent le marketing coûteux et mènent à l'épuisement des stocks. On y présente des recommandations pour pallier à ces problèmes, la promotion, la distribution, l'empaquetage, les prix, le développement des programmes et des considerations visant à traiter de ce problème, et des occasions mentionnées ci-dessus.

40. Black, T. R. L.
The PSI Kenya Program Annual Report: The Kinga Program (mimeo).
Nairobi, Kenya: Population Services International, 1973.
Les progrès du programme pour le condom Kinga y sont examinés, y compris les chiffres de vente des premiers six mois, et la description visuelle des opérations faites sur place. On peut obtenir les résultats de la première étude de recherche sur le marché concernant 20 propriétaires Duka et également sur les études faites sur le marché de Meru et de Kirinyaga. La majorité des ventes ont atteint leur objectif et aucune difficulté n'a été rencontrée. Un seul problème a été noté. Il concerne l'opposition au programme Kinga par des membres locaux de l'association de planning familial car le programme sapait leurs efforts et empiétait sur leur territoire. On conclue que: (1) l'utilisation des recherches de marchés locaux, d'agences de publicité, et de distributeurs est pratique, rationnelle, et économiquement bonne, et offre un service de qualité, (2) l'approche du marketing concernant le produit peut amener à une augmentation du taux de vente pour produits contraceptifs et donc de la limitation des naissances, et (3) la commercialisation sociale est efficace en ce qu'elle pourvoit le planning familial dans de larges populations et peut s'étendre et se multiplier rapidement.

41. Danziger, S.
IE&C Training Needs and Approaches.
In: Johnson, W. B., Wilder, F., and Bofue, D. J., eds.
Information, Education, and Communication in Population and Family Planning: A Guide for National Planning. Chicago: University of Chicago, Community and Family Study Center, 1973.
L'auteur étudié le genre de personne qui peut contribuer aux renseignements, à l'éducation, et à la communication (IE&C) en matière de planning familial et le genre de formation nécessaire. Parmi ces personnes, on trouve des directeurs de programmes de planning familial, des chefs et des spécialistes du programme IE&C, des fonctionnaires régionaux, des travailleurs sociaux, et des enseignants, des formateurs, des membres du personnel médical et para-médical, des spécialistes de publications, des meneurs de groupes n'appartenant pas au domaine du planning familial, des usagers satisfaits, et des sages-femmes indigènes. La formation nécessaire va des connaissances en communication et direction d'entre-prise pour les directeurs de programmes et les spécialistes à un bref stage d'orientation pour les usagers et les sages-femmes sur des sujets tels que: comment aborder le sujet du planning familial, comment renvoyer à des sources de références, comment répondre à des questions communes, et comment distribuer des ouvrages sur ce sujet.

42. Harvey, P. D.
Final Report to The Population Council: Practical Recommendations for Increasing Market Demand for Contraceptives in the Private Sector (mimeo).
Chapel Hill, North Carolina: Population Services International, February 1973.
L'objectif du projet était d'utiliser des techniques telles que les interviews, la correspondance, et les rencontres en groupe avec le personnel commercial afin de déterminer l'interêt que peut avoir le secteur privé dans les programmes coopératifs de contraception avec le secteur public et de mettre au jour des suggestions qui augmenteraient les activités du secteur commercial dans le domaine du marketing des produits contraceptifs. On a trouvé que, bien que l'intérêt de la direction commerciale soit grand, en général, on doutait que les communautés participantes soutiennent financièrement les entreprises privées dans des programmes du planning familial. Certains problèmes des programmes coopératifs ont été isolés par les fabricants, les dist-

ributeurs, les hommes d'affaires, les chercheurs en matière de marché commercial, et les personnes travaillant dans la publicité; ces problèmes sont ici étudiés.

43. Harvey, P. D.
IE&C in the Commercial Marketing of Contraceptives.
In: Johnson, W. B., Wilder, F., and Bogue, D. J., eds.
Information, Education, and Communication in Population and Family Planning: A Guide for National Action. Chicago: University of Chicago, Community and Family Study Center, 1973.
Les avantages des techniques du secteur privé pour favoriser l'utilisation des contraceptifs sont les suivants: (1) le secteur privé est étendu, (2) il utilise les ressources de façon efficace et expérimentée, (3) il est orienté vers le consommateur. Il y a diverses façons d'accroître la participation du secteur privé au planning familial telles que l'élimination des obstacles légaux à l'importation des marchandises et aux ordonnances exigées. Un modèle de programme pour le marketing de produits contraceptifs est décrit avec la liste de ses objectifs, des conditions de base requises, de sa constitution, de son fonctionnement, et des considérations concernant le parrainage, la publicité, et la promotion. Les avantages d'un tel programme comprennent son efficacité, ses besoins financiers limités, son orientation vers les hommes, sa mise en place rapide, ses besoins limités à une petite équipe de direction, et ses nombreux avantages économiques.

