REPUBLIQUE TUNISIENNE
OFFICE NATIONAL
DU PLANNING FAMILIAL
ET DE LA POPULATION
Direction de la Population

PN-AAR-367
ISN: 36982

Le Planning Familial dans Le Gouvernorat de Jendouba

ETUDE DE CAS

Résultats
du Projet du Planning Familial
par le Couple en milieu Rural

et

de l'Enquête sur la Prédominance
des Méthodes Contraceptives
à Jendouba

WESTING HOUSE - HEALTH SYSTEMS
Office Of Population AID Washington

Juin 1981

Ont participé
à la rédaction de ce rapport

Mohamed AYAD
Fethi B. MESSAOUD
Elizabeth MAGUIRE
Abdellatif SELLAMI
Ann A. WAY

Juin 1981

REMERCIEMENTS

Il convient d'attribuer le succès du projet PFPC et sa signification pour le Programme National Tunisien de Planning Familial à l'engagement particulier, aux contributions et à la collaboration d'un grand nombre de personnes. Certaines, notamment, méritent tout spécialement d'être mentionnées en raison du rôle primordial qu'elles ont joué dans l'élaboration et l'exécution du projet PFPC.

L'idée d'un projet élargi de distribution à domicile en Tunisie du Nord-Ouest qui aurait pour fondement les leçons tirées du PFAD mais conçu pour être un modèle plus efficace à un coût peu élevé est venue de Mongi Bchir, ancien responsable de la direction de la population de l'ONPFP. De concert avec les fonctionnaires de l'AID/W, il a élaboré l'étude préliminaire du projet et a fourni les directives générales des activités du PFPC pour presque toute la mise en oeuvre du projet. Fethi Ben Messaoud et Mahmoud Chelbi lui ont apporté une aide efficace à titre de coordonnateurs de projet à l'ONPFP, assurant la responsabilité générale de superviser les activités sur le terrain et d'évaluer l'avancement du projet. Fethi Ben Messaoud a en outre fourni une aide précieuse et a rédigé la description du projet PFPC pour le rapport final.

Cependant, le personnel du PFPC sur le terrain mérite qu'on lui rende tout spécialement hommage pour les efforts considérables déployés durant le déroulement du projet:

- Le Dr Mustapha Khalifa, Directeur médical, qui a joué un rôle important lors de la formation et de la supervision des prospecteurs du PFPC et qui a consacré beaucoup de temps aux ligatures de trompes et d'insertions de DIU au profit de la population visée. Il a également fait preuve d'un dévouement exceptionnel en se rendant chaque semaine à des réunions dans des lieux isolés dans la région couverte par le projet afin de donner des consultations médicales et des

contraceptifs aux femmes qui ont rarement l'occasion de voir un gynécologue. La sage-femme de supervision, Najiba Ghaouche, a contribué à bon nombre de ces tâches et a travaillé en relation étroite avec les animatrices.

- M. Ahmed Mejri, Délégué régional du Planning Familial, qui, outre son travail habituel, a rempli les fonctions de superviseur du projet PFPC. Il a collaboré à chaque étape du projet, et a fait constamment preuve de patience, de compétence et de dévouement -- lors du recrutement du personnel du projet, lors de réunions régulières avec les responsables locaux sanitaires et officiels, il a prodigué des conseils et des encouragements quotidiens aux animatrices du PFPC et s'est occupé de tous les aspects administratifs du projet.

- Le Secrétaire du projet, qui a aidé le Délégué à superviser les animatrices, a tenu un registre quotien de leurs activités et a tabulé les résultats obtenus sur une base périodique.

- Les animatrices--toutes des jeunes femmes qui ont accompli leur travail avec une grande conscience professionnelle. Elle sont restées hautement motivées durant la prospection qui a duré deux ans et demi dans des conditions très difficiles. Chaque jour elles ont passé de longues heures dans la landrover, marché maints kilomètres sur un terrain accidenté et fait face à des températures extrêmes. Dans l'ensemble, elles ont très bien réussi à recruter de nouvelles acceptantes du planning familial.

- Il y a lieu de faire l'éloge du chauffeur pour ses efforts considérables lors de la traversée des pistes impraticables dans la presque totalité de la région cible; il a travaillé de longues heures non seulement pour véhiculer les animatrices mais souvent aussi pour revenir prendre des candidates à la ligature des trompes.

Parmi les autres personnes qui ont contribué dans une grande mesure au projet se trouvaient les membres du Service d'Hygiène et les nombreuses assistantes sociales de Jendouba et les omdas d'Ain Draham qui ont fort bien rempli leur tâche d'agents du PFPC de réapprovisionnement en contraceptifs.

L'Enquête de prédominance des méthodes contraceptives de Jendouba a constitué un élément saillant de l'évaluation générale du projet PFPC. Abdellatif Sellami s'est particulièrement efforcé d'assurer que toutes les phases du travail sur le terrain, ainsi que le codage le redressement et le traitement des données soient effectués dans de bonnes conditions. Il a été

aidé de manière très efficace dans le travail sur le terrain par A. Ksibi, Directeur adjoint de l'enquête, à qui incombait la responsabilité quotidienne de la supervision sur le terrain. En dernier lieu, nous tenous à exprimer notre reconnaissance aux efforts des enquêteurs, des chauffeurs et de la secrétaire du projet sans qui l'enquête n'aurait pu être menée à bien sur le terrain.

TABLES DES MATIERES

Remerciements i

Partie I. PRESENTATION DE L'ETUDE DE CAS

I. Introduction 3

A. Evolution du programme national de planning familial
B. Réalisation du programme de planning familial
C. Défis et priorités du noveau programme
D. Le planning familial dans le gouvernorat de Jendouba: une étude de cas

II. Caractéristiques socio-économiques, démographiques et sanitaires du gouvernorat de Jendouba 11

A. Géographie
B. Administration
C. Caractéristiques démographiques
D. Caractéristiques socio-économiques
E. Santé et planning familial

Partie II. PLANNING FAMILIAL PAR LE COUPLE (PFPC): EXPERIENCE PILOTE D'INTEGRATION DU PLANNING FAMILIAL A LA SANTE FAMILIALE EN MILIEU RURAL (1977-1979)

I. Description du projet PFPC 33

A. Historique et objectifs du projet
B. Choix du terrain: infrastructure et indicateurs démographiques
C. Phase préparatoire

II. Présentation de l'étude 43

A. Composantes principales du projet
B. Plan d'action
C. Evaluation

III. Résultats 59

A. Délégation de Fernana
B. Délégation de Jendouba
C. Délégation de Ain Draham
D. Conclusions

IV. Evaluation de l'incidence du projet 121

A. Evaluation de la couverture de projet
B. Evaluation de l'impact sur l'acceptation des méthodes contraceptives
C. Evaluation de l'incidence du projet sur l'utilisation des méthodes contraceptives
D. Evaluation de l'incidence des mécanismes de réapprovisionnement

V. Implications pour la programmation 147

A. Acceptabilité du systéme de distribution à domicile des méthodes contraceptives
B. Efficacité des composantes du programme
C. Analyse du coût-efficacité

Partie III. ENQUETE SUR LA PREDOMINANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES A JENDOUBA

I. Organisation, méthodologie et échantillonage 167

A. Organisation et Méthodologie
B. Echantillonage

II. Structures de fécondité dans le gouvernorat de Jendouba .. 179

A. Fecondité cumulative
B. Structures de fécondité actuelle
C. L'allaitement et l'amenorrhée post-partum
D. Le desir d'avoir d'autres enfants
E. Taille desirée de la famille

III. Connaissance et pratique du planning familial à Jendouba . 198

A. Connaissance des méthodes contraceptives
B. Pratique de la contraception
C. Utilisation au moment de l'enquête

IV. Fournisseurs de services parmi les utilisatrices actuelles 231

A. Aperçu sur l'infrastructure des services
B. Aperçu sur les fournisseurs de services utilisées par les contraceptrices actuelles
C. Accès aux fournisseurs de services parmi les utilisatrices des méthodes à approvisionnement
D. Accès aux fournisseurs de services parmi les utilisatrices des méthodes chirurgicales

V. Perception de la disponibilité des services de planning familial par les non-utilisatrices 253

A. Connaissance des fournisseurs de services par les non-utilisatrices
B. Perception de la disponibilité en général des fournisseurs de services par les non-utilisatrices
C. Evaluation de l'incidence de l'accessibilité des fournisseurs de services sur l'utilisation
D. Conclusions

VI. Le planning familial des années quatre-vingt dans le gouvernorat de Jendouba 275

A. La demande des services de planning familial
B. Estimer le nombre ayant besoin de services de planning familial
C. Niveau de prédominance à l'horizon 1985

Partie IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

I. Conclusions principales du projet PFPC et de L'EPC de Jendouba 287

A. Résumé des conclusions
B. Incidence pour le programme national de planning familial

II. Recommandations pour l'action 301

A. Sélection des activités
B. Améliorer les activités d'éducation et de promotion
C. Augmentation de la disponibilité des points de prestation des services
D. Le défi des années quatre-vingt

Annexes

A. Les documents de base
B. Personnel du projet PFPC
C. Projets pilotes de santé de base
D. Réferences

Partie I.

PRESENTATION DE L'ETUDE DE CAS

CHAPITRE I

INTRODUCTION

La Tunisie est le premier pays en Afrique et dans le monde arabe à entreprendre une politique nationale de population. Le Président Bourguiba avait pris position très nette en faveur de la planification familiale depuis le 25 décembre 1962. Il déclarait devant le 3e Congrès de l'Union Nationale des Femmes Tunisiennes: "Nous ne pouvous nous défendre contre un sentiment d'appréhension devant la marée humaine qui monte implacablement à un rythme qui dépasse de loin celui de l'augmentation de subsistances, à quoi servirait l'accroissement de notre production agricole, de nos richesses minières ... si la population doit continuer à s'accroître d'une manière anarchique et démentielle." (25) Déjà, lors de la préparation du deuxième Plan national, la Tunisie a opté pour une politique de développement où l'accent est mis sur l'importance de la croissance de la population et les incidences qu'elles impliquent sur le développement économique et social.

Avant d'opter pour un programme national de planning familial, le gouvernement tunisien, au lendemain de l'indépendance, a préparé un "terrain" social favorable à cette action, axé principalement sur l'émancipation de la femme. Ainsi, en 1956, le code du statut personnel a été promulgué (abolition de la polygamie et de la répudiation, scolarisation des filles et mixité dans les écoles...). Puis une oeuvre législative des plus audacieuses, en faveur du contrôle des naissances, a suivi le décret sur le statut personnel:

- la loi de 14 décembre 1960 limite le bénéfice des allocations familiales aux quatre premiers enfants;
- la loi du 9 janvier 1961 autorise l'importation des produits contraceptifs et la propagande anticonceptionnelle;

Previous Page Blank

- le décret-loi du 20 février 1966 limite l'âge au mariage à 17 ans révolus pour la femme et à 20 ans pour l'homme;

- la loi du 1er juillet 1965 légalise l'avortement social dans les trois premiers mois de grossesse à partir du 6e enfant, et le décret-loi de septembre 1973 libéralise totalement l'avortement de la condition sur la parité. (25)

Ce qui constitue une étape réellement remarquable pour un pays en voie de développement et particulièrement pour un pays musulman.

A. EVOLUTION DU PROGRAMME NATIONAL DE PLANNING FAMILIAL

C'est en 1962, que les discussions sur la planification famiale ont commencé entre le gouvernement tunisien et des organisations internationales; à la suite de quoi, un accord a été signé en 1963, prévoyant la mise en place d'un programme expérimental de deux ans (1964-66). Entretemps, une enquête sur la connaissance, les attitudes et la pratique de la contraception a été menée auprès d'un échantillon national de plus de 2.000 femmes mariées en âge de procréation et a montré la prédisposition de la population féminine interviewée à l'acceptation de la contraception. Par la suite et devant les résultats encourageants enrigistrés, les responsables ont décidé en 1966 de généraliser le programme confié au départ à une direction au sein du Secrétariat d'Etat à la Santé Publique, puis plus tard à l'Institut National du Planning Familial et de la Protection Maternelle et Infantile; ce programme est aujourd'hui sous la responsabilité de l'Office National du Planning Familial et de la Population (ONPFP) qui a été créé par la loi du 23 mars 1973.

Cet organisme à caractère commercial, et doté de la personalité civile et de l'autonomie financière, a pour mission dans le cadre de la politique démographique définie par le gouvernement et en conformité avec les objectifs des plans de développement du pays:

- d'entreprendre des études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et technique ayant pour objet l'épanouissement harmonieux de la population et de faire au Gouvernement toutes propositions d'ordre législatif ou réglementaire visant cet objet;

- en collaboration et en liaison avec les organisations publiques et privées intéressées, d'établir et d'exécuter tous programmes et plans d'action tendant à susciter et à soutenir l'équilibre des familles et à protéger la santé de ses membres;

- de mettre à la disposition des personnes dans les formations hospitalières et sanitaires, les cabinets médicaux, les officines pharmaceutiques, les cliniques, les infirmeries et tous les autres lieux jugés utiles, les moyens d'information et d'intervention de tous ordres qui leur permettent d'atteindre les objectifs d'équilibre et de santé des familles;

- d'entreprendre les actions de formation nécessaire au niveau de la Faculté de médecine, des Ecoles professionnelles et des Ecoles du service social ou dans le cadre d'études et de stages à l'étranger;

- d'entreprendre une action permanente d'information et d'éducation de la population au niveau familial, scolaire et professionnel.

Ainsi, le programme tunisien de planification familiale a toujours bénéficié du soutien politique et législatif; ce qui a permis à l'ONPFP de mettre en place une structure administrative efficace au niveau national et régional et de mener une action variée, intensifiée et en profendeur. Certains éléments, cependant, ont été toujours présents:

- éducation et information en matière de contraception et de population par le biais des médias de masse, des éducateurs et du personnel social et para-médical;

- existence des centres où le service de planning familial est offert gratuitement. En 1973, le nombre de centres au niveau national ne dépassait guère 310. Actuellement, plus de 770 sont en fonction, dont 50 équipes mobiles desservant les zones rurales dispersées;

- travail de programmation, de recherche et d'évaluation continu, ce qui permet d'une part de suivre régulièrement l'évolution du programme dans toutes ses dimensions et d'autre part de mieux définir les objectifs et d'entreprendre des perspectives à partir de données plus sûres. (25)

Plusieurs organisations internationales, et particulièrement le FNUAP et l'USAID, ont joué un rôle clé donc le développement et l'expansion du programme de planification familiale en Tunisie. Leur assistance financière, surtout, a permis:

- l'amélioration de l'infrastructure et de la qualité des services dans les cliniques et les centres de PMI;

- la création d'une clinique modèle (Ariana-Tunis) avec un programme national et international de formation en coelioscopie;

- la création des cliniques régionales assurant des services de stérilisation féminine par coelioscopie;
- la création d'un centre national de formation desservant les pays de l'Afrique francophone au-dessous du Sahara et du Proche-Orient, en plus de la Tunisie;
- l'approvisionnement en contraceptifs et l'achat du matériel médical et para-médical;
- la formation du personnel technique: médical, para-médical et éducatif;
- le renforcement du système de collecte de données et du programme de recherche et d'évaluation.
- l'expérimentation et l'évaluation des systèmes de distribution de contraceptifs dans le milieu rural dispersé.

B. REALISATIONS DU PROGRAMME DE PLANNING FAMILIAL

La planification familiale en Tunisie ne rencontre pratiquement aucune opposition dans le pays, cas le but du programme tunisien n'est pas seulement la prévention des naissances, mais aussi la libéralisation de la femme, la protection de la santé de la mère et de l'enfant et la lutte contre la malnutrition et le sous-emploi. D'ailleurs, le rôle important que le planning familial joue en Tunisie aussi bien au niveau national qu'international a été reconnu officiellement en 1978, lorsque l'ONPFP s'est vu décerner la médaille humanitaire par l'UNESCO.

Grâce à l'action du programme de planning familial, le nombre annuel des consultations en matière de planification familiale dans le secteur public est passé de 273.000 à 556.000 entre 1973 et 1980.

Pour ce qui est du taux de protection, il a triplé depuis la création de l'ONPFP, passant ainsi de 8% à 24% entre 1973 et 1979, parmi les femmes mariées en âge de reproduction (FMAR). (1,62)

Par ailleurs, le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans la prestation des services de planning familiale. Ainsi, en 1978, selon l'enquête nationale sur la fécondité, 10% de l'activité en matière de planification familiale sont dûs au secteur privé. Au cours des cinq dernières années, les contraceptifs oraux et les condoms fournis par l'ONPFP aux pharmacies et vendus à des prix réduits ont accusé une augmentation importante. En 1979, l'ONPFP a distribué 477.000 cycles de pilules au secteur privé.

D'autre part, selon l'enquête nationale sur la fécondité de 9 femmes non célibataires en âge de procréer sur 10 ont connu au moins une méthode anti-natale (exception faite de l'avortement); quant à la pratique de la contraception au moment de l'enquête, elle s'élevait à 30% (DIU, ligature des trompes, pilule et méthodes secondaires 22%; méthodes traditionnelles, 7%; et méthodes populaires 1%).

Quant à la natalité, elle a connu une baisse importante pour être passée de 44 pour mille en 1965 à 33,5 pour mille en 1979, soit une réduction de 1 pour mille presque chaque année. Enfin, entre 1966 et 1976, le nombre idéal d'enfants est passé de 4,8 à 3,9.

Bref, les quelques informations que nous venons de présenter sont des indicateurs très révélateurs de la réussite du programme tunisien.

C. DEFIS ET PRIORITES DU NOUVEAU PROGRAMME

La dernière évaluation de l'action de l'ONPFP pour une équipe d'experts nationaux et internationaux en mars 80 a permis d'identifier d'une part les points forts ainsi que les faiblesses du programme de planning familial et d'autre part les priorité futures et la stratégie pour le 6ème Plan de développement de 1982-86. (1)

Ainsi, après avoir mis en relief les performances du programme, il est important de présenter les faiblesses du planning familial en Tunisie, lesquelles peuvent être résumées comme suit:

- le programme tunisien est arrivé à un niveau de stagnation avec même une réduction du taux d'acceptation pour certaines méthodes telles que la pilule et la ligature des trompes;

- les performances dans les gouvernorats de la Tunisie centrale et du sud restent de loin inférieures en comparaison à celles du nord et de l'est. Par ailleurs, l'accès aux services de la planification familiale est encore très insuffisant et précaire dans le milieu rural qui représente 50% de la population totale. Cette situation est observée même au niveau d'un seul gouvernorat où les performances sont dans l'ensemble bonnes dans les agglomérations urbaines, alors que dans les secteurs ruraux, elles sont loin d'être satisfaisantes.

---

[1] Certaines des conclusions de compte rendu de la mission d'évaluation du 14 au 29 mars 1980 ont été reprises dans cette introduction.

- Les femmes âgées de plus de 30 ans constituent encore un important "réservoir" et ne bénéficient pas à l'heure actuelle des services de planning familial.

Qu'est ce qui explique ces quelques défaillances du programme? Plusieurs facteurs sont en cause:

- La difficulté et le coût élevé pour que les services de planning familial soient disponibles dans le milieu rural et surtout les zones à population dispersée.

- Le manque, parfois sérieux, de services médicaux et paramédicaux.

- L'élimination à partir du mois de janvier 1979 des primes à l'acte pour les prestations des services de planning familial.

- Les événements politiques de 1978 et 1979 qui ont fait que la participation des responsables au niveau national et régional a été réduite pour promouvoir l'action du planning familial dans le pays.

- Enfin la supervision des activités sur le terrain par le siège central de l'ONPFP reste encore très insuffisante.

Il est donc clair qu'à l'heure actuelle, le programme tunisien se trouve affronté à plusieurs défis dont les plus importants sont: de redresser le déséquilibre régional en ce qui concerne la disponibilité et l'utilisation des moyens contraceptifs, surtout dans le centre et le sud du pays, de relancer l'activité pour les méthodes qui sont en régression depuis trois ans et particulièrement la ligature des trompes et la pilule, et enfin d'associer les différents agents sociaux et économiques du pays, et principalement le Ministère de la Santé Publique, pour que la "médecine intégrée" devienne une réalité à l'échelle nationale, et de ce fait, les services de planning familial pourraient être plus faciles à obtenir par les populations des régions encore déshéritées du pays.

Il est certain que l'ONPFP est appelé à accroître son action et son rayonnement au cours du sixième Plan quinquennal 1982-86 pour que la fécondité qui est en transition continue à baisser en Tunisie au niveau que les planificateurs se sont fixés. Ce qui n'est pas difficile à atteindre, surtout si les différentes institutions du pays y contribuent, et conjuquent leurs efforts à ceux de l'Office national du planning familial et de la population.

D. LE PLANNING FAMILIAL DANS LE GOUVERNORAT DE JENDOUBA: UNE ETUDE DE CAS

Afin d'identifier et d'examiner de très près les différentes options possibles pour augmenter la prédominance de la contraption au niveau national d'une part et pour renforcer et développer l'action du programme de l'ONPFP ainsi que l'efficacité de cette action d'autre part, il est important de mettre en relief les performances du planning familial aussi bien que les problèmes et les besoins, et ce au niveau du gouvernorat. Ce document présente, donc, une étude de cas détaillée de la planification familiale dans un des 20 gouvernorats de la Tunisie.

1. Présentation de l'étude

Une des activités principales de l'ONPFP en 1981, dans le cadre de la préparation du sixième Plan national de développement, a été l'achèvement des rapports diagnostiques pour chaque gouvernorat. Bien que cette étude particulière couvre certains des mêmes problèmes, elle reste, cependant, de loin plus complète; car elle est unique pour plusieurs raisons: c'est un véritable examen scientifique en profondeur des caractéristiques socio-économiques et démographiques ainsi que des tendances, de l'utilisation et de la disponiblité des services de planning familial au niveau d'un gouvernorat. Les résultats finals de deux projets innovateurs et fort importants--PFPC et EPC--sont présentés pour la première fois dans ce rapport.

L'expérience du Planning familial par le couple (PFPC) est le projet de recherche opérationnelle la plus étendue et la plus complète entreprise jusqu'ici en Tunisie en matière de planification familiale. Le but principal du PFPC qui a été effectué au cours de la période 1977-1979 dans trois délégations du gouvernorat de Jendouba était de développer et de tester le coût-efficacité du système de distribution avec le potentiel d'une réplique au niveau national. Quant à l'Enquête de prédominance de méthodes contraceptives de Jendouba (EPC), elle est la première étude de son genre faite en Tunisie. Par ailleurs, cette enquête de Jendouba de 1979 est la première EPC qui vient d'être terminée dans un pays francophone et dans toute l'Afrique. Les objectifs principaux de cette enquête étaient: de fournir des données sur les tendances de la fécondité, de la connaissance et de la pratique de la contraception et surtout l'accessibilité aux services de planning familial, de servir comme base de données pour planifier les activités futures de planning familial à Jendouba et d'aider à l'évaluation du PFPC en fournissant une estimation de la prédominance de la contraception à la fin des activités du projet.

2. Organisation du rapport

Etant donné qu'il s'agit de la première étude de cas en profondeur en matière de planning familial, ce document est une mine d'information que peut être d'une grande valeur pour le programme national de planification familiale en Tunisie. Le rapport s'articule en trois parties. La première est consacrée à l'introduction et à la description détaillée des caractéristiques socio-éocnomiques, démographiques et sanitaires, de l'infrastructure et des activités de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba. La deuxième partie présente le PFPC avec la description, la présentation et les résultats ainsi que l'évaluation de l'impact du projet et les implications au niveau de la programmation pour l'avenir. La troisième partie est consacrée aux objectifs, à la méthodologie et aux résultats de l'enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives. Une dernière section du rapport met en relief les principaux résultats des deux études et leurs implications pour le programme national de planification familiale. Enfin, le rapport est richement documenté dans les appendices par un matériel varié, dont les fiches de contact, les questionnaires des enquêtes et une description d'autres projets de PF et de PMI dans le milieu rural de la Tunisie.

CHAPITRE II

CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES, DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES DU GOUVERNORAT DE JENDOUBA

Il est important de présenter dans ce chapitre quelques données sur la géographie, l'économie et la démographie du gouvernorat de Jendouba avant de discuter le projet PFPC et les résultats de l'enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives en détail. Les informations sur les caractéristiques économiques, démographiques et sanitaires de la région aideront le lecteur à mieux suivre l'analyse des données concernant aussi bien le projet PFPC que l'enquête et à mieux situer le milieu que l'on étudie car, il s'agit bien, comme il a déjà été annoncé d'une étude de cas.

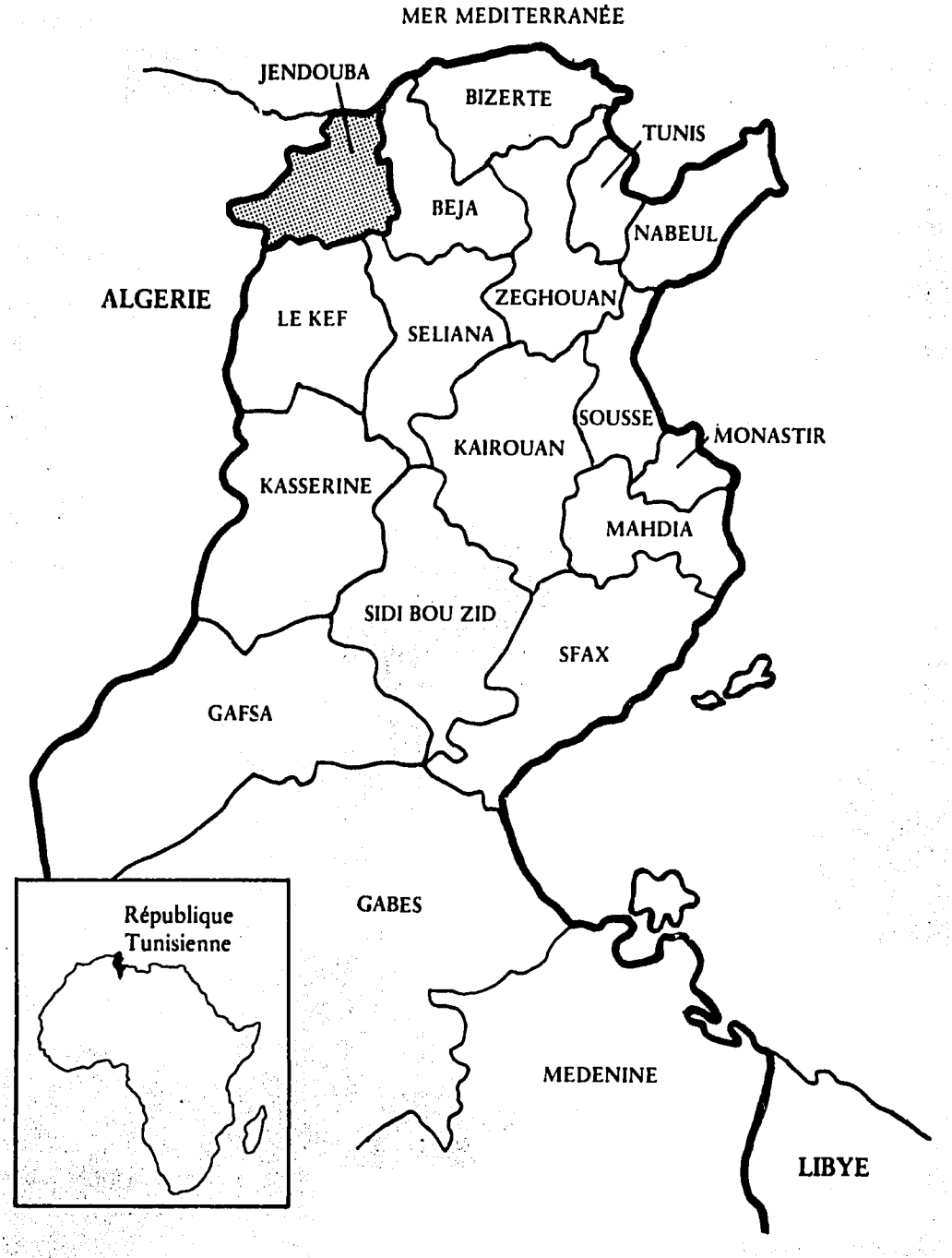
A. GEOGRAPHIE

Jendouba, qui se trouve à l'extrême nord-ouest de la Tunisie, est l'un des 20 gouvernorats de la Tunisie. Il est limité au nord par la Méditerranée, au sud par le gouvernorat du Kef, à l'est par le gouvernorat de Béja et à l'ouest par l'Algérie (Carte I.1).

Le gouvernorat de Jendouba est divisé en 6 délégations, à savoir: Jendouba (chef lieu du gouvernorat), Bou Salem, Tabarka, Ain Draham, Fernana et Ghardimaou (Carte I.2).

La superfice du gouvernorat de Jendouba est 3.100 km^2, soit le 1/40 de la Tunisie. Seuls les gouvernorats de Tunis, Monastir, Sousse, Nabeul et Mahdia ont des superficies plus petites que Jendouba. Par contre, la densité à Jendouba est l'une des plus élevées avec 97 habitants/km^2 selon le recensement de 1975, alors que la densité au niveau national ne dépasse pas 36 h/km^2. A l'échelle régionale, c'est le gouvernorat de Tunis qui est le plus dense avec 708 h/km^2, suivi par Monastir (219 h/km^2) et Nabeul (132 h/km^2).

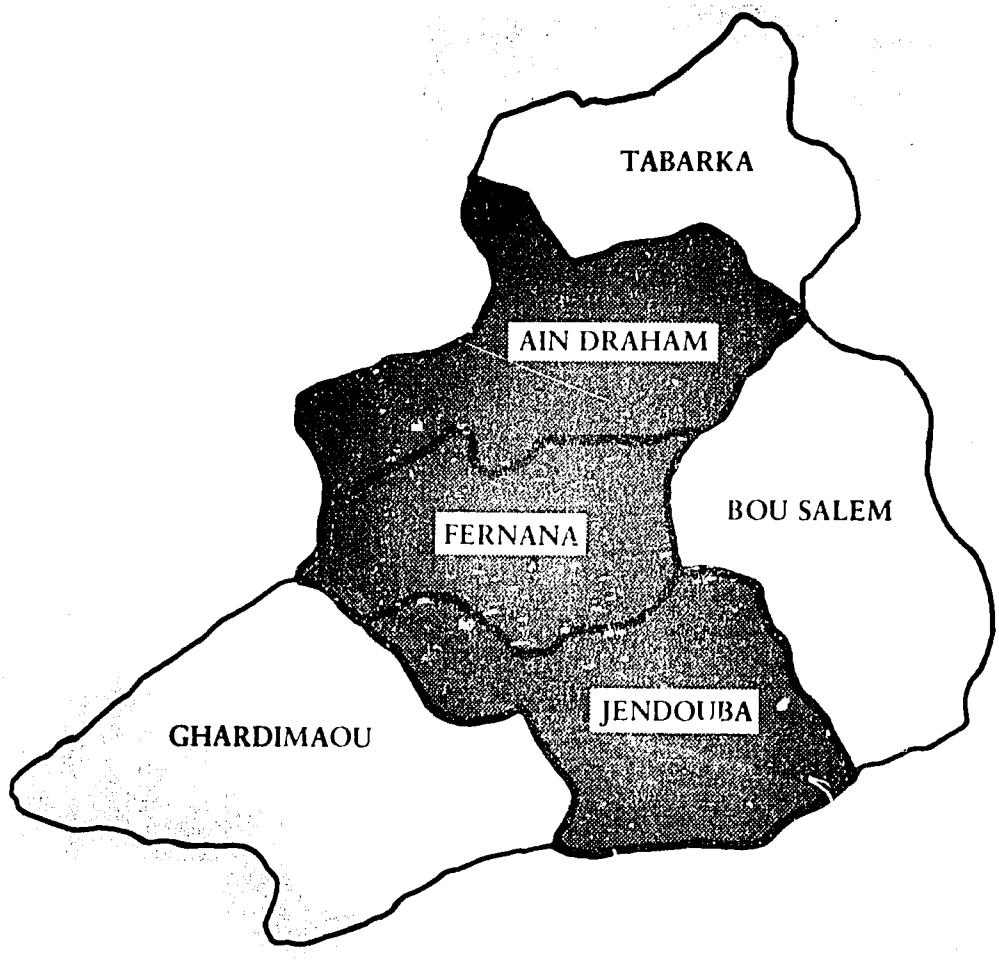
CARTE I.1
Localisation du gouvernorat de Jendouba en Tunisie



NOTE: Les deux gouvernorats de Tozeur et de Tataouine ne sont pas indiqués sur cette carte.

SOURCE: Recensement général de la population de mai 1975, INS, République Tunisienne, Vol. III.

CARTE I.2
Découpage administratif du gouvernorat de Jendouba



■ Délégations du projet PFPC

SOURCE: Population du gouvernorat de Jendouba: caractéristiques socio-démographiques, ONPFP, République Tunisienne, mars, 1979, p. 5.

Jendouba, qui se situe au Nord de la dorsale et est traversée par les monts de Khroumirie, a donc un relief montagneux comportant deux zones: une zone de montagne au nord, couverte de forêts de liège et chêne vert, dans les régions d'Ain Draham, Fernana et Ghardimaou et une zone de plaines et de côteaux arrosés par l'Oued-Medjerda sur une longueur de 32 km à Bou Salem, Jendouba, Tabarka et Ghardimaou. La pluviométrie est abondante et atteint jusqu'à 1.200 mm dans les zones montagneuses du gouvernorat où l'accès à des régions comme celles d'Ain Draham et Fernana est extrêmement difficile en hiver. La température moyenne durant cette saison est de 8°C, mais elle descend parfois au dessous de zéro, notamment à Ain Draham. En été, la température moyenne est d'environ 30°C, et il arrive souvent qu'elle atteigne 40°C à Jendouba, Bou Salem et Ghardimaou.

Enfin, sur un total de 629.322 km de routes dans le gouvernorat, 29% de ces routes sont encore à l'état de pistes, notamment dans les régions montagneuses d'Ain Draham, Fernana et Ghardimaou où les moyens de communication et de transport ne sont pas toujours faciles.

B. ADMINISTRATION

Sur le plan administratif, la délégation est la principale division territoriale du gouvernorat; elle porte d'une manière générale le nom de son siège, et l'autorité politico-administrative est le Délégué qui est responsable devant le Gouverneur. Chaque délégation est divisée en secteurs qui sont les plus petites divisions administratives du territoire. Le responsable du secteur est l'Omda (anciennement Cheikh) qui reste, malgré l'évolution sociale, le personnage le plus respecté surtout en milieu rural.

Ainsi, les six délégations du gouvernorat de Jendouba comptent 52 secteurs se répartissant comme suit:

Délégation de Jendouba	10
Délégation de Fernana	6
Délégation de Ain Draham	8
Délégation de Bou Salem	12
Délégation de Tabarka	7
Délégation de Ghardimaou	9

C. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

1. Evolution et structure de la population

a. Population totale et accroissement intercensitaire

Le recensement du 8 mai 1975 a permis de dénombrer une population de 299.702 habitants, soit 5% de la population de la Tunisie (Tableau I.1).

Tableau I.1

Quelques indicateurs démographiques du gouvernorat de Jendouba par délégation*

Délégation	Logements	Ménages	Population totale	Population masculine	Population féminine	FMAR 15-44 ans
Jendouba	12.934	11.740	68.149	34.894	33.255	9.318
Fernana	7.582	7.466	41.802	21.724	20.078	5.105
Ain Draham	7.216	6.230	34.057	17.661	16.396	4.304
Soustotal	27.732	25.436	144.008	74.279	69.729	18.727
Bou Salem	11.474	10.997	65.430	33.370	32.060	8.657
Ghardimaou	7.582	7.466	58.576	29.180	29.396	7.735
Tabarka	6.730	5.831	31.688	16.100	15.588	4.004
Soustotal	25.786	24.294	155.694	78.650	77.044	20.396
TOTAL	53.518	49.730	299.702	152.929	146.702	39.123

*Les délégations sont classées en 2 catégories; le premiére catégorie qui comprend Jendouba, Fernana et Ain Draham représente les délégations du projet PFPC.

SOURCES: Recensement général de la population de mai 1975, INS, République Tunisienne, Vol. I
Projection de la population tunisienne, ONPFP, République Tunisienne, 1979.

En 1966, la population du gouvernorat était de 254.836.[1] Cette évolution peut se traduire par un indice, à savoir le taux d'accroissement moyen intercensitaire. A Jendouba, ce taux est de l'ordre de 1.3% pour la période 1966-75, alors qu'à l'échelle nationale, il est de 2.3%. L'écart entre les deux taux s'explique notamment par la migration de la population vers d'autres gouvernorats et en particulier vers la capitale d'une part, et par la baisse du taux brut de natalité dû à l'action du Planning Familial d'autre part. La dernière estimation de la population de Jendouba est de l'ordre de 328.600 habitants (situation au 1.1.80 selon l'INS). (47,58)

b. Distribution de la population par âge et par sexe

En 1975, près de 56% de la population sont âgés de moins de 20 ans alors que la population âgée de plus de 65 ans est de 5%. Au niveau national, les classes d'âge 0-19 ans et 60 ans et plus représentent respectivement 55 et 4% et sont par conséquent très peu différentes de celles observées à Jendouba. Il est important de noter que la croissance démographique accélérée au cours des années 50 et 60 explique le pourcentage élevé de la population jeune de moins de 20 ans aussi bien à Jendouba qu'en Tunisie. D'autre part, l'indice de masculinité à Jendouba montre qu'il y a plus d'hommes que de femmes. En effet, le recensement de 1975 donne 104 hommes pour 100 femmes. Cet indice est supérieur à celui enregistré en Tunisie, qui est de 103. Enfin, les femmes mariées âgées de moins de 45 ans représentent 28% de toute la population féminine (Tableau I.1).

c. Etat civil

La part de participation du gouvernorat de Jendouba aux évènements d'état civil par rapport à ceux enregistrés au niveau national pour l'année 1975, est la suivante:

Naissances	4,8%
Décès	5,3%
Mariages	5,1%

Pour avoir une meilleure appréciation du niveau des événements par rapport à la population du gouvernorat, il convient d'utiliser les taux bruts. Ainsi, le taux de natalité est de 32,6 pour mille, le taux de mortalité est de 9,8 pour mille et le taux de nuptialité est

---

[1] Les limites géographiques ne sont pas forcément celles de 1975. Cependant, les taux d'accroissement ont été calculés en reconstituant les effectifs de l'année 1966 sur la base des limites administratives observées en 1975.

de 18,2 pour mille alors que pour la Tunisie, les taux sont respectivement de 36,6%, 9,9% et 17,0% en 1975. Il en résulte un taux d'accroissement démographique de 2,3% à Jendouba contre 2,7% en Tunisie. La faiblesse relative du taux de natalité et par conséquent celui de l'accroissement brut à Jendouba est due essentiellement à l'action importante de planning familial dans le gouvernorat en 1973-74, surtout en matière de stérilisation féminine.

Pour ce qui est de la mortalité infantile, elle est très mal connue, mais selon certaines estimations, elle varie entre 100 et 120%. Au niveau national, la mortalité infantile se situe entre 80 et 100%.

2. Distribution de la population

a. Distribution par délégation

Les délégations du gouvernorat les plus peuplées et aussi les plus denses sont Jendouba et Bou Salem: 45% de la population du gouvernorat vivent dans ces deux délégations qui ne représentent que 35% de la superficie totale du gouvernorat. Quant à la densité, elle est la plus élevée à Jendouba avec 135 h/km2 suivie par Bou Salem et Fernana. Par contre, à Ain Draham elle est de loin la plus faible et de dépasse guère 68 h/km2, selon le recensement de mai 1975 (Tableau 1.2).

b. Distribution par milieu

Le gouvernorat de Jendouba occupe la deuxième place après le gouvernorat de Sidi Bouzid concernant la population non communale avec 83% se répartissant entre agglomérée (41%) et isolée (42%).[1] Il est à noter qu'au niveau national, la population non communale s'élève à 52%. La répartition par délégation dans le Tableau I.2 montre que la délégation de Jendouba a la plus forte proportion de population communale (27%), suivie de Ghardimaou (15%) et de Bou Salem (13%). Fernana, en revanche, a la plus faible proportion de population urbaine avec seulement 13%. Pour ce qui est de la population rurale isolée, elle se trouve principalement à Ghardimaou (63%), Bou Salem (55%) et Jendouba (39%). C'est dans ces délégations, d'ailleurs, que l'on a observé les plus fortes proportions de population urbaine.

---

[1] Selon la définition du recensement, une agglomération est un groupement d'au moins 50 habitants ayant, en général, un nom ou une hiérarchie reconnu à l'échelle locale (ville, village, douar...).

Tableau I.2

Population communale et rurale, superficie et densité du gouvernorat de Jendouba par délégation

Délégation	Population communale	Population rurale		Superficie en Km^2	Densité H/Km^2
		Agglomérée	Isolée		
	%	%	%		
Jendouba	27	34	39	503	135
Fernana	3	64	33	419	100
Ain Draham	12	72	16	503	68
Soustotal	16	52	32	1.425	101
Bou Salem	13	32	55	589	111
Ghardimaou	15	12	63	702	83
Tabarka	10	70	20	386	82
Soustotal	13	36	51	1.677	93
TOTAL	17	41	42	3.102	97

SOURCE: Recensement général de la population de mai 1975, INS, République Tunisienne, Vol. III.

c. Migration interne

Cinq grandes régions (Nord, Haut Tell, Centre, Sahel, Sud) groupant chacune un certain nombre de gouvernorats sont à distinguer dans l'analyse des courants migratoires internes en Tunisie. Le Haut Tell qui englobe Béja, Jendouba, Kef et Siliana est la région qui a enregistré d'après le recensement de mai 1975 le plus de sorties. Ainsi le taux de migration nette est de -5,4% pour la période 1966-75 (entre les deux recensements). Pour Jendouba, la potentialité d'accueil comme toute la région du Haut Tell durant la période intercensitaire est faible: elle s'élève à + 6456 personnes soit 0,3%; par contre les sorties sont très importantes -25.160 soit un taux de 3,2%. Pour 1970-75, le taux de sortie à Jendouba est encore plus important avec 4,5% et le taux de migration nette de -2,6%, ce qui place ce gouvernnat juste après Béja (-4,7%), Siliana (-3,2%) et le Kef (-3,1%). Il est évident que la balance migratoire négative joue un rôle important quant à la baisse du taux d'accroissement démographique dans le gouvernorat de Jendouba. (64)

D. CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES

1. Economie

Jendouba est un gouvernorat dont l'économie repose principalement sur l'agriculture. L'activité agricole est pour l'essentiel concentrée dans les plaines de Jendouba et Bou Salem. La principale culture est le blé dont la production est sujette à de fortes variations annuelles en raison d'une pluviosité irrégulière. Ainsi, sur une superficie totale de 3.100 km^2, environ 37% sont couverts de forêt concentrée surtout dans les régions de Fernana, Ain Draham et Ghardimaou. Quant aux superficies agricoles, elles occupent 57% dont:

86.140 ha de céréales
16.870 ha de légumineuses
15.000 ha de superficies irriguées
5.808 ha de cultures maraîchères
2.915 ha de cultures industrielles dont 1.345 ha de betterave sucrière et 1.570 ha de tabac (47)

2. Emploi

Lors du recensement de 1975 mené par l'INS, la population en âge d'activité (15 ans et plus) en Tunisie était de 3.229.960

---

[1] Le taux de migration nette est calculé en rapportant la migration nette dans le gouvernorat ou le groupe de gouvernorats à sa population en fin de période diminuée de la moitié de la migration nette.

dont 1.621.820 sont économiquement actifs, soit 50,2% de la population en âge d'activité. Si l'on observe la situation de l'emploi par gouvernorat, on constate que Jendouba possède le taux de chômage le plus élevé avec 29% de la population âgée de 18 à 59 ans, et le taux d'occupation le plus faible avec 18% (le taux d'occupation est défini par le rapport de la population occupée à la population totale du gouvernorat).