44. Kumar, S.
A Survey of Users and Nonusers of Contraceptives in Antigua.
Columbia, Maryland: Westinghouse Population Center, May 1973.
Une étude sur 510 Antigués (258 hommes et 252 femmes) mariés ou unis sous une form quelconque a été effectuée en mai 1973. Des questionnaires différents pour les hommes et pour les femmes ont été établis avec deux objectifs en vue: (1) obtenir des renseignements sur les facteurs de marketing tels que l'influence des publications, la conception du coût, les obstacles perçus à l'utilisation des contraceptifs, et (2) recueillir des données de base sur la connaissance des contraceptifs, les attitudes, et les pratiques. L'étude a été faite sur trois groupes principaux--échantillonnage complet, hommes et femmes--et sur quatre sous-groupes basés sur les données suivantes: âge de la femme, attitude envers le planning familial, méthodes actuelles de contraception utilisées, intention d'avoir des enfants (ou d'en avoir plus), intentions d'utilisation des contraceptifs dans l'avenir. Les résultats sont présentés dans 224 tables dans les appendices. Les différences entre ceux qui utilisent les produits contraceptifs et ceux qui ne les utilisent pas sont décrites sous les titres suivants: caractéristiques sociales et démographiques, connaissance des contraceptifs et de planning familial, attitude envers les contraceptifs et le planning familial, comportement envers les contraceptifs et le planning familial, sources d'approvisionnement. Plusieurs recommandations ont été faites pour contribuer à étendre le système de distribution: (1) des renseignements spécifiques sur l'utilisation des méthodes plus particulièrement du condom, devraient être donnés, (2) les contraceptifs devraient pouvoir être obtenus dans des points de vente autre que les pharmacies, et (3) le prix de vente des produits contraceptifs tels que la pilule et les condoms devraient être subventionnés. Les conséquences des campagnes promotionelles peut être difficiles à mésurer. Tout changement dans les proportions des participants qui tombent enceintes pourrait en être un indicateur possible. D'autres indices pourraient être trouvés dans la proportion de ceux qui se souviendraient de la marque d'un produit contraceptif ou du prix courant.

45. Porapkkham, Y., Donaldson, P. J., Svetsreni, T.
Family Planning Field Worker Performance in Thailand, Working Paper No. 3, Bangkok (mimeo).
Thailand: Mahidol University, Institute for Population and Social Research, May 1973.
Une étude est présentée sur 39 assistants sociaux en matiére de planning familial employés pour recruter des personnes à utiliser des produits contraceptifs dans les régions rurales de Thaïlande. Le personnel créa trois groupes: le group A composé du personnel salarié travaillant à plein temps, le group B composé de travailleurs à plein temps selon un système de commission, et le group C composé de travailleurs volontaires travaillant à mi-temps à qui l'on donnait des appointements fixes pour leurs dépenses. Deux milles trois cent quatre femmes qui ne se suivaient aucune forme de contraception ont été convaincues à utiliser des contraceptifs pendant un an: 62.7% de ces femmes ont accepté la pilule, presque 20% ont accepté des stérilets, et 5% ont été stérilisées. Sur 1.000 femmes eligibles le nombre de femmes recrutées par mois était de 1,52 pour le groupe A; 1,46 pour le groupe B, et 2,13 pour le groupe C. La façon de calculer le salaire le plus encourageant pour les travailleurs du groupe B basée en rapport avec les résultats des autres travailleurs du groupe s'est avérée avoir contribué à l'inferiorité des résultats auxquels on s'attendait. Il semble que généralement, les travailleurs plus âgés, mieux instruits, et mariés ont eu de meilleurs résultats.

46. Stoeckel, J.; Choudhury, M. A.
Fertility, Infant Mortality and Family Planning in Rural Bangladesh.
Dacca, Bangladesh: Oxford University Press, 1973.
En 1960, le gouvernement pakistanais a institué un programme de planning familial et l'Académie du Département Rural, Comilla, Pakistan de l'ést (maintenant Bangladesh) a entrepris un projet de recherche pilote visant à établir un programme qui pourrait ensuite être copié à l'échelle nationale. Une première étude a montré que la plupart des couples désiraient limiter leur nombre d'enfants, mais n'étaient pas au courant des méthodes contraceptives et pensaient que la contraception était condamnée par leurs doctrines religieuses. Une brochure qui assurait aux gens que la religion musulmane n'interdisait pas les contraceptifs a été publiée. L'approche "organisatrice" a tout d'abord été utilisée pour le planning familial. Ceci impliquait l'utilisation de femmes locales qui, après un apprentissage, allaient instruire les villageois sur la contraception et distribuaient les approvisionnements. Ce n'est pas que plus tard qu'on a tenté la distribution commerciale. Ce plan, visant les hommes, a utilisé des agents et a distribué des contraceptifs pour les hommes dans les débouchés commerciaux. Des méthodes de publicité indigènes ont été utilisées. On a tenté d'évaluer les effets du programme sur le taux de fertilité.

47. Stone, R. A.; Graham, S.
Commercial Distribution of Contraceptives in Afghanistan: Actual and Potential Use of a Marketing System for Diffusion of Innovation (mimeo).
January 1973.
Le système de distribution commerciale des produits pharmaceutiques en Afghanistan est eclairci et lié au marché actuel des contraceptifs. Un troisième but essentiel est d'analyser comment le système de distribution commerciale des médicaments peut être exploité pour développer les programmes de planning familial dans le pays. Le système de distribution est généralement défini d'après l'importation des médicaments, les systèmes de vente en gros et au détail, l'indice des prix et des profits, les arrangements de paiements, et de vente à crédit et les activités de ventes commerciales. L'explication du marché spécifique des

contraceptifs inclut les condoms, les contraceptifs oraux, la proportion de produits distribués hors du marché commercial, et le nombre total d'accepteurs. Les caractéristiques de ces personnes-là ainsi que, les facteurs affectant l'usage de contraceptifs sont aussi abordés. Les attitudes des pharmaciens envers la contraception sont discutées en détail sur la base d'une petite partie d'une étude. Bien qu'on conclut que le système de vente de produits pharmaceutiques peut être utilisé avec efficacité pour la distribution commerciale des contraceptifs, à plus grande échelle, il faudrait résoudre les problèmes de coût, d'opposition religieuse, et de développement d'acceptation. Des recommendations spécifiques sur les programmes y sont aussi comprises.