Par ailleurs, il est à signaler que seulement 47% de la population occupée et sans travail ont un rythme de travail permanent avec un ou plusieurs employeurs, contre 44% ayant un travail occasionnel ou saisonnier, et 9% sont en quête de leur premier emploi.

En ce qui concerne le répartition des actifs par secteur, l'on constate que le secteur primaire occupe la première place avec 45%, ce qui est relativement faible par rapport à celui des deux gouvernorats limitrophes, à savoir Béja (56%) et le Kef (51%). Quant au secteur secondaire, la proportion des occupés est de 29% tandis que pour le secteur tertiaire, elle est de 27%. Ces deux derniers secteurs se partagent plus que la moitié de la population occupée d'un gouvernorat à caractère rural (Tableau I.3). Cette constation pourrait signifier une sous-estimation de la population occupée dans l'agriculture, lors du dernier recensement.

Par ailleurs, l'Office des Travailleurs Tunisiens à l'Etranger, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle a enregistré en 1977 pour l'ensemble du pays 114.735 demandes d'emploi, alors que pour l'année 1976 le chiffre n'était que de l'ordre de 75.471, ce qui donne un accroissement de 52% par rapport à l'année précédente. Pour ce qui est de la situation dans le gouvernorat de Jendouba, le bureau régional a enregistré un effectif de 18.572 inscriptions nouvelles pour 1977, soit une augmentation de l'ordre de 43% par rapport à 1976; si la demande a enregistré une augmentation, on constate par contre que l'offre a connu une baisse de 25%, puisque le nombre moyen des demandes d'emploi non satisfaites qui était de 2.880 en 1976 est passé à 4.005 en 1977 soit un accroissement de 100%. A ce niveau, il est important de rappeler que sur les 6.726 placements réalisés en 1977, 2.968 ont été effectués au niveau de l'étranger, soit 31% du total des placements. (47)

3. Education

En 1977-78, la situation de l'enseignement primaire dans le gouvernorat de Jendouba a connu une amélioration puisque l'on enregistre 130 écoles, 641 locaux-classes, 1.063 enseignants et 44.879 élèves sur 981.255 inscrits à l'échelle nationale. Ainsi, on constate que Jendouba abrite 5% de la population scolarisée dans l'ensemble du pays. Le taux de scolarisation dans le gouvernorat est de l'ordre de 57%, alors qu'à l'échelle nationale, il est de 68%.

Tableau I.3

Population active âgée de 15 ans et plus selon le secteur et la branche d'activité dans le gouvernorat de Jendouba

Secteur et branche d'activité	Effectif total	%
Total de la population occupée	52.000	100,0
Total du secteur primaire	23.180	44,6
Agriculture, sylviculture, chasse et pêche	21.830	42,0
Industrie extractive	1.350	2,6
Total du secteur secondaire	15.000	28,8
Ind. de transformation pêche et agriculture	5.360	10,3
Autres ind. transformation	1.100	2,1
Electricité, gas, eau	930	1,8
Construction	7.610	14,6
Total du secteur tertiaire	13.820	26,6
Transport et communication	870	1,7
Commerce, banque, immobilier	3.380	6,5
Service	9.570	18,4

SOURCE: Recensement général de la population de mai 1975, INS, République Tunisienne, Vol. V.

Tableau I.4

Infrastructure éducationnelle dans le gouvernorat de Jendouba

Délégation	Ecoles communales	Ecoles libres	Ecoles rurales	Etablissements secondaires	Jardins d'enfants	Autres	TOTAL
Jendouba	7	1	26	3	1	1	39
Fernana	-	-	11	-	-	-	11
Ain Draham	3	-	14	1	1	1	20
Soustotal	10	1	51	4	2	2	70
Bou Salem	5	1	20	1	1	5	33
Ghardimaou	3	-	23	1	-	-	27
Tabarka	2	-	16	1	-	3	22
Soustotal	10	1	59	3	1	8	82
TOTAL	20	2	110	7	3	10	152

SOURCE: A. Gharbi, Rapport statistique sur les activités opérationelles en matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles du 1-1-77 au 30-9-77, gouvernorat de Jendouba, Ministère de la Santé Publique, République Tunisienne.

Sur un effectif global de 44.879 élèves, 35% sont des filles, ce qui constitue un bon record atteint par Jendouba concernant la scolarisation féminine.

Pour ce qui est de l'enseignement secondaire, en 1977-78, le gouvernorat de Jendouba compte 7 établissements, 351 enseignants et 7.936 élèves, alors que le rapport de masculinité qui est estimé à l'échelle nationale, il est de 70% pour Jendouba, soit 2.369 filles pour 5.567 garçons (Tableau I.4).

Comme indicateur du niveau de la scolarisation dans le secondaire, l'on a choisi le rapport d'élèves scolarisés sur 100 personnes ayant entre 13 et 19 ans révolus. Cet indice de scolarisation--bien qu'il soit imparfait, d'ailleurs tout comme le taux de scolarisation puisqu'il ne tient pas compte des abandons au cours ou à la fin de l'année--pourrait cependant donner une indication sur le niveau et la tendance de la scolarisation au secondaire. Ceci dit, le nombre d'élèves pour 100 personnes scolarisables est estimé à 20 à l'échelle nationale et à 14 pour le gouvernorat de Jendouba. Au niveau de l'infrastructure éducationnelle, 99 des 152 établissements que compte le gouvernorat se trouvent dans les délégations les plus urbanisées, à savoir Jendouba, Bou Salem et Ghardimaou. (47)

E. SANTE ET PLANNING FAMILIAL

1. Santé

a. Equipement

La région sanitaire du gouvernorat comme l'indique le tableau I.5 et la carte I.3 comprend:

- un hôpital régional à Jendouba-ville
- quatre hôpital auxiliaires à Ain Draham, Bou Salem, Ghardimaou et Tabarka
- cinq centres de PMI à Jendouba, Bou Salem, Ghardimaou, Ain Draham et Tabarka, tous intégrés aux hôpitaux régionaux et auxiliaires.
- vingt-trois dispensaires ruraux
- un dispensaire de quartier
- un centre régional d'éducation et de planning familial (CREPF) à Jendouba-ville

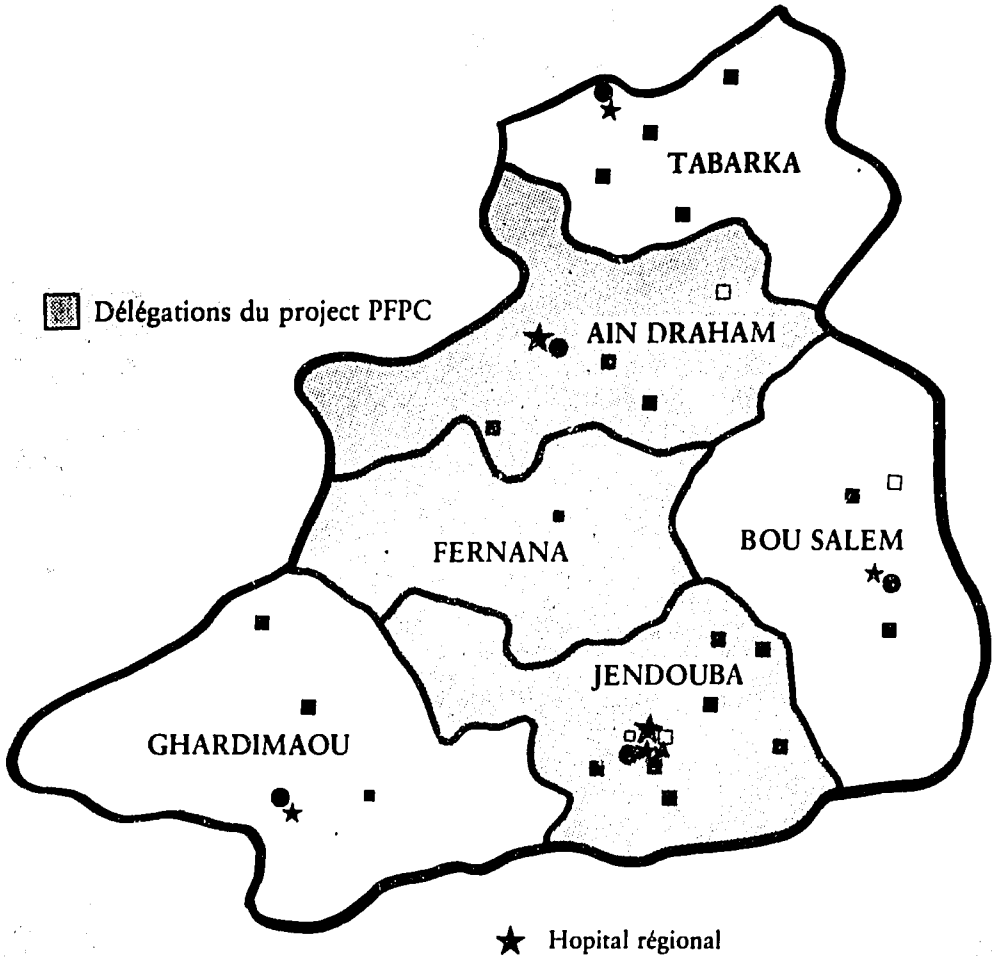
Tableau I.5

Infrastructure sanitaire à Jendouba par délégation en 1977

Infrastructure sanitaire	TOTAL	Jendouba	Fernana	Ain Draham	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
Hôpital régional	1	1	-	-	-	-	-
Hôpital auxiliaire	4	-	-	1	1	1	1
PMI	5	-	1	1	1	1	1
CREPF	1	1	-	-	-	-	-
Centre régional d'hygiène	1	1	-	-	-	-	-
Dispensaires de quartier	1	1	-	-	-	-	-
Dispensaires	23	7	2	3	3	3	5
Points de rassemblement	194	36	28	26	45	34	25

SOURCE: A. Gharbi, Rapport statistique sur les activités opérationelles en matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles du 1-1-77 au 30-9-77, gouvernorat de Jendouba, Ministère de la Santé Publique, République Tunisienne.

CARTE I.3
Infrastructure du planning familial dans le gouvernorat de Jendouba, 1977



★ Hopital régional
● Centre de PMI
★ Hôpital Auxiliaire
■ Dispensaire rural avec activité PF
□ Dispensaire rural sans activité PF
▪ Dispensaire communal avec activité PF
▫ Dispensaire communal sans activité PF
▲ Centre Régional d'Education et de Planification Familiale

SOURCE: Population du gouvernorat de Jendouba: caractéristiques socio-démographiques, ONPFP, République Tunisienne, mars 1979, p.32

Par ailleurs, le gouvernorat se divise en cinq circonscriptions sanitaires[1] :

b. Personnel

Le personnel médical, juxtamédical et para-médical que compte le gouvernorat de Jendouba en 1978 se répartit comme suit:

28 médecins dont 21 exerçant au Ministère de la santé publique et dans le privé
6 pharmaciens dont 1 exerçant au Ministère de la santé publique
1 chirurgien dentiste
2 vétérinaires
14 sages-femmes dont 1 de supervision
7 infirmiers spécialisés
69 infirmiers
60 aides soignantes

Il est à noter que les 28 médecins dans le gouvernorat représentent 2% par rapport aux 1.451 répartis dans l'ensemble du pays. Ce chiffre rapporté à la population de Jendouba donne une proportion de 0,9 médecin pour 10.000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 2,1 pour 10.000. Il est évident que la répartition des médecins est liée à l'infrastructure d'accueil, vu que sur les 76 hôpitaux au niveau national, cinq seulement sont dans le gouvernorat de Jendouba. Par ailleurs, sur les 13.145 lits pour l'ensemble du pays, Jendouba en a 500, soit 3.8%.

Pour ce qui est de l'infrastructure par délégation, le tableau I.5 fait ressortir, une fois de plus, que les délégations qui sont relativement plus urbaines bénéficient d'une meilleure infrastructure. Par contre, Fernana qui est la délégation la plus rurale reste très défavorisée dans ce sens que l'infrastructure sanitaire qu'elle possède se limite à deux dispensaires et 28 points de rassemblement. (20, 47)

---

[1] Il est utile de préciser que le découpage sanitaire ne correspond pas au découpage administratif. La délégation de Fernana est divisée parmi les trois circonscriptions de Jendouba, Ain Draham et Ghardimaou.

2. Planning familial

a. Infrastructure de planning familial

En réalité, il n'existe pas d'infrastructure propre à l'Office, vu que la majorité des services de planning familial sont offerts à travers l'infrastructure de base du Ministère de la Santé Publique. C'est ainsi qu'en 1979, le réseau de distribution des services de planning familial était constitué de 35 centres.

Le seul centre propre à l'Office au niveau du gouvernorat est le centre régional d'éducation et de planification familiale (CREPF) qui est implanté au siège du gouvernorat à Jendouba, où des consultations de planning familial se font tous les jours par le médecin gynécologue avec l'aide de la sage-femme de supervision.

Pour ce qui est des services itinérants de planning familial, ils sont constitués actuellement par trois équipes mobiles qui couvrent l'ensemble du gouvernorat.

Chaque équipe est constituée d'une sage-femme, d'une aide-soignante et d'un chauffeur. Les équipes mobiles effectuent leurs tournées tous les jours ouvrables selon un programme et un calendrier établis de manière à pouvoir visiter les points de rassemblement (dispensaires en général). (47)

b. Personnel

Le Planning familial dans le gouvernorat de Jendouba est dirigé par une équipe qui comprend:

le délégué régional
le médecin gynécologue
la sage-femme de supervision
le secrétaire régional

L'ensemble du personnel travaille sous la supervision du Directeur régional de la santé publique, désigné par le Ministère de la Santé Publique, pour coordonner entre autres les activités de planning familial dans le cadre de la politique globale de médecine intégrée et de santé familiale.

Pour ce qui est des tâches du personnel du FP, elles se répartissent comme suite:

- Le délégué régional. Il représente l'Office au niveau du gouvernorat; sa tâche consiste à planifier un programme qui vise la promotion des activités de planning familial dans la région, avec l'organisation et la mise en pratique

d'une éducation intégrée en planning familial dans tous les domaines, sous forme de séminaires, de conférences, de réunions et de stages de formation.

- La sage-femme de supervision. Elle représente la division médicale de l'Office en coordonnant les activités du planning familial exercées par le personnel para-médical, social et administratif, veille à l'application des instructions élaborées par la Division médicale de l'Office. Elle effectue périodiquement des visites de travail à tous les centres de planning familial du gouvernorat, pour veiller à l'exécution et à l'évaluation des programmes établis pour la région.

- Le secrétaire régional. Il est chargé de rassembler et de vérifier les statistiques collectées au niveau de la région en dressant un rapport complet de l'activité mensuelle.

c. Performance du programme de planning familial à Jendouba

L'action du planning familial est très importante dans le gouvernorat de Jendouba. D'ailleurs, il est considéré comme l'un des gouvernorats où le programme de politique de population a connu un grand succès, malgré le caractère rural de Jendouba. Il est vrai que dans ce domaine, un intérêt particulier a été accordé à ce gouvernorat. A ce titre, une première expérience d'éducation familiale a débuté à la fin de 1971 avec le porte à porte dans la ville de Jendouba, suivie par la première campagne en matière de stérilisation féminine qui a été lancée vers la fin de 1973 à Jendouba par le ministre de la santé publique en personne. Ainsi, sur les 5.000 ligatures de trompes effectuées au cours de l'année 1973, plus d'un quart revient au gouvernorat de Jendouba, ce qui lui a permis de remporter en 1973-74, le 1er prix du Président de la République en matière de planning familial.

Par ailleurs, le gouvernorat a profité durant trois ans de 1977 à 1979 de l'implantation du projet le Planning Familial par le Couple (PFPC), dont le but principal est d'améliorer la pénetration des activités du planning familial en un lieu rural isolé. Sur les six délégations du gouvernorat, trois ont bénéficié du projet PFPC; il s'agit de Fernana, Ain Draham, et Jendouba.[1] C'est ainsi que la contraception orale a presque doublé entre 1976 et 1978 passant ainsi

---

[1] Une analyse approfondie du projet PFPC sera présentée dans la partie II de ce volume.

de 941 à 2.042 nouvelles acceptantes.[1] Par contre, les méthodes secondaires et le dispositif intra-utérin, n'ont évolué que très peu. Pour le DIU, le maximum a été enregistré en 1977 avec 1.004 nouvelles acceptantes, puis il y a une baisse de l'activité au profit de la pilule en 1978; et de nouveau une reprise a été enregistré en 1979 avec 919 nouvelles acceptances.

Pour ce qui est de l'avortement social, Jendouba est l'un des gouvernorats où les performances sont restées assez modestes jusqu'à 1978 étant donné que les femmes ont recouru beaucoup plus aux autres méthodes qu'à l'avortement. Néanmoins, à partir de 1979, l'avortement social a commencé à gagner du terrain. Ainsi, de 1976 à 1978 moins de 500 avortements par an ont été faits à Jendouba; en 1979, le nombre d'interruptions de grossesse a atteint 700. (1, 47)

En somme, malgré un fléchissement de l'activité de Planning Familial au cours des deux dernières années pour certaines méthodes, comme la ligature des trompes et les méthodes secondaires, Jendouba reste parmi les sept premiers et dépasse nettement la moyenne nationale. Cependant, un effort considérable reste à fournir dans les zones qui souffrent encore d'un manque d'infrastructure et de service continu en matière de planification familiale. Dans les parties II et III de ce rapport, nous essayerons d'étudier d'une manière détaillée les tendances actuelles et les implications futures de la planification familiale à Jendouba.

---

[1] Il est à remarquer que les statistiques de P.F. concernant la pilule et les méthodes secondaires n'englobent pas les acceptantes recrutées à domicile par les animatrices du PFPC.

Partie II.

LE PLANNING FAMILIAL PAR LE COUPLE (PFPC): EXPERIENCE PILOTE D'INTEGRATION DU PLANNING FAMILIAL A LA SANTE FAMILIALE EN MILIEU RURAL (1977-1979)

Previous Page Blank

CHAPITRE I

DESCRIPTION DU PROJET PFPC

Le projet de distribution à domicile de contraceptifs (1977-1979) du gouvernorat de Jendouba est une riche source de données pour cette première étude de cas en profondeur de la connaissance, de l'utililsation et de la disponibilité des services de planning familial dans un des 20 gouvernorats de la Tunisie. S'il est vrai qu'il y a eu déjà d'autres expériences pilotes dans la Tunisie rurale, le projet PFPC, qui est l'activité de recherche opérationnelle la plus large et la plus exhaustive entreprise par l'ONPFP à ce jour, fournit des renseignements précieux sur plusieurs stratégies d'intervention en matière de planning familial et de santé, sur différents mécanismes d'orientation et de réapprovisionnement en contraceptifs, et sur des problèmes de gestion, de coordination, de supervision et de transport, qui sont tous des points critiques pour le programme tunisien de planning familial. Cette partie sera consacrée dans ce qui suit à une présentation deétaillée des objectifs, activités et résultats du projet PFPC.

A. HISTORIQUE ET OBJECTIFS DU PROJET

Comme il a été noté dans l'Introduction du rapport, depuis la création de l'Office National du Planning Familial et de la Population en 1973, il y a eu une expansion régulière des services de planning familial, dans tout le pays, par l'intermédiaire des hôpitaux, des centres PMI, des Centres Régionaux d'Education et de Planning Familial (CREPF), des dispensaires et des équipes mobiles. Les taux d'acceptation et d'utilisation des contraceptifs ont nettement augmenté dans beaucoup de régions, en particulier dans les centres urbains et villes de la côte et dans les capitales régionales. Cependant, plus de la moitié de toutes les femmes en âge de reproduction en Tunisie habitent dans les régions rurales. Elles

Previous Page Blank

ne représentent qu'un tiers des acceptantes du programme national de planning familial. Ainsi, de larges groupes de la population tunisienne restent hors de la portée du système de services de santé existant. Surmonter les obstacles qui empêchent de fournir les services de santé dans les régions rurales où l'infrastructure sanitaire est faible, où la population est très dispersée et largement analphabète, et où le réseau routier est peu dense et le terrain est très accidenté, c'est le défi le plus difficile auquel le programme de planning familial national doit faire face.

1. Premier projet pilote de distribution à domicile des contraceptifs (Projet de Planning Familial à Domicile, PFAD)

Au cours du milieu des années 70, l'ONPFP a rompu audacieusement avec le passé et, avec l'aide technique et financière de USAID, a commencé à expérimenter avec des moyens non cliniques pour renforcer et élargir les services de planning familial dans les régions rurales. La première expérience du Planning familial à domicile (PFAD) a été lancée en avril 1976 dans la délégation de Bir Ali Ben Khalifa (30.000 habitants), une zone typique de la Tunisie rurale, située à 60 km de la ville de Sfax. Le projet représente le premier essai de mettre les services de planning familial véritablement à la disposition des femmes rurales. Le plan de base a consisté en la distribution des contraceptifs à domicile à toutes les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans (FMAR) dans la région cible. Cette distribution était effectuée par une équipe de huit jeunes femmes, recrutées localement et spécialement formées.

Sous la supervision d'un médecin gynécologue qui était le directeur de projet, ces animatrices ont rendu visite à toutes les femmes éligibles dans la délégation, au moins trois fois pendant une période de deux ans, pour les éduquer et les motiver et pour recruter des acceptantes. Le système de prestation de services était initialement concentré sur la distribution de contraceptifs oraux à toutes les femmes intéressées qui ne présentaient pas de contre-indications médicales; puis il a été élargi pendant la seconde année pour inclure l'orientation et le transport des candidates à la ligature des trompes et au DIU. Les visites à domicile par les animatrices avaient pris fin en août 1978 et furent suivies par une enquête finale de la population cible (3.568 femmes mariées en âge de reproduction ont été interviewées).

Les résultats de l'enquête ont montré que pendant la période de deux ans, le taux de prédominance des contraceptifs parmi les FMAR a augmenté de 6,6 à 17,7%, une augmentation relative de 168%. Dans certains secteurs de la délégation, la pratique de la contraception parmi la population éligible a été de 30% environ. Le taux de grossesse a diminué d'un sixième et la proportion des femmes exposées au risque de grossesse a diminué de presqu'un tiers, passant ainsi de 25 à 18% au moment de l'enquête finale. (42)

Bien que le PFAD soit un projet pilote de petite envergure, il fournit cependant plusieurs renseignements d'une grande importance au programme national de planning familial. En particulier, il démontre que:

- il y a une demande non satisfaite pour des services de planning familial dans une population analphabète et très dispersée, qui est typique d'une grande partie de la Tunisie rurale.

- la distribution à domicile de contraceptifs est à la fois acceptable d'un point de vue socio-culturel et faisable d'un point de vue administratif.

- les contraceptifs oraux peuvent être distribués sans risque et efficacement, sans ordonnance, par un personnel non médical qui travaille sous la supervision d'un médecin.

- des animatrices localement recrutées et spécialement formées peuvent être très efficaces pour motiver et recruter des acceptantes de planning familial, fournissant ainsi de lien important entre le foyer et l'infrastructure des services de santé existants. (27)

Les questionnaires administrés hors de chaque visite à domicile pendant le projet PFAD fournissent beaucoup de données sur les caractéristiques personnelles, la fécondité et le comportement des femmes vis-à-vis de la contraception dans la délégation rurale de Bir Ali Ben Khalifa. Cependant, le projet PFAD a été élaboré comme un simple projet de démonstration, avec un nombre limité de stratégies d'intervention et une petite population cible. Il n'a pas fourni de réponse à un certain nombre de questions critiques, telles que la combinaison appropriée de stratégies; le coût et l'efficacité d'une où de deux visites à domicile comparés au coût et à l'efficacité de visites repétées, les mécanismes efficaces pour assurer l'orientation des acceptantes et le réapprovisionnement en contraceptifs aussi bien que les moyens d'augmenter au maximum l'utilisation du personnel existant et les ressources provenant d'autres ministères pour le support des activités communautaires de planning familial. Enfin, le PFAD a été un projet relativement cher, en particulier avec le salaire d'une gynécologue/obstétricienne privée comme directeur de projet, et pour cela il ne pouvait pas être étendu à une plus grande échelle.

Ces préoccupations ainsi que la conviction que la distribution à domicile était un modèle faisable ont conduit à la conceptualisation, sept mois après le lancement des activités sur le terrain du projet PFAD, d'un nouveau projet modifié d'une manière substantielle dans une autre région de la Tunisie. En novembre 1976, l'ONPFP a soumis à l'AID/Washington une requête pour le financement et l'assistance technique pour un projet d'activités sur le terrain et de recherche opérationnelle pour une durée de trois ans. (3)

2. Objectifs du projet PFPC

Le nouveau projet, connu sous le titre du "Planning Familial par le Couple en Milieu Rural" (PFPC), a été élaboré pour que les interventions soient plus étendues et diversifiées et que l'efficacité soit maximale à un coût peu élevé, avec l'intention de l'étendre au niveau national.

Bien que le PFPC s'apparente au PFAD dans sa finalité (assurer un taux de couverture et de continuation optimum en matière de P.F.), il se caractérise cependant par certains aspects qu'on peut résumer comme suit:

- o une population presque cinq fois plus importante que celle du PFAD;
- o une infrastructure routière moins importante et un terrain plus difficile par rapport au PFAD;
- o une gamme de méthodes contraceptives plus large;
- o des fiches de contact beaucoup plus simples. Contrairement au PFAD, le traitement et l'analyse des données ont été faits par l'ONPFP;
- o comparaison d'un système qui fournit uniquement des services de planning familial avec un système d'intégration de PF dans la santé de base;
- o un investissement moins important en infrastructure et personnel. Certaines dépenses réservées à l'infrastructure (centre) et au personnel (médecin privé, jardinier, femme de ménage, etc.) ont été éliminées;
- o une réduction substantielle du nombre de personnel du terrain. Au lieu de huit animatrices pour une population contactée de 3.924 femmes mariées en âge de reproduction dans une seule délégation, le projet PFPC couvre trois délégations avec seulement cinq animatrices pour 19.628 FMAR. L'utilisation d'un nombre minimum d'animatrices sur le terrain pour assurer le maximum de couverture est donc l'un des objectifs du projet, tout en éliminant les ménages les plus isolés;

- un mode de réapprovisionnement qui n'est pas effectué à domicile après la fin de la première étape de l'expérience, comme c'est le cas pour le PFAD. (28)

L'objectif principal du projet PFPC consiste à assurer le maximum de services de planning familial en milieu rural avec des moyens matériels peu coûteux. Par ailleurs, le projet a pour autres buts: de savoir comment introduire la santé familiale en milieu rural, et de déterminer l'efficacité des différents modes de réapprovisionnement. Quant à l'évaluation, elle consiste à mesurer, avant et après le projet, les changements constatés dansle taux de couverture et une analyse de l'efficacité en fonction des coûts nécessaires pour réaliser ces changements. (26,46)

B. CHOIX DU TERRAIN: INFRASTRUCTURE ET INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES

La requête originale a recommandé comme terrain cible pour le projet: deux délégations dans le gouvernorat de Jendouba--Fernana et Jendouba--et une délégation (Nebeur) dans le gouvernorat avoisinant du Kef. Mais, vu que le projet de distribution communautaire entrepris par l'équipe néérlandaise avait déjà été en exécution au Kef (12,15) aussi bien que pour d'autres raisons administratives, Nebeur a été éliminé en faveur d'une troisième délégation dans le gouvernorat de Jendouba--Ain Draham--ce qui a permis d'utiliser les trois autres délégations dans le gouvernorat (Bou Salem, Ghardimaou et Tabarka) comme groupe de contrôle. (33)

1. Caractéristiques du terrain d'exécution

Plusieurs critères ont été pris en considération dans le choix des délégations (3):

- L'importance de la population rurale et particulièrement la population dispersée (Tableau I.1). Dans les délégations de Fernana, Ain Draham et Jendouba, les pourcentages de la population habitant dans les zones non communales s'élèvent respectivement à 97%, 87% et 73%; et à Jendouba, par exemple, plus de la moitié de la population rurale est isolée.

- Les difficultés physiques du milieu. Deux des délégations choisies -- Fernana et Ain Draham -- sont montagnardes, avec une infrastructure routière très précaire (pistes impraticables en hiver) alors que Jendouba est une délégation de plaine avec une infrastructure nettement plus développée.

- L'infrastructure sanitaire limitée et l'activité inégale du planning familial dans la région. Jendouba et Ain Draham sont des délégations où le programme de PF a connu une certaine pénétration par rapport à Fernana, ce qui permet de mesurer l'impact de l'expérience en fonction de l'infrastructure et l'ancienneté des activités de planning familial.

2. Description des trois délégations

La population totale du projet PFPC est de 144.008 habitants selon les données du recensement 1975 dont 25.436 ménages et 19.436 femmes mariées âgées de 15 - 44 ans. Les trois délégations varient considérablement du point de vue taille, géographie et caractéristiques socio-économiques aussi bien que l'infrastructure sanitaire, comme elle est décrite ci-dessous.

a. La délégation de Fernana

Située au beau milieu de la chaîne de montagnes de Khroumirie, Fernana est la plus pauvre et la moins développée des six délégations du gouvernorat de Jendouba. La population est fortement rurale (97%) et dispersée; plus d'un tiers des habitants sont considérés comme isolés. La seule ville dans la délégation, Fernana, a une population d'un peu plus de 1.000 habitants. A part une route goudronnée à deux files qui relie Fernana aux villes de Ain Draham et de Jendouba, le réseau routier à travers la délégation consiste en pistes qui sont souvent impraticables pendant la saison des pluies et les mois d'hiver. Dans bien des endroits, le terrain est très accidenté et rocheux et couvert d'arbres. L'activité économique se limite principalement à l'agriculture de subsistance (blé, orge, tomates, pastèques) et à l'élevage.

Quoique la délégation de Fernana se classe quatrième du point de vue importance de la population (41.802 habitants en 1977) dans le gouvernorat de Jendouba, elle vient en dernière position pour ce qui est des services sociaux et de l'infrastructure sanitaire. Seuls quelques rares foyers sont dotés d'électricité ou d'eau courante. Le nombre total d'écoles primaires rurales ne dépasse pas 11 dans une délégation de sept secteurs, alors que les cinq autres délégations ont deux ou trois fois plus d'écoles (y compris au moins une école secondaire).

L'infrastructure sanitaire à Fernana est très insuffisante. A présent, il n'y a que deux dispensaires, dont l'un est visité par l'équipe mobile de planning familial (une sage-femme et une aide soignante) deux fois par semaine. Les agents du Service d'Hygiène sont censés visiter en tout 28 "points de rassemblement" désignés dans la délégation toutes les deux semaines quoique leur programme soit souvent irrégulier en raison de pannes de véhicules. Chacune des cinq autres délégations a non seulement davantage de dispensaires et de points de rassemblement mais dispose d'un hôpital et d'un centre de PMI.

En raison du caractère rural et isolé d'une grande partie de la population de la délégation de Fernana et du manque d'infrastrucutre sanitaire, les traditions sont demeurées fort enracinées y compris des craintes et des idées fausses concernant les différentes méthodes de planning familial et, en plus, une ignorance quant à leur disponibilité. Avant le lancement du projet PFPC en juillet 1977, les couples éligibles dans cette zone n'ont eu que très peu d'accès aux services de planning familial, particulièrement les méthodes d'espacement des naissances.

b. La délégation de Jendouba

A la grande différence de la délégation voisine de Fernana, la délégation de Jendouba vient au premier rang pour ce qui est l'infrastructure socio-économique de la région. Elle a la population la plus importante (68.149 habitants) des six délégations et a le siège du gouvernorat avec la ville de Jendouba (20.937 habitants). Presque les trois quarts de la population sont classifiés ruraux et la moitié de ce nombre vivent dans les groupements isolés.

Jendouba se situe dans une plaine relativement fertile où l'on cultive le blé et d'autres céréales et où l'on fait de l'élevage. Le réseau de transport, aussi bien que l'infrastructure éducationnelle et sanitaire, sont relativement bien développés par rapport aux autres zones montagneuses du gouvernorat. La délégation de Jendouba a le plus grande nombre d'écoles y compris une école de formation de santé. La ville de Jendouba comporte l'hôpital régional (162 lits), le Centre régional d'éducation de planning familial (CREPF), et les bureaux régionaux du Service d'hygiène et d'autres ministères. En tout, 8 dispensaires et un centre PMI desservent cette zone de 11 secteurs. En plus, il y a 36 points de rassemblement utilisés par les agents du Service d'hygiène. L'équipe mobile de planning familial consacre en moyenne un jour par semaine aux visites de points de rassemblement sélectionnés dans la délégation de Jendouba.

En tant que quartier général de toutes les activités de planning familial dans le gouvernorat, la ville de Jendouba sert également de point focal pour toutes les ligatures des trompes, les avortements sociaux et pour un grand nombre d'insertions de DIU effectuées dans la région. La ville de Jendouba a une longue histoire d'activités de planification familiale, y compris: un centre de planning familial qui existe dequis 1970; un projet pilote d'éducation en planning familial à domicile (octobre 1971-novembre 1972) où une équipe composée d'un couple (mari et femme) a visité la plupart des foyers de la ville afin de motiver les femmes éligibles à venir au centre de contraception; et une campagne de stérilisation en 1973-74.

c. La délégation de Ain Draham

La délégation de Ain Draham (34.057 habitants) se situe au nord de la délégation de Fernana et est plus montagneuse et boisée. Les déplacements dans cette zone se font très difficilement, particulièrement en hiver quand il peut y avoir plus de trente centimètres de neige par terre. Les températures peuvent tomber très bas pendant cette saison. Comme à Fernana, le terrain est très accidenté et la plupart des routes ne sont que des pistes impraticables.

La population est surtout rurale (88%) et fort dispersée. L'activité économique se limite principalement au bois (liège et chêne); des arbustes et une végétation céréalière recouvrent certaines surfaces éparpillées de Ain Draham. Le centre économique de la délégation est la commune de Ain Draham (4.992 habitants) qui ressemble à un village alpin et sert de station d'été. La délégation, qui comporte huit secteurs, est desservi par 20 écoles (y compris une école secondaire).

Les installations sanitaires à Ain Draham comprennent un hôpital auxiliaire de 95 lits, un centre de PMI à Ain Draham-ville ainsi que les trois dispensaires ruraux et vingt-six points de rassemblement utilisés par le personnel du Ministère de la Santé Publique. L'équipe mobile de planning familial passe deux à trois jours chaque semaine à des localités différentes dans la délégation. Comme c'est le cas à Jendouba, les activités de planning familial dans cette délégation avaient déjà commencé au début des années 1970 quoiqu'un grand nombre de secteurs aient été très peu-desservis. La campagne de stérilisation de 1973-74 dans le gouvernorat de Jendouba a eu une incidence importante sur la prédominance des contraceptifs à Ain Draham. Cependant, les services de planning familial--particulièrement en ce qui concerne les méthodes d'espacement des naissances (contraceptifs oraux, produits vaginaux et le DIU) n'ont été pas d'un accès facile pour la plupart de la population avant que les animatrices du PFPC n'aient commencé à travailler dans cette zone en automne 1978.

C. PHASE PREPARATOIRE

Au cours de la période allant de janvier à juin 1977, des efforts considérables ont été fournis pour préparer le lancement et la mise en place du projet dans les trois délégations choisies.

1. Contact avec les responsables

La majorité des responsables joints ont manifesté un vif intérêt pour le projet et ont promis de coopérer étroitement avec l'ONPFP pour le succès du PFPC. Au niveau local, les omdas (chefs de secteur), les présidents de cellules du Parti et des habitants des trois délégations ont été longuement entretenus quant à l'importance du projet pour le bien-être des familles.

2. Personnel du projet

Il se compose des cadres suivants:

- Le directeur du projet (temps partiel). C'est la tâche du directeur de la population à l'ONPFP. Il veille à la bonne marche du projet, en provoquant des réunions mensuelles avec le personnel, pour s'informer de l'état d'avancement des avtivités sur le terrain et discuter les différents aspects du projet.

- Le médecin gynécologue (temps partiel). Il est le directeur médical du projet ayant pour rôle principal la formation, la supervision de la distribution des contraceptifs par les animatrices, les visites hebdomadaires dans les points de rassemblement pour les consultations médicales des acceptantes du projet ainsi que l'insertion du DIU et la pratique des opérations de la ligature des trompes.

- Le Coordonnateur (temps partiel). Il s'agit d'un chercheur de la Direction de la Population de l'ONPFP qui a pour rôle de superviser la travail, de mettre à la disposition de l'équipe les moyens nécessaires pour lui permettre de travailler dans les bonnes conditions, d'organiser les visites à domicile, d'analyser les données des fiches de contact et d'évaluer l'impact du projet.

- Le superviseur (temps partiel). C'est au délégué régional du PF que cette responsabilité a été confiée. Son rôle principal, dans le cadre du projet PFPC, est la supervision du travail de l'équipe, l'organisation et la gestion administrative du projet, ainsi que le contact des responsables politiques et de santé au niveau local.

- La secrétaire du projet (temps complet). Elle travaille sous la responsabilité du délégué régional; son rôle est la supervision de l'équipe sur le terrain et le contrôle des fiches de contact.

- Les animatrices (temps complet). Elles travaillent sous le contrôle direct du délégué régional. Elles sont appelées à faire des visites à domicile six jours par semaine suivant un programme établi à l'avance.

- Le chauffeur de l'équipe (temps complet). Il est chargé du transport des animatrices pour les visites à domicile, ainsi que de celui des acceptantes du DIU et de la ligature des trompes.

Il est important de signaler que la secrétaire, le chauffeur et les cinq animatrices ont été recrutés comme contractuels durant toute la période du projet. Quant au reste du personnel du projet, il fait partie des cadres permanents de l'ONPFP. (Pour la liste du personnel, voir Appendice.)

3. Recrutement et formation des animatrices

Cinq jeunes filles âgées de 19 à 23 ans ont été sélectionnées comme animatrices du projet parmi trente candidates, originaires du gouvernorat, et ayant au moins le niveau de la 5ème année de secondaire.

Un médecin et un chercheur de l'ONPFP ont été chargés de la formation des animatrices qui a duré deux semaines et qui a porté sur les thèmes suivants:

- o concept de base du planning familial
- o les méthodes de contraception: caractéristiques, mode d'emploi et effets secondaires
- o le but et le fonctionnement du projet PFPC
- o les techniques d'entrevue
- o les différentes fiches de renseignement: caractéristiques et usage
- o les procédures des visites à domicile

Beaucoup de temps a été consacré aux discussions de groupe où des questions ont été soulevées concernant les différentes méthodes contraceptives d'une part et aux jeux de rôle d'autre part. Par ailleurs, les animatrices ont effectué un stage pratique de deux mois avec les équipes mobiles du gouvernorat.

4. Recyclage du personnel de santé et de planning familial

Le personnel paramédical et social travaillant dans les trois délégations du projet a suivi un stage de formation qui a été consacré aux différents aspects du PCPC tels que les objectifs du projet, l'accueil des clients, la distribution des contraceptifs et le traitement des effets secondaires dans les services de santé.

5. Le quartier général du projet

Il a été installé dans le Centre Régional d'Education et de Planning Familial (CREPF) de Jendouba. C'est là que se tiennent les réunions du personnel du projet et que sont stockés les fiches de renseignement des femmes, les contraceptifs et les médicaments; et c'est du centre, enfin, que les animatrices partaient pour le travail sur le terrain.

6. Identification des ménages

Les omdas des différentes localités des trois délégations du projet ont travaillé pendant un mois avec le personnel du PFPC afin de repérer les pistes et d'identifier les domiciles à visiter. Seuls les logements les plus isolés ont été éliminés du champ d'action du projet à cause du coût élevé nécessaire pour visiter cette population.

CHAPITRE II

PRESENTATION DE L'ETUDE

Les composantes principales du système de distribution du PFPC incluent: des visites à domicile par une équipe de cinq animatrices pour motiver, recruter et offrir une première quantité gratuite de contraceptifs aux acceptantes de planning familial (ainsi que des services de santé de base préventive et curative dans une des trois zones du projet); l'orientation des acceptantes de la ligature de trompes et du DIU; l'établissement d'un système permanent de réapprovisionnement en contraceptifs; et un suivi médical par le gynécologue du projet. Une description des différentes composantes du projet est présentée ci-dessous.

A. COMPOSANTES PRINCIPALES DU PROJET

1. Visites à domicile

a. Première visite

Les animatrices ont été assignées un horaire de travail de sept à huit heures par jour, quittant la ville de Jendouba tôt le matin à destination des zones du projet et ce, en utilisant un véhicule de type jeep comme moyen de transport. Souvent, accompagnées par l'omda, les animatrices devaient marcher à pied et visiter en moyenne 10 à 12 domiciles par jour; ce qui dépend des distances à parcourir et des difficultés du terrain.

Pendant la première visite, les animatrices ont été appelées à visiter tous les ménages (sauf ceux qui sont très isolés) afin d'identifier les femmes mariées et âgées de 15 à 44 ans. Au cours de cette première visite, des renseignements socio-démographiques et sanitaires sont recueillis auprès des femmes contactées; puis une démonstration des différentes méthodes contraceptives est faite. Après quoi, la femme éligible[1] peut choisir, si elle le désire, la méthode qui lui convient le mieux.

Pilules (6 cycles) et méthodes secondaires (condoms et mousses) sont distribuées gratuitement aux femmes qui acceptent ces moyens contraceptifs et qui n'ont pas de contre-indications. (2) Les animatrices devaient, en plus de l'explication orale, laisser une documentation détaillée sur le mode d'emploi des méthodes (la pilule en particulier) tout en insistant auprès des nouvelles contraceptrices de consulter le médecin en cas d'effets secondaires.

Pour ce qui est des acceptantes de la ligature de trompes et du DIU, elles sont orientées vers l'équipe mobile ou le CREPF pour le DIU et vers l'hôpital régional pour la ligature des trompes. Le transport des candidates de ces deux méthodes est effectué par le chauffeur de l'équipe suite à un rendez-vous choisi par les femmes, en général, en dehors des heures de travail pour les visites à domicile.

b. Deuxième visite

Dans deux des trois délégations--Fernana et Ain Draham--il y a eu une visite de suivi de six mois dans le but de motiver et de réapprovisionner les acceptantes aussi bien que de recruter des nouvelles clientes de PF.