48. Belsky, R. L.
Commercial Distribution of Contraceptives.
Paper presented at the first IPPF Southeast Asia and Oceania Regional Medical and Scientific Congress, Sydney, Australia, August 14-18, 1972.
Les problèmes reliés à l'utilisation étendue du secteur commercial dans les pays en voie de développement pour la distribution de contraceptifs y sont discutés avec les tentatives actuelles entreprises pour évaluer les possibilités d'augmentation de la mise à disposition des produits contraceptifs dans le secteur privé afin d'atteindre un plus grand nombre de gens. A l'opposé de la plupart des pays développés où la majeure partie des contraceptifs en vue de distribution publique est achetée directement en vente au détail, de nombreux pays en voie de développement ont mis en valeur dans le passé les programmes de planning familial présentement ou récemment institués, qui sont chargés de la distribution de contraceptifs et qui dépendent du gouvernement ou d'institutions. Les facteurs affectant la promotion et la distribution de condoms et de pilules dans les pays en voie de développement y sont décrits. La pilule suit le système de vente des autres produits pharmaceutiques vendus sans ordonnance en pays développés et sous-développés, c'est-à-dire qu'elle se trouve habituellement en vente libre en pharmacie. La distribution des condoms dans les pays en voie de développement est entravée par leur illégalité dans certains cas et chargée d'association avec l'acte sexuel illicite dans d'autres cas. Quelques programmes nationaux tels que ceux au Pakistan et en Inde (démontrés par le programme de Niroh) ont rendu la distribution du condom légale dans le secteur commercial afin de contrecarrer les ventes sub rosa de condoms par des voies autres que les voies pharmaceutiques. On recommande que la demande de contraceptifs distribués en secteur commercial dans les pays en voie de développement augmente.

49. Binsted, J. H.
A Commercial Approach to Family Planning (mimeo).
June 1972.
Projet complet de vente commerciale des contraceptifs dans un pays où le pouvoir d'achat pour les choses "non-essentielles" est relativement bas. L'accent est mis sur une disponibilité maximum et sur l'utilisation des articles à bon marché. On y trouve une discussion sur la mise en place d'objectifs, la sélection des produits, l'empaquetage, les stratégies des prix, et l'analyse des caractéristiques du marché.

50. Nath, N. M.
Family Planning and Rotary Clubs.
In: Bhatla, P. C., ed. Proceedings of the International Conference on Family Planning, New Delhi, March 12-16, 1972. New Delhi: Indian Medical Association, 1972.
Les connaissances acquises lors de l'expérience du Club Rotary de Delhi qui a établi et fait fonctionner un centre de planning familial est rapporté avec l'espoir que d'autre clubs mettront

aussi en place volontairement des agences qui établissent des programmes de planning familial. Parmi les leçons tirées, on trouve (1) l'homme idéal, le membre du club le plus enthousiaste en ce qui concerne le planning familial devrait devenir directeur du centre; (2) des contacts sociaux et personnels doivent être pris avec des personnalités officielles du gouvernement afin que les choses puissent être menées à bien; (3) des fonds d'amortissement devraient être mis en place pour payer les salaires et les dépenses jusqu'à ce que les fonds gouvernementaux soient distribués; (4) le personnel doit être sélectionné avec prudence, les membres doivent croire au bienfait du planning familial, êtres mariés, et avoir moins de trois enfants, les salaires devraient être proportionnels aux résultats visés; (5) la zone couverte devrait faire l'objet d'une enquête, avec les couples féconds ayant plus de deux enfants placés dans les catégories d'accepteurs "résistants," "indifférents," et "probables"; cet dernière catégorie devrait être approchée en premier lieu; (6) pour encourager la stérilisation dans les camps, les paiements doivent être élevés; (7) les personnes qui savent lire et écrire, les couples âgés, les femmes enceintes, et les couples eligibles constituent quatre catégories qu'il faudra considérer; on doit persuader les couples et les personnes âgées à croire au planning familial car à leur tour ils pourront influencer les autres; les femmes enceintes sont souvent réceptives à la stérilisation et les couples éligibles constituent l'objectif visé.

51. Levin, H.
Commercial Distribution of Contraceptives in Developing Countries: Past, Present, and Future.
Demography 5(2):941-946, 1968.
L'histoire de la vente commerciale des contraceptifs peut être divisée en trois périodes: la période préhistorique (période de la fin de la deuxième guerre mondiale), la période qui précède la periode moderne (1945-1960), et la période moderne (à partir de 1960). La majorité des ventes commerciales des produits contraceptifs a pris place dans un marché réduit à cause des législations restrictives et des attitudes morales. Durant les deux premières périodes, les condoms se sont vendus au même rythme que le total de tous les autres contraceptifs (diaphragme, gelée contraceptive, cachets pour le vagin, et suppositoires). L'accent mis sur le condom était probablement dû aux ventes en lieux non-médicaux (par exemple en magasin ou dans des machines distributrices), à l'appât du gain, et à l'introduction des condoms par les forces armées pour lutter contre les maladies. En 1945, le montant des ventes de produits contraceptifs a été estimé à 20 millions de dollars; les Etats-Unis et la Grande Bretagne étaient les seuls producteurs importants. Le montant des ventes de contraceptifs en 1960 a été estimé à 300 millions de dollars et à 300 millions en plus dans le reste du monde; durant cette période, de nombreux autres pays se sont mis à produire des contraceptifs. Durant la période moderne (janvier 1968) on a compté six millions de personnes utilisant les contraceptifs aux Etats-Unis et sept millions dans le reste du monde. La majorité des femmes utilisant la pilule vivent dans les pays développés, mais les pays en voie de développement devraient prendre les mesures suivantes: (1) encourager la vente commerciale et la publicité des contraceptifs; (2) supprimer ou abaisser les droits de douane et les législations restrictives sur les contraceptifs; (3) encourager le secteur privé à mener des campagnes de vente comme complément aux programmes de planning familial, et (4) avancer l'usage des encouragements pour les usagers satisfaits qui pourront attirer des autres. Les producteurs et les fabricants doivent être plus actifs et plus persuasifs en rendant leurs produits visibles, en appuyant les présentations d'organes de masses publiques.

52. Farley, J. U.; Leavitt, H. J.
Population Control and the Private Sector.
Journal of Social Issues 23(4):135-143.
Bien que la plupart des produits contraceptifs au monde soit fabriquée, distribuée, et vendue par les institutions du secteur privé, il y a peu de documents sur la distribution privée. Des programmes serieux de contrôle de la population devraient entraîner non seulement l'étude des attitudes, des connaissances, et des données de recensement, mais aussi l'étude attentive des structures de la distribution actuelle des contraceptifs et son étendue. Le modèle d'accord proposé ici traite de la diffusion des contraceptifs comme un résultat à la fois des variables de l'acceptation psychologique (connaissance et motivation) et des variables de l'accessibilité aux produits contraceptifs (disponibilité, prix, renseignements, variété). Des études pilotes ont été menées en Jamaïque, à Trinidad, à la Barbade, et au Puerto Rico pour voir s'il serait utile de faire des recherches sur des questions telles que la disponibilité d'un marché de produits contraceptifs, les personnes concernées, et la façon par laquelle la distribution peut être étendue. Les barrières religieuses et les lois restrictives sont mentionnées comme des entraves à une distribution plus étendue. Les auteurs projettent des études ultérieures utilisant les techniques d'analyse de ventes commerciales.

53. Numerous and Novel Population Communication Activities Underway in Thailand.
Information, Education, Communication in Population, No. 23, 1976, pp. 1-7.
Répondant à une déclaration, de 1970, en matière de politique démographique, le programme thaïlandais de planning familial intégrait le planning familial aux services de santé déjà existants du Ministère de la Santé Publique. L'objectif était d'affermir les compétences du personnel de santé existant afin de fournir des services de planning familial en même temps que des agents promoteurs du planning familial. L'objectif du projet dans son ensemble est de résoudre le problème démographique en Thaïlande. Se concentrant sur cet objectif, la "stratégie d'incitation du service intégré" s'est plus particulièrement attachée à lier le programme démographique à l'infrastructure du système de la santé publique afin de s'assurer que les solutions au problème démographique en cours persisteront après que l'aide extérieure ait cessé. Outre les services qu'il dispense, le personnel de santé des secteurs formées peut s'avérer un intermédiaire entre les promoteurs du projet et les communautés rurales. En tant qu'intermédiaires, ces personnels constituent un double courant de communication, des auteurs du plan aux populations rurales et des populations rurales aux auteurs du plan. De plus, des agences privées participent activement au programme de planning familial, et l'Association Thaïlandaise pour la Maternité Planifiée, fondée en 1970, complète et assiste le gouvernement dans ses efforts pour atteindre la communauté en promouvant des campagnes d'information en divers points du pays. Une nouvelle voie de planning familial fut inaugurée récemment dans le secteur privé. Elle est connue sous le nom de "services de planning familial basés sur la communauté," et éprouve ses nouvelles méthodes de facilitation d'accès aux contraceptifs en zones rurales en utilisant les villages locaux comme canaux de communication et de distribution. Le programme concentre ses efforts sur les zones où les centres de santé n'existent pas ou sont difficiles à atteindre. Le projet pilote original inauguré au Bangalamoong s'étend maintenant à 60 districts de Thaïlande et peut très bien un jour recouvrir le pays entier.

54. Bracht de Bucheli, L.
Information, Education, and Communication--Stages of Implementation of a Community Program.
Bogota, Colombia, June 1976, 6 pp., (unpublished).
Voici les grands traits des diverses étapes de mise en oeuvre d'un programme de planning familial basé sur la communauté par des agents Profamilia. Le travail débute par l'examen de la zone considérée, ses caractéristiques, les habitudes de la population, les organisations de la communauté existantes et les réunions publiques. Suivant l'identification des responsables locaux et leur interview de façon à s'assurer leur soutien et celui des organisations dans lesquelles ils ont une influence. Réunions et allocutions pour la promotion du programme de planning familial et l'éducation de la population constituent l'étape suivante. Le programme s'appuie sur les distributeurs volontaires de contraceptifs, dont le recruitement et la formation sont l'oeuvre des agents Profamilia. La formation comprend la description et l'explication de méthodes de planning familial, où l'accent est mis sur les contraceptifs oraux, ainsi que des directives sur la manière de repérer les sujets susceptibles de complications, qui ne devraient pas faire usage de contraceptifs oraux ou devraient êtres dirigés sur des cliniques de planning familial. Après l'établissement du réseau distributeur, les agents Profamilia donnent au besoin, une formation supplémentaire et procèdent à une évaluation de la compétence des distributeurs.

55. Davies, P. J.; Rodrigues, W.
Community-based Distribution of Oral Contraceptives in Rio Grande do Norte, Northeastern Brazil.
Studies in Family Planning, 7(7):202, July 1976.
Voici présentés l'établissement et les résultats d'une distribution de contraceptifs oraux, basée sur la communauté, en Rio Grande do Norte. La Societad Civil De Bem Estar Familialr No Brasil (BEMFAM, Association Brésilienne pour le Bien-Etre Familial) établit, en août 1973, un programme de distribution sans attaches commerciaux ni promesse de gain pour les distributeurs. Le programme utilisa les structures communautaires existantes. Les maires furent invités à donner leur soutien au programme. Le programme fut établi en harmonie avec les coutumes et les traditions des populations locales. Ce fut un programme non-imposé, mis en oeuvre par des volontaires de la communauté, ceux y occupant un poste clef, qui reçurent un cours de formation intensive. La BEMFAM disposa de quatre cliniques pour le traitement des effets secondaires de la thérapie par voie orale. Plusieurs difficultés se présentèrent, la plus notable étant une vive opposition au programme de la part de l'église catholique. D'août à octobre 1973, le programme s'étendit rapidement. De novembre à mai 1974, à la suite des attaques lancées par l'église catholique, cette extension se ralentit. Cependant, de juin à décembre 1974, la plupart des municipios en faisaient partie. D'août 1973 à septembre 1975, 15,5% des 356.000 femmes estimées en âge de concevoir utilisèrent au moins un cycle de contraceptifs oraux. La BEMFAM a étendu sa stratégie de distribution basée sur la communauté aux municipios des états voisins. Le coût du programme reste à évaluer. Ce programme fut bien reçu et ses résultats sont encourageants.