Lors du deuxième passage, qui a été précédé par un recyclage de deux jours, les animatrices ont revisité les femmes en âge de reproduction identifées pendant la première visite. Par ailleurs, elles ont:

- o vérifié si la femme a adopté ou non la méthode prescrite au cours de la première visite;
- o recueilli les informations sur les raisons de la non-adoption;
- o motivé de nouveau les non-acceptantes du premier passage;

---

[1] Femme mariée dont le mari n'est pas absent pour une durée de plus de 4 mois et qui ne présente pas les conditions suivantes: enceinte, stérile, allaitante (moins de 4 mois) ou déjà planifiée (DIU ou ligature des trompes).

[2] Les animatrices ont toujours listé les contre-indications médicales avant d'offrir les contraceptifs oraux.

- o orienté les femmes qui ont eu des effets secondaires vers les services de santé;

- o distribué trois cycles aux acceptantes de la pilule (nouvelles ou anciennes) et des condoms, aux acceptantes de ces méthodes, tout en leur indiquant le point de réapprovisionnement le plus proche. Une fiche de liaison (carte d'acceptante) a été distribuée à chacune de ces contraceptrices (délégation de Fernana uniquement);

- o assuré le transport des candidates de DIU et de la ligature des trompes.

2. Réapprovisionnement en contraceptifs

Pour assurer le réapprovisionnement des femmes en pilules, condoms, et mousses et plus tard en Néo-Sampoons (après les visites à domicile), les responsables du projet ont voulu tester plusieurs systèmes hors de l'infrastructure sanitaire (3), tels que les points de distribution suivants:

les infirmiers hygiénistes
les débits de tabac
les cellules destrouriennes
les bureaux des omdas
les marchés hebdomadaires
les écoles primaires

Lors du premier passage des animatrices dans la délégation de Fernana, un sondage a été effectué auprès des femmes pour essayer de déterminer les points de réapprovisionnement les plus demandés. Les écoles primaires ont occupé la première place, suivies par les bureaux des omdas, les dispensaires, les débits de tabac et les infirmiers hygiénistes. (33) Mais, pour des problèmes d'ordre logistique, administratif et politique, les responsables ont finalement opté pour les points de réapprovisionnement listés ci-dessous:

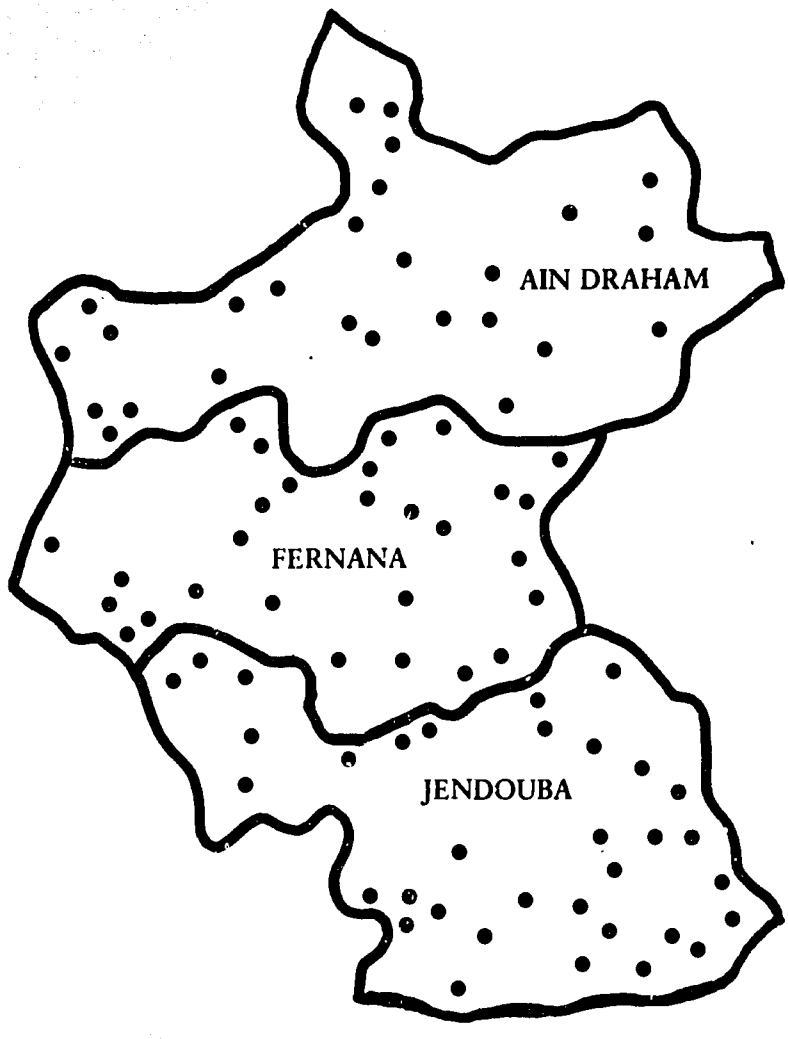
les infirmiers hygiénistes[1]
les agents de santé[2]
les animatrices sociales
les omdas (chef de secteur)

---

[1]Les infirmiers hygiénistes visitent toutes les deux semaines des points de rassemblement dans chaque secteur de la région (Carte II.1);

[2]Les agents de santé travaillent au niveau du sous-secteur où ils sont appelés à faire des visites à domicile. (20)

CARTE II.1
Points de rassemblement de l'Hygiène Publique dans les trois délégations du projet PFPC



SOURCE: A. Gharbi, Rapport statistique sur les activités opérationelles en matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles du 1—1—77 au 30—9—77, gouvernorat de Jendouba, Ministère de la Santé Publique, République Tunisienne.

Les acceptantes de planning familial pouvaient se réapprovisionner en contraceptifs auprès de ces nouveaux points de distribution en plus de l'infrastructure sanitaire de la région--les hôpitaux (régional et auxiliaire), les PMI, le CREPF, les dispensaires, l'équipe mobile.

Il est important de noter que le choix des agents de santé et des infirmiers hygiénistes, qui sont en contact très fréquent avec les populations rurales, répond aux objectifs de l'ONPFP et du Vème Plan national (1977-1981). En effet, le plan prévoit l'extension des services de planning familial et leur intégration dans le cadre d'un programme de santé communautaire, encore à l'état embryonnaire, dans les zones rurales du pays.

Le choix des animatrices sociales a été fait dans le même esprit que celui du personnel de la santé; c'est-à-dire assurer une plus grande pénétration des activités de PF en milieu rural. Enfin, l'omda a été choisi uniquement dans les secteurs où l'accès est très difficile vu le rôle important qu'il joue dans la communauté.

Les points de réapprovisionnement ont commencé à fonctionner environ un mois après la dernière visite des animatrices. A la fin de chaque mois, les cahiers des agents de réapprovisionnement sont envoyés au CREPF pour exploitation des données.

3. Suivi médical

Un programme de visites hebdomadaires a été établi durant lesquelles le directeur médical du projet, responsable du suivi, a assuré les consultations dans des points de rassemblement convenablement choisis afin de pouvoir toucher le maximum de femmes. Les points de rassemblement sont:

- les écoles primaires
- les locaux des cellules destouriennes
- des maisons de citoyens (cédées volontairement)

Pendant les consultations, le médecin a effectué des examens gynécologiques, préscrit des contraceptifs, traité des cas de stérilité et donné des conseils pré- et post-natals.

En plus des consultations dans les points de rassemblement, le médecin a effectué les ligatures des trompes à l'hôpital régional de Jendouba et inséré les DIU au centre régional de PF.

B. PLAN D'ACTION

Chaque délégation a fait l'objet d'une activité spécifique détaillée ci-après (Tableau II.1 et Carte II.2). Pour le calen-

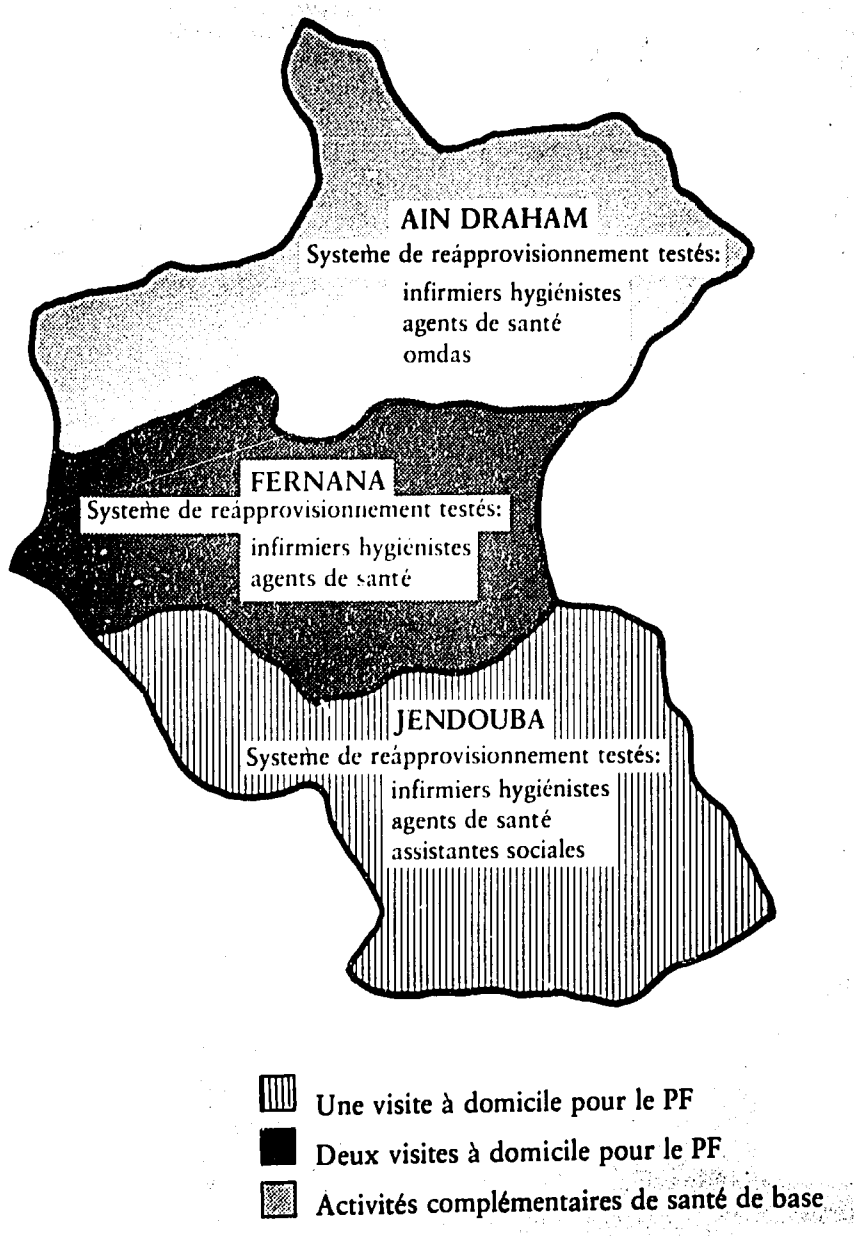
Tableau II.I

Plan d'action du projet PFPC

Composantes	Fernana (région I)	Jendouba (région II)	Ain Draham (région III)
Charactéristiques de base (accès au PF avant le projet)	Peu d'accès préalable au PF; infrastructure de santé extrêmement faible (sauf participation à la campagne de stérilisation féminine 73/74)	Long passé d'activités de PF: centre régional PF (depuis 1970); hôpital régionel (ou ligatures sont effectuées); campagne pilote educative à domicile (71/72); campagne de stérilisation (73/74)	Accès limité au PF avant le projet (sauf participation à la campagne de stérilisation féminine 73/74)
Système de distribution	1. Première visite à domicile (7/77-10/77) par 5 animatrices à toutes femmes éligibles 2. Visite de suivi après six mois (12/77-3/78)	1. Première enquête à domicile par 5 animatrices, toutes femmes éligibles (4/78-9/78); pas de visite de suivi	1. Première enquête (11/78-6/79) 5 animatrices à toutes femmes éligibles 2. Visite de suivi après six mois (6/79-9/79)
Interventions	1. Distribution de pilule, condoms, mousse; référence pour DIU 2. Suivi médical:consultations par le OB/GYN dans les points de rassemblement	1. Distribution de pilule, condoms, mousse; référence pour DIU et ligature 2. Suivi médical:consultations par le OB/GYN dans les points de rassemblement	1. Distribution de pilule, condoms, mousse; (plus néo sampoons-2e visite), référence pour DIU et ligature; distribution des condoms pour hommes 2. Suivi médical:consultations par le OB/GYN dans les points de rassemblement 3. Activités de santé de base
Système de réapprovisionnement	1. Infirmièrs hygiénistes 2. Agents de santé 3. Infrastructure actuelle de santé	1. Infirmièrs hygiénistes 2. Agents de santé 3. Infrastructure actuelle de santé 4. Assistantes sociales	1. Infirmièrs hygiénistes 2. Agents de santé 3. Infrastructure actuelle de santé 4. Omdas (chefs de secteur)
Evaluation[a]	1. Fiche de contact de PF 2. Enquête suivi (7/78-9/78) 3. Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives (8/79-10/79) 4. Evaluation de suivi médical et de systèmes de réapprovisionnement 5. Evaluation qualitative 6. Analyse de rentabilité	1. Fiche de contact de PF 2. Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives (8/79-10/79) 3. Evaluation de suivi médical 4. Evaluation qualitative 5. Analyse de rentabilité	1. Fiche de contact de PF/MCH 2. Evaluation de distribution des condoms pour hommes 3. Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives (8/79-10/79) 4. Mini-enquête Oralyte (9/79) 5. Enquête Néo-sampoon (12/79) 6. Evaluation de suivi médical et de systèmes de réapprovisionnement 7. Evaluation qualitative 8. Analyse de rentabilité

[a]Les trois autres délégations du gouvernorat de Jendouba—Ghardimaou, Bou Salem et Tabarka—ont servi de groupe de contrôle.

CARTE II.2
Plan d'action des activités du projet PFPC



SOURCE: A. Gharbi, Rapport statistique sur les activités opérationelles en matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles du 1–1–77 au 30–9–77, gouvernorat de Jendouba, Ministère de la Santé Publique, République Tunisienne.

drier de toutes les activités du projet PFPC à partir de janvier 1977, voir le Tableau II.2.

1. La délégation de Fernana

Dans cette délégation le travail sur le terrain a été exécuté en trois phases:

- o une première visite à domicile (du 13/7/1977 au 17/10/1977) pour informer, motiver et assurer la prestation des services de planning familial (distribution des contraceptifs oraux) -- 6 cycles, condoms et mousses -- et orientation pour le DIU et la ligature des trompes) aux femmes éligibles.

- o une deuxième visite six mois plus tard (du 5/12/1977 au 23/3/1978) pour le contrôle, le suivi, le réapprovisionnement et la motivation des acceptantes du premier passage.

- o un réapprovisionnement en contraceptifs permanent assuré par les infirmiers hygiénistes et les agents de santé de la région.

Le directeur médical du projet a assuré des consultations hebdomadaires dans des points de rassemblement à Fernana pendant la période entre janvier 1978 jusqu'au juin 1979.

2. La délégation de Jendouba

A Jendouba, le travail sur le terrain a debuté après la deuxième visite de Fernana (du 3/4/1978 au 3/8/1978). Les animatrices n'ont fait qu'une seule visite à domicile durant laquelle elles ont informé, motivé et recruté de nouvelles contraceptrices. Elles ont donné 3 cycles de pilules, 24 condoms, ou des mousses aux acceptantes de ces méthodes. Pour le DIU, les femmes étaient orientées vers le CREPF ou l'équipe mobile, et pour la ligature des trompes, vers l'hôpital régional. Le réapprovisionnement dans la délégation de Jendouba a été assuré par les infirmiers hygiénistes et les agents de santé ainsi que par quelques assistantes sociales de la région. Un programme de visites hebdomadaires par le médecin dans les points de rassemblement les plus isolés a suivi entre décembre 1978 et juin 1979.

Tableau II.2

Calendrier des activités du projet PFPC

Avant projet	janvier - avril, 1977
Formation du projet et pratique sur le terrain	mai - juillet, 1977
Action sur le terrain	
Délégation de Fernana	
1ère visite à domicile	juillet - octobre, 1977
2ème visite à domicile	décembre, 1977 - mars, 1978
Délégation de Jendouba	
Visite à domicile	avril - âout, 1978
Délégation de Ain Draham	
1ère visite à domicile	novembre, 1978 - juin, 1979
2ème visite à domicile	juin - septembre, 1979
Suivi médical	
Transport des candidates pour la ligature des trompes à Fernana	novembre, 1977
Consultations du médecin à:	
Fernana	janvier, 1978 - juin, 1979
Jendouba	décembre, 1978 - juin, 1979
Ain Draham	juillet, 1979 - octobre, 1979
Réapprovisionnement	
Système en place à:	
Fernana	décembre, 1977-décembre, 1979
Jendouba	âout, 1978 - décembre, 1979
Ain Draham	octobre - décembre, 1979
Activités d'évaluation	
Etude préliminaire du projet	décembre, 1977
Enquête de Fernana	
Travail sur le terrain	juillet - septembre, 1978
Enquête sur les prédominance des méthodes contraceptives	
Travail sur le terrain	âout - octobre, 1979
Mini-enquêtes	
Oralyte	septembre - octobre, 1979
Néo sampoon	décembre, 1979

3. La délégation de Ain Draham

Contrairement à Fernana et Jendouba où les animatrices ont concentré leur effort au recrutement de nouvelles acceptantes de planning familial, la délégation de Ain Draham a testé pour la première fois un système intégré de planification familiale et de santé de base.

a. Les activités de planning familial

Le travail sur le terrain a été mené en deux étapes:

- Une première visite (du 8/11/78 au 15/6/79) pour l'information, la motivation et le recrutement des clientes de planning familial. Les animatrices ont distribué des contraceptifs oraux (6 cycles), des condoms, et des mousses et orienté des candidates pour le DIU et la ligature des trompes.

- Une deuxième visite (du 18/6/79 au 25/9/79) pour le contrôle, le suivi, le réapprovisionnement des femmes contraceptrices (3 cycles de pilules) et la motivation pour les non-acceptantes.

Dans le but d'améliorer l'efficacité de la composante PF, des Néo-Sampoons ont été ajoutés à la liste des méthodes contraceptives offertes durant la seconde visite. Les animatrices ont distribué deux tubes de Néo Sampoons principalement aux femmes allaitantes ou celles dont les maris ont été souvent absents. (34)

Enfin, à la suite de la non-acceptabilité des condoms par les femmes contactées, la distribution de cette méthode a été effectuée pendant la deuxième visite auprès des hommes par le chauffeur de l'équipe. Et pour encourager l'adoption de la ligature des trompes et du DIU, un plus grand effort a été fourni pour assurer le transport des candidates à l'hopital de Jendouba.

Après les visites à domicile dans la délégation de Ain Draham, le réapprovisionnement a été assuré par les omdas de plusieurs localités, en plus des infirmiers hygiénistes et des agents de santé. Le suivi médical s'est déroulé entre mi-juillet et mi-octobre 1979.

b. La santé familiale

Le plan d'action de la santé familiale dans la délégation de Ain Draham a été arrêté suite à une série de réunions entre les responsables de l'ONPFP, du Ministère de la Santé Publique et de l'USAID. Après une revue des problèmes de santé dans la région (tels que les maladies gastro-intestinales, les infections respiratoires et de la peau, la tuberculose, etc.), les responsables

du projet ont essayé d'orienter l'action vers la santé maternelle et infantile, en particulier sur la pesée des enfants d'âge préscolaire, la fourniture de solution de réhydratation administrée par voie buccale (Oralyte) pour le traitement des diarrhées infantiles, et quelques autres services de prévention sanitaire, en collaboration avec le service d'hygiène de la région.

Les animatrices ont suivi une formation théorique et pratique d'une dizaine de jours avec l'équipe de l'hygiène sur la santé maternelle et infantile, et l'approvisionnement en certains médicaments préventifs.

Durant la première visite à domicile dans la délégation, les animatrices ont:

- pris la taille et le poids de tous les enfants d'âge préscolaire afin d'être mieux renseignées sur leur état nutritionnel;
- assuré le dépistage des diarrhées, de certaines maladies des yeux, de la peau et d'autre infections parasitaires;
- distribué de la tétracycline ophtalmologique pour les cas de conjonctivite;
- motivé des parents pour qu'ils fassent vacciner leurs enfants
- donné des conseils sur les soins pré- et post-natals;
- motivé les tuberculeux ambulatoires pour qu'ils poursuivent leur traitement.

Un exemplaire des données collectées est fourni à la fin de chaque semaine aux autorités régionales de la santé publique pour étude et action.

En plus de toutes ces activités, les animatrices ont assuré durant la deuxième visite la distribution des paquets d'Oralyte et une bouteille vide en plastique d'un litre (pour le mélange) à chaque famille ayant des enfants d'âge préscolaire avec des instructions sur le mode d'emploi. Malheureusement, dû à un retard dans la livraison de ce médicament, la distribution n'a été effectuée que dans deux secteurs de la délégation.

Le programme intégré PF/santé de base dans la délégation de Ain Draham est détaillé dans le Tableau II.3.

Tableau II.3

Programme de planning familial/santé de base dans le délégation de Ain Draham

Actes	Calendrier des enquêtrices	
	1er passage[a]	2è passage[b]
PLANNING FAMILIAL		
Distribution des:		
Pilules	X	X
Condoms	X	X
Mousses	X	X
Neosampoons		X
Signalement des acceptantes des		
DIU	X	X
Ligature de trompes	X	X
ACTIVITES COMPLEMENTAIRES DE SANTE DE BASE		
Distribution de:		
l'oralyte		X
Pommade	X	X
Tétracycline ophtalmique	X	X
Taille et poids (enfants d'âge pré-scolaire)	X	X
Motivation pour la vaccination des enfants d'âge pré-scolaire	X	X
Conseils de santé pré et post-natale (y inclus l'importance de l'allaitement)	X	X
Dépistage des diarrhéeset de certaines maladies oculaires et parasitaires	X	X
Rappel aux tuberculeux pour le réapprovisionnement en médicaments	X	X

[a]1er passage des enquêtrices: 8/11/78 au 15/6/79.

[b]2è passage des enquêtrices: 18/6/79 au 25/9/79.

C. EVALUATION

L'un des objectifs du projet PFPC est d'essayer de trouver le modèle le plus efficace et le moins coûteux dans l'optique de le généraliser au niveau national du pays. Ainsi, l'évaluation du projet a été orientée vers:

- o la mesure du taux de pénétration du PF avant et après le projet;
- o la mesure de l'efficacité des systèmes de réapprovisionnement;
- o l'impact de l'intégration du PF dans la santé de base;
- o la mesure du coût--efficacité de l'expérience;
- o l'appréciation qualitative de l'expérience et les implications du projet sur le programme national.

1. Les documents de base

L'évaluation du PFPC a été surtout basée sur les deux enquêtes qui ont été menées l'une un an après le démarrage du projet dans la délégation de Fernana et la deuxième deux ans plus tard dans tout le gouvernorat. Donc, contrairement au projet PFAD, les documents de base du PFPC n'ont pas été confectionnés pour répondre à toutes les informations; ils ont été élaborés pour tester plusieurs modèles de contact très simples (pour la consultation des fiches, voir Appendice).

a. Les fiches de contact

Les premières fiches qui ont été utilisées dans la délégation de Fernana pour une exploitation manuelle ne contiennent que la date de la visite, le code de la femme, son nom et si elle est contraceptrice ou non. Ce n'est qu'après les visites de Fernana que les fiches de contact ont été améliorées; d'autres informations ont été ajoutées, telles que l'âge et la parité et, pour Ain Draham, des informations sur les enfants d'âge pré-scolaire (sexe, âge, poids, taille, et certains cas de maladies).

b. Le rapport journalier

C'est une fiche sur laquelle la sécretaire du projet rapporte l'activité de la journée, en notant le nom de l'animatrice, le code des femmes visitées, leur nom et prénom, la date des visites, ainsi que le résultat du contact. Cette fiche a été établie pour

évaluer les performances des animatrices et pour mettre à jour les visites à domicile effectuées.

c. La fiche de réapprovisionnement

Elle a été établie pour servir comme fiche de liaison entre le quartier général du projet et le personnel qui a assuré le réapprovisionnement des acceptantes. C'est la secrétaire du projet qui a été désignée pour mettre à jour cette fiche. Elle comprend toutes les acceptantes de pilules, condoms, crèmes et gelées, avec le nom et prénom, la date de la première acceptation ainsi que le code du 1er passage. Une fois les renseignements pris, la fiche est envoyée au responsable du réapprovisionnement qui indique la date et le point de réapprovisionnement, le nombre des contraceptifs distribués (pilules, condoms, crèmes et gelées), ainsi que ses observations.

Il est à noter que pour des raisons pratiques, cette fiche a été abandonnée et remplacée par des cahiers de réapprovisionnement tenus par les infirmiers hygiénistes et la secrétaire du projet.

d. La carte d'acceptation de planning familial

Tout comme la fiche de réapprovisionnement, cette carte a été établie pour servir de fiche de liaison entre l'acceptante, le médecin, le responsable du réapprovisionnement et les différents services de planning familial de la région. C'est l'animatrice qui a été chargée de délivrer cette carte lors du deuxième passage à toutes les acceptantes dans la délégation de Fernana.

e. La fiche du mode d'emploi

Différents fiches et prospectus ont été employées dans le projet PFPC:

- Fiche des indications et des contre-indications de la pilule. Elle est consultée par l'animatrice, chaque fois qu'il est question de prescrire les pilules à une nouvelle cliente de cette méthode.

- Des prospectus sur le mode d'emploi de la pilule, du Néo Sampoon et de l'Oralyte. Ce sont des fiches en arabe dialectal sur le mode d'emploi et des renseignements sur les effets secondaires de chaque produit.

3. Traitement et analyse des données

La codification et le traitement informatiques des fiches de contact, de l'enquête de Fernana, ainsi que celle portant sur la prédominance du PF à Jendouba, ont été exécutés par l'ONPFP (codification et perforation) et la Société Tunisienne d'Informatique (traitement informatique). L'analyse des données a été effectuée par les chercheurs de l'ONPFP en collaboration avec la responsable du projet de l'Office de Population de l'USAID à Washington, D. C., et celle de Westinghouse Health Systems, Columbia, Maryland.

2. Les enquêtes

Différentes enquêtes ont été menées dans le cadre du projet.

a. L'enquête de Fernana

Cette enquête a été menée pour saisir l'impact du projet PFPC sur la population éligible dans la délégation de Fernana, une année après la première visite des animatrices (27/7/78-25/9/78). L'enquête de Fernana a pour objectifs:

- o l'étude du profil socio-économique et démographique de la population cible;
- o l'appréciation du taux de couverture et de la pratique de la planification familiale dans la région;
- o la connaissance des raisons de la non-adoption des méthodes de PF, des changements de méthodes (ou des abandons);
- o l'analyse du comportement procréateur des femmes;
- o l'évaluation de l'impact de la campagne de motivation et du degré de connaissance des différentes méthodes de PF;
- o l'étude de la disponibilité des services de planification familiale dans la délégation. (29)

b. L'Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives (EPC) dans le gouvernorat de Jendouba

L'EPC a été effectuée par l'ONPFP en août et octobre 1979 (soit deux années après le démarrage du projet) dans l'ensemble du gouvernorat de Jendouba. L'EPC nous a permis d'avoir des informations sur: la relation entre les facteurs socio-démographiques et l'utilisation de la contraception; la disponibilité des méthodes contraceptives; la fécondité au niveau régional; et surtout le taux de couverture dans les 3 délégations--Fernana, Jendouba et Ain Draham--à la fin du projet PFPC ainsi que l'efficacité des systèmes de réapprovisionnement. Les résultats de l'Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives sont exposés dans la Partie III.

c. Les enquêtes d'Oralyte et de Néo Sampoons

Deux mini-enquêtes ont été menées auprès des acceptantes en octobre et en décembre 1979, respectivement, pour évaluer l'acceptabilité de ces deux nouvelles interventions.

CHAPITRE III

RESULTATS DU PROJET PFPC

On peut comparer les changements substantiels intervenus dans l'étude et l'exécution du projet PFPC à Fernana, Ain Draham et Jendouba aux différences importantes de la quantité et de la qualité des données dont on disposait pour mesurer l'incidence du PFPC dans chacune des trois délégations. Par conséquent, à la section suivante, on présente les conclusions de l'issue du projet PFPC séparément par délégation. Une évaluation générale de l'incidence du PFPC figure au chapitre quatre, suivie d'un examen des implications en matière de programme au chapitre cinq.

Lorsqu'on analyse les résultats du PFPC de chaque délégation, le plus grand obstacle a été l'absence d'enquête de préintervention qui aurait fourni des données de base sur les caractéristiques démographiques, l'attitude envers la fécondité et les méthodes contraceptives de la population visée. Comme on l'a noté antérieurement, puisqu'on a insisté en particulier sur la prestation des services, on n'a pu recueillir lors des visites à domicile que peu d'informations; et on ne possédait aucun renseignement sur des questions fondamentales du genre type de méthode contraceptive utilisée au moment de la première visite, âge et analogie quant à la méthode et le régime d'allaitement--aménorrhée ou menstruation. Il est donc impossible d'effectuer une analyse des changements intervenus durant le déroulement du projet relative à la prédominance et à la fécondité selon l'âge, ainsi qu'au nombre désiré d'enfants.

Il est à noter que les données de l'enquête disponibles compensent les formulaires très simplifiés d'enregistrement des ménages. L'analyse suivante est enrichie dans une grande mesure par les résultats de l'enquête de suivi de Fernana effectuée un an après le début de la distribution à domicile et par l'enquête

de prédominance des méthodes contraceptives à l'échelle du gouvernorat qui sert de repère de post-intervention. D'autres informations utiles sont fournies par les agents de réapprovisionnement et médicaux de suivi et par la distribution spéciale de condoms et deux mini-enquêtes relatives à l'acceptation et à l'utilisation des Neo Sampoons et de l'Oralyte.

A. DELEGATION DE FERNANA

1. Sources des données

Les sources de données disponibles pour mesurer l'impact du programme de distribution à domicile sont plus nombreuses pour Fernana que pour les deux autres délégations de Jendouba et d'Ain Draham. Le tableau II.4 montre les populations couvertes et les périodes de temps correspondantes par les différentes sources de données et donne une évaluation de leur qualité. En plus de ces sources spécifiques au projet, il est possible d'utiliser les statistiques de service du programme pour les mêmes périodes afin d'étoffer l'analyse.

L'incidence du programme de distribution à domicile sur l'utilisation des contraceptifs sera mesurée en examinant les changements dans le comportement de la population visitée vis-à-vis des contraceptifs, et ce à partir des données provenant de deux visites à domicile et d'une enquête spéciale menée dans la délégation au mois de juillet et d'août 1978, trois mois après l'achèvement du deuxième passage des animatrices.

Du fait que les femmes qui n'avaient pas été contactées par l'équipe PFPC dans le cadre des visites à domicile à Fernana ont été incluses dans la population à partir de laquelle l'échantillon de l'enquête suivie avait été prélevé, les données de cette enquête de Fernana peuvent être également utilisées pour obtenir une estimation du niveau de la prédominance des contraceptifs parmi toutes les femmes mariées à la fin du programme de distribution à domicile. Cette mesure de la prédominance finale peut donc être comparée à l'estimation du niveau d'utilisation des contraceptifs parmi les résidentes de Fernana interviewées dans le cadre de l'Enquête sur la Prédominance des Méthodes Contraceptives à Jendouba, qui a été menée un an plus tard. Cette comparaison servira d'indication de l'incidence à plus long terme des interventions du projet PFPC sur le comportement des femmes dans la délégation vis-à-vis des contraceptifs.

2. Première visite à domicile

L'équipe PFPC a commencé la première visite à domicile dans la délégation de Fernana en juillet 1977, auprès de 5.551

Tableau II.4

Sources des données pour le projet PFPC dans la délégation de Fernana

Source	Population couverte	Période	Qualité
Fiches de contact-première visite à domicile.	5.551 femmes, y compris 3.958 mariées et âgées de 15 à 44 ans	Juillet-octobre, 1977	Données collectées trés limitées; pas de tableaux croisés
Fiches de contact-deuxième visite à domicile	2.655 femmes mariées et âgées de 15 à 44 ans	Décembre, 1977-mars, 1978	Données collectées trés limités; pas de tableaux croisés
Suivi médical/ fiches de réap-provisionnement	Acceptantes durant et aprés les visites à domicile	Janvier, 1978-juin, 1979	Données limitées à des informations sur le nombre d'acceptantes suivies ou réapprovisionnées et le nombre de nouvelles acceptantes
Enquête de suivi à Fernana	Echantillon pondéré de 681 femmes mariées et âgées de 15 à 44 ans	Juillet-septembre, 1978	Données diverses collectées
Enquête sur la prédominance des méthodes contra-ceptives à Jendouba	Echantillon auto-pondéré de 1.904 femmes non célibataires, âgées de 15 à 49 ans y compris 161 mariées âgées de 15 à 44 ans de la délégation de Fernana	Août-septembre, 1979	Données diverses collectées; analyse limitée vu les limites du sous-echantillon à Fernana

NOTE: Les fiches et les questionnaires des enquêtes sont inclus dans les Appendices.

femmes contactées pendant une période de trois mois. Le Tableau II.5 présente une ventilation des femmes visitées suivant leur éligibilité. La population éligible comprend 3.958 femmes âgées de 15 à 44 ans, soit 75% environ des 5.306 FMAR de Fernana estimées en 1977. (50) Le niveau de couverture de la population cible peut être considéré comme satisfaisant étant donné que les zones les plus isolées n'ont pas été incluses dans le projet PFPC à Fernana.

a. Prédominance de base

Seize % des femmes mariées contactées dans le cadre de la première visite à domicile à Fernana ont déjà utilisé une méthode de planning familial. Malheureusement, aucune information n'est disponible concernant les différentes méthodes utilisées par les femmes car les fiches de contact employées ont été élaborées de manière à être aussi simples que possible. Les estimations de la prédominance de l'utilisation du DIU (3%), de la pilule (1%) et des méthodes secondaires (0,3%) obtenues à partir des statistiques de service du programme pour Fernana pendant cette période indiqueraient, cependant, que 25 à 30 % seulement des femmes pratiquant la contraception au moment de l'enquête n'ont vraisemblablement pas utilisé ces méthodes. (64) Quoiqu'il soit probable qu'une partie des contraceptrices aient recouru à des méthodes traditionnelles telles que le retrait, il est vraisemblable que la plupart des utilisatrices n'employant pas la pilule, le DIU ou une méthode secondaire ont été stérilisées. Comme il a déjà été mentionné dans la partie I de ce rapport, le gouvernorat de Jendouba a connu une campagne de stérilisation féminine en 1973-74 où un grand nombre de ligatures de trompes avaient été effectuées.

b. Risque de grossesse

Le Tableau II.6 présente la distribution de la population éligible à Fernana suivant le risque de grossesse et la situation de l'acceptante au moment de la première visite à domicile. Presque 50% des femmes n'ont pas été considérées exposées au risque immédiat de la grossesse. Il s'agissait de femmes déjà enceintes (16%), allaitantes (aménorrhées) (15%), stériles (1%), celles dont l'époux avait été absent pendant trois mois ou plus (2%), ainsi que les femmes qui pratiquaient déjà la contraception (16%). L'équipe PFPC a fourni aux femmes non soumises au risque provisoire de la grossesse des informations sur les méthodes de planning familial et les a encouragées à envisager l'adoption d'une méthode contraceptive lorsque leur état d'exposition aurait changé.

Tableau II.5

Distribution des femmes contactées durant la première visite à domicile à Fernana selon l'état d'éligibilité

Femmes Contacteés	Effectif	%
TOTAL	5.551	100
Eligibles		
Mariées, 15-44 ans	3.958	71
Pas éligibles		
Mariées, 45 ans ou plus	1.145	21
Célibataires	186	3
Veuves/divorcées	262	5

Tableau II.6

Distribution des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans contactées durant la première visite à domicile à Fernana selon l'état d'exposition au risque de grossesse et d'acceptation

Etat d'exposition au risque de grossesse et d'acceptation	Effectif	%
TOTAL	3.958	100
Pas exposées au risque immédiat	1.924	49
Planifiées	614	16
Enceintes	635	16
Allaitantes (aménorrhées)[a]	582	15
Maris absents	61	2
Stériles	32	1
Exposées au risque immédiat	2.034	51
Acceptantes	1.402	35
Non acceptantes	632	16

[a]Les animatrices avaient reçu pour instructions d'inclure dans ce groupe seulement les femmes allaitantes depuis quatre mois ou moins du postpartum; ainsi, on suppose que la plupart de ces femmes étaient en état d'aménorrhée et n'étaient pas éxposées au risque de grossesse. Cette supposition est soutenue par le fait que le pourcentage des femmes listées par les animatrices comme "allaitantes" est le même que celui des femmes mariées interviewées dans le cadre de l'Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives dans le gouvernorat de Jendouba, qui étaient allaitantes et n'avaient pas leurs régles de nouveau. (Voir Chapitre II dans Partie III de ce rapport.)

NOTE: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

c. Nouvelles acceptantes

Toute femme jugée soumise au risque immédiat de devenir enceinte a obtenu des informations sur les différentes méthodes de planning familial, et si elle en manifestait le désir, elle a été pourvue de contraceptifs oraux, de condoms ou de mousse ou bien elle a été orientée vers l'hôpital ou la clinique quand il s'aggisait de la ligature des trompes ou du DIU. Grâce à l'effort manifesté par les animatrices, le nombre des acceptantes du planning familial a augmenté de presque 230% pendant la période de trois mois de la première visite passant de 614 à 2.016 des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans visitées par l'équipe PFPC. Les 1.402 nouvelles acceptantes recrutées pendant la distribution à domicile représentent plus de 69% des femmes considérées comme étant soumises au risque de la grossesse (Graphique II.1). Comme l'indique le Tableau II.7, les méthodes utilisées par ces nouvelles acceptantes sont principalement la pilule; 833 femmes soit 59% de toutes les nouvelles acceptantes ont re çu des contraceptifs oraux. La demande pour la stérilisation est également élevée; 468 femmes, soit 30% de toutes les acceptantes ont été orientées en vue d'une ligature des trompes. Seul un nombre relativement restreint d'acceptantes ont opté pour le DIU (3%) ou des méthodes secondaires (5%).

3. Deuxième visite à domicile

La deuxième visite à domicile à Fernana a commencé à la mi-décembre 1977 et s'est terminée vers la fin mars 1978. Pendant cette période, l'équipe du PFPC a visité de nouveau 2.655 femmes âgées de 15 à 44 ans, soit 67% environ de la population éligible contactée dans le cadre de la première visite. Malgré que cette mesure n'eusse pas figuré dans la conception initiale du projet, les femmes qui avaient déclaré être contraceptrices n'étaient apparemment pas comprises dans la population touchée par les visites de suivi. Le fait de ne pas revisiter les femmes pratiquant le planning familial au moment de la première visite a rendu difficile l'estimation exacte du nombre total d'utilisatrices à Fernana lors de la deuxième visite. Vu que 60% environ des femmes planifiées au moment de la première visite avaient été stérilisées, le nombre d'utilisatrices n'aurait vraisemblablement pas beaucoup changé pendant cette période relativement brève entre les deux visites. L'estimation de la prédominance de base parmi la population contactée dans le cadre de la première visite peut donc être conjugée aux informations obtenues de la deuxième visite se rattachant au mode d'utilisation de méthodes par les acceptantes afin de formuler des hypothèses quant au niveau global d'utilisation de la contraception à Fernana à la fin de la deuxième visite. En employant les données recueillies durant la deuxième visite, il est également possible d'étudier les raisons formulées par les acceptantes pour expliquer la non-utilisation de la méthode choisie lors de la première visite et

GRAPHIQUE II.1
Exposition au risque de grossesse et état d'acceptation de la contraception parmi les femmes qui étaient contactées durant la première visite à domicile à Fernana

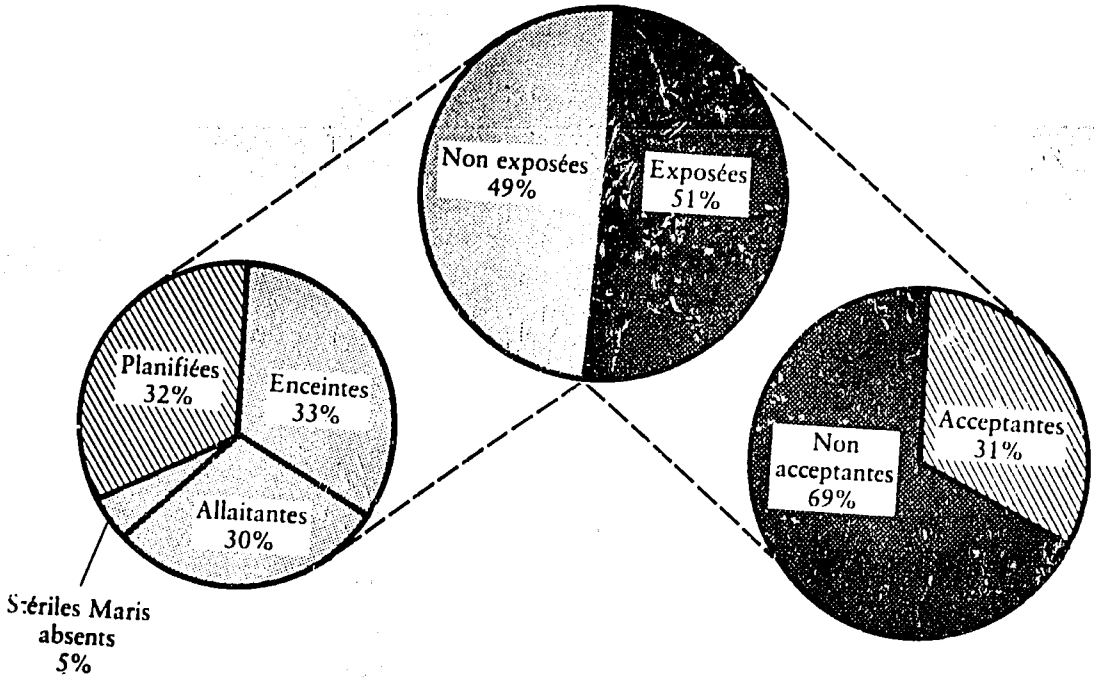


Tableau II.7

Distribution des nouvelles acceptantes durant la première visite à domicile à Fernana par méthode

Méthode	Effectif	%
TOTAL	1.402	100
Pilule	833	59
DIU	37	3
Stérilisation féminine	468	33
Méthodes secondaires	64	4

NOTE: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

d'avoir une idée de l'importance du nombre des nouvelles contraceptrices parmi les femmes n'ayant pas adopté de méthode de planning familial lors de la première visite.

a. Utilisation parmi les acceptantes

Au moment de la deuxième visite, 35% des 1.234 femmes ayant accepté une méthode lors du premier passage ont dit qu'elles utilisaient encore la méthode obtenue ou la méthode vers laquelle elles avaient été orientées six mois auparavant. Le pourcentage des utilisatrices parmi les acceptantes a peu varié suivant la méthode comme le montre le graphique II.2, s'échelonnant entre 30% parmi les acceptantes de la ligature des trompes à plus de 44% parmi celles du DIU dont le nombre est relativement faible. Le niveau d'utilisation parmi les acceptantes de la pilule à Fernana--37% utilisaient correctement la méthode lors de la deuxième visite--est actuellement supérieur à celui des acceptantes du projet PFAD où 13% seulement des femmes qui avaient accepté la pilule durant la première visite à domicile pratiquaient encore cette méthode lorsqu'elles avaient été revisitées.