56. Echeverry, G.
Community-based Family Planning.
Bogota, Colombia, June 1976, 9 pp. (unpublished).
En Amérique Latine, la limitation des facilités médicales et du personnel médical disponibles requiert l'organisation de programmes de planning familial et la distribution de contraceptifs en dehors des circuits médicaux afin d'assurer un impact suffisant sur la population. En plus de la distribution purement

commerciale de contraceptifs, des programmes basés sur la communauté sont établis pour pallier aux lacunes et élargir le champ d'action des cliniques de planning familial à orientation médicale. Les principales conditions de succès de ces programmes sont les suivantes: aller au devant des usagers et mettre à leur disposition information et services, au lieu d'attendre que ces usagers se rallient au programme de leur propre iniative; utilisation du personnel local; recours, pour la distribution des contraceptifs, à des volontaires issus de la communauté; usage de contraceptifs qui puissent être utilisés en toute sécurité sans surveillance médicale; méthodes simples d'enregistrement, de contrôle, et d'administration des usagers; distribution des contraceptifs en dehors de toute charge ou à des prix subventionnés; et, dans toute la mesure du possible, recours aux agences et organisations existantes. L'appui du gouvernement est également nécessaire, de même que, dans bien des cas, une modification des lois et réglementations, comme, par exemple, autoriser la distribution des contraceptifs oraux sans ordonnance.

57. Rodrigues, W.; Cser, K. G.
The Brazilian Experience: Training of Volunteers for the Distribution of Contraceptives in the Community.
In: James, R., ed., Programs and Strategies of Family Planning Information and Education in Latin America. Proceedings of the Second Seminar of the Directors of Information and Education, San Jose, Costa Rica, September 15-20, 1975.
New York; IPPF Western Hemisphere Region, 1976, pp. 54-66.
Afin de pallier au manque de personnel et d'équipements médicaux, le gouvernement du Brésil, vu la relative sécurité des contraceptifs oraux même sans surveillance médicale, a lancé un programme qui fait appel à des volontaires para-médicaux pour la distribution de contraceptifs oraux. Les avantages de ce programme sont son coût peu élevé, son large pourvoir de diffusion, et son acceptation au sein de la communauté. Les volontaires sont formés à un cours totalisant 24 heures réparties en trois jours, auquel fait suite un test final. Des cours annuels de remise en train avec évaluation d'aptitude sont recommandés. Le programme s'efforce de s'assurer le soutien des responsables locaux, qui jouent un rôle en tant qu'éducateurs et favorisent son acceptation au sein de la population. Il s'efforce de respecter les coutumes et traditions locales, et de faire usage des ressources locales chaque fois que cela est possible.

58. Rueda de Vollmer, C.
Community Program by Mail.
Bogota, Colombia, 1976, 9 pp. (unpublished).
Voici décrites un certain nombre de mesures adoptées par Profamilia, en Colombie, pour susciter une demande de services de planning familial et établir des réseaux de distribution de contraceptifs au moyen de campagnes de courrier et de publicités dans les journaux. Les résultats sont considérés comme favorables. La réponse du public fut meilleure que dans le cas des campagnes de publicité commerciales. Courrier et journaux s'avérènt des moyens efficaces et de coût peu élevé pour dispenser l'information relative au planning familial, promouvoir l'enrôlement dans les programmes de planning familial, et trouver des volontaires. A titre de projet pilote, 16 réseaux de distribution de contraceptifs furent établis en repérant les volontaires à travers une campagne de courrier.

59. Slobey, L.
The Village Family Planning Post Program (Pos Kb Desa) of West Java Province, Indonesia: A Behavioral Analysis.
July 1976, 60 pp. (unpublished).
On a tenté ici de décrire le programme appliqué à la Ouest Java. Ce programme vise à fournir des services contraceptifs aux femmes

en zones rurales. Il est connu sous le nom de PST KB DESA ou poste de planning familial appliqué aux villages. On a tenté de cerner aussi bien les facteurs favorables que les facteurs défavorables au succès de l'implantation du programme. Les méthodes utilisées pour conduire cet examen s'appuient sur l'observation de participants et de non-participants, des investigations par interview, et l'analyse des données fournies par deux cliniques de planning familial et les centres de distribution des villages. Une première tentative sans grand succès révéla qu'une meilleure compréhension du programme pouvait être obtenue en réduisant la taille de l'échantillon, fixée à 100, et en consacrant davantage de temps à chaque participant. Des interviews de chefs de groupe et de responsables de dépôt furent substituées à celles de quelques sujets sélectionés dans l'échantillon initial. Trois villages dans le district de Buah Dua, Sumedang Regency, et tous les sept villages dans le district de Pasir Jambu, Bandung Regency, furent choisis comme sites d'étude. Aprés une description des conditions locales, les trois principales sections de l'étude ont trait au programme proprement dit, évaluation du programme et analyse du programme. Les hypothèses suivantes sont presentées comme étant associées de façon décisive au succès du programme: (1) isolement du village, (2) durée de la mise en oeuvre du programme, (3) impact des agents du programme et des sages-femmes, (4) bonnes relations entre agent du programme et chef de groupe ou responsable de dépôt, (5) qualités du chef de groupe ou du responsable de dépôt, (6) insération du planning familial et du programme "poste de planning familial appliqué aux villages" dans le plan de développement de la communauté après la cessation du programme, (7) fréquence des réunions et participation aux activités sociales d'accepteurs du planning familial. Une étude plus scientifique s'avère indispensable pour vérifier ces hypothèses et déterminer dans quelle mesure ces facteurs affectent en réalité le succès du programme.