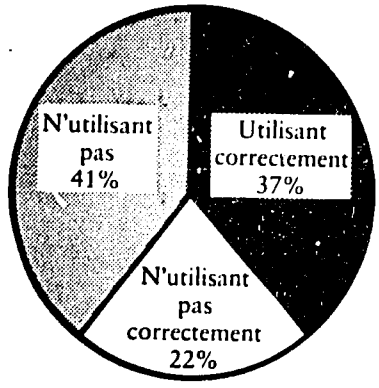
Il est à noter qu'en plus du chiffre précité, 22% des femmes qui avaient accepté la pilule durant la première visite à Fernana étaient, apparemment, motivées à continuer l'utilisation des contraceptifs oraux quoiqu'on ait constaté lors de la deuxième visite qu'elles ne les employaient pas correctement. L'incidence relativement élevée de mauvaise utilisation met en lumière la nécessité d'un suivi soigneux parmi les acceptantes dans les zones rurales et isolées comme Fernana. La deuxième visite a permis de réinformer les acceptantes quant au mode d'emploi des contraceptifs oraux et de motiver les femmes qui, au préalable, n'avaient pas accepté une méthode de planning familial pendant la première visite.

b. Raisons de la non-utilisation

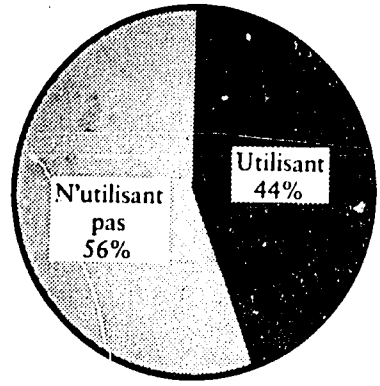
Le Tableau II.8 donne les raisons que les femmes avaient citées pour expliquer la non-adoption de la méthode acceptée lors de la première visite. La crainte des effets secondaires a été la raison principale avec 31% parmi les acceptantes de la pilule. La deuxième raison a été l'opposition du mari avec 18%. L'opposition du mari a été également un facteur déterminant dans l'échec de l'adoption de la ligature des trompes et du DIU par certaines candidates.

Un grand nombre d'acceptantes sont apparemment tombées enceintes avant d'adopter ces méthodes; 32% et 27% respectivement parmi les candidates des deux méthodes ont cité cette raison pour expliquer la non-utilisation du DIU ou de la ligature des trompes lors de la deuxième

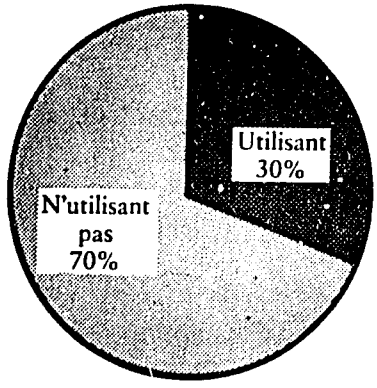
GRAPHIQUE II.2
Etat des contraceptrices parmi les acceptantes durant la deuxième visite à domicile à Fernana



Acceptantes de la pilule *(N=732)*



Acceptantes du DIU (Candidates) *(N=34)*



Acceptantes de la stérilisation féminine (Candidates) *(N=468)*

NOTE: Les acceptantes de la pilule avaient reçu 6 cycles de contraceptifs oraux lors de la première visite alors que les acceptantes du DIU et de la stérilisation féminine étaient orientées aux services concernés.

Tableau II.8

Distribution en pourcentage des non utilisatrices parmi les acceptantes de la première visite à domicile à Fernana selon la méthode acceptée et la raison de la non utilisation

Méthode acceptée et raison de la non utilisation	%
Pilule	100
Peur des effets secondaires	31
Opposition du mari	18
A adopté une autre méthode	3
Autre	48
DIU	100
Tombée enceinte	32
Opposition du mari	16
Raisons de santé	16
Autre	36
Stérilisation féminine	100
Tombée enceinte	27
Opposition du mari	14
Manque de moyen de transport à l'hôpital	15
A adopté une autre méthode	23
Raisons de santé	8
Autre	12

NOTE: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

visite. Les difficultés rencontrées pour assurer un suivi rapide et le transport facile aux candidates de ces deux méthodes sont peut-être, considérées, comme la raison principale pour ne pas adopter l'une ou l'autre méthode. Comme l'indique le Tableau II.8, le manque de transport a été cité comme la cause de la non-adoption de la ligature des trompes parmi 15% de plus des candidates de cette méthode. Alors que le mois de novembre 1977 avait été consacré au suivi et au transport des candidates en vue de la ligature des trompes, des pannes de véhicules, la difficulté du terrain et un programme de visites très chargé ont empêché un suivi plus systématique des candidates à la ligature des trompes et au DIU pendant la durée du projet. Il est à noter également qu'un pourcentage assez considérable (23%) des femmes qui avaient été orientées vers la ligature des trompes mais n'ont pas été stérilisées au moment de la deuxième visite ont indiqué qu'elles avaient adopté une autre méthode.

c. Nouvelles acceptantes

La deuxième visite à Fernana a permis non seulement à l'équipe du PFPC un suivi des acceptantes mais à donner également l'occasion de revisiter les femmes éligibles qui n'avaient pas accepté une méthode au moment de la première visite. Les animatrices ont réussi à motiver 288 femmes à accepter une méthode pendant la deuxième visite, alors que durant la première visite, elles ne s'étaient pas intéressées à la contraception. Encore une fois, la plupart des acceptantes (77%) ont choisi la pilule alors qu'un cinquième environ des femmes ont accepté la ligature des trompes et moins de 4% le DIU (Tableau II.9). En somme, à la fin de la deuxième visite à domicile à Fernana, 1.690 femmes, soit 83% de la population exposée au risque de grossesse et visitée par l'équipe du PFPC, avaient accepté, au cours de cette période de huit mois, une méthode de planning familial.

d. La prédominance au moment de la deuxième visite

L'accroissement de l'utilisation parmi les femmes qui avaient accepté une méthode de planning familial à Fernana pendant la première visite a été impressionnant, surtout en comparaison avec les niveaux réalisés dans le cadre de programmes de distribution à domicile plus intensifs tels que le PFAD. Comme il a déjà été noté, quoiqu'il soit difficile d'avoir une estimation satisfaisante du changement global du niveau de la prédominance à Fernana suite à l'intervention PFPC, il est évident que les 508 nouvelles

Tableau II.9

Distribution des nouvelles acceptantes durant la deuxième visite à domicile à Fernana par méthode

Méthode	Effectif	%
TOTAL	288	100
Pilule	221	77
DIU	10	3
Stérilisation féminine	57	20

utilisatrices représentaient une augmentation de 83% dans le nombre d'utilisatrices sur 614 femmes qui étaient contraceptrices lors de la premiére visite. S'il y avait peu changements dans la tendance d'utilisation--- ce qui est possible--- parmi ces derniéres femmes, on peut supposer que 28% des 3.958 femmes initialement contactées à Fernana étaient utilisatrices du planning familial lors de la deuxième visite. Ce qui représente une baisse estimée à 25% environ dans la population exposée au risque de grossesse--- de 51 à 39% des femmes contactées dans la premiére visite. Il est à noter, une fois de plus, qu'il y a pas de répartition par méthode très valable parmi les utilisatrices; cependant, les utilisatrices de la pilule, du DIU et des méthodes secondaires constituaient probablement une plus grande proportion de toutes les utilisatrices à la fin de la deuxième visite (40-45%) qu'il n'était avant la distribution à domicile à Fernana.

3. Suivi médical

Le plan d'action du projet PFPC prevoyait des visites hebdomadaires par le gynécologue du projet dans des localités selectionées dans la délégation pour assurer le suivi médical des femmes qui avaient reçu des moyens contraceptifs des animatrices aussi bien que de recruter des nouvelles acceptantes du planning familial. Les consultations médicales n'avaient commencé qu'en janvier 1978 (en milieu des services de la deuxième visite) en raison du retard de l'arrivée du deuxième véhicule du projet. Sur une période de 18 mois, 27 consultations ont été effectuées par le médicin dans 14 différentes localités (principalement les écoles primaires à travers les sept secteurs de Fernana. Malgré des interruptions en raison de maladies, congés et pannes de voiture, chaque secteur était

---

1 Ces chiffres englobent les 433 femmes lors de la deuxième visite utilisant la méthode qu'elles avaient acceptée durant la première visite aussi bien que 75 acceptantes de la ligature des trompes qui avaient adopté d'autres méthodes dans la période entre les deux visites.

visité quatre fois approximativement, et 13 femmes en moyenne ont été traitées par visite. Certains jours, jusqu'à 40 femmes avaient parcouru de longs trajets pour consulter le médecin; à d'autres occasions, aucune femme ne s'est présentée en raison du mauvais temps.

En tout, le gynécologue a examiné 366 femmes dont un grand nombre n'avait jamais eu auparavant l'occasion d'être examiné par un gynécologue. Ces consultations ont compris l'établissement d'un dossier personnel intéressant, l'historique de la grossesse et de la contraception, la prise de la tension artérielle ainsi qu'un examen gynécologique. Au cours de ces visites, 24 utilisatrices ont été réapprovisionnées en pilules et 19 femmes sont devenues acceptantes de contraceptifs oraux. Quelques candidates au DIU et à la ligature des trompes ont manifesté le désir pour des méthodes différentes. Quoique ces visites à différents points de rassemblement étaient censés permettre aux femmes d'obtenir un DIU, le gynécologue n'a pas accepté de poser un grand nombre en raison des conditions sanitaires précaires et du risque élevé d'infection. Un certain nombre de DIU ont été retirés chez les femmes déjà ménopausées ou qui souffraient d'une infection ou de saignements prononcés et prolongés. Presque la moitié des femmes (N=179) qui ont consulté le médecin étaient ligaturées plusieurs années auparavant. Les femmes se plaignant de douleurs du bassin, du dos ou de l'abdomen ont été rassurées que ces difficultés n'avaient aucune relation avec la ligature des trompes.

5. Le système de réapprovisionnement en contraceptifs

Afin d'assurer la disponibilité continue des contraceptifs après les visites à domicile dans le cadre du projet PFPC, l'ONPFP a voulu tester l'acceptabilité et la faisabilité de plusieurs nouveaux systèmes de réapprovisionnement dans les trois délégations qui pourraient complémenter l'infrastructure sanitaire déjà existante (le Centre PF Régional, les hôpitaux et les centres de PMI à Jendouba et Ain Draham, les dispensaires et une équipe mobile PF désservant les trois délégations). Les nouveaux points de réapprovisionnement en contraceptifs testés à Fernana consistaient en infirmiers-hygiénistes et en agents sanitaires--le personnel de la Santé Publique, du sexe masculin chargé de l'éducation sanitaire, des mesures simples, préventives et curatives ainsi que des vaccinations. Les infirmiers-hygiénistes (le personnel sanitaire principal dans cette zone) appliquent un programme de visites tous les quinze jours à des "points de rassemblement" différents (écoles, dispensaires, débits de tabac, cellules destouriennes et bureaux de l'omda) à travers la délégation.

Au moment de la deuxième visite à domicile, les animatrices du PFPC ont indiqué à chaque acceptante de la pilule, du condom et de la

crème-mousse, les endroits où le réapprovisionnement pourrait être obtenu, donnant à chaque femme une "carte d'acceptante" qu'elle présenterait à son tour à l'agent au moment de recevoir le réapprovisionnement. La date du réapprovisionnement, le nombre de contraceptifs donnés et les observations s'y rattachant devaient être rapportés sur la carte par l'infirmier-hygiéniste, par le personnel de la clinique, de l'équipe mobile ou par le médecin, avant de la remettre à la femme. L'objet de la "carte d'acceptante" était de tester la faisabilité d'un système suivant lequel les femmes dans la délégation maintiennent leur propre fiche de planning familial. Il a été convenu qu'une nouvelle fiche serait délivrée pour les femmes ayant perdu la fiche originale ainsi qu'aux femmes qui étaient de nouvelles acceptantes du planning familial.

A la suite d'une session de formation spéciale en décembre 1977, sept infirmiers-hygiénistes dans la délégation de Fernana ont été autorisés à fournir des pilules (3 cycles), des condoms et de la crème-mousse aux nouvelles et anciennes acceptantes du planning familial ainsi que de donner la documentation nécessaire pour la pose du DIU et la ligature des trompes dans le cadre de leurs visites prévues dans la délégation. A la fin de chaque mois, les infirmiers-hygiénistes ont remis au PFPC à Jendouba les noms des femmes réapprovisionnées dans chaque secteur avec la date et le nombre de contraceptifs fournis aussi bien que toutes autres observations. Malheureusement, aucune donnée officielle n'a été enregistrée quant au nombre de condoms distribués quoique les infirmiers-hygiénistes les avaient apparemment bien remis lors de leurs visites, en particulier aux hommes. Il n'y a pas également d'information quant au nombre restreint d'acceptantes de crème-mousse qui avaient été réapprovisionnées.

A partir des données disponibles (qui sont incomplètes et ne couvrent qu'une période d'un an approximativement), on peut faire les observations suivantes: les sept infirmiers-hygiénistes travaillant dans la délégation de Fernana ont réapprovisionné en tout 232 acceptantes de la pilule dans le cadre du PFPC. Cinq autres acceptantes du PFPC ont été réapprovisionnées au dispensaire de la commune de Fernana. Les deux visites à domicile ont donné comme résultat un total de 1.054 acceptantes de la pilule, dont 23% ont été réapprovisionnées soit par les infirmiers-hygiénistes, soit par le dispensaire. Pour ce qui est des femmes prenant la pilule, les données laissent croire que les infirmiers-hygiénistes ont réapprovisionné une forte proportion. En plus, ces agents ont recruté 41 nouvelles acceptantes de contraceptifs oraux pendant la période de la collecte de données.

---

[1] Avant que chaque <u>nouvelle</u> acceptante de la pilule recrutée par l'infirmier-hygiéniste ne fût réapprovisionnée, elle devait être examinée par une sage-femme ou par un gynécologue.

6. Insertion du DIU et performance de la ligature de trompes

Au cours des deux visites à domicile dans la délégation de Fernana, l'équipe PFPC a recruté en tout 525 candidates à la ligature des trompes. A la fin du projet en 1979, les dossiers à l'hôpital régional de Jendouba ont été vérifiés afin de déterminer combien de ces femmes avaient obtenu une stérilisation. Au total, 163 femmes qui avaient été stérilisées pendant la période de 1977-79 ont été identifiées comme ayant été recrutées par l'équipe PFPC dans la délégation de Fernana. Vu la difficulté du terrain, la faiblesse de l'infrastructure sanitaire et le fait qu'un grande partie des visites ont dû se dérouler pendant la saison des pluies et les mois d'hiver, le nombre d'insertions de DIU et de ligatures de trompes effectuées peut-être considéré comme satisfaisant.

Les difficultés rencontrées dans le cadre du projet PFPC pour assurer un suivi adéquat et le transport commode à l'hôpital pour les candidates aux ligatures des trompes ont constitué un facteur déterminant dans la non-adoption de la stérilisation par beaucoup des candidates. Le manque de suivi a été la raison principale pour laquelle les candidates au DIU n'ont pas adopté la méthode qu'elle avait acceptée. Malheureusement, on ne dispose d'aucune information quant au nombre exact d'insertions de DIU effectuées parmi les candidates à cette méthode recrutées pendant les visites à Fernana. Les données intéressant le nombre d'utilisatrices trouvées parmi les acceptantes de la première visite au moment de la deuxième visite donnent à penser, cependant, que 40% environ de toutes les candidates du DIU avaient véritablement adopté cette méthode (Graphique II.2).

7. Enquête de suivi à Fernana

Comme mentionné plus haut, une enquête spéciale de suivi a été effectuée à Fernana en juillet 1978 (immédiatement après l'achèvement de la seconde visite à domicile) afin d'évaluer l'incidence du projet PFPC sur la pratique des méthodes contraceptives dans la délégation. Les sections suivantes font ressortir les résultats principaux de l'enquête de Fernana relatifs au niveau d'utilisation de méthodes contraceptives et la structure de l'utilisation chez les femmes qui ont accepté une méthode de contraception durant les visites à domicile.

a. Conception de l'échantillon

L'étude pour l'enquête de Fernana a impliqué la sélection d'un échantillon pondéré de FMAR, classé selon la catégorie dans le cadre du projet PFPC en six groupes: (1) les acceptantes de la

pilule, (2) les acceptantes du DIU, (3) les acceptantes de la ligature des trompes, (4) les non-acceptantes et (5) les femmes déjà sous contraception au moment de la visite à domicile et (6) les femmes non contactées lors de la visite de l'équipe du PFPC. Les formulaires d'enregistrement des ménages ont servi de cadre aux cinq premières catégories et les agents du Ministère de la Santé ont aidé à établir une liste complète des femmes visées qui n'avaient pas été contactées durant les deux animations à domicile à Fernana.

On a interviewé 604 femmes sur les 763 de l'échantillon initial. Le Tableau II.10 indique que le niveau de non-réponse a varié dans une grande mesure selon les groupes, allant de presque 93% chez les acceptantes de la stérilisation à seulement 71% parmi le petit nombre d'acceptantes du DIU. Cette variation dans la proportion des entrevues achevées a introduit un niveau inconnu de biais dans les résultats -- fait dont il faut tenir compte durant l'analyse. Il importe également de noter que quand on tire des conclusions pour l'échantillon entier elles sont fondées sur des donnés pondérées.

b. Accroissement des connaissances en matière de méthodes contraceptives et d'utilisation par le passé

Les résultats de l'enquête à Fernana prouvent l'incidence importante du projet PFPC sur les connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives (Tableau II.11). Quasiment toutes les enquêtées connaissaient l'existence du planning familial--90% connaissaient au moins une méthode moderne de planning familial. Néanmoins, pratiquement toutes les femmes connaissaient la pilule (98%), la stérilisation féminine (97%) et le DIU (95%) mais, en règle générale, étaient moins bien informées en ce qui concerne les méthodes traditionnelles comme le retrait (17%) et le calendrier (5%).

Bien que les niveaux aient été incontestablement élevés avant les animations à domicile, il est probable que l'équipe PFPC ait donné à maintes femmes de Fernana les premiers renseignements sûrs au sujet des méthodes de planning familial. Plus des deux tiers des enquêtés ont effectivement signalé que les animatrices du PFPC leur avaient donné leur premier conseil en matière d'utilisation du planning familial. Par conséquent, le rôle éducatif des agents féminins sur le terrain lors du projet PFPC était aussi important que leurs activités de motivation.

Les agents du PFPC ont encouragé un nombre substantiel de femmes à accepter et à utiliser une méthode de planning familial. Parmi les femmes interviewées lors de l'enquête à Fernana, 39% avaient utilisé au moins une méthode contraceptive. Plus de la moitié de ces utilisatrices (52%) avaient accepté une méthode de planning familial pour la première fois des animatrices du PFPC. Quant

Tableau II.10

L'enchantillon de l'enquête de Fernana

Categorie	Enchantillon théoretique	Nombre contactées	% Interviewées complets	Ponderations	Echantillon pondéré
Acceptantes de la pilule	234	212	83	0,662	129
Acceptantes du DIU	17	12	67	0,562	6
Acceptantes de la stérilisation féminine	141	130	84	0,645	76
Non acceptantées	148	130	70	1,324	135
Femmes non visitées	166	146	80	1,340	173
Femmes ayant déclaré être déjà planifiées	60	51	84	1,737	83

Tableau II.11

Connaissance et pratique du planning familial parmi les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans par méthode utilisée et état du projet PFPC dans la délégation de Fernana en 1978

Méthode utilisée	Etat du projet PFPC						
	TOTAL	Acceptantes de la pilule	Acceptantes du DIU	Acceptantes de la stérilisation féminine	Non acceptantes	Non visitées	Déjà planifiées
% connaissant une méthode							
Pilule	98	98	100	97	99	98	100
DIU	95	91	100	92	96	95	100
Stérilisation féminine	97	95	100	95	98	98	100
Condom	36	27	33	32	31	38	54
Méthodes vaginales	51	43	50	39	46	51	82
Calendrier	5	9	17	1	6	3	6
Retrait	17	20	33	13	18	21	2
% ayant utilisé au moins une méthode							
Pilule	15	45	-	5	4	11	4
DIU	13	5	50	11	10	10	36
Stérilisation féminine	16	3	17	30	6	12	48
Condom	-[a]	-	-	1	-	-	-
Méthodes vaginales	-[a]	-	-	1	-	-	-
Calendrier	-[a]	-	-	-	-	-	2
Retrait	-[a]	-	-	1	-	-	-

[a]Moins que 0,5%.

à la pilule, près des deux tiers de toutes les utilisatrices par le passé (64%) avaient obtenu leur premier approvisionnement de contraceptifs oraux des animatrices du PFPC.

c. Utilisation actuelle

Un objectif principal du projet PFPC consistait à accroître le nombre des utilisatrices qui continuent à user des méthodes contraceptives. Au moment de la visite à domicile, le niveau de prédominance des méthodes contraceptives chez toutes les FMAR de Fernana était de 28% (Tableau II.12). Si on ne tient compte que des enquêtées vues par les animatrices, le niveau de prédominance était même légèrement supérieur (32%). Ce taux représentait un doublement du niveau de base de prédominance chez ces femmes durant la période qui s'est écoulée entre la première visite à domicile (16%) et l'enquête de suivi.

(1) Utilisation parmi les acceptantes

Dans l'ensemble, à l'époque de l'enquête à Fernana, seulement 22% des acceptantes du PFPC utilisaient la méthode de planning familial dont on leur avait donné des approvisionnements ou pour laquelle l'équipe du PFPC leur avait donné une référence. Le pourcentage qui utilisait la méthode acceptée variait et allait de 15% chez les acceptantes de la pilule à 32% des femmes qui avaient accepté une référence pour une stérilisation et 50% du petit nombre des acceptantes du DIU. Il convient de noter que le pourcentage d'acceptantes de la pilule qui la prenaient au moment de l'enquête représentait une baisse substantielle des 37% d'acceptantes de la pilule qui avaient été signalées comme utilisatrices au moment de la seconde visite à Fernana. L'incidence du projet PFPC sur l'utilisation des méthodes contraceptives a été dans une certaine mesure plus forte que les chiffres ci-dessus ne l'indiquaient, puisqu'on a constaté que 7% des acceptantes lors du PFPC pratiquaient le planning familial mais n'utilisaient pas la méthode qu'elles avaient accepté des animatrices durant le projet. Si on considère ces femmes et celles qui utilisaient la méthode qu'elles avaient accepté à l'instigation des animatrices durant la animation, un nombre global de 61 femmes -- 28% de toutes les acceptantes du PFPC -- ont signalé qu'elles utilisaient le planning familial au moment de l'enquête à Fernana; 49% de ces femmes avaient eu une ligature des trompes, 33% prenaient la pilule, 8% avaient un DIU et 3% utilisaient des méthodes secondaires.

(2) Gamme de méthodes chez les utilisatrices actuelles

La majorité des utilisatrices du planning familial (56%) ont subi une ligature des trompes, 25% se fiaient à un DIU et 17% utilisaient la

Tableau II.12

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans utilisant une méthode de planning familial par méthode et état du projet PFPC dans la délégation de Fernana en 1978

Etat du projet PFPC	Méthode				
	Toute méthode	Pilule	DIU	Stérilisation féminine	Autres méthodes
TOTAL	28	5	7	16	-[a]
Acceptantes de le pilule	22	15	2	4	1
Acceptantes du DIU	66	-	50	16	-
Acceptantes de la stérilisation féminine	38	1	4	32	1
Non acceptantes	13	2	5	6	-
Non visitées	19	2	5	12	-
Déjà planifiées	69	4	20	43	2

[a]Moins que 0,5%.

pilule. Seulement 2% de toutes les utilisatrices actuelles employaient des méthodes secondaires ou traditionnelles. Le PFPC a certainement contribué à majorer le pourcentage des utilisatrices qui ont adopté la pilule puisqu'un peu plus des deux tiers des femmes (67%) qui prenaient la pilule au moment de l'enquête avaient accepté cette méthode des animatrices du PFPC. De surcroît, presqu'un tiers des femmes qui avaient subi une ligature des trompes faisaient partie des acceptantes du PFPC.

d. Disponibilité des services du planning familial

Une des tâches des animatrices du PFPC consistait également à faire savoir aux femmes où elles pouvaient se réapprovisionner si elles acceptaient la pilule ou des méthodes secondaires ou bien où elles pourraient profiter d'autres services de planning familial. Il n'en reste pas moins que les enquêtées de l'enquête de Fernana ne connaissaient pas très bien les endroits où elles étaient susceptibles de se procurer des services de planning familial; presqu'un tiers d'entre elles étaient incapables de nommer un endroit où elles pourraient se rendre pour se procurer ces services. Parmi les femmes qui pouvaient nommer une source de planning familial, seulement 18% ont dit qu'elles demanderaient aux infirmiers hygiénistes, au gynécologue du PF ou à l'équipe mobile du PF (Tableau II.13). Durant la période PFPC, on avait souligné que ces fournisseurs représentaient des sources de planning familial. Le fait qu'un grand nombre de femmes ne les avait pas mentionnées comme source des services de planning familial signifiait que les femmes de Fernana s'adressaient encore dans une grande mesure aux fournisseurs de services traditionnels. Par conséquent, le projet PFPC a moins réussi à faire reconnaître le système des services d'approvisionnement, un but qu'il s'était fixé, qu'il n'a réussi à accroître le nombre d'acceptantes à Fernana. Il est évident qu'il était nécessaire d'avoir un système puisque plus de la moitié des enquêtées capables de nommer un endroit où elles pourraient se rendre pour se procurer des services de planning familial a signalé qu'il leur faudrait plus de deux heures pour se rendre à cet endroit-là.

e. Conséquences des résultats de l'enquête de Fernana

Les résultats de l'enquête de Fernana prouvent l'incidence marquée qu'a eue le projet PFPC sur l'accroissement de l'utilisation et l'acceptation du planning familial dans cette délégation. L'enquête a indiqué que l'utilisation du planning familial a quasiment doublé parmi les femmes vues par les animatrices du PFPC durant la période pendant laquelle s'est déroulée le projet--une conclusion qui a confirmé l'utilité d'un système de distribution intensive à domicile comme le PFPC. L'enquête a également indiqué que la difficulté d'accès aux services de planning

Tableau II.13

Distribution en pourcentage des femmes nommant un endroit où les services de planning familial sont disponibles par le type de fournisseur de service dans la délégation de Fernana en 1978

Type du fournisseur de service	%
Hôpital	30
Clinique du planning familial	15
Equipe mobile	6
Médecin du planning familial	2
Infirmier hygiéniste	10
Médecin privé	27
Pharmacie	5
Autres/ne sait pas	5

familial à Fernana a empêché dans une grande mesure de faire le lien et de bâtir sur les leçons tirées de l'expérience du PFPC.

8. Résultats de l'enquête de prédominance des méthodes contraceptives (EPC)

En dernier lieu, quand on évalue les conséquences du projet PFPC dans la délégation de Fernana, il est important de considérer l'effet à long terme des activités des animatrices sur l'utilisation des méthodes contraceptives. Des preuves émanant de l'enquête de prédominance des méthodes contraceptives effectuée sur le terrain à l'échelon du gouvernorat quelque 18 mois après la deuxième visite à domicile à Fernana (et 13 mois après l'enquête de suivi à Fernana) soulignent que l'intensification de l'utilisation des méthodes contraceptives imputable aux activités du PFPC semble avoir été soutenue dans la délégation; 23% des femmes mariées, âgées de 15 à 44 ans utilisaient le planning familial en 1979, date de l'EPC. La majoration relative de 40% de la prédominance des méthodes contraceptives probablement amoindrit l'incidence réelle du PFPC, puisque l'équipe du projet n'a pas visité les femmes qui vivent dans les régions les plus isolées de la délégation et qu'elles sont donc exclues de l'estimation de base.

Le taux de prédominance à l'époque de l'EPC était dans une certaine mesure inférieur au niveau de l'utilisation estimé au moment de la deuxième visite à domicile à Fernana (28%). Il se peut que cette différence--qui suggère une baisse des niveaux de l'utilisation post-projet--soit attribuable à l'omission de la population très isolée du centre pour le dernier taux. Toutefois, le niveau de prédominance au moment de l'EPC était également quelque peu inférieur au niveau de prédominance chez les femmes mariées interviewées lors de l'enquête de suivi à Fernana, on peut donc penser que les niveaux d'utilisation ont accusé un léger fléchissement par rapport à la pointe du moment des visites à domicile.

B. DELEGATION DE JENDOUBA

1. Les sources de données

Comme l'indique le Tableau II.14, il existe trois sources principales à partir desquelles des données peuvent être obtenues en vue d'explorer certaines questions intéressant le comportement des femmes habitant la délégation de Jendouba vis-à-vis de la contraception. Les informations recueillies au cours des visites à domicile peuvent être employées afin d'estimer la prédominance de base parmi la population éligible visitée par les animatrices du PFPC, et de déterminer l'incidence éventuelle que pourraient avoir les nouvelles

Tableau II.14

Sources des données pour le projet PFPC dans la délégation de Jendouba

Source	Population couverte	Période	Qualité
Fiches de contact-première visite à domicile	13.078 femmes, y compris 6.732 mariées et âgées de 15 à 44 ans	Avril-août, 1978	Données collectées très limitées; pas de tableaux croisés
Suivi médical/ fiches de réap-provisionnement	Acceptantes durant et aprés la visite à domicile	Avril, 1978-août, 1979	Données limitées à des informations sur le nombre d'acceptantes suivies ou réapprovisionnées et le nombre de nouvelles acceptantes
Enquête sur la prédominance des méthodes contra-ceptives à Jendouba	Echantillon auto-pondéré de 1.904 femmes non célibataires, âgees de 15 à 49 ans y compris 439 mariées âgées de 15 à 44 ans de la délégation de Jendouba	Août-septembre, 1979	Données diverses collectées; analyse limitée vu les limites du sous-échantillon à Jendouba

NOTE: Les fiches et les questionnaires des enquêtes sont inclus dans les Appendices.

acceptantes recrutées dans le cadre du programme de distribution sur le niveau de prédominance dans la délégation. Du fait qu'il n'y a pas eu de visite ou d'enquête de suivi immédiat à Jendouba, il est impossible de chiffrer avec précision les changements à l'égard de l'utilisation de méthodes de planning familial parmi la population contactée par les animatrices. Les fiches de suivi médical et les données obtenues des agents de réapprovisionnement dans le programme fournissent, néanmoins, quelques idées de l'impact du projet sur le niveau d'activités de planning familial dans la délégation pendant la période du projet. Les statistiques de service fournissent également quelques informations quant au nombre d'acceptantes de DIU et de ligature des trompes qui ont véritablement adopté ces méthodes.

En plus des données obtenues des visites à domicile et des agents de réapprovisionnement, une estimation finale du niveau de prédominance à Jendouba peut être obtenue des données recueillies parmi les femmes dans la délégation qui ont été incluses dans l'enquête sur la prédominance à l'échelle du gouvernorat. On peut avoir une idée de l'incidence du programme PFPC sur l'utilisation des moyens contraceptifs en comparant cette estimation avec le taux de base parmi la population éligible visitée dans le cadre des visites à domicile à Jendouba.

2. La visite à domicile

L'équipe PFPC a commencé la visite à domicile à Jendouba au début d'avril 1978, après avoir terminé la deuxième visite à domicile à Fernana. A la fin de la visite au mois d'août 1978, l'équipe avait contacté 13.078 femmes, en leur donnant des informations sur la planification familiale et en motivant celles qui étaient éligibles à adopter une méthode. Comme le montre le Tableau II.15, 6.732 (51%), étaient mariées et âgées de moins de 45 ans et, ainsi, éligibles à accepter des méthodes de planification familiale de la part des animatrices. Les femmes visitées représentent 69% du nombre estimatif de 9.820 femmes mariées âgées de 15 à 44 ans (FMAR) vivant à Jendouba.

Le niveau de couverture des FMAR à Jendouba a été quelque peu inférieur à celui réalisé lors de la visite à Fernana; il a été, néanmoins, suffisant car le programme de distribution n'avait pas inclus de toucher la population la plus isolée géographiquement dans aucune des trois délégations. Comme on l'a déjà noté, 39% des ménages à Jendouba sont considérés comme isolés par rapport à 33% dans la délégation de Fernana.

Tableau II.15

Distribution des femmes contactées durant la visite à domicile à Jendouba selon l'état d'éligibilité

Femmes contactées	Effectif	%
TOTAL	13.078	100
Eligibles		
Mariées, 15-44 ans	6.732	51
Pas éligibles		
Mariées, 45 ans ou plus	3.626	28
Célibataires	2.131	16
Veuves/divorcées	589	5

a. Prédominance de base

Vu que l'infrastructure des services de santé et de planning familial est de loin plus développée et plus accessible même géographiquement dans la délégation de Jendouba que celle de Fernana, il n'est pas étonnant que la prédominance de base a été plus élevée parmi les FMAR contactées à Jendouba que parmi celles visitées au moment de la première visite à Fernana. L'importance de l'écart est, néanmoins, impressionnante. Trente-trois % de la population éligible contactée par les animatrices à Jendouba pratiquaient déjà la planning familial; ainsi la prédominance de base a été plus de deux fois plus élevée qu'à Fernana (16%).

Malheureusement, il n'y a pas de ventilation fiable des méthodes pratiquées par les femmes déjà planifiées à Jendouba. Comme c'était le cas à Fernana, cependant, la plupart des contraceptrices avaient été vraisemblablement stérilisées. Le pourcentage utilisant d'autres méthodes était probablement plus élevé à Jendouba qu'à Fernana. En recourant aux statistiques de service pour cette période, il est possible d'estimer qu'à peu près la moitié de la population éligible qui avaient dit aux animatrices qu'elles pratiquaient déjà le planning familial utilisaient la pilule ou le DIU. (64)

b. Risque de grossesse

En raison du caractère limité des données recueillies dans le cadre des visites à domicile, il est difficile de chiffrer avec exactitude la population exposée au risque de grossesse parmi les FMAR visitées dans la délégation de Jendouba. Le Tableau II.16 montre, cependant, que plus de 70% de la population éligible visitée par les animatrices PFPC à Jendouba n'étaient pas considérées comme exposées au risque immédiat de grossesse, soit parce qu'elles étaient déjà enceintes (13%), allaitantes aménorrhées (20%), soit parce qu'elles n'étaient pas exposées en raison de l'absence du mari depuis trois mois ou plus (4%).

c. Nouvelles acceptantes

L'équipe du PFPC a recruté 713 nouvelles acceptantes au cours de la visite à domicile à Jendouba. Ces acceptantes représentaient 38% des femmes considérées comme exposées au risque de grossesse (Graphique II.3).

La Tableau II.17 représente la répartition des acceptantes par méthode. La plupart des acceptantes (55%) ont opté pour les contraceptifs oraux. La demande pour les services de stérilisation a

Tableau II.16

Distribution des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans contactées durant la visite à domicile à Jendouba selon l'état d'exposition au risque de grossesse et d'acceptation

Etat d'exposition au risque de grossesse et d'acceptation	Effectif	%
TOTAL	6.732	100
Pas exposées au risque immediat	4.871	72
Planifiées	2.239	33
Enceintes	895	13
Allaitantes (aménorrhées)	1.368	20
Maris absents	289	4
Stériles	80	1
Exposées au risque immediat	1.861	28
Acceptantes	713	11
Non acceptantes	1.148	17

[a]Les animatrices avaient reçu pour instructions d'inclure dans ce groupe seulement les femmes allaitantes depuis quatre mois ou moins du postpartum; ainsi, on suppose que la plupart de ces femmes étaient en état d'aménorrhée et n'étaient pas exposées au risque de grossesse. Cette supposition est soutenue par le fait que le pourcentage des femmes listées par les animatrices comme "allaitantes" est le même que celui des femmes mariées interviewées dans le cadre de l'Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives dans le gouvernorat de Jendouba, qui étaient allaitantes et n'avaient pas leurs régles de nouveau. (Voir Chapitre II dans Partie III de ce rapport.)

NOTE: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

GRAPHIQUE II.3
Exposition au risque de grossesse et état d'acceptation de la contraception parmi les femmes qui étaient contactées durant la première visite à domicile à Jendouba

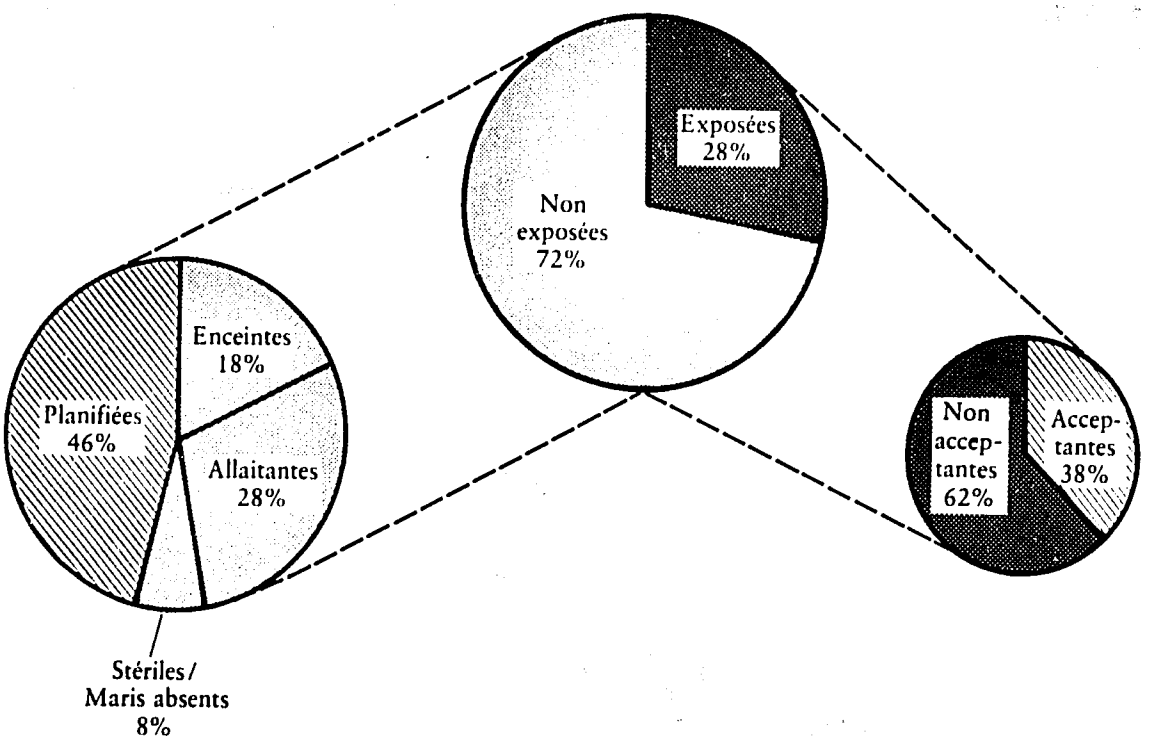


Tableau II.17

Distribution des nouvelles acceptantes durant la visite à domicile à Jendouba par méthode

Méthode	Effectif	%
TOTAL	713	100
Pilule	392	55
DIU	117	16
Stérilisation féminine	183	26
Méthodes secondaires	21	3

été également élevée; 183 femmes, soit 26% de toutes les acceptantes, ont été orientées vers la ligature des trompes. Le choix du DIU a été plus important à Jendouba qu'à Fernana; 117 femmes, soit 16% de toutes les acceptantes à Jendouba, ont été orientées vers le DIU alors que moins de 3% des acceptantes à Fernana avaient demandé cette méthode. Comme à Fernana, relativement peu d'acceptantes (3%) ont choisi des méthodes secondaires.

L'acceptabilité relativement plus élevée du DIU à Jendouba qu'à Fernana correspond aux préférences enregistrées dans les statistiques de service; par exemple, le taux d'acceptation du DIU à Jendouba en 1976 a été presque 5 fois plus important qu'à Fernana. Ce qui est dû au fait que les insertions de DIU et d'autres services de planning familial étaient plus accessibles à Jendouba. Il n'est pas possible non plus de comparer d'autres facteurs tels que l'âge, la taille de la famille et l'intérêt à l'espacement ou limation des naissances qui auraient vraisemblablement influencé la décision d'accepter un DIU ou une autre méthode, en particulier la ligature des trompes.

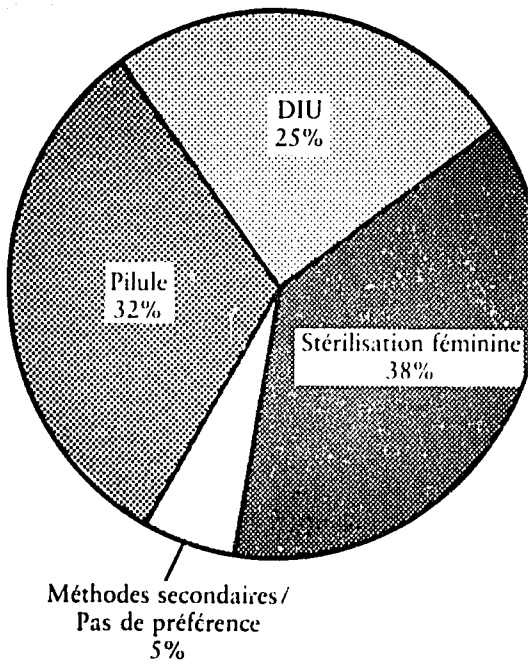
d. Intentions de la pratique du PF dans l'avenir

On a demandé aux femmes qui n'avaient pas accepté une méthode de planification familiale d'indiquer la méthode qu'elles envisageraient d'adopter dans l'avenir. Vingt-deux % environ des femmes qui n'employaient pas et n'avaient pas accepté une méthode ont exprimé leur intérêt de pratiquer le planning familial à l'avenir. Comme le montre le Graphique II.4, la plupart de ces femmes (38%) se déclarant intéressées par l'acceptation d'une méthode à l'avenir semblaient préférer la stérilisation. Le reste des femmes étaient partagées entre la pilule avec 32% et le DIU avec 25%. Encore une fois, peu d'intérêt pour les condoms ou les méthodes vaginales.

e. Répercussions de la distribution de la contraception

Le projet PFPC n'a pas eu autant d'impact à Jendouba qu'à Fernana; le nombre de nouvelles familles acceptantes recrutées à Jendouba a été moins que la moitié du nombre obtenu lors de la première visite à Fernana. Certains facteurs ont sans doute contribué aux performances assez faibles du projet à Jendouba. Tout d'abord, la population exposée au risque de grossesse à Jendouba au moment de la visite était relativement bien plus petite que celle de Fernana; moins de 30% des FMAR contactées par l'équipe PFPC à Jendouba avaient été considérées comme étant exposée au risque de grossesse par rapport à 50% environ des FMAR contactées dans le cadre de la première visite à domicile à Fernana. Le fait que la population exposée au risque de grossesse était

GRAPHIQUE II.4
Méthode à choisir dans l'avenir parmi les non acceptantes durant la première visite à domicile à Jendouba



(N=807)

proportionnellement plus faible a été bien sûr en corrélation avec la prédominance de base plus élevée à Jendouba (33%) qu'à Fernana (16%). Il se peut également que le travail sur le terrain des animatrices PFPC ait été moins efficace à Jendouba qu'à Fernana en raison du temps très chaud pendant les mois d'été et du fait que le personnel du CREPF devait s'occuper en même temps de l'enquête-suivi de Fernana. Un autre facteur important est à considérer; les moyens contraceptifs n'étaient pas offerts d'une manière systématique aux femmes allaitantes post-partum de 4 mois et plus de la délégation de Jendouba comme c'était le cas à Fernana.