60. Tamayo, F.
Family Planning in China: The Largest Community Program in the World.
Bogota, Colombia, June 1976, 6 pp. (Unpublished).
L'auteur établit son rapport à partir d'un voyage en Chine avec une délégation IPPF. Apparemment le programme chinois connaît un grand succès et le planning familial est considéré comme un devoir politique et social. L'organisation du programme est basée sur des comités de planning familial établis dans chaque usine, brigade de travail, ou quartier. Les comités sont responsables de l'éducation, de la distribution des contraceptifs, et du signalement des cas où se produisent des complications ou des cas requérant la pose de stérilet ou la stérilisation. En ce qui concerne les services médicaux, il est largement fait usage de personnel para-médical, quelquefois même dans les cas de stérilisation chez les femmes, et de vasectomie. Un endoctrinement politique intense s'ést révelé efficace pour élever l'âge moyen de mariage (24 ans) et éliminer pratiquement les relations sexuelles prémaritales. Après le mariage, on compte sur les familles de n'avoir pas plus de deux enfants, espacés de trois à quatre ans. Conformément à la pratique choinoise, le planning familial n'est pas une obligation, mais ne pas se conformer à la politique reconnue amène de sévères critiques de la part du groupe politique auquel chacun est tenu d'appartenir, et cette forme de sanction est généralement suffisante pour assurer l'efficacité du programme.

commerciale de contraceptifs, des programmes basés sur la communauté sont établis pour pallier aux lacunes et élargir le champ d'action des cliniques de planning familial à orientation médicale. Les principales conditions de succès de ces programmes sont les suivantes: aller au devant des usagers et mettre à leur disposition information et services, au lieu d'attendre que ces usagers se rallient au programme de leur propre iniative; utilisation du personnel local; recours, pour la distribution des contraceptifs, à des volontaires issus de la communauté; usage de contraceptifs qui puissent être utilisés en toute sécurité sans surveillance médicale; méthodes simples d'enregistrement, de contrôle, et d'administration des usagers; distribution des contraceptifs en dehors de toute charge ou à des prix subventionnés; et, dans toute la mesure du possible, recours aux agences et organisations existantes. L'appui du gouvernement est également nécessaire, de même que, dans bien des cas, une modification des lois et réglementations, comme, par exemple, autoriser la distribution des contraceptifs oraux sans ordonnance.

57. Rodrigues, W.; Cser, K. G.
The Brazilian Experience: Training of Volunteers for the Distribution of Contraceptives in the Community.
In: James, R., ed., Programs and Strategies of Family Planning Information and Education in Latin America. Proceedings of the Second Seminar of the Directors of Information and Education, San Jose, Costa Rica, September 15-20, 1975.
New York; IPPF Western Hemisphere Region, 1976, pp. 54-66.
Afin de pallier au manque de personnel et d'équipements médicaux, le gouvernement du Brésil, vu la relative sécurité des contraceptifs oraux même sans surveillance médicale, a lancé un programme qui fait appel à des volontaires para-médicaux pour la distribution de contraceptifs oraux. Les avantages de ce programme sont son coût peu élevé, son large pourvoir de diffusion, et son acceptation au sein de la communauté. Les volontaires sont formés à un cours totalisant 24 heures réparties en trois jours, auquel fait suite un test final. Des cours annuels de remise en train avec évaluation d'aptitude sont recommandés. Le programme s'efforce de s'assurer le soutien des responsables locaux, qui jouent un rôle en tant qu'éducateurs et favorisent son acceptation au sein de la population. Il s'efforce de respecter les coutumes et traditions locales, et de faire usage des ressources locales chaque fois que cela est possible.

58. Rueda de Vollmer, C.
Community Program by Mail.
Bogota, Colombia, 1976, 9 pp. (unpublished).
Voici décrites un certain nombre de mesures adoptées par Profamilia, en Colombie, pour susciter une demande de services de planning familial et établir des réseaux de distribution de contraceptifs au moyen de campagnes de courrier et de publicités dans les journaux. Les résultats sont considérés comme favorables. La réponse du public fut meilleure que dans le cas des campagnes de publicité commerciales. Courrier et journaux s'avérènt des moyens efficaces et de coût peu élevé pour dispenser l'information relative au planning familial, promouvoir l'enrôlement dans les programmes de planning familial, et trouver des volontaires. A titre de projet pilote, 16 réseaux de distribution de contraceptifs furent établis en repérant les volontaires à travers une campagne de courrier.

59. Slobey, L.
The Village Family Planning Post Program (Pos Kb Desa) of West Java Province, Indonesia: A Behavioral Analysis.
July 1976, 60 pp. (unpublished).
On a tenté ici de décrire le programme appliqué à la Ouest Java. Ce programme vise à fournir des services contraceptifs aux femmes

en zones rurales. Il est connu sous le nom de PST KB DESA ou poste de planning familial appliqué aux villages. On a tenté de cerner aussi bien les facteurs favorables que les facteurs défavorables au succès de l'implantation du programme. Les méthodes utilisées pour conduire cet examen s'appuient sur l'observation de participants et de non-participants, des investigations par interview, et l'analyse des données fournies par deux cliniques de planning familial et les centres de distribution des villages. Une première tentative sans grand succès révéla qu'une meilleure compréhension du programme pouvait être obtenue en réduisant la taille de l'échantillon, fixée à 100, et en consacrant davantage de temps à chaque participant. Des interviews de chefs de groupe et de responsables de dépôt furent substituées à celles de quelques sujets sélectionés dans l'échantillon initial. Trois villages dans le district de Buah Dua, Sumedang Regency, et tous les sept villages dans le district de Pasir Jambu, Bandung Regency, furent choisis comme sites d'étude. Aprés une description des conditions locales, les trois principales sections de l'étude ont trait au programme proprement dit, évaluation du programme et analyse du programme. Les hypothèses suivantes sont presentées comme étant associées de façon décisive au succès du programme: (1) isolement du village, (2) durée de la mise en oeuvre du programme, (3) impact des agents du programme et des sages-femmes, (4) bonnes relations entre agent du programme et chef de groupe ou responsable de dépôt, (5) qualités du chef de groupe ou du responsable de dépôt, (6) insération du planning familial et du programme "poste de planning familial appliqué aux villages" dans le plan de développement de la communauté après la cessation du programme, (7) fréquence des réunions et participation aux activités sociales d'accepteurs du planning familial. Une étude plus scientifique s'avère indispensable pour vérifier ces hypothèses et déterminer dans quelle mesure ces facteurs affectent en réalité le succès du programme.

60. Tamayo, F.
Family Planning in China: The Largest Community Program in the World.
Bogota, Colombia, June 1976, 6 pp. (Unpublished).
L'auteur établit son rapport à partir d'un voyage en Chine avec une délégation IPPF. Apparemment le programme chinois connaît un grand succès et le planning familial est considéré comme un devoir politique et social. L'organisation du programme est basée sur des comités de planning familial établis dans chaque usine, brigade de travail, ou quartier. Les comités sont responsables de l'éducation, de la distribution des contraceptifs, et du signalement des cas où se produisent des complications ou des cas requérant la pose de stérilet ou la stérilisation. En ce qui concerne les services médicaux, il est largement fait usage de personnel para-médical, quelquefois même dans les cas de stérilisation chez les femmes, et de vasectomie. Un endoctrinement politique intense s'ést révelé efficace pour élever l'âge moyen de mariage (24 ans) et éliminer pratiquement les relations sexuelles prémaritales. Après le mariage, on compte sur les familles de n'avoir pas plus de deux enfants, espacés de trois à quatre ans. Conformément à la pratique choinoise, le planning familial n'est pas une obligation, mais ne pas se conformer à la politique reconnue amène de sévères critiques de la part du groupe politique auquel chacun est tenu d'appartenir, et cette forme de sanction est généralement suffisante pour assurer l'efficacité du programme.

commerciale de contraceptifs, des programmes basés sur la communauté sont établis pour pallier aux lacunes et élargir le champ d'action des cliniques de planning familial à orientation médicale. Les principales conditions de succès de ces programmes sont les suivantes: aller au devant des usagers et mettre à leur disposition information et services, au lieu d'attendre que ces usagers se rallient au programme de leur propre iniative; utilisation du personnel local; recours, pour la distribution des contraceptifs, à des volontaires issus de la communauté; usage de contraceptifs qui puissent être utilisés en toute sécurité sans surveillance médicale; méthodes simples d'enregistrement, de contrôle, et d'administration des usagers; distribution des contraceptifs en dehors de toute charge ou à des prix subventionnés; et, dans toute la mesure du possible, recours aux agences et organisations existantes. L'appui du gouvernement est également nécessaire, de même que, dans bien des cas, une modification des lois et réglementations, comme, par exemple, autoriser la distribution des contraceptifs oraux sans ordonnance.

57. Rodrigues, W.; Cser, K. G.
The Brazilian Experience: Training of Volunteers for the Distribution of Contraceptives in the Community.
In: James, R., ed., Programs and Strategies of Family Planning Information and Education in Latin America. Proceedings of the Second Seminar of the Directors of Information and Education, San Jose, Costa Rica, September 15-20, 1975.
New York; IPPF Western Hemisphere Region, 1976, pp. 54-66.
Afin de pallier au manque de personnel et d'équipements médicaux, le gouvernement du Brésil, vu la relative sécurité des contraceptifs oraux même sans surveillance médicale, a lancé un programme qui fait appel à des volontaires para-médicaux pour la distribution de contraceptifs oraux. Les avantages de ce programme sont son coût peu élevé, son large pourvoir de diffusion, et son acceptation au sein de la communauté. Les volontaires sont formés à un cours totalisant 24 heures réparties en trois jours, auquel fait suite un test final. Des cours annuels de remise en train avec évaluation d'aptitude sont recommandés. Le programme s'efforce de s'assurer le soutien des responsables locaux, qui jouent un rôle en tant qu'éducateurs et favorisent son acceptation au sein de la population. Il s'efforce de respecter les coutumes et traditions locales, et de faire usage des ressources locales chaque fois que cela est possible.

58. Rueda de Vollmer, C.
Community Program by Mail.
Bogota, Colombia, 1976, 9 pp. (unpublished).
Voici décrites un certain nombre de mesures adoptées par Profamilia, en Colombie, pour susciter une demande de services de planning familial et établir des réseaux de distribution de contraceptifs au moyen de campagnes de courrier et de publicités dans les journaux. Les résultats sont considérés comme favorables. La réponse du public fut meilleure que dans le cas des campagnes de publicité commerciales. Courrier et journaux s'avérènt des moyens efficaces et de coût peu élevé pour dispenser l'information relative au planning familial, promouvoir l'enrôlement dans les programmes de planning familial, et trouver des volontaires. A titre de projet pilote, 16 réseaux de distribution de contraceptifs furent établis en repérant les volontaires à travers une campagne de courrier.