Si toutes les 713 nouvelles acceptantes à Jendouba avaient adopté ou continué à employer la méthode qu'elles avaient choisie, le programme aurait réalisé, néanmoins, une augmentation de 32% du taux de prédominance sur une période de quatre mois. La distribution à domicile a eu également pour but de promouvoir l'intérêt porté à l'utilisation future de planning familial parmi les femmes qui n'avaient pas adopté une méthode lors des visite à domicile.

3. Suivi médical

En raison du renforcement de l'infrastructure sanitaire et la meilleure disponibilité de services de planning familial dans la délégation de Jendouba, le gynécologue a tenu une série de consultations spéciales seulement dans quelques localités sélectionnées de la délégation. Entre décembre 1978 et juin 1979, il a entrepris en tout 12 visites aux écoles rurales et à un dispensaire dans 6 secteurs de la délégation. Sur 210 femmes examinées, 107 étaient déjà ligaturées, 45 utilisaient le DIU et 25 prenaient la pilule. Parmi les nouvelles acceptantes du planning familial, 11 ont demandé la pilule et deux étaient candidates pour le DIU et la ligature des trompes. Plusieurs femmes se sont présentées pour une visite prénatale et 15 autres ont été traitées pour des maux différents.

4. Système de réapprovisionnement des moyens contraceptifs

Le réapprovisionnement des moyens contraceptifs dans la délégation de Jendouba a été assuré par des infirmiers-hygiénistes et des agents de santé ainsi que des animatrices sociales (des jeunes femmes travaillant pour le Ministère des Affaires Sociales dont les responsabilités consistent principalement à aider les familles nécessiteuses dans les zones urbaines). La sélection et la formation des infirmiers-hygiénistes devant servir d'agents de réapprovisionnement dans le cadre du projet PFPC ont eu lieu en septembre 1978, après l'achèvement des visites à domicile

dans la délégation. Huit infirmiers-hygiénistes visitant un total de 38 points de rassemblement dans la délégation 3 à 4 jours de suite par mois en moyenne, ont fourni des pilules (3 cycles) et des condoms aux femmes éligibles (acceptantes du PFPC aussi bien que les femmes nouvellement recrutées) en plus de l'exécution de leurs activités ordinaires. En 1979, 3 animatrices sociales travaillant dans des zones semi-urbaines de trois secteurs de la délégation de Jendouba ont été sélectionnées également pour servir d'agents de réapprovisionnement des moyens contraceptifs pour le projet PFPC. D'autres sources de réapprovisionnement pour les utilisatrices de contraceptifs oraux et de méthodes secondaires dans la délégation ont compris: 9 dispensaires, le centre régional d'éducation et de planning familial (CREPF), l'équipe mobile de planning familial, le centre de PMI et l'hôpital régional.

Quoique les statistiques obtenues n'intéressent qu'une période limitée et soient, évidemment, incomplètes, elles montrent, néanmoins, que 160 des 392 acceptantes de la pilule du PFPC, soit 41%, ont été réapprovisionnées de la manière suivante: 103 par les 8 infirmiers-hygiénistes; 16 par les 6 dispensaires durant la période d'avril 1978 à octobre 1978; 22 par le CREPF (19 acceptantes de la pilule réapprovisionnées entre avril et août 1978, et 3 au cours du mois de mars 1979); et 19 par les assistantes sociales. En plus, 90 nouvelles acceptantes de la pilule avaient été recrutées--82 signalées par les infirmiers-hygiénistes et 8 par les trois assistantes sociales. Les registres du CREPF pour les six mois de 1978 indiquent que la période moyenne entre la date à laquelle une femme a été contactée pour la première fois par les animatrices et la date à laquelle elle a demandé un réapprovisionnement a été d'un peu plus de deux mois (66 jours). Dans le cas des 6 dispensaires, la période moyenne correspondante a été approximativement de 3 mois (88 jours). Malheureusement, aucune donnée n'est disponible pour le réapprovisionnement des acceptantes du PFPC de condoms et de mousses.

5. Insertions de DIU et performance de la ligature des trompes

A la fin du projet PFPC, les fiches du programme pour la période qui a suivi les visites à domicile à Jendouba ont été examinées en vue de recenser les candidates au DIU et à la ligature des trompes à Jendouba qui avaient obtenu leur méthode d'un hôpital ou dispensaire ou de l'équipe mobile dans la délégation. Le travail de recoupement a montré que peu de candidates au DIU et à la ligature des trompes à Jendouba avaient fini par adopter la méthode vers laquelle elles étaient orientées; seulement 18 des 117 acceptantes de DIU (15%) et 22 des 183 acceptrices de ligature des trompes (12%) ont été signalées comme utilisatrices du programme. Le fait que les animatrices n'ont fait qu'une seule visite à domicile, le mauvais suivi des candidates dans le projet,

et le fait qu'on n'a pas pris les dispositions nécessaires pour assurer d'une manière adéquate le transport à l'hôpital à Jendouba, particulièrement des acceptantes de ligatures des trompes, constituent des facteurs importants qui ont eu une influence sur les taux faibles d'adoption de ces méthodes. Il est à noter également qu'il a été parfois difficile de faire une corrélation précise entre les noms des candidates et les noms des acceptantes du programme, et il est probable qu'un certain nombre de candidates qui avaient véritablement adopté la méthode qu'elles avaient choisie pendant la visite à domicile à Jendouba n'ont pas été repérées par ce processus de corrélation.

6. Résultats de l'enquête de prédominance des méthodes contraceptives à l'échelle du gouvernorat (EPC)

Comme il n'y a eu ni une deuxième visite à domicile à Jendouba, ni une enquête de suivi, les résultats de l'enquête de prédominance des méthodes contraceptives à l'échelle du gouvernorat fournit les seules indications relatives à l'incidence d'ensemble du PFPC sur le taux de prédominance des méthodes contraceptives à Jendouba. Trente-neuf pour cent des femmes mariées de 15 à 44 ans de la délégation interviewées lors de l'EPC pratiquaient le planning familial. Si on compare ce pourcentage à l'estimation du taux de prédominance des méthodes contraceptives dans le gouvernorat au début de la visite à domicile à Jendouba (33%), il semble qu'un accroissement de 18% du niveau d'utilisation est intervenu dans la délégation durant la quasi totalité de l'année entre la visite et l'enquête finale. Bien que l'évolution du niveau de prédominance ait été bien plus modeste que celle qui s'est apparemment produite à Fernana (40%), il est très improbable que l'utilisation du planning familial à Jendouba aurait augmenté aussi rapidement sans l'intervention du PFPC. Il importe de répéter que l'incidence générale du projet PFPC peut dans une certaine mesure être amoindrie si on établit une comparaison du taux de prédominance fondé sur les résultats de l'enquête (qui sont représentatifs de toute la population éligible) avec le taux de base qui reflétait le niveau d'utilisation uniquement chez les femmes visitées par les animatrices du PFPC (69% du total de la population visée).

C. DELEGATION DE AIN DRAHAM

1. Sources de données

Le Tableau II.18 présente sous forme schématique les sources principales d'informations sur le programme de distribution à domicile à Ain Draham. Comme c'était le cas à Fernana et à Jendouba, l'estimation de la prédominance de base a été calculée à

Tableau II.18

Sources des données pour le projet PFPC dans la délégation de Ain Draham

Source	Population couverte	Période	Qualité
Fiches de contact-première visite à domicile	5.784 femmes, y compris 3.441 mariées et âgées de 15 à 44 ans	Novembre, 1978-juin, 1979	Données collectées trés limitées; pas de tableaux croisés
Fiches de contact-deuxième visite à domicile	3.391 femmes mariées et âgées de 15 à 44 ans	Juin-septembre, 1979	Données collectées limitées; possibilité de tableaux croisés
Suivi médical/ fiches de réap-provisionnement	Acceptantes durant et aprés les visites à domicile	Juillet-décembre, 1979	Données limitées à des informations sur le nombre d'acceptantes suivies et réapprovisionnées et le nombre de nouvelles acceptantes
Enquête sur la prédominance des méthodes contra-ceptives à Jendouba	Echantillon auto-pondéré de 1.904 femmes non célibataires, âgées de 15 à 49 ans y compris 158 mariées âgées de 15 à 44 ans de la délégation de Ain Draham	Août-septembre, 1979	Données diverses collectées analyse limitée vu les limites du sous-échantillon à Ain Draham
Enquête d'Oralyte	350 ménages avec enfants d'âge pré-scolaire	Septembre-octobre, 1979	Données limitées à l'acceptation et l'utilisation de l'Oralyte
Enquête sur l'acceptation du Néo Sampoon	22 acceptantes du Néo Sampoon	Décembre, 1979	Données limitées à l'utilisation et aux raisons de la non utilisation

NOTE: Les fiches et les questionnaires des enquêtes sont inclus dans les Appendices

partir de données recueillies pendant la première visite à domicile. L'estimation de la prédominance de base peut être confrontée à une estimation du niveau de prédominance parmi la population visitée au moment de la deuxième visite en vue d'évaluer l'incidence de la distribution à domicile sur le comportement des femmes à Ain Draham contactées par les animatrices vis-à-vis des moyens contraceptifs. Des renseignements obtenus du médecin chargé d'assurer le suivi médical des acceptantes, des agents censés réapprovisionner les acceptantes en pilules et des statistiques de service du programme permettent d'obtenir d'autres détails utiles relatifs au fonctionnement du projet à Ain Draham.

Des données obtenues des résidentes d'Ain Draham interviewées dans le cadre de l'enquête sur la prédominance à l'échelle du gouvernorat servent également à évaluer le projet PFPC. Toute comparaison des mesures de prédominance obtenue durant l'enquête finale à l'échelle du gouvernorat risquera, cependant, de sous-estimer le changement du taux de prédominance survenu au cours de la période du projet. En examinant les résultats de l'enquête sur la prédominance concernant Ain Draham il faut rappeler également que le travail sur le terrain pour l'enquête avait été prévu pour septembre 1979, tout de suite après l'achèvement de la deuxième visite à domicile. Ainsi, les résultats ne peuvent donner aucune perspective concernant l'impact à long terme du projet sur l'utilisation du planning familial.

Finalement, deux mini-enquêtes spéciales ont été menées à Ain Draham à la fin de l'enquête suivi en vue d'évaluer les résultats de la distribution de suppositoires contraceptifs moussants Neo Sampoon parmi les femmes éligibles et d'Oralyte parmi les ménages ayant obtenu l'Oralyte pour des enfants d'âge pré-scolaires dans le cadre de la deuxième visite dans la délégation. En raison de problèmes d'administration et de réapprovisionnement, ni l'une ni l'autre de ces interventions spéciales n'a eu la couverture initialement envisagée dans la conception du projet. Les résultats des mini-enquêtes sont en quelque sorte très peu limités si on veut les utiliser au niveau de la généralisation. L'enquête sur le Neo Sampoon, néanmoins, indique que les comprimés moussants sont acceptables en tant que complément à la gamme des méthodes disponibles en Tunisie, et l'enquête sur l'Oralyte explicite la faisabilité et l'utilité de la conjugaison d'une telle intervention sanitaire avec un programme de distribution de contraceptifs.

2. Interventions en matière de planning familial

a. Première visite à domicile

Pendant la période de sept mois de la première visite à domicile à Ain Draham, l'équipe PFPC a contacté en tout 5.784 femmes (Tableau II.19). La couverture de la population visée à Ain Draham a été similaire à celle dans la délégation de Fernana. Les animatrices ont visité 3.441 femmes mariées âgées de 15 à 44 ans, soit 75% environ des 4.605 femmes actuellement mariées dans cette tranche d'âge qui, suivant les estimations, vivaient dans la délégation au moment de la distribution à domicile.

(1) Prédominance de base

Parmi les femmes actuellement mariées contactées par les animatrices à Ain Draham, 24% étaient déjà planifiées. La prédominance de base parmi la population visitée était, donc, plus élevée que celle signalée à Fernana (16%) mais inférieure à celle signalée à Jendouba (33%). Encore une fois aucune ventilation valable n'est disponible pour ce qui est de la gamme de méthodes employées par les utilisatrices. Si l'on fait une extrapolation à partir des estimations de la prédominance fondée sur les statistiques de service du programme, qui font savoir qu'en 1978, 8% des femmes mariées dans la délégation de Ain Draham employaient les contraceptifs oraux, le DIU ou des méthodes secondaires. Il paraît probable qu'un tiers environ des femmes signalées comme planifiées au moment de la première visite à Ain Draham employaient ces méthodes. Vraisemblablement la plupart des autres utilisatrices avaient été stérilisées.

Pour trois des neuf secteurs contactés au cours de la distribution à domicile à Ain Draham, il existe des données relatives à la gamme des méthodes utilisées par les femmes pratiquant le planning familial au moment de la première visite. Les informations obtenues de ces femmes confirment les hypothèses adoptées quant à la gamme des méthodes employées par toutes les utilisatrices. Parmi les 206 femmes signalées comme pratiquant la contraception au moment du passage des animatrices dans ces secteurs, 20% employaient le DIU, 11% les contraceptifs oraux et plus de 66% s'étaient fait faire la ligature des trompes. Comme à Fernana et à Jendouba, les femmes ayant été stérilisées semblaient être deux fois plus nombreuses que celles employant n'importe quelle autre méthode.

Tableau II.19

Distribution des femmes contactées durant la première visite à domicile à Ain Draham selon l'état d'éligibilité

Femmes contactées	Effectif	%
TOTAL	5.784	100
Eligibles		
Mariées, 15-44 ans	3.441	59
Pas éligibles		
Mariées, 45 ans ou plus	997	17
Célibataires	775	13
Veuves/divorcées	571	10

NOTE: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

(2) Exposition au risque de grossesse

Cinquante % des femmes éligibles contactées dans le cadre de la visite à domicile à Ain Draham n'étaient pas considérées comme exposées au risque immédiat de tomber enceinte (Tableau II.20). La catégorie non exposée a inclus les femmes qui étaient enceintes (9%), allaitantes aménorrhées (14%), stériles (0,3%), ou celles dont les maris avaient été absents pendant plus de trois mois (2%) aussi bien que les femmes déjà planifiées (24%). La proportion des femmes exposées au risque de grossesse à Ain Draham était semblable à celle de Fernana (51%) et presque deux fois celle de Jendouba (28%).

(3) Nouvelles acceptantes

Dans le cadre de la première visite à Ain Draham, l'équipe PFPC a recruté 319 nouvelles acceptantes. Ces dernières représentaient 18% des femmes jugées exposées au risque de tomber enceinte (Graphique II.5). Ce chiffre a été sensiblement inférieur aux pourcentages enregistrés à Fernana (69%) et à Jendouba (39%). Vu l'accès difficile du terrain montagneux et fort boisé ainsi que les responsabilités sanitaires supplémentaires (en particulier la pesée de tous les enfants d'âge pré-scolaire), le temps et les efforts consacrés au recrutement des nouvelles acceptantes du planning familial ont été bien plus limités à Ain Draham que dans les deux autres délégations du projet. Le Tableau II.21 montre que la plupart des acceptantes (55%) à Ain Draham ont obtenu une référence pour la ligature des trompes alors que 37% ont obtenu des contraceptifs oraux des animatrices. L'intérêt porté au DIU ou aux méthodes secondaires a été réduit en comparaison à la ligature des trompes et à la pilule; moins de 8% des acceptantes ont re çu une référence pour le DIU ou de mousse ou de condoms.

Les préférences des méthodes par les acceptantes à Ain Draham ont été nettement différentes de celles rencontrées à Fernana et à Jendouba. Dans les deux dernières, les acceptantes optaient plus souvent pour les contraceptifs oraux alors qu'à Ain Draham la stérilisation s'est avérée la méthode préférée. On ne dispose pas de données adéquates sur les acceptantes dans toutes les trois délégations pour ce qui est des facteurs tels que l'âge, le nombre d'enfants ou l'intérêt accordé à l'espacement ou la limitation des naissances, qui, auraient, vraisemblement eu une influence sur le choix des méthodes.

(4) Intentions de la pratique du PF dans l'avenir

Les femmes qui n'étaient pas déjà planifiées et qui n'avaient pas accepté une méthode planning familial ont été

Tableau II.20

Distribution des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans contactées durant la première visite à domicile à Ain Draham selon l'état d'exposition au risque de grossesse et d'acceptation

Etat d'exposition au risque de grossesse et d'acceptation	Effectif	%
TOTAL	3.441	100
Pas exposées au risque immediat	1.705	50
Planifiées	818	24
Enceintes	325	9
Allaitantes (aménorrhées)[a]	495	14
Maris absents	56	2
Stériles	11	—[b]
Exposées au risque immediat	1.736	50
Acceptantes	316	9
Non acceptantes	1.417	41

[a]Les animatrices avaient reçu pour instructions d'inclure dans ce groupe seulement les femmes allaitantes depuis quatre mois ou moins du postpartum; ainsi, on suppose que la plupart de ces femmes étaient en état d'aménorrhée et n'étaient pas éxposées au risque de grossesse. Cette supposition est soutenue par le fait que le pourcentage des femmes listées par les animatrices comme "allaitantes" est le même que celui des femmes mariées interviewées dans le cadre de l'Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives dans le gouvernorat de Jendouba, qui étaient allaitantes et n'avaient pas leurs régles de nouveau. (Voir Chapitre II dans Partie III de ce rapport.)

[b]moin que 0,5%.

GRAPHIQUE II.5
Exposition au risque de grossesse et état d'acceptation de la contraception parmi les femmes qui étaient contactées durant la première visite à domicile à Ain Draham

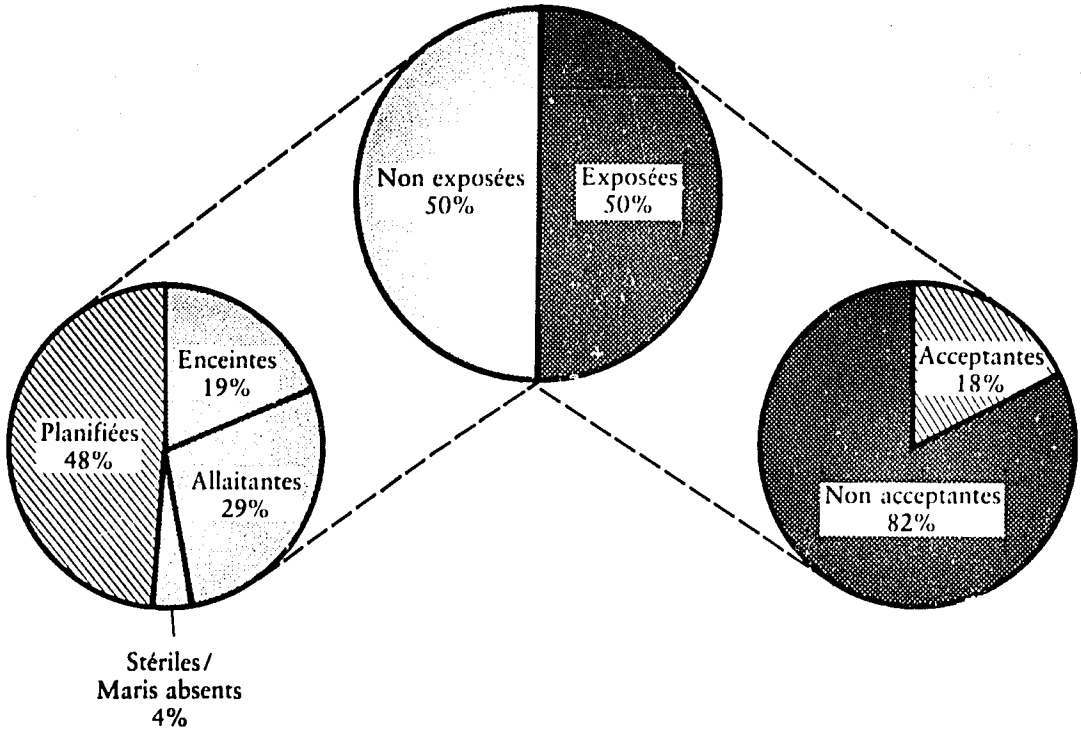


Tableau II.21

Distribution des nouvelles acceptantes durant la première visite à domicile à Ain Draham par méthode

Méthode	Effectif	%
TOTAL	319	100
Pilule	118	37
DIU	17	5
Stérilisation féminine	175	55
Méthodes secondaires	9	3

questionnées quant à leurs intentions d'utiliser la contraception dans l'avenir. Dix-huit % environ de toutes les non-acceptantes ont manifesté un intérêt pour l'utilisation d'une méthode dans le futur. La Graphique II.6 présente la répartition de ces non-acceptantes suivant la méthode qu'elles avaient l'intention d'employer ultérieurement. Comme c'était le cas avec les femmes qui avaient accepté une méthode au moment de la visite à domicile, la plupart (65%) de celles ayant manifesté un intérêt à l'égard de l'utilisation de la contraception dans l'avenir ont fait savoir qu'elles accepteraient la ligature des trompes. Le restant des femmes ayant cité une méthode particulière étaient réparties à parts égales entre les contraceptifs oraux (7%) et le DIU (7%).

(5) Répercussions de la distribution de la contraception

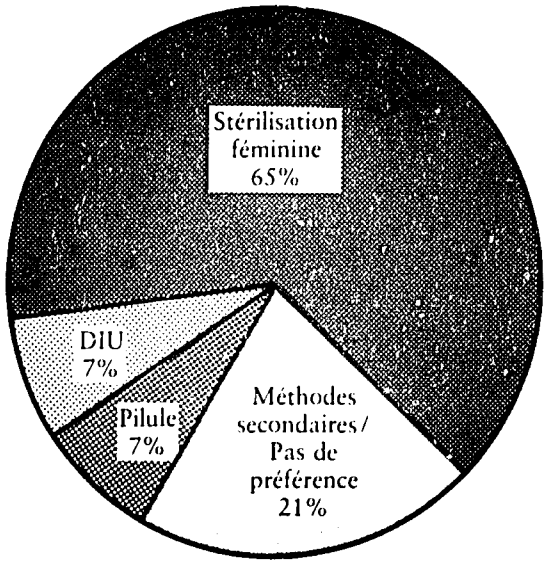
Du fait que les animatrices avaient mis l'accent sur les activités sanitaires, le taux relatif d'acceptation de planification familiale parmi les femmes exposées au risque de grossesse et contactées dans le cadre de la première visite à domicile à Ain Draham (18%) a été sensiblement inférieur à celui enregistré à Fernana (69%) ou à Jendouba (39%); néanmoins, à la fin de la première visite à Ain Draham, le nombre total de femmes qui pratiquaient effectivement ou qui avaient accepté une méthode de planning familial avait augmenté de 39%, passant de 818 à 1.135 femmes.

b. Deuxième visite à domicile

La deuxième visite à Ain Draham a commencé en juin 1979 et a pris fin en septembre 1979. Au moment de la deuxième visite à domicile, l'équipe du PFPC a recontacté 3.391 femmes âgées de 15 à 44 ans, presque la totalité (98%) des 3.441 femmes éligibles qu'elle avait contactées pendant la première phase du programme de distribution. Ce chiffre est particulièrement impressionnant si on le compare à celui de la deuxième visite à Fernana où 67% seulement de la population éligible contactée au cours de la première visite avait été revisitée.

Le deuxième visite a fourni des données relatives à l'utilisation ou la non-utilisation de la contraception par les femmes ayant accepté une méthode de planning familial au moment de la première visite à domicile. Ces informations peuvent être conjugées avec certaines hypothèses concernant l'utilisation continue parmi les femmes qui étaient déjà planifiées au moment de la première visite afin de situer le niveau global d'utilisation de contraceptifs à Ain Draham à la fin de la deuxième visite. En se servant de données recueillies dans le cadre de la deuxième visite, il est également possible d'explorer les raisons que les acceptantes des méthodes ont citées pour expliquer pourquoi elles n'utilisaient pas

GRAPHIQUE II.6
Méthode à choisir dans l'avenir parmi les non acceptantes durant la première visite à domicile à Ain Draham



(N=414)

les méthodes qu'elles avaient choisies et d'examiner le nombre de nouvelles acceptantes qui avaient été recrutées pendant la deuxième visite.

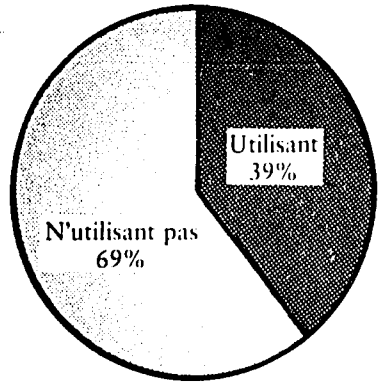
(1) Utilisation parmi les acceptantes

On a constaté qu'un peu plus d'un tiers (35%) des 293 acceptantes à Ain Draham revisitées par les animatrices utilisaient la méthode qu'elles avaient choisie au moment de la première visite. Ce taux de continuation est dans l'ensemble bon, surtout vu le temps écoulé entre les deux visites--un peu plus de sept mois--et vu l'amoindrissement de l'importance limitée accordée dans le système intégré de santé de prestation au recrutement d'acceptantes de planning familial. Comme le Graphique II.7 le montre, il n'y a que peu de différence par méthode dans le taux d'utilisation parmi les acceptantes; le taux a été plus élevé parmi les acceptantes de la pilule (39%) que parmi les candidates au DIU (24%) et à la ligature des trompes (32%). Il est à noter que les taux d'utilisation parmi les acceptantes à Ain Draham étaient généralement inférieurs aux taux d'utilisation enregistrés lors du la deuxième visite à Fernana.

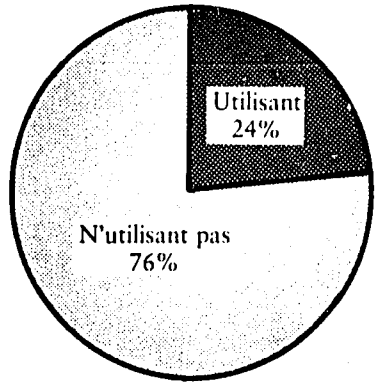
(2) Raisons de la non-utilisation

On a demandé aux femmes qui avaient accepté une méthode mais qui ne s'en servaient pas au moment de la deuxième visite d'expliquer pourquoi elles ne l'utilisaient pas présentement . Comme le Tableau II.22 le montre, aucune information détaillée sur les motifs de la non-utilisation n'était disponible pour un grand nombre de ces femmes, surtout parmi celles qui avaient obtenu des références pour le DIU ou la ligature des trompes. Parmi les femmes qui ont fourni des renseignements, la grossesse, la crainte d'effets secondaires et la réticence du mari étaient les raisons les plus fréquemment citées de la non-utilisation. La moitié de toutes les acceptantes de la pilule qui n'en pratiquaient pas au moment de la deuxième visite, par exemple, ont dit qu'elles étaient tombées enceintes soit avant d'avoir commencé soit après avoir arrêté l'utilisation des contraceptifs oraux qu'elles avaient obtenus des animatrices. Il est à noter à cet effet que les acceptantes de la pilule avaient obtenu six cycles durant la première visite, un stock jugé suffisant vu le fait qu'il avait été prévu que ces femmes seraient réapprovisionnées par l'équipe de PFPC dans six mois. Mais, la deuxième visite n'a pas été lancée à temps en raison du terrain difficile et des conditions climatiques qui ont retardé l'achèvement de la première visite. Ainsi, dans la plupart des zones, sept à huit mois se sont écoulés avant que les femmes n'aiént été revisitées et réapprovisionnées.

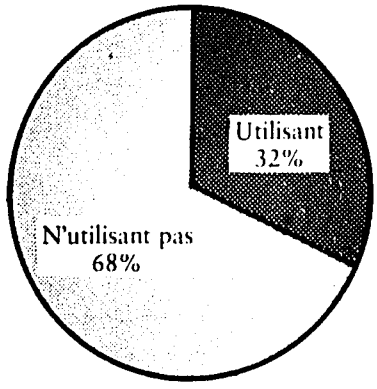
GRAPHIQUE II.7
État des contraceptrices parmi les acceptantes durant la deuxième visite à domicile à Ain Draham



Acceptantes
de la pilule
(N=112)



Acceptantes du DIU
(Candidates)
(N=17)



Acceptantes de la
stérilisation
féminine
(Candidates)
(N=164)

NOTES: Les acceptantes de la pilule avaient reçu 6 cycles de contraceptifs oraux lors de la première visite alors que les acceptantes du DIU et de la stérilisation féminine étaient orientées aux services concernés.

Tableau II.22

Distribution en pourcentage des non utilisatrices parmi les acceptantes de la première visite à domicile à Ain Draham selon la méthode acceptée et la raison de la non utilisation

Méthode acceptée et raison de la non utilisation	%
Pilule	100
Tombée enceinte	47
Veut tomber enceinte	4
Peur des effets secondaires	19
Opposition du mari	7
Mari absent	7
Autre/pas d'information	16
DIU	100
Tombée enceinte	8
Opposition du mari	15
A adopté une autre méthode	8
Autre/pas d'information	69
Stérilisation féminine	100
Tombée enceinte	14
Peur des effets secondaires	4
Opposition du mari	19
Mari absent	1
Manque du moyen de transport à l'hôpital	7
A adopté une autre méthode	3
Autre/pas d'information	52

Parmi les acceptantes du DIU et de la ligature des trompes, la grossesse et l'opposition du mari ont figuré parmi les raisons les plus fréquemment citées de la non-utilisation. La crainte d'effets secondaires et l'utilisation d'une autre méthode comptaient parmi les autres raisons citées par les candidates à la ligature des trompes pour expliquer pourquoi elles n'avaient pas adopté la méthode pour laquelle elles étaient orientées. L'accesibilité au lieu de stérilisation n'a été mentionnée que par un pourcentage relativement faible des non-utilisatrices parmi les candidates à la ligature des trompes; 7% seulement ont répondu le manque de transport pour arriver à l'hôpital à Jendouba. On pense, cependant, que les problèmes rencontrés avec le transport des candidates des zones isolées dans la délégation d'Ain Draham à l'hôpital auxiliaire de la ville d'Ain Draham ou à l'hôpital régional de Jendouba constituent la raison principale de la non-utilisation parmi les pourcentages élevés des candidates du DIU (64%) et de la ligature des trompes (52%) qui n'ont pas cité une raison précise de la non pratique de la méthode qu'elles avaient choisie au moment de la première visite à domicile.

(3) Nouvelles acceptantes

La deuxième visite a permis à l'équipe du PFPC de motiver les femmes qui n'avaient pas accepté une méthode au moment de la première visite à choisir une des méthodes disponibles. Au cours de la deuxième visite de suivi de quatre mois, l'équipe a pu recruter 105 nouvelles acceptantes. La gamme des méthodes employées par ces nouvelles acceptantes a été quelque peu différente de celle des acceptantes recrutées au moment de la première série de visites. Comme le Tableau II.23 le montre, les contraceptifs oraux ont continué à être populaires avec les femmes motivées à accepter une méthode; 30% des acceptantes recrutées dans le cadre de la deuxième visite ont re çu des contraceptifs oraux par rapport à 37% des acceptantes pendant la première visite. La demande pour les services de stérilisation était plus limitée parmi les acceptantes pendant la deuxième distribution que parmi celles de la première visite. Ving-deux % seulement des acceptantes durant la deuxième visite a été orientées pour subir la ligature des trompes par rapport à 55% des acceptantes de la première visite.

La plus grande différence en ce qui concerne les méthodes préférées par les acceptantes lors de la première et de la deuxième visite se trouvait dans la proportion des femmes acceptant les méthodes secondaires. Au cours de la première visite, moins de 3% des acceptantes avaient re çu une crème contraceptive ou des condoms. En revanche, plus de 27% de toutes les acceptantes recrutées au cours de la deuxième visite avaient opté pour une méthode secondaire. Cette différence importante dans le choix de méthodes secondaires était dû à l'introduction du Neo Sampoon dans le programme de

Tableau II.23

Distribution des nouvelles acceptantes durant la deuxième visite à domicile à Ain Draham par méthode

Méthode	Effectif	%
TOTAL	105	100
Pilule	32	30
DIU	10	10
Stérilisation féminine	35	33
Neo Sampoons	24	23
Autres méthodes secondaires	4	4

distribution. Presque un quart de toutes les acceptantes (23%) au moment de la deuxième visite ont obtenu des suppositoires Neo Sampoon. La distribution du Neo Sampoon sera exposée plus en détail plus loin dans cette section.

(4) Estimation de la prédominance au moment de la deuxième visite

Comme c'était le cas à Fernana, il est difficile d'estimer d'une manière satisfaisante le changement du niveau de prédominance à Ain Draham qui soit attribuable à l'intervention du PFPC. En supposant que toutes les femmes planifiées au moment de la première visite l'étaient encore au moment de la deuxième, on estime que 926 des femmes contactées initialement par l'équipe PFPC à Ain Draham pratiquaient le planning familial au moment de la deuxième visite.[1] Ainsi, la distribution à domicile à Ain Draham n'a fait progresser au maximum le niveau de prédominance que de 2% seulement--de 24 à 26%. Il en résulte que le PFPC n'a diminué le pourcentage des femmes exposées au risque de grossesse que légèrement passant de 50 à 47% des femmes contactées dans le cadre de la première visite. Les résultats sont nettement moins impressionnants que ceux obtenus à Fernana ou à Jendouba, ce qui est dû au fait qu'à Ain Draham on a mis l'accent sur la santé de base plutôt que sur le planning familial. Bien que la distribution des contraceptifs par méthode ne soit pas possible, on peut, cependant, supposer que le projet PFPC a introduit peu de changement dans les proportions des femmes ligaturées et les utilisatrices d'autres méthodes. Les acceptantes au moment de la deuxième visite étaient divisées presque également entre celles qui étaient ligaturées et celles qui pratiquaient d'autres méthodes. Ainsi, on peut estimer qu'à la veille de l'achèvement du programme de distribution à Ain Draham les deux tiers de toutes les acceptantes étaient stérilisées.

Il faut encore prendre garde car l'estimation du niveau de la prédominance à la fin de la deuxième visite à Ain Draham aussi bien que les observations quant à la nature de la gamme des méthodes employées par les utilisatrices ont été fondées sur des inférences; on n'a pas tenu compte non plus de l'effet de l'acceptation pendant la deuxième visite. Les données obtenues du directeur médical du projet, des agents de réapprovisionnement et des statistiques de service de l'ONPFP permettent d'avoir des informations supplémentaires sur l'impact de la distribution à domicile à Ain Draham. Des données provenant de l'enquête sur la prédominance

---

[1] Cent cinq femmes qui, au moment de la deuxième visite, employaient la méthode qu'elles avaient acceptée pendant la visite initiale, 3 candidates aux ligatures des trompes qui avaient adopté une autre méthode et 818 femmes qui employaient le planning familial au moment de la visite initiale.

à l'échelle du gouvernorat peuvent être employées également afin d'évaluer l'incidence de l'intervention du projet PFPC sur le comportement des femmes vis-à-vis des contraceptifs à Ain Draham.

(5) Résultats de la distribution du Neo Sampoon.

(a) Objectifs et résultats de la distribution. Les Neo Sampoons ont été ajoutés aux méthodes distribuées pendant la deuxième visite à domicile dans le but d'élargir la gamme des contraceptifs et d'augmenter l'efficacité du système de prestation intégré qu'on était en train d'essayer dans la délégation d'Ain Draham. Les expériences des autres projets ont montré que plus la gamme des moyens contraceptifs offerte est large plus le pourcentage des couples éligibles qui acceptent une méthode de planning familial sera élevé. Le projet PFPC constituait le premier test concernant l'acceptabilité et l'utilisation du suppositoire Neo Sampoon en Tunisie.

La sûreté et l'efficacité des Neo Sampoons--un suppositoire vaginal contraceptif moussant fabriqué au Japon au cours des années 60 par Eisai Ltd.--a fait ses preuves dans des essais cliniques menés au Japon, aux Phillipines, en Colombie, au Bengladesh, en Suède et en Hollande. Les taux d'échec, obtenus à partir de 10 études cliniques, s'échelonnent entre 2,3 et 20,2 (grossesses par 100 année-femmes d'exposition); ces taux d'échec ne paraissaient pas elevés si on les compare aux taux d'échec des condoms et des autres méthodes-barrière. Aucun effet secondaire grave n'a été signalé -- seulement une légère sensation de chaleur. En tant que méthode sans danger et facile à employer pour l'espacement des naissances, le Neo Sampoon a été jugé particulièrement adapté aux programmes DCB et CRS. Depuis 1978, l'AID a obtenu et distribué des comprimés Neo Sampoon dans 19 pays d'Afrique, d'Asie, et d'Amérique Latine et du Proche-Orient en vue de son utilisation dans de tels programme (8,9).

Dans le projet PFPC, les Neo Sampoons étaient destinés surtout aux femmes allaitantes qui constituent une proportion assez importante (14%) des femmes mariées à Ain Draham aussi bien qu'aux femmes qui n'étaient pas capables ou n'acceptaient pas d'employer les contraceptifs oraux ou les condoms ou dont les maris étaient fréquemment absents. Mais des problèmes administratifs et le mauvais encadrement sur le terrain on fait la distribution des Neo Sampoons dans la délégation d'Ain Draham a fini par être bien plus limitée que prévu initialement. Ce moyen contraceptif n'a été distribué que dans 5 des 8 secteurs du projet et n'était pas proposé systématiquement à toutes les femmes allaitantes depuis 4 mois ou plus après l'accouchement. En tout 24 femmes (23%) de toutes les acceptantes pendant la deuxième visite ont reçu des Neo Sampoons (Tableau II.23).

(b) Résultats de l'enquête sur l'acceptabilité du Neo Sampoon. Six mois après la distribution, une enquête-suivi a été menée en décembre 1979, parmi la majorité des femmes qui avaient accepté les Neo Sampoons. Il est à rappeler qu'au cours de la deuxième visite à domicile, chaque acceptante avait obtenu 2 tubes contenant 20 suppositoires, en plus des instructions orales et écrites concernant le mode d'emploi. Les résultats de l'entrevue ont montré que plus de 50% de toutes les acceptantes des Neo Sampoons contactées dans le cadre de l'enquête (11 des 20 acceptantes) avaient essayé la méthode, et 10 avaient continué à utiliser la méthode encore six mois plus tard. Une femme était devenue enceinte après plusieurs mois d'utilisation; il n'y a pas d'informations, cependant, sur les causes de l'échec, qui était dû à une utilisation soit mauvaise soit irrégulière. Toutes les femmes qui avaient utilisé les Neo Sampoons se sont déclarées satisfaites -- en répondant que la méthode était "pratique", "efficace" ou "ne présentait pas d'effets secondaires". Les raisons mentionnées pour la non-utilisation du Neo Sampoons comprennent: déjà enceintes (33%), désirent avoir un autre enfant et l'opposition ou l'absence du mari (33%). Il est à noter que le questionnaire employé était extrêmement simple, ne comportant que 7 questions sur l'acceptabilité et l'utilisation. Aucune information n'a été obtenue sur le mode et la régularité de l'utilisation, son utilisation en conjugaison avec d'autres méthodes, les avantages et les inconvénients ou les intentions futures concernant la pratique de la contraception.

Ces résultats sont parmi les premiers disponibles des 10 projets de distribution communautaire où les Neo Sampoons ont été introduits récemment ou dont l'introduction a été prévue pour un proche avenir. Ils indiquent un niveau élevé d'acceptabilité et de satisfaction, un taux élevé de continuation pendant six mois (91%) parmi les femmes qui ont commencé véritablement à employer cette méthode et un taux de grossesse relativement bas (9%). Bien qu'il soit difficile de généraliser à l'égard de l'acceptabilité et l'utilisation de cette méthode partant d'une distribution relativement restreinte, les Neo Sampoons semblent être plus populaires parmi les femmes éligibles à Ain Draham que les condoms ou les mousses. Les résultats de cette mini-enquête donnent à penser qu'il faudrait considérer sérieusement la possibilité d'élargir la distribution des Neo Sampoons et d'inclure ce moyen contraceptif parmi les méthodes secondaires proposées par l'ONPFP, surtout dans les programmes de distribution communautaire. Une distribution élargie devrait inclure des essais cliniques pour l'efficacité-utilisation, des enquêtes par sondages ainsi que des entrevues en profondeur en vue d'obtenir davantage d'informations sur l'acceptabilité, les taux de continuation et d'échec et les caractéristiques des utilisatrices.

(6) Distribution spéciale des condoms

Selon le plan d'action du projet PFPC, les condoms devaient être mis à la disposition des femmes ne pouvant pas prendre ou n'acceptant pas de prendre les contraceptifs oraux ou dont les époux étaient fréquemment absents. Cependant, à Ain Draham (comme dans les deux autres délégations) les animatrices avaient constaté que la plupart des femmes dans cette zone rurale isolée se sentaient extrêmement gênées et réticentes à accepter les condoms. La distribution des condoms, donc, n'a pas été systématique et très peu de femmes avaient manifesté un intérêt particulier à l'égard de la méthode; 9 femmes seulement avaient accepté les condoms pendant les deux visites.

Une petite expérience a été entreprise dans les 8 secteurs de la délégation d'Ain Draham afin de déterminer l'acceptabilité des condoms parmi les hommes dans la communauté. Alors que les animatrices interviewaient les femmes dans les foyers, le chauffeur du véhicule du projet parlait aux époux présents pendant les visites à domicile et distribuait des condoms (2 douzaines) à ceux qui manifestaient un intérêt à la méthode. Il est à noter qu'un grand nombre des hommes étaient absents pendant la journée car ils étaient ou bien dans les champs, ou au marché ou bien en dehors de la délégation.

Les résultats de cette distribution spéciale sont fort encourageant. Des 116 hommes contactés, 70, soit 60%, ont accepté les condoms. Grâce aux efforts déployés par le chauffeur PFPC, 1680 condoms supplémentaires ont été distribués dans la délégation d'Ain Draham au cours de la deuxième visite.

c. Suivi médical

Pendant la période de trois mois de mi-juillet à mi-octobre 1979, le médecin directeur du projet a tenu six consultations, chacune d'une journée entière à des points de rassemblement sélectionnés dans les cinq secteurs de la délégation d'Ain Draham. En tout 104 femmes ont été examinées; 44 avaient déjà subi une ligature des trompes et 10 utilisaient soit le DIU soit la pilule. Neuf autres femmes ont accepté les contraceptifs oraux et deux sont devenues candidates à la ligature des trompes. Le gynécologue a fourni des soins pré-natals à 19 femmes. Il a traité 4 cas de stérilité et 16 autres ayant des problèmes liés à la "médecine générale". C'était la première fois qu'un médecin-gynécologue visite des zones relativement isolées dans cette région montagneuse pour les consultations médicales.

d. Système de réapprovisionnement en moyens contraceptifs

Un des objectifs essentiels du projet PFPC a été de promouvoir la disponibilité des contraceptifs non seulement durant la période des visites à domicile mais aussi à travers la création d'un plus grand nombre de points de réapprovisionnement permanents et ce dans le but de desservir d'une manière plus efficace la population rurale fort dispersée. A Ain Draham, comme dans les deux autres délégations, le mécanisme principal qu'on a introduit en vue d'assurer le réapprovisionnement en moyens contraceptifs a consisté en un personnel itinérant du Ministère de la Santé Publique -- infirmiers-hygiénistes et agents de santé. Un autre mécanisme -- les omdas (chefs de secteurs) -- a été essayé pour la première fois à Ain Draham. Les omdas ont joué un rôle clé pendant la phase préparatoire du projet PFPC et pendant les visites à domicile dans chacune des trois délégations, prêtant leur concours pour la localisation des foyers, préparant la communauté pour les visites des animatrices et très souvent accompagnant le personnel sur le terrain pendant leurs tournées. A Ain Draham, plusieurs omdas ont également assumé la responsabilité de servir de "dépôts communautaires de moyens contraceptifs" après la cessation des activités des animatrices.

Le système de réapprovisionnement en contraceptifs à Ain Draham a été établi officiellement au début du mois d'octobre 1979 à la suite de la deuxième visite à domicile. Il a consisté en six infirmiers-hygiénistes et agents de santé qui ont suivi un programme régulier de visites bi-mensuelles à 16 points de rassemblement différents dans sept des huit secteurs avec trois omdas pour les secteurs d'Attatfa, de Tegma et d'El Homrane. Quoiqu'ils n'eussent pas eu de programme pré-établi, les omdas ont visité au cours de leurs tournées 5 points de rassemblement supplémentaires qui n'ont pas été contactés par le personnel sanitaire. Ces neufs personnes étaient autorisées à fournir, gratuitement, 3 cycles de pilules (ainsi que des condoms, de la mousse et des Néo Sampoons) et aux femmes ayant déjà accepté une méthode de planning familial dans le cadre du programme PFPC et à celles nouvellement recrutées.

Comme il a été mentionné plus haut, parmi les 118 femmes qui avaient accepté 6 cycles de pilules pendant la première visite à domicile, 44 utilisaient encore les contraceptifs oraux sept mois plus tard lorsque les animatrices ont distribué le réapprovisionnement (3 cycles). Trente-deux femmes en plus ont demandé des pilules au moment de la deuxième visite qui a duré du mi-juin 1979 jusqu'à la fin de la troisième semaine de septembre. Pendant les derniers trois mois de 1979, 16 acceptantes de la pilule du PFPC ont été réapprovisionnées par les agents de santé et infirmiers-hygiénistes et 26 autres femmes ont été réapprovisionnées par les trois omdas --

soit un total de 42. Entre octobre et décembre, plus de la moitié du nombre maximum de femmes éligibles au réapprovisionnement en contraceptifs (76) les ont obtenus, en supposant que parmi les femmes utilisant encore la pilule au moment de la deuxième visite aussi bien que parmi celles nouvellement recrutées le taux de continuation est de 100%.

Comme c'était le cas à Fernana et à Jendouba, les données sur le nombre de contraceptifs distribués à Ain Draham au moyen des systèmes testés de réapprovisionnement sont incomplètes; trois mois seulement de données de suivi sur les acceptantes des contraceptifs oraux sont disponibles et il n'y a pas d'information quant aux quantités de condoms, de mousse ou de Neo Sampoons distribués. Sont également exclues les femmes qui peut-être ont obtenu des provisions supplémentaires de contraceptifs oraux ou de méthodes secondaires par le biais de l'infrastructure sanitaire déjà existante dans la délégation--l'hôpital auxiliaire et le centre de PMI dans la ville d'Ain Draham, les trois dispensaires ruraux et l'équipe mobile de planning familial.

e. Insertion du DIU et performance de la ligature des trompes

L'examen des fiches de contact à la suite de la deuxième visite à domicile a indiqué que 4 (15%) des 27 candidates à l'insertion du DIU recrutées au cours des deux visites à Ain Draham avaient obtenu cette méthode. Le niveau de suivi satisfaisant des acceptantes de DIU à Ain Draham a paru le même que celui signalé pour Jendouba (15%) et très inférieur à celui de Fernana (40%). Le dépouillement des fiches a également indiqué que 57 (27%) des 210 candidates à la stérilisation à Ain Draham étaient ligaturées à l'hôpital régional à Jendouba. Il paraît que les ligatures des trompes faites ont été plus élevées pour les candidates à cette méthode recrutées à Fernana (31%). Le suivi a été moins efficace à Jendouba où 18% seulement des candidates à la ligature des trompes ont été signalées comme stérilisées.

Les conditions climatiques, y compris une neige abondante et des grands froids durant une grande partie de la période de la première visite à Ain Draham, ainsi que les pannes fréquentes de véhicules ont été responsables dans certains cas du manque de suivi efficace des acceptantes de la ligature des trompes et du DIU à Ain Draham. Il faut se rappeler également en faisant le bilan des ligatures des trompes et des insertions de DIU que l'examen des dossiers du programme a été complété moins de trois mois après la deuxième visite à Ain Draham; les candidates à la ligature des trompes et au DIU recrutées dans le cadre du projet PFPC et qui ont obtenu ces méthodes après le mois de décembre 1979 ou au début de 1980 n'ont pas été incluses dans les totaux finals.

f. Résultats de l'enquête de prédominance des méthodes contraceptives (EPC)

L'enquête finale de prédominance à l'échelle du gouvernorat n'a été effectuée que pendant quelques semaines sur le terrain à la suite de l'achèvement de la deuxième visite dans la délégation d'Ain Draham. Les résultats de l'enquête indiquent que 29% de toutes les femmes mariées de la délégation utilisaient des méthodes de planning familial. Le taux de prédominance est dans une certaine mesure plus élevé que prévu si on se fonde sur le pourcentage des femmes qui les utilisaient au moment de la deuxième visite à domicile (24%). La période très courte qui s'est écoulée entre la fin de cette visite et l'enquête rend probable une certaine exagération du niveau de prédominance signalé, en raison des niveaux primitivement élevés d'utilisation parmi les nouvelles acceptantes durant la deuxième visite et en raison de l'utilisation parmi les acceptantes de la première visite qui ont été motivés à nouveau par les animatrices du projet PFPC. A cause de la taille relativement peu importante de l'échantillon d'EPC à Ain Draham, la variabilité due au sondage est considérée également comme un facteur.

En tout état de cause, puisque peu de temps s'est écoulé entre la deuxième visite et l'enquête finale, les résultats de l'enquête de l'EPC pour Ain Draham ne peuvent pas être utilisés en vue de mesurer l'effet à plus long terme du PFPC dans cette délégation, comme on l'a fait à Fernana et à Jendouba. Ils font ressortir qu'au minimum l'acceptation lors du PFPC a provoqué un accroissement relatif de 21% du taux de prédominance à Ain Draham. Par conséquent, l'impact du PFPC à Ain Draham a été analogue à son incidence à Jendouba et beaucoup moins important que celle dont on a fait l'expérience à Fernana.

3. Interventions sanitaires

a. Thérapie de réhydratation par voie buccale (Oralyte)

En Tunisie--comme dans les autres pays du Proche-Orient, d'Afrique, d'Asie et d'Amérique Latine--la diarrhée constitue une des causes principales de la mauvaise santé, de la malnutrition et de la mortalité parmi les enfants âgés de moins de 5 ans. Dans les pays en voie de développement, les enfants de moins de 5 ans ont, en moyenne au moins 5 épisodes de diarrhée par an, et 10 à 20% de ces enfants meurent avant leur cinquième anniversaire. (41) La diarrhée conduit à la déhydration et si elle n'est pas traitée pendant une période prolongée, elle peut être fatale. Pour rompre le cycle vicieux de la diarrhée-déhydration-malnutrition, les sels et les liquides perdus doivent être remplacés aussi rapidement que possible après le déclenchement de la maladie.

Un traitement simple et peu coûteux de réhydratation administré par voie buccale plutôt que par injection intraveineuse est maintenant disponible. Il consiste en un mélange de glucose, de sodium, de chlorure de potassium et de bicarbonate de soude dilué dans un litre d'eau. L'OMS a produit un paquet spécial de ce mélange--Oralyte--en vue d'une distribution générale dans les pays en voie de développement en tant que composante importante d'un programme de lutte contre la diarrhée. Ce procédé ne nécessite qu'un minimum de formation et de technique et le produit peut être préparé et administré par un personnel sanitaire ou par les mères chez elles.

Du fait qu'elle est simple et d'une application éventuelle très générale, la thérapie de réhydratation par voie buccale est en train d'être introduite dans un nombre de plus en plus élévé de projets de distribution communautaire et à domicile de contraceptifs à travers le monde. Cette intervention sanitaire est en cours ou a été prévue dans deux tiers des 17 projets actifs de ce type, financés par l'AID en Afrique, en Asie, en Amérique Latine et au Proche-Orient. (11) En Tunisie, pour la première fois dans le cadre du projet PFPC un personnel non médical spécialement formé a distribué au niveau des foyers la solution de réhydratation par voie buccale en plus des informations et des services en matière de planning familial.

(1) Distribution de l'Oralyte dans la délégation d'Ain Draham

Le Plan d'action original du projet PFPC avait prévu la distribution (pendant la deuxième visite à Ain Draham) de 2 à 3 paquets d'Oralyte plus une bouteille en plastique d'un litre (avec le mode d'emploi et le dosage nécessaire écrits sur l'étiquette) à tous les foyers ayant des enfants âgés de 1 à 5 ans. Les animatrices avaient été formées de fa çon à apprendre à chaque famille comment utiliser l'Oralyte pour traiter les diarrhées -- comment préparer la solution, quand il faut l'administrer et dans quelle quantité.

Comme dans le cas de projets similaires dans d'autres pays, les contraintes principales rencontrées dans l'introduction de l'Oralyte dans le projet PFPC étaient l'approvisionnement, la supervision inadéquate sur le terrain et de la formation en cours de service. Mais le principal obstacle a été l'insuffisance des stocks d'Oralyte malgré de nombreux mois de planification. La Pharmacie Centrale avait promis de pourvoir l'ONPFP de 30.000 paquets d'Oralyte pour la distribution à domicile dans la délégation d'Ain Draham aussi bien que d'assurer des stocks suffisants pour tous les centres et agents (dispensaires, cliniques, l'hôpital auxiliaire ainsi que pour les infirmiers-hygiénistes et les agents de santé) responsables du réapprovisionnement en matière de planning familial et de santé de

base fournis par les animatrices. Cependant, en raison d'une série de difficultés techniques et de pénuries de stocks, la Pharmacie Centrale n'avait préparé que 1.000 paquets d'Oralyte avant le commencement de la deuxième visite à domicile. Une demande d'urgence adressée à l'UNICEF pour des stocks supplémentaires a été envoyée trop tard pour que les paquets d'Oralyte arrivent à temps pour être distribués dans le cadre du projet PFPC.

Deux secteurs seulement--Attatfa et Ouled Cedra--dans cette délégation de huit secteurs ont fini par recevoir des paquets d'Oralyte. La distribution spéciale a été faite en juin et en juillet 1979 qui est la saison des diarrhées. Les animatrices ont distribué 805 paquets à 350 ménages, soit entre 2 et 3 paquets plus une bouteille d'un litre (avec le mode d'emploi) dans chaque foyer ayant des enfants âgés de moins de 5 ans. A la fin de l'automne un stock supplémentaire d'Oralyte a été livré à au centre de PMI à Ain Draham en vue de son utilisation par les infirmiers-hygiénistes et les agents de santé dans la délégation aussi bien que dans d'autres parties du gouvernorat de Jendouba. Quoique la méthode d'introduction et la gestion de l'Oralyte à Ain Draham n'aient pas été aussi complètes ou systématiques que prévu initialement, néanmoins cette petite expérience a permis de dégager des informations importantes quant à l'acceptabilité, l'utilisation et la faisabilité de cette intervention sanitaire dans le cadre d'un projet de distribution de contraceptifs à domicile. L'impact sanitaire de l'Oralyte -- la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles attribuables à la diarrhée -- n'a pas pu être quantifié du fait que le groupe traité était peu nombreux.

(2) Résultats de l'enquête

Trois mois approximativement après l'achèvement de la distribution d'Oralyte, vers la fin de septembre 1979, un questionnaire spécial a été administré à tous les 350 ménages ayant obtenu des paquets d'Oralyte. Les entrevues ont été faites pendant deux semaines par des enquêtrices de l'enquête sur la prédominance des contraceptifs à Jendouba. Le questionnaire était très simple, consistant en neuf questions sur: le nombre d'enfants âgés de moins de 5 ans; l'incidence récente de diarrhées; la forme du traitement; l'utilisation; et les impressions concernant l'efficacité de l'Oralyte.

Sur les 350 femmes interrogées, 250, soit 61%, ont déclaré qu'au moins un de leurs enfants âgés de moins de 5 ans avait souffert de diarrhées pendant les trois mois précédents. Plus de 80% de ces épisodes ont duré plus de trois jours. Les constatations afférentes à l'utilisation de l'Oralyte sont impressionnantes. En tout 226, soit 90% des femmes dont les enfants avaient eu la diarrhée, ont fait savoir qu'elles avaient utilisé l'Oralyte pour traiter la maladie; 5% en plus sont allées à l'hôpital; et 2% ont signalé

D. CONCLUSIONS

Les résultats du projet PFPC dans chacune des trois délégations visitées par l'équipe du PFPC ont fait l'objet du présent chapitre. L'examen initial des constatations du PFPC a indiqué que les résultats ont sensiblement varié et que les niveaux d'acceptation ont été nettement supérieurs à Fernana après les visites du PFPC par rapport à ceux de Jendouba ou d'Ain Draham. Le chapitre qui suit étudie l'impact général du projet du PFPC sur l'utilisation du planning familial dans le gouvernorat de Jendouba, tandis que le dernier chapitre de cette partie met l'accent sur les implications des résultats évoqués en ce qui concerne un certain nombre de questions revêtant une importance particulière pour la conception d'activités futures analogues au projet PFPC.

CHAPITRE IV

EVALUATION DE L'INCIDENCE DU PROJET

On peut tirer des conclusions et des enseignements valables pour le programme national de planning familial du projet PFPC. Quand on a entrepris une évaluation qualitative et quantitative soigneuse de l'incidence du projet, on a utilisé des données de sources différentes: enregistrements des visites à domicile, réapprovisionnement et de référence; enquêtes spéciales; entrevues avec le personnel du projet; comptes rendus de progrès; évaluations écrites par le directeur médical et le délégué du planning familial et rapports financiers.

Bien que les résultats du programme de chacune des trois délégations aient été décrits en détail au Chapitre III, il est utile de regarder le tableau de l'ensemble et de noter la grande différence d'attitudes en matière de contraception entre Fernana, Jendouba et Ain Draham. La section qui suit présente un résumé des conclusions du PFPC -- caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population cible, structures générales de l'acceptation et de l'utilisation des contraceptifs, évolution de la prédominance et des risques courus sur une période de deux ans et les résultats de la référence en fait de méthodes contraceptives et de mécanismes de réapprovisionnement.

A. EVALUATION DE LA COUVERTURE DU PROJET

La population cible du PFPC était bien plus importante que celle de la majorité des autres projets pilotes qui visaient également à améliorer la prestation des services de planning familial dans les campagnes tunisiennes. Pendant les trois années qu'a duré le projet, les cinq animatrices ont pu contacter 14.131 femmes mariées -- plus de 70% de la population estimative visée (FMAR) dans les trois

délégations couvertes par le projet (Tableau II.24). De surcroît, elles ont pu visiter une seconde fois 6.046 femmes dans les délégations de Fernana et de Ain Draham, quelque quatre cinquièmes des 7.399 femmes qu'elles avaient contactées durant leur première visite dans ces deux régions.

L'autre personnel du projet, dont le directeur médical et les différents agents de réapprovisionnement -- les agents itinérants du Ministère de la Santé Publique, les assistants sociaux et les omdas -- ont fourni le suivi des acceptants recrutés durant les enquêtes à domicile et les services médicaux et de planning familial aux autres femmes qui le demandaient. Les comptes rendus du programme signalent qu'à la fin décembre 1979 le gynécologue du projet et les agents de réapprovisionnement avaient aidé 1.315 femmes dans les trois délégations du PFPC. La couverture du projet a également englobé les hommes, à titre expérimental, dans une zone de Ain Draham où le chauffeur du projet a distribué des condoms à 70 hommes disposés à accepter cette méthode.

B. EVALUATION DE L'IMPACT DU PROJET SUR L'ACCEPTATION DES METHODES CONTRACEPTIVES

1. Nombre global d'acceptantes du projet

Le PFPC a accru de manière significative l'activité de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba. Durant le déroulement du projet, les animatrices à domicile, les agents de réapprovisionnement et le directeur médical ont recruté 3.078 acceptants (Tableau II.25). Le Graphique II.8 fait ressortir que l'incidence du projet a varié de manière très nette dans les trois délégations visées.

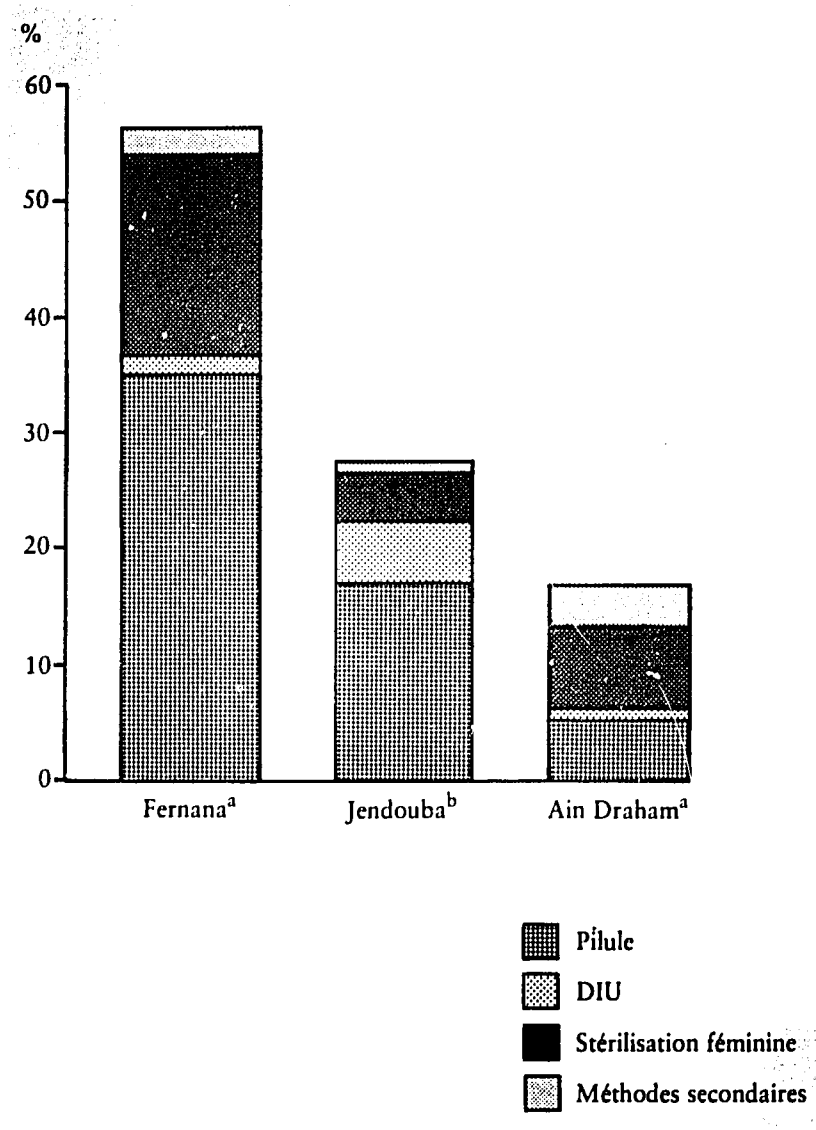
Tableau II.24

La couverture des femmes éligibles dans les trois délégations du projet PFPC

Délégations	Nombre de femmes éligible	Nombre de femmes contactées	% Couverture
Fernana	5.306	3.958	75
Jendouba	9.820	6.732	69
Ain Draham	4.605	3.441	75
TOTAL	19.731	14.131	72

[a]Femmes mariées âgées de 15 à 44 ans dans la délégation à la première visite.

GRAPHIQUE II.8
Les acceptantes du projet PFPC par délégation et par méthode



[a] Les données pour Fernana et Ain Draham comprennent les acceptantes recrutées par les animatrices PFPC durant les deux visites à domicile, par le gynécologue du projet et par les agents de réapprovisionnement.

[b] Les données pour Jendouba comprennent les acceptantes recrutées par les animatrices PFPC durant la seule visite à domicile, par le gynécologue du projet et par les agents de réapprovisionnement.

Tableau II.25

Distribution des acceptantes du projet PFPC par délégation et agent de recrutement

Agent de recrutement	Délégation			
	Total	Fernana	Jendouba	Ain Draham
Animatrices du PFPC	3.078	1.754	816	508
Première visite	2.434	1.402	713	319
Deuxième visite[a]	393	288		105
Autre personnel du projet [b]	251	64	103	84

[a]Il n'y a pas eu de deuxième visite à Jendouba;

[b]y compris le médecin, les agents de réapprovisionnement et le chauffeur qui a distribué des condoms à Ain Draham.

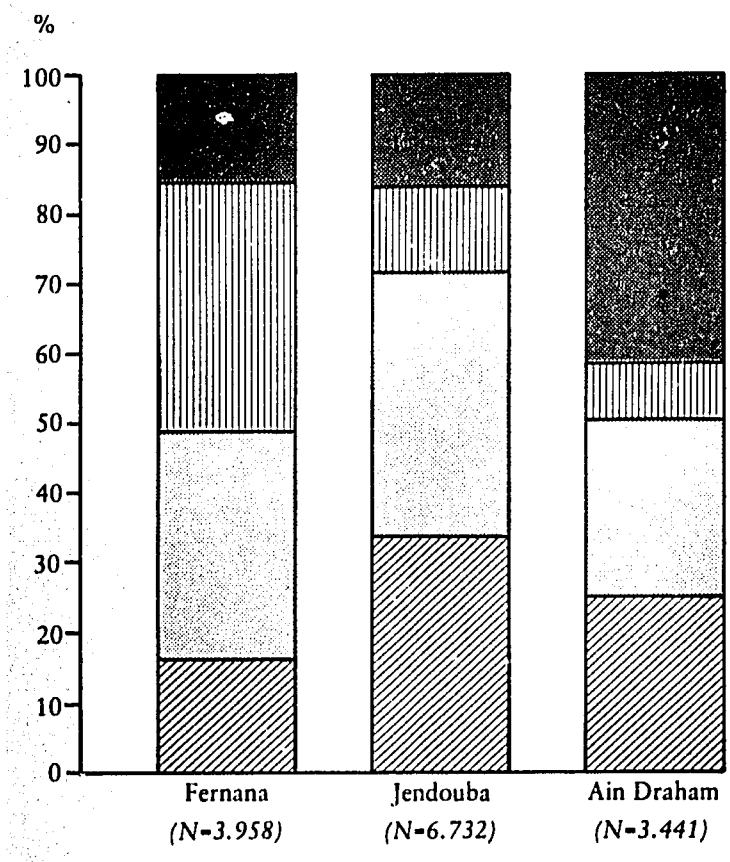
Près des trois cinquièmes de toutes les acceptantes (57%) venaient de Fernana, la délégation où a été effectuée la première enquête du projet. Les résultats du PFPC étaient moins spectaculaires dans les délégations de Jendouba et de Ain Draham. Le GraphiqueII.8 indique que seulement un peu plus d'un quart de toutes les acceptantes du PFPC étaient de Jendouba et moins de 16% étaient recrutées à Ain Draham. L'absence de enquête de suivi à Jendouba et l'apport d'interventions sanitaires à Ain Draham (ce qui a limité le temps consacré aux activités de planning familial) ont été des facteurs clés ayant contribué au niveau bien inférieur d'acceptation dans ces deux délégations.

La taille de la population globale choisie a varié dans chaque délégation (Tableau II.24). Etant donné le niveau d'acceptation par rapport au nombre global de femmes mariées âgées de 15 à 44 ans (FMAR) dans chaque délégation, le rendement du projet a été bien meilleur à Fernana qu'à Jendouba ou à Ain Draham. Près d'un tiers de toutes les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans à Fernana ont accepté une méthode durant les visites à domicile ou des agents de réapprovisionnement du PFPC. L'incidence du projet n'a pas été aussi forte dans les délégations de Jendouba et de Ain Draham où seulement 6% et 12% respectivement des FMAR ont accepté une méthode de planning familial durant le déroulement du PFPC.

Les trois délégations ont présenté différences considérables tant dans leur prédominance estimative de base que dans la taille relative de la population exposée au risque de grossesse chez les femmes mariées contactées lors des visites à domicile (Graphique II.9). Jendouba avait la prédominance de base la plus élevée (33%) et, toutes proportions gardées, la population la plus restreinte identifieée comme étant exposée à un risque immédiat de grossesse (28%). Quelque 40% de ce groupe a accepté une méthode de planning familial des animatrices du PFPC. Bien qu'important, le niveau relatif d'acceptation de la population exposée au risque à Jendouba n'était pas aussi élevé que celui de Fernana où la prédominance de base (16%) était la plus faible des trois délégations et 51% des femmes contactées durant la première visite à domicile étaient exposées au risque de grossesse. Quasiment 70% des femmes considérées comme étant exposées au risque de grossesse au moment de la première visite à domicile à Fernana a réellement acceptée des animatrices du PFPC une provision de pilules, de gelée contraceptive et de condoms ou une référence pour un DIU ou une ligature des trompes.

Cependant, les acceptantes de la première visite n'ont représenté que 18% de la population exposée au risque de grossesse, confirmant que l'effet général des activités du PFPC dans cette troisième région visée était virtuellement moins important que l'incidence du projet dans les délégations de Fernana ou de

GRAPHIQUE II.9
Exposition au risque de grossesse et état d'acceptation parmi les femmes éligibles qui étaient contactées durant les premières visites à domicile dans les trois délégations du projet PFPC



Non exposées—utilisant PF
Non exposées—enceintes, allaitantes, stériles ou maris absents
Exposées—acceptantes
Exposées—non acceptantes

Jendouba. Les résultats relativement plus médiocres à Ain Draham sont particulièrement significatifs à la lumière du fait que la population exposée au risque de grossesse était relativement de la même taille que celle de Fernana. Il importe de noter que le niveau de prédominance de base était dans une certaine mesure plus élevé à Ain Draham (24%) qu'à Fernana (16%).

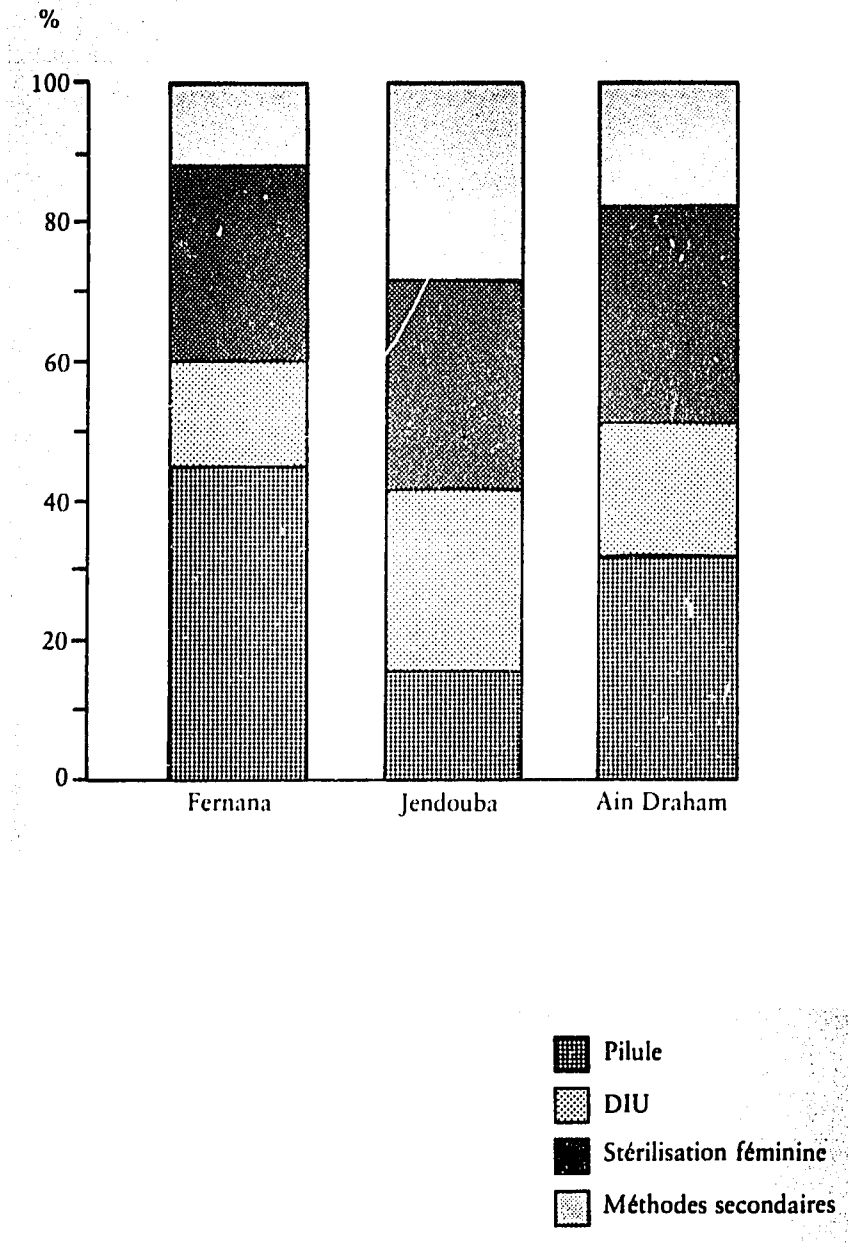
En résumé, le PFPC a réussi à motiver les femmes choisies à accepter le planning familial. En termes tant relatifs qu'absolus, l'incidence du PFPC sur le niveau d'acceptation des méthodes contraceptives était plus élevée à Fernana où 1.755 acceptantes ont été recrutées grâce aux efforts du personnel du projet. Bien que la contribution du projet à l'accroissement de l'acceptation du planning familial n'ait pas été aussi spectaculaire à Jendouba ou à Ain Draham, dans ces délégations les activités du projet ont incité 1.324 femmes à accepter une méthode contraceptive.

2. Structures de l'acceptation par méthode

L'importance relative des ligatures des trompes parmi le nombre de méthodes utilisées par les acceptantes actuelles du planning familial dans le gouvernorat de Jendouba a été démontrée dans la Partie I. Le Graphique II.10 a fait ressortir qu'en 1976--l'anée avant de démarrage du projet -- les ligatures des trompes l'emportaient nettement sur toutes les autres méthodes chez les acceptant du planning familial dans les deux délégations précédentes et que même à Jendouba, plus du tiers de toutes les acceptantes s'étaient faites stériliser. On a supposé que l'accès limité des femmes de ces régions à la pilule et aux méthodes secondaires était un facteur important de leur taux d'acceptation comparativement peu élevé, en particulier à Fernana et à Ain Draham. Un des objectifs principaux du PFPC consistait à accroître la disponibilité des méthodes propres à espacer les naissances en fournissant aux femmes qui s'intéressaieant à la pilule et aux méthodes secondaires une provision au moment de la visite à domicile et en créant un réseau de réapprovisionnement accessible aux femmes qui acceptent ces méthodes. Les animatrices du PFPC et les agents de réapprovisionnement ont également référé des candidates pour le DIU et les ligatures des trompes. La majorité des acceptantes du PFPC (57%) ont choisi les contraceptifs oraux, ce qui indique l'intérêt poussé des femmes de ces régions pour la pilule quand elle est facilement disponible. L'équipe du PFPC a continué de constater un fort intérêt des femmes pour la stérilisation féminine. Près d'une tiers (30%) ont accepté de se faire stériliser -- presque cinq fois le nombre de celles qui ont démandé un DIU ou qui ont obtenu les méthodes secondaires (en général des gelées, les condoms et, dans le cas de la seconde visite à Ain Draham les Neo Sampoons).

GRAPHIQUE II.10

Distribution des acceptantes du planning familial par délégation et par méthode dans le gouvernorat de Jendouba en 1976



NOTE: La distribution du nombre d'acceptantes de la stérilisation en 1976 a été estimée sur la base de la distribution moyenne des acceptantes durant 1977-1979

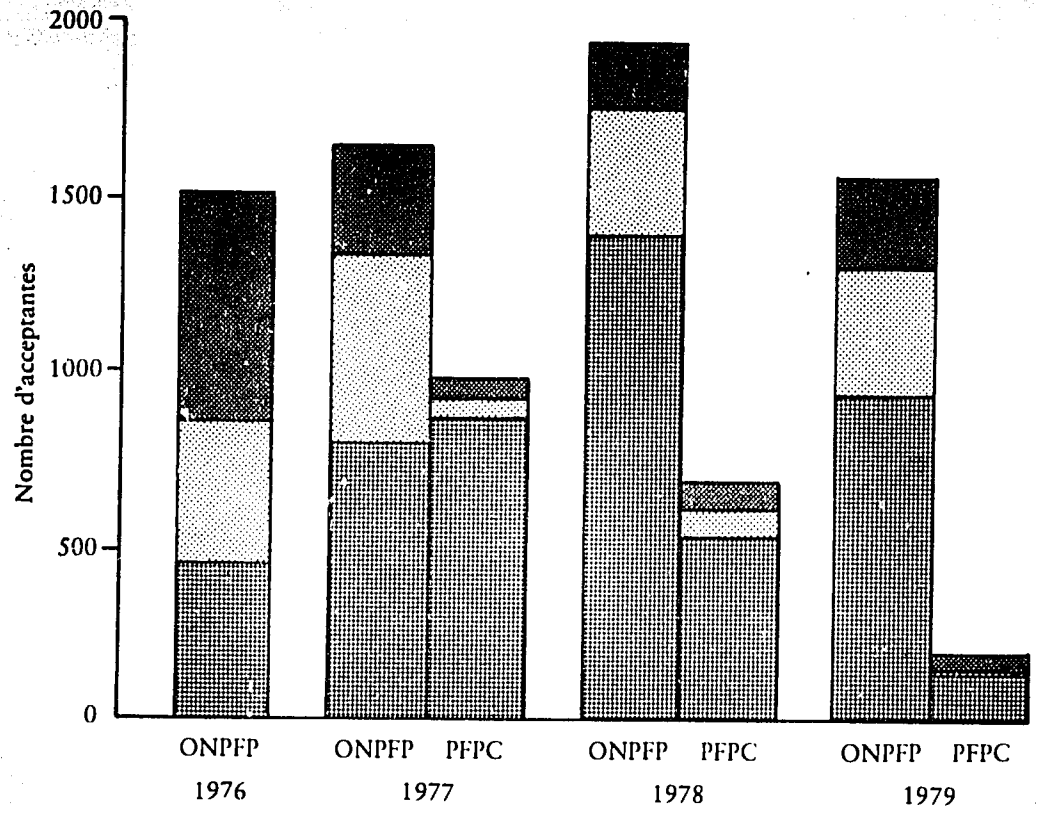
La structure les préférences de méthodes a varié selon les délégations (Graphique II.8). Il est évident que la pilule avait la préférence chez les acceptantes de Fernana et de Jendouba; 64% et 60% de toutes les acceptantes de ces délégations ont obtenu une provision de pilules comparé à moins de 35% d'acceptantes à Ain Draham. Dans cette délégation plus de la moitié des acceptantes ont choisi la stérilisation féminine. Il est probable que l'intérêt manifesté de manière plus évidente pour le DIU à Jendouba que dans les autres deux délégations reflète la réalisation que cette méthode y est plus accessible. En dernier lieu, l'introduction des Neo Sampoons aux méthodes offertes lors de la seconde visite à Ain Draham et l'utilisation du chauffeur du projet afin de distribuer des condoms à titre expérimental sont les raisons du niveau général d'acceptation des méthodes secondaires plus élevé à Ain Draham qu'à Fernana ou qu'à Jendouba.

3. Comparaison avec le programme de recrutement de l'ONPFP

Il se peut qu'une campagne de distribution intensive à domicile comme le PFPC ait relativement peu d'incidence différentielle sur le niveau de prédominance, si elle se contente de recruter des femmes qui auraient autrement adopté des méthodes par le truchement des circuits habituels du programme. Le Graphique II.11, qui compare les niveaux d'acceptantes du programme en 1976 (avant que ne soit créé le PFPC) avec les niveaux des années suivantes, indique qu'effectivement le recrutement du PFPC ne s'est pas fait aux dépens de l'acceptation directe du programme. Le PFPC a fortement contribué à accroître le niveau d'ensemble de l'activité de planning familial dans les délégations du gouvernorat de Jendouba qui ont fait l'objet d'une visite lors du projet.

Le Graphique II.11 montre, en effet, que chaque année du déroulement du projet, les acceptantes recrutées directement par l'équipe du PFPC à Fernana, à Jendouba et à Ain Draham représentaient un complément substantiel au nombre de femmes qui acceptaient la pilule, le DIU et la stérilisation par le truchement du programme ONPFP. En 1977, par exemple, 977 acceptantes ont adopté ces méthodes dans le cadre du projet PFPC, majoration de près de 60% de l'activité de planning familial comparée aux 1.693 acceptantes recrutées par le programme. L'accroissement substantiel relatif de 1977 reflète le succès plus éclatant du PFPC dans la délégation de Fernana, où la enquête a eu lieu en 1977, que dans les délégations de Jendouba ou de Ain Draham où les visites à domicile ont eu lieu les deux dernières années du projet. Il n'en reste pas moins que les majorations relativement conséquentes du nombre de nouvelles acceptantes en 1978 (34%) et en 1979 (14%) étaient imputables aux efforts de l'équipe du PFPC des dernières délégations mentionnées.

GRAPHIQUE II.11
Les acceptantes du planning familial dans les trois délégations du projet PFPC par méthode et par moyen de recrutement entre 1976-1979



Pilule
DIU
Stérilisation féminine

Il convient de remarquer en ce qui concerne les données présentées à le Graphique II.11 que le nombre relativement modeste d'acceptantes du DIU et de la stérilisation attribué aux efforts directs de recrutement de l'équipe PFPC ne signifie pas un manque d'intérêt pour ces méthodes des femmes enquêtées dans le cadre du projet. Sur quatre candidates recrutées par l'équipe PFPC, une seulement était stérilisée en raison notamment d'un suivi défectueux et d'un manque de transport. Les mêmes facteurs ont affecté l'utilisation éventuelle du DIU chez les acceptantes recrutées lors des visites à domicile; dans l'ensemble, seulement une candidate au DIU sur cinq a obtenu cette méthode. Il est également probable qu'il y avait des femmes de la région visée qui ont eu soit une ligature des trompes soit un DIU mais qui n'ont pas été signalées comme recrues du PFPC.

4. Comparaison avec les niveaux d'acceptantes dans les délégations non couvertes par le PFPC

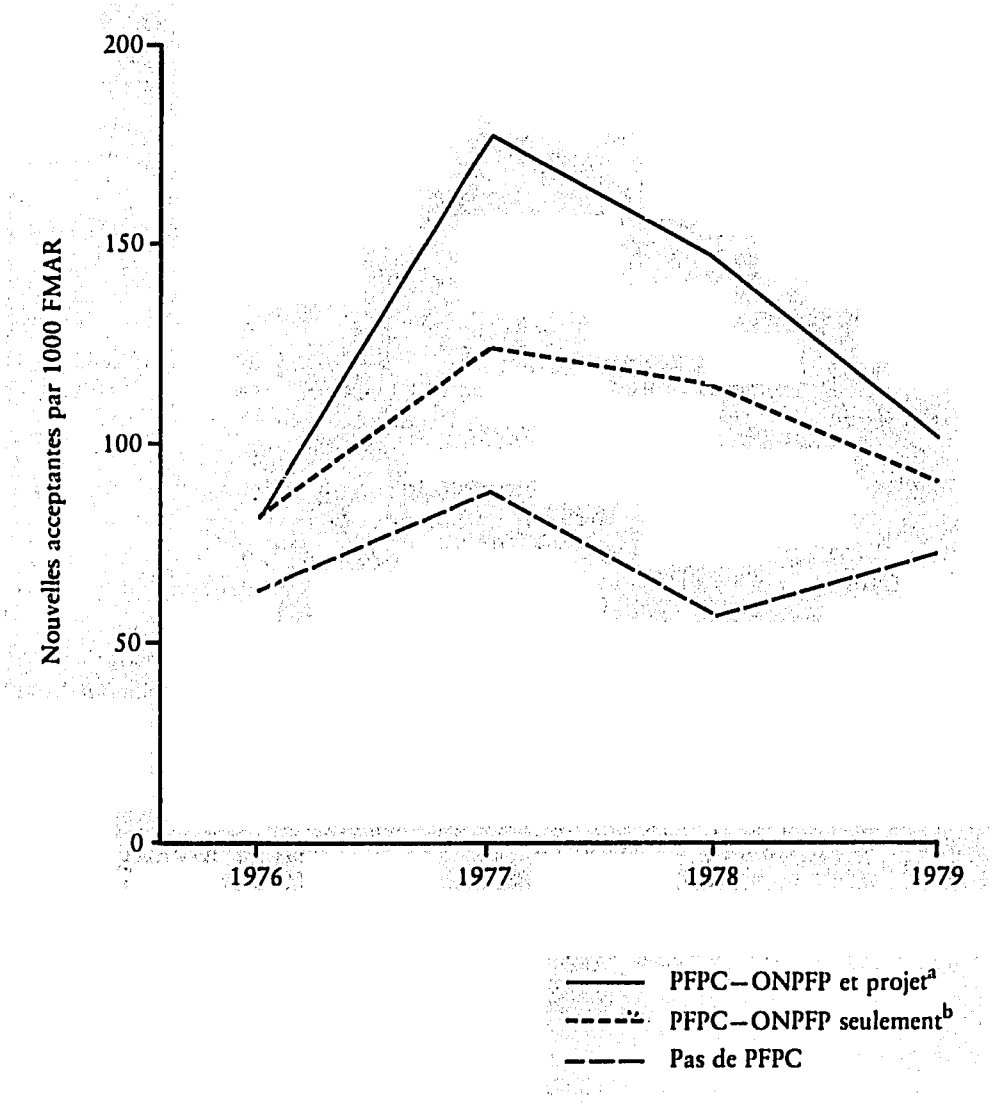
Le Graphique II.12 qui compare la tendance du taux de nouvelles acceptantes dans les délégations du PFPC et les non PFPC entre 1976 et 1980, indique également de manière claire l'impact différentiel du projet sur les niveaux d'acceptantes dans les trois délégations dans lesquelles l'équipe PFPC s'est rendue. En 1976, le taux d'acceptantes dans les délégations de Fernana, de Jendouba et de Ain Draham était légèrement supérieur au taux des délégations non PFPC (Bou Salem, Ghardimaou et Tabarka). Néanmoins, durant la période du projet (notamment les années d'activité de pointe, 1977-1978), il existait des différences considérables entre les taux d'acceptantes des délégations PFPC et des non-PFPC. Cette différence est particulièrement frappante quand on tient compte des acceptantes recrutées par le personnel du projet PFPC.