59. Slobey, L.
The Village Family Planning Post Program (Pos Kb Desa) of West Java Province, Indonesia: A Behavioral Analysis.
July 1976, 60 pp. (unpublished).
On a tenté ici de décrire le programme appliqué à la Ouest Java. Ce programme vise à fournir des services contraceptifs aux femmes

en zones rurales. Il est connu sous le nom de PST KB DESA ou poste de planning familial appliqué aux villages. On a tenté de cerner aussi bien les facteurs favorables que les facteurs défavorables au succès de l'implantation du programme. Les méthodes utilisées pour conduire cet examen s'appuient sur l'observation de participants et de non-participants, des investigations par interview, et l'analyse des données fournies par deux cliniques de planning familial et les centres de distribution des villages. Une première tentative sans grand succès révéla qu'une meilleure compréhension du programme pouvait être obtenue en réduisant la taille de l'échantillon, fixée à 100, et en consacrant davantage de temps à chaque participant. Des interviews de chefs de groupe et de responsables de dépôt furent substituées à celles de quelques sujets sélectionés dans l'échantillon initial. Trois villages dans le district de Buah Dua, Sumedang Regency, et tous les sept villages dans le district de Pasir Jambu, Bandung Regency, furent choisis comme sites d'étude. Aprés une description des conditions locales, les trois principales sections de l'étude ont trait au programme proprement dit, évaluation du programme et analyse du programme. Les hypothèses suivantes sont presentées comme étant associées de façon décisive au succès du programme: (1) isolement du village, (2) durée de la mise en oeuvre du programme, (3) impact des agents du programme et des sages-femmes, (4) bonnes relations entre agent du programme et chef de groupe ou responsable de dépôt, (5) qualités du chef de groupe ou du responsable de dépôt, (6) insération du planning familial et du programme "poste de planning familial appliqué aux villages" dans le plan de développement de la communauté après la cessation du programme, (7) fréquence des réunions et participation aux activités sociales d'accepteurs du planning familial. Une étude plus scientifique s'avère indispensable pour vérifier ces hypothèses et déterminer dans quelle mesure ces facteurs affectent en réalité le succès du programme.

60. Tamayo, F.
Family Planning in China: The Largest Community Program in the World.
Bogota, Colombia, June 1976, 6 pp. (Unpublished).
L'auteur établit son rapport à partir d'un voyage en Chine avec une délégation IPPF. Apparemment le programme chinois connaît un grand succès et le planning familial est considéré comme un devoir politique et social. L'organisation du programme est basée sur des comités de planning familial établis dans chaque usine, brigade de travail, ou quartier. Les comités sont responsables de l'éducation, de la distribution des contraceptifs, et du signalement des cas où se produisent des complications ou des cas requérant la pose de stérilet ou la stérilisation. En ce qui concerne les services médicaux, il est largement fait usage de personnel para-médical, quelquefois même dans les cas de stérilisation chez les femmes, et de vasectomie. Un endoctrinement politique intense s'ést révelé efficace pour élever l'âge moyen de mariage (24 ans) et éliminer pratiquement les relations sexuelles prémaritales. Après le mariage, on compte sur les familles de n'avoir pas plus de deux enfants, espacés de trois à quatre ans. Conformément à la pratique choinoise, le planning familial n'est pas une obligation, mais ne pas se conformer à la politique reconnue amène de sévères critiques de la part du groupe politique auquel chacun est tenu d'appartenir, et cette forme de sanction est généralement suffisante pour assurer l'efficacité du programme.

61. Trias, M.
Community Family Planning Program, An Urban Focus.
Bogota, Colombia, 1976, 22 pp. (Unpublished).
Le programme de planning familial de communauté urbaine, établi par Profamilia en Colombie, est ici décrit et analysé. Il fit suite au programme rural et se caractérisa par son extrême simplicité, sans système d'enregistrement des usagers, à la fois pour diminuer les coûts et répondre au voeu de nombreux usagers soucieux de garder l'anonymat. Le but du programme est d'atteindre les usagers potentiels qui n'ont pas accès ou préfèrent ne pas avoir recours aux cliniques de planning familial et aux services médicaux reguliers, et ne peuvent payer le prix élevé de contraceptifs vendus en pharmacies privées. En fait, il est apparu que 35% seulement des usagers commencèrent leur planning familial avec le programme de communauté, tandis que presque les deux tiers restants avaient participé auparavant à d'autres programmes publics ou privés. Le programme de communauté est basé sur la distribution de contraceptifs à des prix subventionnés, par des volontaires de la communauté formés et supervisés par le personnel Profamilia. Ce programme s'avère être le plus rentable de tous ceux qui avaient été entrepris, quoiqu'il ne soit pas destiné à remplacer les autres et ne soit, en fait, considéré que comme temporarie. (La distribution de contraceptifs à des prix peu élevés ou subventionnés, en pharmacies ordinaires, pourrait très bien le remplacer). En ce qui concerne les risques dans l'utilisation de contraceptifs oraux sans examen médical préalable, il est apparu que la plupart des contre-indications pouvaient être détectées sur simple examen du passé médical ou au vu d'un état pathologique manifeste que peut fort bien déceler un distributeur volontaire formé. Les distributeurs ont aussi comme consigne de signaler toute complications aux services médicaux appropriés.

## AVIS JURIDIQUE

Battelle a préparé le présent rapport dans le but de relater des activités de recherche subventionnées. Ni le Répondant, ni Battelle, ni aucun de leurs représentants (a) n'offre aucune garantie ni protestation, expresse ou implicite, concernant l'exactitude, l'état complet, ou l'utilité des informations contenues dans le présent rapport, ou le fait que l'usage d'informations, appareils, procédés, ou composés décrits dans le dit rapport pourrait empiéter sur certains droits privés; ou (b) n'accepte aucune responsabilité résultant de l'usage d'informations, appareils, procédés, ou composés décrits dans le présent rapport.

## MARQUE SOCIALE

La marque sociale et le nom tels qu'ils apparaissent sur le présent document constituent l'estampille ou marque déposée de l'Institut Commémoratif Battelle.