Les différences entre les régions duprojet et les autres, voire quand les dernières acceptantes sont exclues, reflètent, dans une certaine mesure, l'incidence indirecte du PFPC, c'est-à-dire qu'au moins une certaine partie des différences est probablement due à l'acceptation d'une méthode après la visite chez les femmes des régions du PFPC par suite des activités de l'animatrice cherchant à motiver.

C. EVALUATION DE L'INCIDENCE DU PROJET SUR L'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES

Mesurer l'incidence générale du Projet PFPC au niveau de l'utilisation des contraceptifs dans les délégations de Fernana, de Jendouba et de Ain Draham est une tâche complexe. En ce qui concerne Fernana et Ain Draham où on a effectué deux visites à domicile, on dispose d'informations sur la proportion d'acceptantes lors de la

GRAPHIQUE II.12
Tendance des taux d'acceptation dans les trois délégations du projet PFPC et ceux en dehors du projet dans le gouvernorat de Jendouba entre 1976-1979



[a] sont comprises les acceptantes recrutées par les animatrices du PFPC et par l'ONPFP.

[b] sont comprises seulement les acceptantes recrutées par l'ONPFP.

première visite qui utilisaient vraiment des méthodes contraceptives lors de la seconde visite à domicile. Toutefois, il n'existe aucune donnée comparable pour Jendouba où on a effectué une seule visite, on ne dispose pas non plus de renseignements sur les structures de l'utilisation chez les acceptantes de la seconde visite à Fernana et à Ain Draham.

Une difficulté encore plus sérieuse soulevée par l'évaluation de l'incidence du PFPC sur l'utilisation des méthodes contraceptives consiste en l'incapacité d'évaluer très précisément la tendance des niveaux de prédominance durant le projet. Aucune pré-enquête n'a été effectuée sur le terrain avant le démarrage du projet PFPC. Dès lors, le taux de base de prédominance des méthodes contraceptives dans chacune des délégations visées ne peut être estimé qu'à partir des informations recueillies lors des premières visites à domicile. Toutefois, on suppose que l'exclusion des régions les plus isolées de la visite effectuée dans chaque région s'est traduite par une certaine exagération de ces taux. Une évaluation quantitative de l'évolution du niveau de la pratique du planning familial est ainsi affectée, dans une certaine mesure, par le manque de mesure précise relative au taux de prédominance dans chaque délégation lors du démarrage du projet. Il n'en reste pas moins que les données du projet et les informations recueillies à l'échelon du gouvernorat, lors de l'enquête de prédominance ainsi que les statistiques du programme peuvent être utilisées afin d'arriver àobtenir des estimations assez justes du degré de changement intervenu dans l'usage des contraceptifs dans les régions couvertes par le projet entre la première enquête et l'enquête finale.

1. Utilisation chez les acceptantes de la première visite à Fernana et à Ain Draham

A Fernana et à Ain Draham, un peu plus d'un tiers de toutes les femmes quiont accepté une méthode de planning familial au moment de la première visite à domicile l'utilisaient lors de la seconde visite. Le pourcentage de femmes qui avaient accepté la pilule et continuaient d'utiliser la méthode lors de la enquête de suivi était beaucoup plus élevé à Fernana (38%) et à Ain Draham (39%) qu'il ne l'avait jamais été chez les acceptantes de la pilule dans le projet PFAD (13%). Les résultats indiquent également que dans les deux délégations des pourcentages considérables de ligature des trompes et de candidates au DIU obtenaient effectivement ces méthodes (Tableau II.26).

A Fernana et à Ain Draham, les nombres absolus des femmes qui acceptaient le DIU étaient modestes, de sorte que c'est l'utilisation continue de la pilule et le nombre de stérilisations réellement effectuées chez les femmes du projet qui ont contribué à un

Tableau II.26

Pourcentage des acceptantes du projet PFPC de la première visite à domicile utilisant la contraception lors de la deuxième visite dans les délégations de Fernana et Ain Draham par méthode

Méthode	Fernana	Ain Draham
	%	%
TOTAL	35	35
Pilule	38	39
DIU	44	24
Stérilisation féminine	29	32

accroissement général de la prédominance. Comme indiqué dans le chapitre précédent, l'utilisation de méthodes contraceptives par les acceptantes du PFPC à Fernana et à Ain Draham s'est traduite, selon les estimations, par des fléchissements absolus de 25% et de 3%, respectivement, du nombre de femmes exposées au risque de grossesse dans ces régions. L'impact bien plus limité du projet à Ain Draham reflète les nombres absolus plus modestes des acceptantes dans cette délégation; les taux relatifs d'utilisation d'une méthode chez les acceptantes de la première visite étaient analogues, mis à part le cas du DIU dans les délégations de Ain Draham et de Fernana.

2. Tendance des niveaux de prédominance dans les délégations du PFPC.

On étudie au Tableau II.27 et à le Graphique II.13 la tendance du taux de prédominance des méthodes contraceptives dans les trois délégations du projet PFPC. Lorsqu'on considère la structure de l'évolution de chaque région, il est important de se rappeler que, hormis pour l'enquête de prédominance à l'échelon du gouvernorat, on a pris les mesures à différents moments durant les trois ans qu'ont duré les activités du projet sur le terrain. Les populations de base pour lesquelles les taux ont été calculés diffèrent également, comme l'indique le Tableau II.27. L'exclusion des femmes mariées qui vivent dans les régions les plus isolées de chaque délégation est censée s'être manifestée par une certaine exagération des taux de base. Dès lors, il y a lieu de reconnaître que les comparaisons de ces taux avec les niveaux de prédominance signalés lors de l'enquête finale à l'échelon du gouvernorat quand toutes les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans ont été sondées peuvent avoir tendance à amoindrir l'évolution générale de l'utilisation des méthodes contraceptives dans les délégations.

La prédominance a le plus évolué à Fernana où le pourcentage de femmes pratiquant la contraception avait été le plus faible. Au moment de l'EPC, 23% de toutes les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans utilisaient le planning familial, une évolution relative de 44% du taux de base de la prédominance des méthodes contraceptives de 16% durant les 26 mois qui se sont écoulés entre le démarrage de la première visite à Fernana et l'EPC.

Le Graphique II.13 met en évidence que le taux de prédominance dans la délégation de Fernana avait atteint une pointe de 28% au moment de la seconde visite et à l'époque de l'enquête de suivi à Fernana, effectuée sur le terrain immédiatement après la seconde visite à Fernana, ce qui représentait un acroissement relatif de la prédominance des méthodes contrceptives de 75% en 12 mois. Les résultats de l'EPC, qui indiquent le niveau de l'utilisation des

Tableau II.27

Tendance des taux de prédominance des méthodes contraceptives dans les trois délégations du projet PFPC

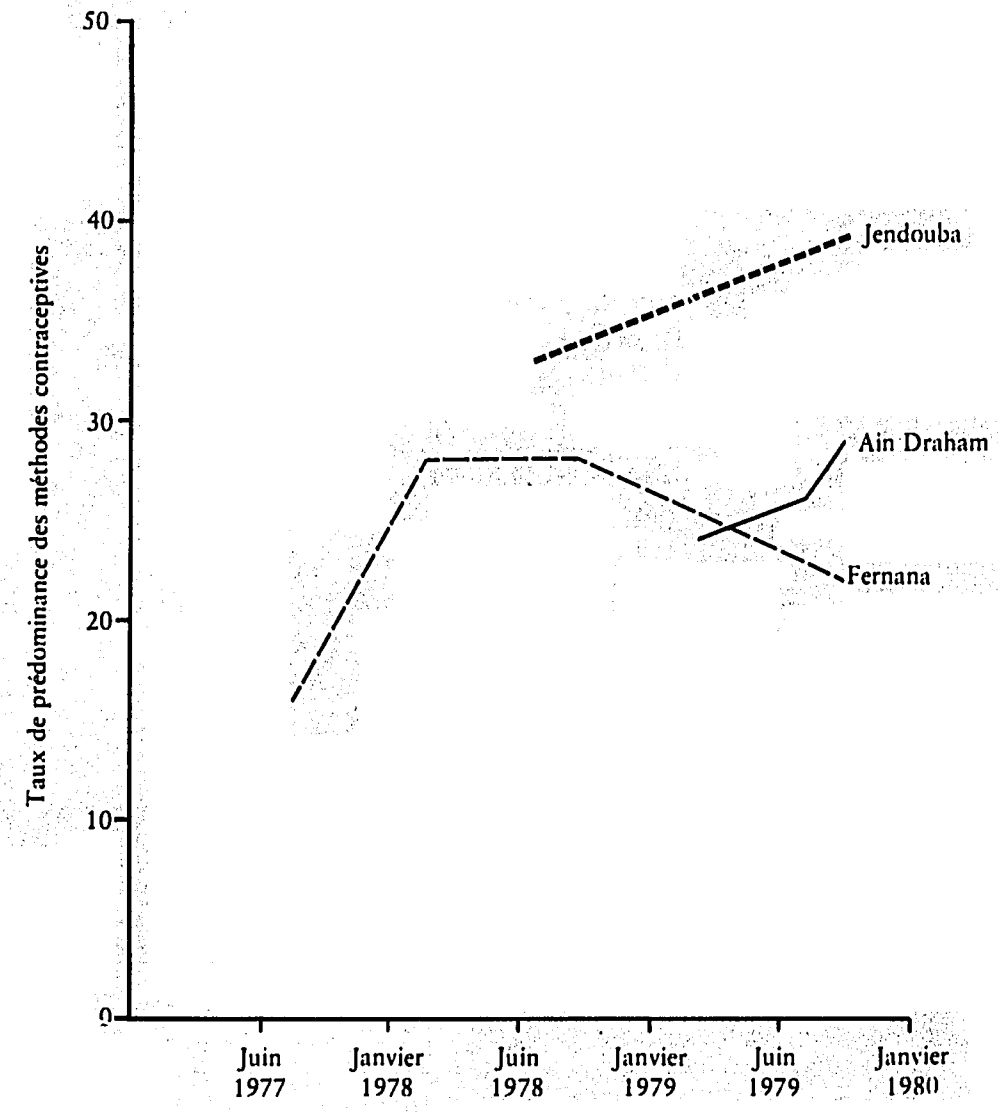
Délégations	Taux de prédominance			
	Première visite	Deuxième visite	Enquête de suivi	EPC
Fernana	16[a]	28[b]	28[c]	23[c]
Jendouba	33[c]	--	--	39[c]
Ain Draham	24[a]	26[b]	--	29

[a]taux parmi les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans contactées dans le cadre des visites à domicile.

[b]taux estimés parmi les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans contactées dans le cadre de la deuxième visite. Ils sont basés sur l'hypothèse suivante: un taux de continuation de 100% parmi les femmes déjà contraceptrices à la première visite et les taux d'utilisation parmi les acceptantes de la première visite.

[c] taux parmi toutes les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans dans la délégation.

GRAPHIQUE II.13
Tendance des taux de prédominance des méthodes contraceptives dans les trois délégations du projet PFPC entre 1977-1980



méthodes contraceptives un peu plus d'un an après la visite et l'enquête, suggèrent que le PFPC a eu une incidence à long terme sur le taux de prédominance à Fernana, malgré une certaine baisse de l'utilisation après la visite intensive à Fernana.

Les évolutions d'ensemble relatives du niveau de l'utilisation des méthodes contraceptives dans les autres délégations (où les taux de base étaient initialement plus élevés) n'étaient pas aussi importantes qu'à Fernana. Le Tableau II.27 fait ressortir qu'entre la première visite à domicile et la dernière enquête l'usage des méthodes contraceptives chez les femmes mariées de la délégation de Jendouba s'est accru de 18%, selon les estimations -- passant de 33 à 39%. L'évolution du niveau de prédominance a été légèrement plus forte à Ain Draham (21%). Il importe de remarquer que si on compare les accroissements relatifs à Jendouba et à Ain Draham, l'EPC n'a été effectuée sur le terrain que quelques semaines après la fin de la seconde visite dans la dernière délégation, alors que selon le Graphique II.13 une période de près de 18 mois s'est écoulée entre l'unique visite à domicile à Jendouba et l'enquête finale. Par conséquent, le niveau de prédominance lors de l'EPC à Ain Draham représente l'impact de pointe des activités de l'EPC sur l'utilisation des méthodes contraceptives dans la région en question, tandis que les résultats de l'EPC pour Jendouba reflètent l'influence à plus long terme du projet sur l'attitude des femmes de cette délégation en ce qui concerne les méthodes contraceptives.

3. Comparaison avec les délégations non couvertes par le PFPC

Dans un effort d'évaluer, au moins en partie, l'effet du projet PFPC sur les niveaux de prédominance à l'échelon du gouvernorat, le Tableau II.28 compare les estimations de la prédominance de l'utilisation de la pilule, du DIU et des méthodes secondaires. Pour les délégations couvertes par le PFPC en 1976, ces estimations sont déterminées d'après des statistiques du programme avec des estimations de la prédominance de l'utilisation de ces méthodes en 1979 déterminées d'après le EPC pour ces délégations. Le Tableau II.28 montre que des accroissements sont intervenus en matière de prédominance de l'utilisation de ces méthodes dans les délégations couvertes et non couvertes par le PFPC; l'évolution des niveaux de prédominance pour les délégations couvertes par le PFPC -- de 11 à 18% -- était, cependant, plus forte, en termes tant absolus que relatifs, que les évolutions qui se sont produites dans les délégations non couvertes par le PFPC dans lesquelles la prédominance est passée de 8 à 12%. Le fait qu'il est impossible de mesurer les changements intervenus dans la prédominance de stérilisation féminine rend difficile l'évaluation globale de l'effet différentiel de la visite à domicile sur l'usage du planning familial dans les délégations englobées dans le projet PFPC.

Tableau II.28

Tendance des taux des prédominance dans les trois délégations du projet PFPC et ceux en dehors du projet dans le gouvernorat de Jendouba entre 1976 - 1979

	Taux[a] 1976	Taux[a] 1979	Difference
	%	%	%
Toutes délégations	10	15	50
Délégations du projet	11	18	64
Délégations en dehors du projet PFPC	8	12	50

[a]Il s'agit de la somme des taux de prédominance de pour la pilule, du DIU et des méthodes secondaires.

4. Différentes méthodes utilisées par les contraceptrices lors de la dernière enquête

On n'a recueilli aucun renseignement lors des premières visites dans les délégations couvertes par le PFPC relatif à la gamme de méthodes chez les femmes qui étaient déjà sous contraception. Il est donc impossible de documenter les changements intervenus durant une certaine période en ce qui concerne les préférences de méthode chez les femmes qui utilisent le planning familial dans ces délégations. Le Tableau II.29 souligne que, lors de la dernière enquête, les utilisatrices étaient plus susceptibles de s'être faites stériliser que de compter sur une autre méthode. Cependant, la gamme de méthodes utilisées dans les trois délégations variait dans une certaine mesure. Par exemple, les utilisatrices de la délégation de Jendouba étaient plus aptes à prendre la pilule ou à adopter le DIU que celles de Fernana ou de Ain Draham.

D. EVALUATION DE L'INCIDENCE DES MECANISMES DE REAPPROVISIONNEMENT EN CONTRACEPTIFS ET DE REFERENCE

1. Evaluation de l'incidence des mécanismes de réapprovisionnement

a. Agents de réapprovisionnement

Un des objectifs principaux du projet PFPC a consisté à accroître l'accès aux services de planning familial de la population visée dans les délégations de Fernana, de Ain Draham et de Jendouba. Par conséquent, afin de poursuivre le travail des animatrices du PFPC dans les trois délégations, 27 agents de "réapprovisionnement" -- dont les agents des Services de Santé Préventive (infirmiers hygiénistes et agents de santé), les agents du Ministère des Affaires Sociales (assistantes sociales) et les chefs de secteurs (omdas) -- ont été chargés de fournir des contraceptifs aux acceptantes de la pilule et des méthodes secondaires et de recruter d'autres femmes s'intéressant au planning familial. Les activités de ces agents ont permis de majorer le nombre des centres de planning familial dans les délégations du projet.

Avant le démarrage du projet, on offrait des contraceptifs dans 18 centres fixes différents (2 hôpitaux, 2 centres de PMI, 13 dispensaires et le centre régional de planning familial) dans la

Tableau II.29

Distribution des utilisatrices par méthode dans les trois délégations du projet PFPC à partir de l'enquête finale dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Méthode	Fernana (N=37)	Jendouba (N=144)	Ain Draham (N=46)
	%	%	%
Pilule	24	33	28
DIU	14	25	17
Stérilisation féminine	59	33	47
Méthodes secondaires	3	3	2
Methodes traditionnelles	-	5	6

région visée. Par suite des activités du projet, ce nombre est passé à 94, un accroissement relatif de plus de 400%. Ces chiffres n'englobent pas les endroits enquêtés par les assistantes sociales à Jendouba, ni ceux où le gynécologue du projet donnait ses consultations.

Le Tableau II.30 résume les activités des agents de réapprovisionnement. Dans l'ensemble, les agents ont donné une nouvelle provision à 439 utilisatrices de la pilule qui avait initialement obtenu des contraceptifs oraux des animatrices du PFPC. De surcroît, ils ont recruté 134 nouvelles acceptantes du planning familial.

Puisque les dossiers gardés sont très incomplets (ne concernent que certaines périodes et les acceptantes de la pilule), il est difficile d'évaluer l'efficacité relative de ces trois types d'agents dans leur nouveau rôle de distributeurs de planning familial. Dans le groupe d'infirmiers hygiénistes et les agents sanitaires, chacun fournissait des contraceptifs à une moyenne de 23 clients du planning familial (anciennes et nouvelles acceptantes de la pilule); les chiffres correspondants pour les assistantes sociales et les omdas étaient respectivement 9 et 10. Néanmoins, il faut souligner que les informations relatives aux infirmiers hygiénistes et aux agents sanitaires ne sont disponibles que pour une période de près de deux ans, comparé à seulement plusieurs mois pour les assistantes socialeset les omdas. Le nombre moyen de clientes pour les contraceptifs oraux vues mensuellement par chaque agent est environ le même (3 - 3,3) pour les trois catégories d'agents. Ce chiffre plutôt modeste permet de penser que les autres responsabilités des agents ne leur ont pas laissé beaucoup de temps libre pour les activités de planning familial.

b. <u>Gynécologue du projet</u>

Les activités des agents de réapprovisionnement ont été complétées par celles du gynécologue du projet. Comme l'indique le Tableau II.31 le médecin du projet a vu 680 femmes lors des consultations qu'il a données dans 26 centres dans les trois délégations. Il a réapprovisionné 54 acceptantes de la pilule et recruté 47 nouvelles acceptantes du planning familial. Il a également donné des conseils médicaux à 433 femmes qui avaient antérieurement accepté un DIU ou été stérilisées et qui avaient des problèmes ou des questions sur la méthode qu'elles avaient adoptée. En dernier lieu, il a fourni des services médicaux prénatals ou généraux à 94 femmes supplémentaires.

Tableau II. 30

Activités des agents de réapprovisionnement dans les trois délégations du PFPC

Délégation et période	Agents de réapprovisionnement					
	Infirmices hygienistes et agents de santé		Animatrices sociales[a]		Omdas[b]	
	Acceptantes du PFPC réapprovisionnés[c]	Nouvelles acceptantes recrutées[c]	Acceptantes du PFPC réapprovisionnés[c]	Nouvelles acceptantes recrutées[c]	Acceptantes du PFPC réapprovisionnés[c]	Nouvelles acceptantes recrutées[c]
Fernana 12/77-12/79	237	41	-	-	-	-
Jendouba 9/78-12/79	141	82	19	8	-	-
Ain Draham 10/79-12/79	16	-	-	-	26	-
TOTAL	394	123	19	8	26	3

[a]Ont servi comme agents de réapprovisionnement seulement à Jendouba.

[b]Ont servi comme agents de réapprovisionnement seulement à Ain Draham.

[c]acceptantes de pilules uniquement

Tableau II. 31

Résultats du suivi médical du projet PFPC par délégation

Résultats	TOTAL	Délégation		
		Jendouba	Fernana	Ain Draham
Nombre de secteurs	18	6	7	5
Nombre de points de rassemblement	26	6	14	6
Nombre de jours	45	12	27	6
Nombre de consultations	680	210	366[a]	104
Acceptantes du planning familial[b]				
Pilule				
Ancienne	54	26	24	4
Nouvelle	39	11	19	9
DIU				
Ancienne	103	45	52	6
Nouvelle	2	1	1	0
Stérilisation féminine				
Ancienne	330	107	179	44
Nouvelle	6	1	3	2
Autres				
Médicine générale	65	15	34	16
Stérilité	6	-	2	4
Prénatal	23	4	0	19

[a]Pas d'informations sur 52 consultations.

[b]Reçues pour reapprovisionnement ou orientation.

2. Evaluation du fonctionnement des mécanismes de référence

Un des aspects les plus décavants du projet PFPC a été le suivi inadéquat des candidates au DIU et à la stérilisation recrutées par les animatrices du PFPC. Le Tableau II.32 fait ressortir que, à la fin du projet, seulement une acceptante du DIU sur cinq et une candidate à la stérilisation sur quatre obtenaient la méthode pour laquelles les animatrices les référaient. Le caractère médiocre du suivi est imputable aux pannes de véhicules et au mauvais temps dans une grande mesure. Néanmoins, il est évident qu'on aurait dû multiplier les efforts en vue d'aider les candidates au DIU et à la stérilisation à obtenir les méthodes contraceptives qui les intéressaient.

Tableau II.32

Le nombre d' acceptantes de la ligature des trompes et du DIU et le nombre des ligaturées et utilisatrices de DIU parmi ces acceptantes

Dèlègation	Ligature des trompes		DIU	
	Acceptantes	Faites	Acceptantes	Faites
Fernana				
Première visite	468	142	37	15
Deuxième visite	57	21	10	4
Jendouba	183	22	117	18
Ain Draham				
Première visite	175	54	15	4
Deuxième visite	35	3	10	-
TOTAL	918	242	289	22

CHAPITRE V

IMPLICATIONS POUR LA PROGRAMMATION

Le projet PFPC est important de plusieurs points de vue. Il constitue la première tentative par l'ONPFP d'élaborer, mettre à exécution et évaluer un système de distribution de planning familial peu coûteux et efficace au service des populations dispersées, qui complète les activités des équipes mobiles et l'infrastructure existante de santé. Destiné à l'origine, à servir de modèle pour un programme qui couvre tout le pays, il représente le plus grand effort entrepris jusqu'à ce jour, avec la participation d'un personnel non-médical pour informer sur le planning familial et fournir les services au niveau du ménage. Bien que l'expérience PFMR dans la Tunisie centrale ait couvert une population cible plus importante, le rôle des animatrices était essentiellement de motiver les ménages pour l'équipe mobile plutôt que de fournir les services contraceptifs comme dans le cas du PFPC. (Voir Appendice C pour la description des autres projets spécifiques en Tunisie.)

De toutes les différentes expériences de distribution contraceptive à domicile entreprises jusqu'à ce jour en Tunisie, le projet PFPC fournit la plus grande gamme de conclusions:

- le taux animatrice-domicile le plus faible qui ait été tenté;
- le plus grand nombre d'interventions offertes au niveau du ménage;
- le premier test de faisabilité et d'acceptabilité du Neo Sampoon;
- la première distribution systématique à domicile d'Oralyte par un personnel non médical, en conjonction avec les services de planning familial;

- la première tentative faite pour étudier la rentabilité du système de distribution.

Les résultats d'enquêtes spéciales effectuées au titre du projet PFPC ainsi que les simples fiches de contact à domicile fournissent une abondance de données sur l'acceptation, l'utilisation et la disponibilité des services de planning familial à Jendouba -- renseignements appréciables non seulement pour améliorer le programme au niveau local mais aussi au niveau national.

Le projet PFPC confirme les principaux résultats de l'expérience PFAD, la première distribution des méthodes contraceptives à domicile. De plus, il permet d'eclaircir certaines questions de programmation, y compris l'efficacite relative de:

- la distribution de contraceptifs à domicile dans une région où le taux de prédominance est élevé/faible;
- la comparaison entre deux visites à domicile et une seule par les agents d'approvisionnement;
- le planning familial et les simples services de santé combinés au niveau du ménage;
- différents systèmes de réapprovisionnement en contraceptifs.

Le projet PFPC a permis également de mieux comprendre les difficultés rencontrées généralement dans les projets spécifiques: la formation des candidates au DIU et à la ligature des trompes, les questions logistiques et les activités IE & C.

Les points les plus marquants des principales le çons tirées du projet PFPC sont résumés ci-dessous. Les options futures qui se présentent à l'ONPFP dans le gouvernorat de Jendouba comme dans d'autres régions rurales de la Tunisie sont étudiées de plus près dans la Partie IV.

A. ACCEPTABILITE DU SYSTEME DE DISTRIBUTION A DOMICILE DES METHODES CONTRACEPTIVES

Le projet PFPC a confirmé l'hypothèse qui a été testée la première fois dans le cadre du PFAD selon laquelle il existe une demande non-satisfaite de planning familial en zones rurales isolées de Tunisie où l'accès aux services de contraception modernes a été pour ainsi dire insignifiant. La distribution à domicile par de jeunes femmes localement recrutées s'est avérée une fois de plus acceptée aussi bien par les clientes que par les responsables de la communauté. Ces animatrices ont établi un lien solide entre les

ménages et l'infrastructure limitée de santé; elles ont pu fournir les renseignements et les services de planning familial avec efficacité et sans risque, sous supervision médicale, sans répercussions contraires. Pour beaucoup des femmes de la population cible le projet leur a permis pour la première fois d'avoir plein accès aux différentes méthodes contraceptives.

Le projet PFPC a bénéficié de la participation active et de la coopération étroite des autorités politiques locales et des responsables de santé -- un facteur clé dans le succès d'un programme de distribution à domicile. Les animatrices étaient souvent accompagnées du chef de secteur (omda) qui les a assistées dans leurs tournées pour identifier et repérer les domiciles isolés et discuter avec les maris qui étaient présents. La collaboration des agents de santé préventive était aussi excellente pendant toute la durée du projet. Le délégué a tenu périodiquement des réunions avec les responsables de santé et les leaders de la communauté afin de s'assurer de leur soutien continu des activités.

Le PFAD a été un programme d'intervention plus intensif, moins efficace à un coût peu élevé, qui ne visait que l'accroissement de la pratique du planning familial (essentiellement des contraceptifs oraux et de la ligature des trompes) dans une seule délégation de Tunisie. Les facteurs qui ont contribué à l'incidence comparativement plus limitée du projet PFPC sur l'utilisation de la contraception sont les suivants: les taux de base de la prédominance bien supérieurs dans les régions cibles de Jendouba, l'introduction d'interventions sanitaires et de planning familial dans la dernière délégation prospectée lors de la campagne de distribution à domicile.

Bien que le projet PFPC n'ait pas réussi à changer la pratique en matière de méthodes contraceptives des femmes mariées observées au cours du projet dans la même mesure où le programme PFAD a réussi, il n'y en a pas moins eu des accroissements significatifs dans le domaine de l'acceptation et de l'utilisation du planning familial dans les trois délégations où l'équipe du PFPC a travaillé.

Ceci a été particulièrement vrai à Fernana, la plus arriérée des délégations où les opinions étaient fermement implantées par une longue tradition et où la pratique de planning familial était relativement faible au lancement du projet. A Jendouba, où la prédominance de base était plus du double de celle de la délégation voisine de Fernana, l'impact des visites était bien moins impressionnant. Les résultats mettent en évidence les

facteurs qui limitent une distribution à domicile de contraceptifs dans une région où le taux de contraception est déjà relativement élevé. A Ain Draham, en conséquence du projet PFPC, la population a eu l'accès non seulement à une large gamme d'interventions de planning familial mais aussi à de simples mesures de santé préventive et curative. L'impact de cette approche intégrée de l'acceptation est étudiée plus amplement ci-dessous.

Bien que les taux d'acceptation et de continuation ont varié considérablement parmi les trois régions, les résultats dans l'ensemble sont tout de même encourageants. Ils sont particulièrement impressionnants compte tenu de la difficulté extrême du terrain et du fait que seules cinq animatrices ont contacté près de 25.000 domiciles très dispersés. Ceci constitue une réalisation extraordinaire par rapport à d'autres projets où le taux animatrice/domicile est cinq à dix fois supérieur.

Une évaluation qualitative de l'impact du projet PFPC est exprimée dans la déclaration suivante faite par le délégue régional de planning familial:

Par le biais du PFPC on a pu faire parvenir le message du planning familial à une grande partie de la population rurale de Fernana, Jendouba et Ain Draham. Le taux de pénétration de ce message dans ces délégations a connu une sensible hausse. La pratique des différentes méthodes a connu une augmentation (pilule surtout). Des maladies ont pu être traitées sur place. Les services compétents de la Santé Publique ont pu être avertis et à temps sur certaines autres maladies.

Les femmes contactées (et même les hommes) ont trouvé auprès des membres de l'équipe leurs guides, leurs conseillers et leurs soutiens.

L'action qu'on a menée sur le terrain nous a permis de créer au sein de la collectivité une mentalité et un climat qui ont fait du Planning Familial une pratique acceptée et légitimée.

L'équipe a pu aider les gens à comprendre la valeur que représente la planification familiale sur tous les points de vue et elle a contribué à éclairer les parents sur les soins à donner aux enfants.

Du point de vue qualitatif, le PFPC a accéléré le processus de changement dans les conceptions et il a contribué au changement d'attitudes vis-à-vis du planning familial en particulier.

Pour terminer, on peut dire qu'avec des moyens simples et très réduits du point de vue budget et personnel, le PFPC est parvenu à des résultats qui ne peuvent pas être niés. (40)

B. EFFICACITE DES COMPOSANTES DU PROGRAMME

1. Plan d'action du projet

a. Formation et supervision des animatrices

Les deux premières semaines d'instruction qui ont été suivies de huit semaines de formation pratique avec les équipes mobiles ont fourni aux animatrices une bonne base dans l'exécution de leurs tâches, sous le projet PFPC. Avant l'introduction des services de santé de base dans les visites à domicile à Ain Draham, les animatrices ont suivi durant dix jours, un stage de formation sur la santé maternelle et infantile et le planning familial. Cependant, il n'y a pas eu de formation pratique en cours d'emploi ni de supervision étroite des activités sur le terrain; cette dernière composante est essentielle dans le projet de distribution communautaire de contraceptifs. Bien que le Directeur médical du PFPC et le délégue régional étaient toujours disposés à conseiller les animatrices et à répondre à leurs questions, les visites à domicile n'ont pas été suivies d'une manière constante par le siège central de l'ONPFP et le personnel du CREPF. Une plus grande attention aurait dû être donnée notamment pour suivre l'introduction du Neo Sampoon et d'Oralyte dans l'ensemble de la distribution à Ain Draham.

Néanmoins, les animatrices se sont acquittées de leurs tâches d'une manière remarquable compte tenu des conditions défavorables -- longues distances en jeep, et des kilomètres de marche chaque jour, souvent par mauvais temps, sur un terrain difficile pour atteindre les domiciles isolés: "Durant toute la période du projet, les animatrices ont manifesté un grand enthousiasme et un effort sans cesse soutenu malgré les innombrables difficultés dues au climat et au terrain." (24)

b. Activités d'information et d'éducation

Au cours des visites à domicile comme des consultations du suivi médical, les femmes étaient informées sur la manière d'utiliser les différentes méthodes contraceptives et leurs effets secondaires. Il semble toutefois, malgré des efforts des animatrices qu'il y ait une certaine confusion, des interprétations erronées et des rumeurs qui persistent dans les localités couvertes par le projet. Au cours de la deuxième visite, l'une des principales raisons citées pour non-utilisation ou arrêt d'une méthode était "la crainte d'effets

secondaires". Ceci souligne la nécessite d'un effort plus soutenu en matière d'éducation et de distribuer de simples brochures illustrées sur les méthodes de planning familial aux femmes de zones rurales isolées. Parmi celles auxquelles une méthode était offerte et qui ne la pratiquaient pas au moment du contrôle, une autre raison fréquemment citée était l'opposition du mari. Vu le rôle capital que joue le consentement du mari dans l'acceptation et la pratique de planning familial en Tunisie rurale, il est essentiel de se pencher davantage sur le rôle des hommes par des activités pour les motiver également.

c. Interventions

(1) Gamme des contraceptifs

Un des principaux avantages du projet PFPC sur les autres distributions à domicile était qu'il offrait une gamme de contraceptifs très étendue; c'était pour la première fois que les contraceptifs oraux et les autres méthodes d'espacement de naissances ainsi que l'orientation vers le DIU et la ligature des trompes étaient disponibles dans les zones du projet. Toutefois, tel que noté plus haut, la popularité par délégation des différentes méthodes a varié, avec une promotion intense et une large acceptation pour la pilule à Fernana et Jendouba et une préférence très marquée pour la ligature des trompes à Ain Draham. Les effets secondaires rapportés sur ces méthodes et d'autres ont été minimes aurant la période du projet. Bien que les taux d'acceptation de méthodes secondaires aient été en général inférieurs à 5%, les distributions spéciales de Neo Sampoon et de condoms ont révélé des résultats qu'il faut mettre en relief. La popularité des nouvelles pastilles moussantes de Neo Sampoon à Ain Draham fait ressortir la nécessité de considérer élargir la distribution de cette méthode. Des tests cliniques concernant l'usage et l'efficacité devraient être menés, en même temps que des enquêtes par échantillon et des interviews en profondeur afin d'obtenir plus d'information sur l'acceptabilité, les taux de continuation et d'échec et les caractéristiques des utilisatrices.

Les condoms étaient rarement acceptés par les femmes contactées, dans les trois délégations; cette tendance est compatible avec ce qui a été constaté dans les autres régions de la Tunisie rurale. Ils ont été cependant bien reçus par les hommes, lors d'une distribution entreprise à Ain Draham par le chauffeur du véhicule de projet. Les résultats de cette petite expérience suggèrent d'étendre la distribution de condoms, mettant à profit par exemple, le temps libre dont disposent les chauffeurs d'équipe mobile pour parler de planning familial aux hommes de la communauté et remettre des condoms à ceux qui s'y intéressent. Mais, pour lancer

une campagne de distribution de condoms, il faut agir avec beaucoup de prudence.

La faible utilisation traditionnelle de méthodes secondaires semble être due, en grande partie, à un manque de promotion et d'information ainsi que des modes d'emploi et de la disponibilité. Une distribution plus conséquente de ces contraceptifs fournirait d'autres options aux femmes à parité faible, pour espacer les naissances.

(2) Mesures sanitaires

L'intervention sanitaire plus importante menée dans le cadre du projet PFPC était la réhydratation par voie buccale. Quoique l'expérience ait été limitée, la distribution à domicile d'Oralyte pour le traitement des diarrhées dans la délégation de Ain Draham se soit avérée une intervention sanitaire pratique et acceptée par la population les résultats de l'enquête montrent qu'il y a une incidence élevée de diarrhée parmi les enfants âgés de moins de 5 ans un niveau élevé d'utilisation d'Oralyte et une satisfaction générale du traitement. Avant d'élargir la distribution d'Oralyte dans le cadre du programme de l'ONPFP, il serait important, cependant, d'examiner le coût-efficacité de l'intervention en termes de son impact sur l'acceptation et l'utilisation du planning familial et enfin de résoudre les problèmes d'approvisionnement, de distribution et de contrôle de son utilisation.

d. Evaluation d'une visite à domicile au lieu de deux

Un objectif du projet PFPC était d'évaluer l'efficacité relative d'une visite contre deux. L'ONPFP voulait étudier la question de plus près afin de déterminer si les gains en acceptation contraceptive et les taux d'utilisation suffisaient à justifier la dépense supplémentaire. Le plan d'action du PFPC prévoyait deux tournées des domiciles à Fernana et Ain Draham et une seule à Jendouba. La seconde visite a abouti à une augmentation de 20% d'acceptantes dans la délégation de Fernana et de 33% à Ain Draham. Elle a également permis de déterminer si les femmes acceptant une méthode durant la première visite l'utilisaient vraiment et, si non, les raisons de non-utilisation. En même temps, les utilisatrices de pilules ou d'une méthode secondaire ont été réapprovisionnées tout en renforçant la motivation et appuyant de nouveau sur le mode d'emploi. Les efforts ont été renouvelés pour fournir le transport aux candidates de DIU ou de ligature des trompes, recrutées lors de la première visite et du suivi.

La seule tournée effectuée dans la délégation de Jendouba a permis de recruter un nombre total de 713 acceptrices nouvelles, ou 38% de la population "à risque". Les taux correspondants pour Fernana et

Ain Draham à l'issue des deux visites étaient de 83% et 24% respectivement. Compte tenu des grands écarts notés dans les taux de prédominance de base parmi les trois délégations et le système intégré de PF/PMI testé à Ain Draham, il est difficile de mesurer l'impact relatif de la formule: une visite ou deux. Les coûts de l'enquête à domicile sont examinés ci-dessous au chapitre C.

e. Evaluation du Planning familial seul par rapport à un système intégré

Le projet PFPC offre l'unique opportunité d'étudier, dans le contexte de la Tunisie rurale, l'impact de la présence ou de l'absence d'une composante de santé sur l'acceptation de contraceptifs, dans un programme de distribution non clinique. Il était supposé que l'acceptation du planning familial serait augmentée si l'information et l'approvisionnement de contraceptifs étaient présentés dans le contexte d'autres services de santé de base maternelle et infantile. Deux régions ont été selectionnées à titre de comparaison: Fernana et Ain Draham -- délégations adjacentes montagneuses, au terrain difficile et à la population très dispersée. Bien que les deux délégations partagent de nombreuses similarités, sur bien des points, y compris les caractéristiques géographiques et démographiques, elles diffèrent sur le plan services de santé et les activités historiques de planning familial. Au lancement du projet, Ain Draham dotée d'une meilleure infrastructure de santé avait un taux de prédominance contraceptive de base de 24% comparé à 16% seulement à Fernana.

L'équipe de cinq animatrices a effectué deux visites dans chaque région. A Fernana, les interventions incluaient: les pilules, les condoms, les mousses, crèmes et gelées et l'orientation vers le DIU et la ligature de trompes. A Ain Draham, inclus dans cette liste étaient: la prise de mesure et la pesée d'enfants d'âge pré-scolaire, l'orientation vers la vaccination, les conseils sur les soins pré- et post-natals, la distribution de tetracycline opthalmologique, le dépistage de simples infections parasitaires et affections cutanées et (au cours de la deuxième visite seulement) la distribution limitée de Neo Sampoon et d'Oralyte. Les activités à Ain Draham ont commencé 16 mois après la première visite à domicile à Fernana et ont fait l'objet de retards plus nombreux dûs au mauvais temps et aux pannes de véhicules.

Etant donné que le PFPC a été élaboré principalement à titre de démonstration, en tant que projet orienté sur les services, un contrôle rigoureux expérimental n'a pas été inclus. Dans l'absence d'une analyse complexe, il est donc impossible d'identifier les effets des variations qui n'ont pu être contrôlées. Il convient toutefois de noter les écarts frappants dans l'acceptation contraceptive entre Fernana et Ain Draham. A Fernana, les deux visites à domicile,

effectuées ont abouti à un total de 1.960 nouvelles acceptantes de planning familial (83% de la population "à risque") contre 424 seulement (24% de la population "à risque") à Ain Draham. Ces résultats sont spectaculaires étant donné que près de la moitié des FMAR (femmes mariées en âge de reproduction) contactées étaient identifiées comme étant exposées au risque d'une grossesse et éligibles pour le planning familial dans les deux régions. Cet écart peut s'expliquer en partie par le fait que les animatrices, étant donné leurs responsabilités supplémentaires de santé, ont consacré moins de temps à la motivation et au recrutement d'acceptrices de planning familial à Ain Draham qu'à Fernana.

La préférence pour une certaine méthode a également différé entre les deux régions. A Fernana, 59% des acceptantes de la première visite ont opté pour la pilule et 33% pour la ligature des trompes, tandis qu'à Ain Draham, ces pourcentages étaient opposés -- de 37% et 55% respectivement. Au contrôle, les pourcentages d'acceptantes de pilule et de DIU pratiquant le méthode étaient considérablement plus élevés à Fernana qu'à Ain Draham.

Les chiffres donnés ici réfutent les hypothèses déjà testées et selon lesquelles un programme combiné aurait un effet plus positif sur l'acceptation de planning familial qu'un système au seul but de distribution. Les résultats à Ain Draham en matière de planning familial ne sont pas aussi encourageants que ceux de Fernana et Jendouba. Les responsables locaux et le personnel du projet étaient, cependant, heureux d'avoir un programme intégré dans l'une des trois régions couvertes par le projet. Les animatrices avaient l'impression que l'addition d'interventions courantes de santé a contribué à améliorer leur rôle et l'acceptation de la part de la population.

Il est difficile de mesurer l'impact de leurs activités de santé qui sera peut être mieux identifié a long terme. Les responsables de la Médecine Préventive en mesure d'assurer le suivi pour les cas de maladie chronique et d'urgence signalés par les animatrices dans leur fiches de contact. Les renseignements sur les activités de contrôle de la nutrition par les animatrices et la distribution d'Oralyte ont été particulièrement très utiles. Les statistiques du programme ne reflètent cependant pas les conseils sur la vaccination des enfants d'âge pré-scolaire, les soins pré- et post-natals et l'importance d'espacer les naissances pour les jeunes couples.

f. <u>Réapprovisionnement de contraceptifs et orientation</u>

L'un des objectifs de recherche du projet PFPC consistait à étudier l'acceptabilité et la faisabilité de plusieurs systèmes d'approvisionnement en contraceptifs -- agents de service de santé préventive (infirmiers hygiénistes et agents de santé), personnel du Ministère des Affaires Sociales (assistantes sociales) et le

responsable du parti politique, au niveau le plus bas (omda). Il est évident que ces agents de réapprovisionnement ont eu un impact sur l'acceptation de contraceptifs dans les délégations visées. Ces agents et le médecin ont fourni les services de planning familial à 693 femmes; 512 utilisatrices de pilules qui avaient adopté cette méthode au cours de l'enquête PFPC ont été réapprovisionnées et 181 nouvelles clientes ont été recrutées, la majorité optant pour la pilule. Des informations sur le réapprovisionnement en condoms et mousse ne sont malheureusement pas disponibles.

Certains parmi le personnel PFPC qui étaient engagés dans les activités sur le terrain ont permis d'approfondir davantage sur l'acceptabilité et l'efficacité des différents agents. Le chef des services de santé préventive remarquait que bien que les infirmières-hygiénistes et les agents de santé réapprovisionnaient les acceptrices de pilules sans difficulté, ils ont tout de même enregistré parfois une certaine hésitation de la part de celles qui pourraient être éventuellement de nouvelles clientes. Leur inquiétude apparente se dissipait en présence d'une femme, qu'elle soit animatrice ou infirmière-sage femme. (32) Cette observation souligne encore la nécessité de la présence d'une femme qui puisse en premier lieu, aborder le sujet de planning familial et assurer un lien entre les domiciles et les lieux de rencontre désignés de services de santé préventive.

A quel point les femmes éligibles des trois délégations étaient au courant des points de réapprovisionnement peut être démontré par les enquêtes du suivi à Fernana et celle qui a été effectuée sur la prédominance contraceptive à Jendouba. Les données de ces deux sources suggèrent que le personnel qui a contacté les domiciles aurait dû prendre la peine de mieux expliquer l'emplacement des points de service et le rythme des visites par les agents itinérants. Une grande difficulté pour les femmes qui s'intéressaient au planning familial était la distance. Les points de rencontre désignés des infirmiers-hygiénistes se trouvaient éloignés -- plus d'une heure de marche, à l'aller comme au retour -- pour beaucoup des femmes contactées. Un autre facteur entravant était l'irrégularité avec laquelle les services étaient offerts. Le mauvais temps et les problèmes de transport ont non seulement gêné les consultations des candidates de DIU et de ligature des trompes, mais ils ont aussi empêché les agents de réapprovisionnement de remplir leurs fonctions pleinement et avec efficacité.

L'une des plus grandes préoccupations dans tous les projets spéciaux de l'ONPFP a été la manière d'assurer, à long terme, le réapprovisionnement et le suivi médical des nouvelles clientes de planning familial, une fois que les activités du projet ont cessé. Plusieurs mesures ont été prises afin de maintenir une

certaine continuité dans les services et augmenter le nombre de points de réapprovisionnement dans le zones du projet PFPC après l'achèvement des visites à domicile: (1) 2 des 5 animatrices ont été retenues comme membres du personnel du CREPF, appuyant surtout sur la motivation des femmes qui venaient d'accoucher, pour adopter une méthode de planning familial; (2) une nouvelle équipe mobile a été créée en décembre 1979 au service des communautés rurales des délégations de Fernana, Jendouba et Ain Draham; et (3) les agents des services de santé préventive, en particulier, ont continué à inclure dans leurs activités, l'information sur le planning familial et l'approvisionnement de contraceptifs.

Le projet PFPC a franchi un pas considérable dans l'effort visant à augmenter le nombre de points de distribution et de services de planning familial. Cependant, le système de réapprovisionnement testé dans le projet était encore trop limité, et, surtout dans les zones rurales isolées il a été de loin moins que prévu. Dans le premier plan du projet, des systèmes supplémentaires (y compris les souks, les écoles, les bureaux du parti politique, les boutiques) avaient été pris en considération pour leur inclusion possible dans le projet. Alors qu'il était décidé de ne pas tester tous les points possibles de distribution dans le cadre du PFPC, il est évident que la population aurait préféré des endroits plus nombreux et qu'elle en aurait bénéficié.

Le personnel du projet PFPC a établi une base solide avec l'étroite collaboration des responsables régionaux d'autres ministères et organismes. L'importance de tirer parti des ressources existantes pour mettre les services de planning familial à la disposition de la population de zones rurales isolées, a été clairement démontrée au titre du projet PFPC, notament avec la participation des agents de santé préventive et des omdas. Le seul moyen d'obtenir une hausse spectaculaire dans le taux d'acceptation et d'utilisation de contraceptifs à travers Jendouba, comme dans le reste de la Tunisie rurale, est d'établir un esprit de collaboration soutenue parmi les agents locaux des différents ministères et organismes et de faire un usage efficace optimal du peu de personnel et de ressources disponibles.

2. Administration du projet

a. Questions de transport et logistique

Grand nombre des problèmes rencontrés dans les services de santé de régions rurales isolées de Tunisie ont été amplifiés dans le projet PFPC, à cause des délégations montagneuses de Fernana et Ain Draham. Les visites ont été menées dans des conditions généralement bien plus difficiles que celles rencontrées dans d'autres projets spécifiques de distribution PMI/PF en Tunisie. Outre les mauvaises routes ou leur absence totale et une

population largement dispersée, les animatrices ont dû faire face à un terrain très accidenté et des conditions atmosphériques rigoureuses -- chaleur intense en été et neige en hiver. A Ain Draham, les activités ont été retardées de 20 jours par le mauvais temps et de 28 jours encore à cause de pannes de véhicules. Une autre semaine a été perdue parce que le chauffeur était malade. Le temps orageux et la maladie ont affecté le nombre des consultations du directeur médical, dans chaque délégation et, dans une plus faible mesure, les activités des agents de réapprovisionnement. De même, le suivi et le transport des candidates de ligature des trompes ont été limités à cause de ces conditions.

En sus des pannes de voitures, un certain nombre de problèmes logistiques s'est présenté durant les deux années et demi, bien qu'ils n'aient pas atteint les proportions rencontrées dans d'autres cas. Les équipements de salle d'opération, à l'hôpital régional de Jendouba ont dû être rénovés pour accommoder les procédures de ligatures des trompes, aussi bien que la minilap. Le plus gros goulot d'étranglement se trouvait dans l'obtention de paquets d'Oralyte et une bouteille de plastique d'un litre. La pharmacie centrale a éprouvé de nombreux retards d'ordre technique dans la préparation des paquets et n'a pu livrer qu'une partie de la commande originale. Il y a eu aussi une pénurie momentanée de tétracycline ophtalmologique. Toutefois, une provision suffisante de contraceptifs a été maintenue continuellement.

b. Contrôle et évaluation des activités du projet

Tel que mentionné plus haut, l'un des aspects fragiles du projet a été l'étroite surveillance des activités sur le terrain par le personnel du siège central de l'ONPFP. Bien que le moniteur technique de l'AID/Washington se soit rendu périodiquement sur place, la supervision des animatrices par le coordinateur du projet n'a pas été routinièrement assurée, en grande partie à cause de plusieurs changements de personnel de l'ONPFP. Certains problèmes se sont présentés également avec le format et l'exécution des formulaires, ce qui a entravé l'étude des données. Cependant, l'introduction des mini-enquêtes s'est avérée une des aspects positifs dans l'évaluation. L'importance de ce nouveau système en vue d'obtenir rapidement des références sur les points stratégiques du programme, a été clairement démontré durant le projet PFPC.

C. ANALYSE DU COUT-EFFICACITE

Le premier facteur qui a motivé le lancement du projet PFPC était de tester la rentabilité d'un système de distribution à domicile en Tunisie rurale qui, contrairement au modèle PFAD, pourrait être reproduit à une plus grande échelle. Tel qu'enoncé dans

le document initial du Projet: "L'objectif fondamental consiste à pénétrer l'activité de planning familial en milieu rural, autant que possible, avec des moyens matériels relativement peu coûteux." (26) Dans le cadre du projet PFPC, les frais de services (les salaires en particulier) ont été réduits au minimum -- la moitié du montant dépensé au titre projet PFAD. De plus, pour la première fois il y a eu un effort concerté pour examiner de très près les coûts en fonction du rendement obtenu moyennant ce type de système de distribution de planning familial.

Les données collectées au cours du projet PFPC sur le coût incluent certaines restrictions qu'il importe de souligner avant d'examiner les coûts par unité, d'une série de mesures qui ont été prises dans le but d'accroître le rendement du programme. L'une des recommandations principales faites au cours de la phase de développement du projet était de séparer les articles couverts par le budget, pendant la durée du PFPC, de ceux qui se rapportaient essentiellement à la recherche, afin de déterminer par exemple le pourcentage de temps que le personnel a dévoué aux deux catégories. Un système qui permettrait de séparer les coûts de chaque phase du projet (amorce, recherche, distribution, etc.) et de chaque composante du programme n'a jamais été réalisé. Il n'y a pas malheureusement un état détaillé des dépenses par catégorie, à savoir: les différentes catégories de personnel et leur emploi du temps; les déplacements et les "per diem" (allocations journalières); la formation, les équipements de santé et de contraception, fournis et distribués; l'équipement et le matériel; l'administration, la communication et l'évaluation.

Une estimation des coûts du service total de distribution et des activités sur le terrain, pour le projet PFPC, se présente dans le Tableau III.33. Certains articles tels que les contraceptifs, et d'autres dépenses importantes de recherche (par example l'enquête de Fernana et des frais supplémentaires d'informatique en 1979 et 1980), ne figurent pas dans cette liste. Tandis que l'ONPFP a contribué à certains frais (utilisation de CREPF comme siège du projet, le concours du délégué régional de planning familial et de la sage femme de supervision), la majeure partie des coûts de services et de recherche du projet PFPC a été financée par l'USAID/Washington. La somme totale engagée pour les années fiscales 1977-79 était de 118.455 dollars EU.[1]

---

[1]Les articles suivants ne sont pas inclus dans ces chiffres: contraceptifs, visites sur le terrain par le personnel, la supervision et l'évaluation du projet; les frais supplémentaires d'informatique et par Westinghouse Health Systems.

Tableau II.33

Dépenses du programme de services PFPC, 1977-79

Catégorie	Monant (en Dinars Tunisienne)			
	1977	1978	1979	TOTAL
Salaires[a]	3.121,790	10.978,816	10.303,545	24.404,151
Per diem[b]	256,510	592,800	208,015	1.057,325
Essence et entretien de véhicules[c]	675,201	387,449	3.137,216	4.199,866
Equipement et divers[d]	1.119,031	2.548,029	876,318	4.543,378
TOTAL	5.172,532	14.507,094	14.525,094	34.204,720

[a]Les salaires et les dépenses incluent: cinq animatrices, un chauffeur (plus un deuxième recruté d'avril à décembre 1979), un secrétaire du projet, un coordonnateur de projet (mi-temps), un directeur médical (mi-temps) et le directeur du projet (10%). Les dépenses pour 1977 sont inférieures à celles des deux autres années vu que les prestations des services n'ont commencé qui au milieu de l'année.

[b]Les frais de deplacement pour le personnel de l'ONPFP. Les dépenses élevées en 1978 sont dûes au travail sur le terrain de l'enquête de suivi de Fernana d'une part et à la formation suppleméntaire et le support logistique requis pour le commencement du programme intégré à Ain Draham.

[c]Durant 1977 et 1978, l'essence et l'entretien étaient fournis pour le vehicule des animatrices et celui du médecin du projet. En 1979, les dépenses avaient augmenté beaucoup en voisin des reparationes fréquentes du vehicule, du kilomeliage élusé à cause des longues distances entre le CREPF et les zones isolées d'Ain Draham et de la mise en service d'une seconde jeep (avril 1979) pour transporter les candidates au DIU et à la ligature des trompes.

[d]Y compris, en sus des fournitures courantes, les dépenses administratives de l'ONPFP, les communications (impression, téléphone et poste) et evaluation. Les dépenses les plus élevées étaient faites fin 1978, pour acheter le matériel et les fournitures dans le cadre des visites dans la délégation d'Ain Draham.

1. Coûts du programme par unité

Le type d'analyse du coût efficacité concernant le projet PFPC est limité de par l'absence de données détaillées sur les dépenses occasionnées par le programme, il est cependant possible de déterminer les coûts par unité de divers rendements, afin de mesurer le niveau d'efficacité et d'accomplissement du projet PFPC (Tableau II.34). Le numérateur des calculs suivants inclue les dépenses non associées à la recherche, pendant la durée du projet (34.204.720 TD) et le dénominateur, la mesure des résultats (par FMAR contactée), acceptante de pilule, utilisatrice, etc.

Il convient de rappeler qu'une grande partie des dépenses qui ne seront pas répètées et une portion des frais occasionnés à Ain Draham ne doivent pas être attribués au lancement du programme de planning familial. Avec des économies mieux proportionnées, tous ces montants seraient encore diminués. Tandis que les coûts par unité paraissent encore élevés, ils semblent très raisonables par rapport aux résultats d'autres projets spéciaux de distribution à domicile. Par exemple, le coût unitaire PFPC, par nouvelle acceptante (11 dinars) est inférieur à la moitié du coût correspondant (30 dinars) du projet PFAD.

2. Variation annuelle dans le coût-efficacité du programme

Le nombre et l'ampleur des activités du programme ont varié énormément au cours du projet, notament l'introduction d'une composante considérable de santé dans le système de distribution à Ain Draham (fin 1978 et 1979), il importe, cependant, d'examiner les coûts et les accomplissements du programme par année (Tableau II.35).

Bien que 1977 ait été caractérisé par une période de frais considérables pour l'amorce du programme (qui incluent la formation et l'acquisition de fournitures), le coût par nouvelle acceptante était inférieur à 5 dinars (10 dollars EU). Ce chiffre a triplé (un peu plus de 21 dinars) en 1978, année durant laquelle il y a eu des visites à domicile pendant 9 mois (contre 4 mois en 1977) et des frais supplémentaires de formation et de matériel en fin d'année, avec le lancement d'un système intégré PF/PMI de distribution à Ain Draham en novembre 1978. La période la plus coûteuse du projet et aussi la moins rentable, était l'année 1979, qui comprenait les derniers six mois de premières visites à domicile et les trois mois de la seconde tournée à Ain Draham. Le nombre total de nouvelles acceptantes de planning familial, recrutées au cours de cette période de distribution en services de santé et de planning familial combinés, n'était que de 220. D'où une triple augmentation dans le coût par nouvelle acceptante, c'est-à-dire 66 dinars (139 dollars EU).

Tableau II.34

Coûts estimés par unité, 1977-1979

Unité	Trois delegations PFPC		
		Côuts par unité	
	Nombre	DT	US$
Par personne	149.780	0d,228	0,48
Par population féminine contactée	24.413	1d,401	2,94
Par FMAR	14.131	2d,421	5,08
Par FMAR à risque	5.631	6d,074	12,75
Par nouvelle acceptrice (total)	3.078	11d,113	23,34
1ère visite	2.434	14d,453	29,51
2ème visite	393	87d,035	182,77
via d'autres systèmes[b]	251	136d,273	346,18
Par méthode acceptée			
Pilule	1.769	19d,336	40,60
DIU	193	177d,226	372,17
Stérilisation féminine	924	37d,018	77,74
Méthodes secondaires et autres	192	178d,150	374,12

[a]1 Dinar Tunisien: 2,10$, au taux de 1979.

[b]Non compris les coûts des études.

[c]Comprend les nouvelles acceptantes recrutées par les agents de réapprovisionnement PFPC, le directeur médical et le chauffeur.

Tableau II.35

Estimation des côuts par unité, par année

Année	Nombre	Coûts par nouvelle acceptante	
		DT	US$
1977[a]	1.040	4d,974	10,44
1978[b]	673	21d,556	45,27
1979[c]	220	66d,023	138,65

[a]Dépenses du programme 1977: 5 .172,532 DT.

[b]Dépenses du programme 1978: 14.507,094 DT.

[c]Dépenses du programme 1979: 14.525,094 DT.

Tandis que femmes et enfants ont nettement bénéficié des conseils et des interventions qui ont été introduits en matière de santé à Ain Draham, les activités du projet ne peuvent pas être considérées rentables quant à leur impact sur le planning familial. Malheureusement, dans l'absence d'une comptabilité soigneusement tenue sur les différentes interventions de planning familial comme de PMI, il est impossible à l'heure actuelle de procèder à une étude comparative approfondie de rentabilité entre le système unique et le système de distribution combinée.

Une autre manière de mesurer le rendement du programme et qui mérite d'être étudiée brièvement est la productivité des agents sur le terrain et le taux animatrices/FMAR contactées à domicile. La diffèrence entre les résultats obtenus dans le projet PFPC et d'autres activités spéciales PMI/PF en Tunisie rurale est frappante. Dans le cas du PFPC, cinq enquêtrices ont réussi à contacter un total de 14.131 femmes ou un taux de 1 pour 2.826, au cours d'une période de 22 mois. Alors que dans le cas du projet PFAD, huit enquêtrices ont contacté une fois au moins, 3.944 femmes, au cours d'une période de 29 mois, un taux de 1:493. En ce qui concerne le projet du Kef, 14 aides familiales ont contacté, au cours de 22 mois: 1.430 femmes mariées en âge de procréer. Ce qui représente un taux distributeur-FMAR de 1:102 seulement, une baisse par 28 fois inférieure à celui obtenu par le projet PFPC.

Toutefois, le projet PFPC a réalisé son principal objectif d'être un effort plus considérable et plus rentable que le projet PFAD, offrant une gamme de conclusions plus importante et d'implications très significatives pour le programme national de planning familial. Il a démontré ce qui peut être accompli par des efforts supplémentaires orientés vers un système de distribution à domicile de planning familial comme de planning familial et santé maternelle et infantile combinés; ceci dans des régions rurales les plus difficiles et les plus isolées de la Tunisie.

Etant donné l'accent placé à présent par l'ONPFP sur les équipes mobiles, une étude minutieuse de leur rentabilité en régions rurales isolées en relation avec un projet de distribution à domicile de contraceptifs, constituerait, à l'heure actuelle, un pas crucial. Il serait également utile d'examiner les frais d'un personnel sur le terrain qui supplémenterait l'équipe mobile pour informer et distribuer des contraceptifs et qui constituerait un lien crucial entre les domiciles dispersés et les lieux de rencontre désignés de l'équipe mobile de planning familial et des infirmières-hygiénistes.

Partie III

L'ENQUETE SUR LA PREDOMINANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES A JENDOUBA

CHAPITRE I

ORGANISATION, METHODOLOGIE ET ECHANTILLONNAGE

A. ORGANISATION ET METHODOLOGIE

1. Objectifs, calendrier et personnel de l'enquête

L'Enquête sur la Prédominance des Méthodes Contraceptives (EPC) à Jendouba a été menée en 1979 par l'Office National du Planning Familial et de la Population de Tunisie. L'étude a été financée par Westinghouse Health Systems dans le cadre du contrat d'assistance technique internationale avec l'Office de Population de l'USAID (Washington).

Les objectifs de cette enquête, comme ils ont été mentionnés dans Partie I, sont multiples; il s'agit de:

- o connaître les besoins de la population du gouvernorat en matière de planning familial
- o mesurer le niveau de connaissance en matière de contraception
- o mesurer le degré d'utilisation des méthodes contraceptives dans le passé et au moment de l'enquête
- o étudier la disponibilité des méthodes contraceptives dans le gouvernorat
- o évaluer l'impact du Projet PFPC sur l'utilisation de la contraception dans les régions desservies par le Projet
- o servir d'étude préliminaire pour l'Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives au niveau national qui sera entreprise à partir du 2e semestre 1981

Previous Page Blank

Les différentes phases de l'enquête, qui a requis la participation d'une quarantaine de personnes, ont duré deux ans comme le montre le calendrier dans le Tableau III.1. Figurent au nombre de ces personnes :

Directeur de l'enquête	1
Directeur adjoint	1
Secrétaire	1
Contrôleurs	4
Enquêtrices	20
Chauffeurs	4
Agents de codification	6
Contrôleurs de la codification	2

a. Le questionnaire

Le questionnaire de l'enquête qui comprend trois parties a été préparé à partir du questionnaire de base de Westinghouse. Quelques modifications, cependant, ont été apportées pour répondre aux besoins de l'enquête dans le gouvernorat de Jendouba.

La première partie du questionnaire est réservée:

- o aux caractéristiques socio-démographiques de la femme tels que l'âge, l'éducation, la situation matrimoniale
- o à la fécondité de la femme: grossesses, enfants nés vivants, enfants vivants
- o au désir d'avoir des enfants additionnels

La deuxième partie est consacrée:

- o à la connaissance et la pratique des méthodes contraceptives
- o à la disponibilité des méthodes contraceptives: transport, coût, accès à l'endroit où se trouve la méthode
- o à la raison de non-utilisation de la contraception

Enfin la troisième partie est réservée à l'évaluation du projet PFPC dans trois délégations du gouvernorat à savoir: Jendouba, Fernana et Ain Draham.

TABLEAU III.1

CALENDRIER DE L'ENQUETE SUR LA PREDOMINANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES

ACTIVITES	DATES
Préparation et signature de l'accord pour la réalisation de l'enquête	mars - mai 1979
Préparation des dossiers techniques pour l'échantillonnage	juin 1979
Préparation des documents des tests préliminaire et supplémentaire, et de triage de l'échantillon	juillet 1979
Recrutement et formation des enquêtrices et des contrôleurs	août 1979
Opérations sur le terrain de l'enquête en milieu rural	août-septembre 1979
Opérations sur le terrain de l'enquête en milieu urbain	septembre-octobre 1979
Codification et contrôle des questionnaires	octobre-novembre 1979
Saisie des questionnaires	décembre 1979 à janvier 1980
Nettoyage des données	février-avril 1980
Préparation de la tabulation et triage des tableaux	avril-juin 1980
Préparation du rapport	juillet 1980-avril 1981
Publication du rapport final	mai-juin 1981

3. Traduction du questionnaire

Si les instructions adressées aux enquêtrices ont été maintenues en français, les questions qui devaient être posées aux femmes ont été, par contre, traduites en arabe dialectal. La traduction du questionnaire n'a pratiquement posé aucune difficulté étant donné que les deux personnes qui étaient chargées de cette tâche ont déjà bénéficié de l'expérience avec le questionnaire de l'Enquête tunisienne sur la fécondité.

4. Pré-enquête

Elle a été menée par les animatrices du Projet PFPC dans deux cités périphériques de la ville de Jendouba auprès de 80 femmes. L'encadrement a été assuré par le Directeur de l'enquête et trois contrôleurs. Toute l'équipe a reçu une formation intensive de deux jours avant de commencer le travail sur le terrain. La pré-enquête a permis d'identifier les difficultés quant à la formulation de certaines questions et surtout d'avoir une idée plus claire sur la fourchette des réponses et l'interprétation possible des questions ouvertes, telles que Q219 et Q219b.

5. Recrutement et formation du personnel du terrain

Vingt enquêtrices, parmi les meilleures qui ont déjà participé à l'Enquête tunisienne sur la fécondité ont été retenues pour le travail sur le terrain. Leur formation a duré 15 jours et a porté sur les objectifs de l'enquête, la reproduction humaine et les méthodes contraceptives, les techniques d'enquête, la familiarisation avec le questionnaire et les jeux de rôle de l'interview. Après cette formation théorique de 10 jours, les enquêtrices ont été appelées à mener des interviews sur le terrain dans deux délégations du gouvernorat: Jendouba et Ain Draham. Quant aux contrôleurs, quatre, dont trois ayant déjà participé au pré-test, ont été recrutés pour la supervision de l'enquête. Il s'agit de jeunes universitaires, qui ont le niveau de la licence et qui sont âgées entre 25 et 30 ans.

6. Organisation du travail sur le terrain

Le travail sur le terrain a été effectué par quatre équipes, comprenant chacune cinq enquêtrices, un contrôleur et un chauffeur. Deux mois et demi ont suffi pour terminer cette importante phase de l'enquête, malgré la chaleur de l'été à Jendouba (presque 47°C), le relief montagneux et l'inexistence d'une infrastructure routière adéquate. La collaboration avec les agents du service d'hygiène qui connaissent parfaitement la région, a permis de faciliter la tâche des équipes. Certains infirmiers ont travaillé durant toute la période de l'enquête sur le terrain,

comme guide auprès des contrôleurs pour mieux comprendre la structure du nomérotage des logements de l'échantillon d'une part et auprès des enquêtrices pour repérer les adresses d'autre part.

Par ailleurs, le personnel du terrain a été encadré par le directeur adjoint pendant toute la durée du travail sur le terrain et par le directeur de l'enquête pendant un mois. Chaque soir, des réunions ont eu lieu pour discuter des difficultés rencontrées dans la journée et des performances des enquêtrices; ce qui a permis d'instaurer un esprit d'équipe et de résoudre les problèmes du terrain et inter-personnels.

Pour ce qui est du bureau central de l'enquête, il a été installé à l'auberge dans la ville d'Ain Draham où logeait le personnel du terrain. Les différents documents de l'enquête: questionnaires, cahier de tournée de l'enquêtrice, rapport journalier du contrôleur, et rapport journalier du secrétaire de l'enquête ont été tous centralisés et mis sous la responsabilité du directeur adjoint, assisté par le secrétaire de l'enquête.

Quant à la codification, elle a été effectuée par les enquêtrices après que les questionnaires aient été vérifiés par les contrôleurs, puis le directeur adjoint; seuls les questions ouvertes ont été codifiées par les contrôleurs. Après cette opération, les questionnaires ont été envoyés au siège de l'ONPFP à Tunis pour perforation et traitement informatique.

7. Quelques problèmes rencontrés

Malgré toutes les précautions qui ont été prises pour que le travail sur le terrain se déroule dans les meilleures conditions, les problèmes n'ont cependant pas manqué:

- Certaines pistes étaient impraticables pour les voitures et seul l'usage d'autres moyens de transport ou la marche à pied était la solution pour atteindre les logements isolés.

- Méfiance de la population dans certaines localités vis-à-vis des enquêtrices qu'on prenait pour des "filles de la ville" venues pour demander des questions intimes.

- Quelques enquêtrices ont vécu des situations délicates: cinq ont attrapé la conjonctivite et deux ont été mordues par des chiens.

8. Traitement informatique

Il a été confié à une firme privée (Société Tunisienne d'Informatique) qui a exécuté les différentes phases du traitement selon le calendrier arrêté par les responsables de l'enquête. Ces phases ont été les suivantes:

saisie de questionnaires
contrôle de format et de cohérence
nettoyage des données
programmation du recodage
programmation de la tabulation
tirage des tableaux

Il est à noter que le Directeur de l'enquête a travaillé en étroite collaboration avec les programmeurs analystes de la Société d'informatique lors du déroulement des différentes opérations du traitement informatique.

B. ECHANTILLONNAGE

1. Base de sondage

On a pris comme base de sondage le recensement des logements effectué par le Ministère de la Santé Publique en 1978-79 dans le cadre de la campagne d'éradication du paludisme dans le gouvernorat de Jendouba. Le découpage adopté lors de ce recensement diffère du découpage administratif. Il comprend cinq régions au lieu de six. Il s'agit de Jendouba, Ain Draham, Ghardimaou, Bou Salem et Tabarka. Ces deux dernières régions ont les mêmes limites que les délégations portant leur nom. La commune de Jendouba n'a pas été touchée par le recensement du Ministère de la Santé Publique. Ainsi, les données du recensement général des logements et des ménages de mai 1975 effectué par l'Institut National de la Statistique ont été utilisées après actualisation.

2. Plan de sondage

La population a été répartie en quatre grandes strates--deux en milieu urbain selon la taille de la commune, et deux en milieu rural selon la nature du logement:

- la population des communes de plus de 2000 logements soit 11% des logements;
- la population des communes de moins de 2000 logements soit 7% des logements;
- la population rurale agglomérée (soit 58% des logements);
- la population rurale dispersée (soit 24% des logements).

L'échantillon au premier degré a été effectué par tirage systématique avec probabilité proportionnelle au nombre de logements recensés.

a. Plan de sondage dans le milieu urbain

Le plan de sondage est à deux degrés:

- Au premier degré: est tiré avec remise des communes points de chute, avec un taux sondage $f_1 = 1/10$ et chaque fois qu'une commune est sortie point de chute, on lui accorde 45 logements échantillon.

- Au second degré: est tiré d'une manière systématique avec un taux de sondage f_2 un échantillon de logements parmi la liste des logements dressée pour chaque commune.

Le taux de sondage f_2 est calculé pour chaque commune échantillon de telle manière à obtenir un sondage autopondéré, avec un coefficient d'extrapolation égale à 11162/450 = 25

b. Plan de sondage dans le milieu rural (groupé et éparpillé)

Le plan de sondage est à deux degrés:

- Au premier degré: est tiré d'une manière systématique des localités (260 localités pour le milieu rural aggloméré et 133 localités pour le milieu rural dispersé) avec des probabilités proportionnelles au nombre de logements; le taux de sondage retenu est $f_1 = 1/5$ pour le rural aggloméré et 1/7 pour le rural isolé.

- Au second degré: est tiré d'une manière systématique avec un taux de sondage f_2 un échantillon de logements de la liste des logements dressée pour chaque localité échantillon; le taux de sondage f_2 est calculé pour chaque localité échantillon de fa çon qu'on obtienne un sondage autopondéré avec un coefficient d'extrapolation égal à 24, soit 48619/2040 et uniforme pour toutes les unités de l'enquête.

3. Echantillon de l'enquête

Dans le Tableau III.2, nous indiquons la nature des strates, le nombre de communes ou localités-unités primaires, le nombre des unités primaires de l'échantillon, le nombre de logements dans les strates, et le nombre de logements-échantillon. Au total 2490 logements ont été retenus comme échantillon, et 1904 femmes éligibles,

Tableau III.2

Différentes phases du tirage de l'échantillon

Strate	Unité de tirage	Nombre d'unités de base	Taux de sondage f_1	Nombre d'unités echantillon	Nombre de logement de base	Nombre de logement echantillon
Communes de > 2000 logements	Commune	2	1	2	6.704	270
Communes de < 2000 logements	Commune	5	3/5	3	4.458	180
Localités agglomérées	Localité	260	1/5	48	34.876	1.440
Localités dispersées	Localité	133	1/7	20	13.743	600

c'est-à-dire non-célibataires et âgées de 15-49 ans, ont été enquêtées soit une moyenne de 0,77 femme par logement la même moyenne que elle donnée par le recensement général de la population de mai 1975.

Le nombre de logements effectivement enquêtés est de 1899 et ceux qui ne l'ont pas été représentent 24% de l'échantillon initial. Les raisons des non-réponses sont les suivantes:

- 79% sont dûs à l'absence de la femme éligible, et ce malgré un deuxième et parfois un troisième passage systématique.
- 20% sont dûs soit à une absence prolongée du ménage, soit à une vacance du logement.
- 1% est dû à un refus catégorique de la femme

4. La répartition de l'échantillon

Dans ce qui suit, on présentera la répartition de l'échantillon selon le milieu la délégation, l'âge, le taux d'alphabétisation et l'occupation.

a. Milieu et délégation

La répartition des femmes enquêtées par milieu urbain et rural est respectivement de 18 et 82%. Elle est très peu différente de celle donnée par le recensement de 1975 qui est respectivement de 13 et 83%.

La différence parfois importante, entre la répartition donnée par le recensement de 1975 et celle de l'enquête, surtout au niveau de la délégation de Fernana (Tableau III.3), est due essentiellement au découpage adopté lors du recensement du Ministère de la santé publique qui servi comme bon de sondage. Ce découpage répartit la délégation de Fernana entre les trois délégations de Jendouba, Ain Draham et Ghar-Dimaou afin de constituer les 5 secteurs déjà cités, si on ajoute Bou Salem et Tabarka.

Tableau III.3

Répartition des femmes non-celebataires par délégation

Délégation	Enquête	Recensement
	%	%
	23	24
Fernana	10	13
Ain Draham	10	11
Bou Salem	26	22
Ghardimaou	19	20
Tabarka	12	10
TOTAL	100	100

b. Age

La distribution des femmes déjà mariées selon le groupe d'âge observé lors de l'enquête est presque la même que celle des femmes du recensement de 1975, exception faite du dernier groupe d'âge 45-49 ans où l'écart entre les deux distributions est important (Tableau III.4).

Tableau III.4

Répartition des femmes non-célibataires par groupe d'âge

Groupe d'âge	Enquête	Recensement
	%	%
15-19 ans	3	2
20-24 ans	16	15
25-29 ans	19	19
30-34 ans	17	15
35-39 ans	18	16
40-44 ans	14	16
45-49 ans	13	17

c. Alphabétisation

Le faible taux d'alphabétisation (14%), enregistré pour les femmes enquêtées, est dû selon toute vraisemblance au faible degré d'urbanisation du gouvernorat et à l'introduction tardive de l'enseignement dans le milieu rural en Tunisie. Il est à noter par ailleurs l'écart très important entre le taux d'alphabétisation des femmes ayant moins de 25 ans et celles ayant 25 ans et plus d'une part et entre les femmes et les maris d'autre part (Tableau III.5).

d. Occupation

Seules les femmes ayant un emploi rémunéré ont été considérées comme actives. Notre enquête a été menée à la fin de l'été, période de ralentissement de l'activité agricole. Le recrutement des ouvriers agricoles connaît lui aussi un ralentissement. C'est ce qui explique le faible taux d'occupation des femmes déjà mariées (Tableau III.6).

Tableau III.5

Distribution des femmes et des maris selon leur taux d'alphabétisation par groupe d'âge

Groupe d'âge	Taux d'alphabétisation des femmes	Taux d'alphabétisation des hommes
15-19 ans	32	67
20-24 ans	36	64
25-29 ans	16	48
30-34 ans	10	38
35-39 ans	4	33
40-44 ans	4	22
45-49 ans	2	21
Taux moyen	14	42

Tableau III.6

Distribution des femmes selon leur taux d'occupation par groupe d'âge

Groupe d'âge	Taux d'occupation
	%
15-19 ans	2
20-24 ans	8
25-29 ans	6
30-34 ans	11
35-39 ans	6
40-44 ans	12
45-49 ans	10
Taux moyen	9

CHAPITRE II

STRUCTURES DE FECONDITE DANS LE GOUVERNORAT DE JENDOUBA

Comme nous avons constaté dans la Partie I du présent rapport, les taux de fécondité dans le gouvernorat de Jendouba sont modérément élevés, fait peu surprenant vu le caractère rural de la population de Jendouba. Le présent chapitre se sert des données de l'EPC afin d'examiner les structures de la fécondité cumulative et actuelle et d'étudier des facteurs tels que la taille désirée de la famille qui sont censés influencer les tendances futures de fécondité dans le gouvernorat. Un examen ultérieur décrira l'importance de la composition actuelle d'une famille selon le sexe pour ce qui est de déterminer les intentions des femmes à Jendouba relatives à la fécondité future. Finalement, la taille de famille désirée est comparée avec la taille moyenne actuelle de la famille.

A. FECONDITE CUMULATIVE

Deux mesures de fécondité cumulative sont utiles lorsqu'on examine les structures de fécondité parmi les femmes actuellement mariées dans le gouvernorat de Jendouba. Il s'agit du nombre de naissances vivantes d'une femme et le nombre d'enfants nés d'une femme et qui sont encore en vie. Il convient de noter que ces mesures de fécondité cumulative ne sont pas sensibles aux changements récents des structures de procréation. Les structures de procréation au moment de l'enquête seront étudiées dans une section ultérieure sur les structures de fécondité.

Les femmes actuellement mariées dans le gouvernorat de Jendouba ont eu une moyenne de 4,5 naissances. La structure de croissance de la moyenne des naissances vivantes par âge de la mère présentée dans le Tableau III.7 suggère que les femmes à Jendouba maintiennent un taux

Tableau III.7

Mesures de la fécondité des femmes mariées par âge et par milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Mesures de la fécondité et âge	Total	Urbain	Rural
Nombre moyen d'enfants nés vivants			
15-19 ans	0,35	0,60	0,33
20-24 ans	1,53	1,17	1,60
25-29 ans	3,06	2,65	3,14
30-34 ans	4,63	3,97	4,98
35-39 ans	5,78	5,07	5,92
40-44 ans	6,91	6,48	7,02
45-49 ans	7,44	6,34	7,70
TOTAL 15-49 ans	4,51	4,09	4,60
Nombre moyen d'enfants vivants			
15-19 ans	0,33	0,60	0,30
20-24 ans	1,42	1,11	1,48
25-29 ans	2,73	2,48	2,78
30-34 ans	4,01	3,38	4,15
35-39 ans	5,02	4,57	5,11
40-44 ans	5,76	5,48	5,84
45-49 ans	5,97	5,23	6,15
TOTAL 15-49 ans	3,85	3,55	3,91
Nombre moyen d'enfants décedés			
15-19 ans	0,02	0,00	0,02
20-24 ans	0,12	0,56	0,13
25-29 ans	0,33	0,17	0,36
30-34 ans	0,62	0,58	0,63
35-39 ans	0,76	0,50	0,81
40-44 ans	1,14	1,00	1,18
45-49 ans	1,47	1,11	1,55
TOTAL 15-49 ans	0,66	0,54	0,69

*Basées sur 10 interviewées ou moins.

élevé de fécondité pendant la plupart de leurs années de procréation. La croissance moyenne du nombre des naissances vivantes par classe d'âge de cinq ans est supérieure à l'unité parmi le groupe de femmes âgées de 40-44 ans, et les femmes âgées de 45-49 ans qui terminent leur cycle de procréation ont eu près de 7,5 naissances.

La seconde et la troisième rubriques du Tableau III.7 montrent qu'une proportion importante des enfants nés aux femmes de Jendouba sont morts par la suite. Les femmes âgées de 45-49 ans actuellement mariées déclarent une taille de famille moyenne de 6, indiquant qu'elles ont perdu environ 1,5 enfant. Le taux de mortalité relativement élevé parmi les enfants à Jendouba est sans doute un des facteurs qui contribuent au fait que les taux de fécondité demeurent élevés, dans la mesure où les couples veulent compenser les pertes auxquelles ils s'attendent parmi leurs enfants.

1. Différences rurales-urbaines

Les femmes actuellement mariées dans les régions urbaines de Jendouba ont en moyenne eu légèrement moins de naissances que les femmes rurales. Une comparaison des naissances vivantes moyennes pour chaque classe d'âge du Tableau III.7 montre que les différences de fécondité urbaine-rurale bien que significatives, sont moindres parmi les femmes des classes d'âge de 15-29 ans que parmi les femmes plus âgées. Cette structure suggère que le différentiel global de fécondité urbaine-rurale devient plus étroit, bien qu'il soit également possible qu'il traduise uniquement le fait que les femmes urbaines ont mieux réussi à contrôler leur fécondité dans la période antérieure pendant les dernières années de leur période procréatrice. Il convient de noter aussi que, malgré leur fécondité cumulative plus basse comparativement parlant, les femmes urbaines dans le gouvernorat de Jendouba accusent des niveaux de fécondité relativement élevés pendant tout leur cycle de procréation.

Une étude de la seconde et de la troisième rubriques du Tableau III.7 indique que le taux de mortalité infantile est généralement quelque peu plus élevé dans les régions rurales que dans les régions urbaines dans le gouvernorat de Jendouba. Cependant, la différence n'est pas assez grande pour avoir un effet important sur la taille moyenne de la famille, qui demeure plus grande parmi les femmes rurales (3,9 enfants), comparées aux femmes urbaines (3,6 enfants).

2. Structures par délégation

Les structures de fécondité cumulative par délégation sont présentées au Tableau III.8. Dans l'ensemble, il existe peu de variation dans les structures de procréation entre délégations.

Tableau III.8

Mesures de la fécondité des femmes mariées par âge et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Mésures de la fécundité et âge	Délégation					
	Jendouba	Fernana	Ain Draham	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
Nombre moyen d'enfants nés vivants						
15-19 ans	0,23	0,14*	1,00*	0,46	0,33*	0,40*
20-24 ans	1,53	1,47	1,32	1,66	1,35	1,71
25-29 ans	2,81	2,89	2,94	3,20	2,90	3,59
30-34 ans	4,59	4,86	4,47	4,42	5,03	4,50
35-39 ans	5,52	5,71	5,38	5,78	5,86	6,44
40-44 ans	6,32	6,45	8,10	6,77	6,93	7,26
45-49 ans	7,33	7,92	8,07	7,31	7,16	7,80
TOTAL 15-49 ans	4,21	4,13	4,97	4,43	4,75	4,77
Nombre moyen d'enfants vivants						
15-19 ans	0,23	0,14*	1,00*	0,38	0,33*	0,40*
20-24 ans	1,39	1,41	1,32	1,54	1,25	1,52
25-29 ans	2,62	2,46	2,64	2,89	2,62	3,00
30-34 ans	3,87	4,24	3,98	3,87	4,33	3,92
35-39 ans	4,65	4,92	5,00	5,09	5,27	5,31
40-44 ans	5,12	5,55	6,66	5,62	6,00	5,97
45-49 ans	6,09	6,46	6,29	5,79	5,81	5,95
TOTAL 15-49 ans	3,58	3,57	4,26	3,79	4,10	3,95
Nombre moyen d'enfants décedés						
15-19 ans	0,00	0,00*	0,00*	0,08	0,00*	0,00*
20-24 ans	0,13	0,12	0,00	0,12	0,11	0,19
25-29 ans	0,20	0,43	0,30	0,32	0,28	0,59
30-34 ans	0,72	0,62	0,49	0,55	0,71	0,58
35-39 ans	0,87	0,79	0,38	0,69	0,59	1,14
40-44 ans	1,20	0,91	1,45	1,15	0,93	1,29
45-49 ans	1,24	1,46	1,79	1,53	1,34	1,85
TOTAL 15-49 ans	0,62	0,58	0,72	0,64	0,65	0,82

*Basées sur 10 interviewées ou moins.

Cependant, il paraît que les délégations de Fernana, de Ain Draham et de Tabarka ont des taux de fécondité cumulative un peu plus élevés que ceux des autres délégations. Le chiffre moyen de tous les enfants nés aux femmes ayant entre 45-49 ans dans les premières délégations est presque 8, tandis que dans les trois autres délégations, ce groupe de femmes a eu moins que 7,5 naissances en moyenne.

Il n'existe que des variations mineures de taille moyenne de famille parmi les délégations malgré les différences dans la moyenne des naissances vivantes. Ce fait est dû en partie au taux quelque peu plus élevés de mortalité infantile dans les délégations de Ain Draham et de Tabarka.

B. STRUCTURES DE FECONDITE ACTUELLE

L'enquête de l'EPC a, par ailleurs, collecté des données qui seront utiles pour mesurer la fécondité récente des répondantes. On a posé des questions aux femmes concernant la date de leur dernière naissance vivante. Ces données ont été mises en tableaux par le nombre de mois entre la date de la naissance et la date de l'enquête et ont servi pour calculer les taux de fécondité pour la période de l'année précédant l'enquête. Les taux de fécondité particuliers à l'âge au mariage pour les enquêtées de l'échantillon global et dans les régions rurales sont présentés au Tableau III.9 avec le taux de fécondité matrimoniale totale et le taux de fécondité matrimoniale générale. Vu le caractère rural qui prédomine au gouvernorat, le nombre d'enquêtées habitant des centres urbains est relativement petit; ces taux particuliers à l'âge ne peuvent être calculés de manière précise pour les femmes urbaines. Cependant, les taux de fécondité générale permettant la comparaison d'avec les régions rurales seront présentés ultérieurement.

Le Tableau III.9 montre clairement le taux élevé continu de fécondité qui caractérise les femmes du gouvernorat de Jendouba. Le taux général de fécondité indique que les femmes mariées ont eu des enfants au rythme d'environ un enfant tous les quatre ans. Le taux global de fécondité indique qu'une femme mariée qui vit jusqu'à la fin de ses années procréatrices aura presque 8 naissances. La taille de famille réellement atteinte est quelque peu moindre, puisque la femme moyenne n'est pas mariée pendant tout son âge procréateur. Les chiffres correspondants concernant les femmes rurales montrent un taux de fécondité parmi cette classe légèrement plus élevé que celui de l'échantillon global.

Les taux de fécondité générale présentés par le Tableau III.10 par lieu de résidence et par délégation résument les differentiels de fécondité actuelle par région géographique. Le taux de fécondité générale pour la femme urbaine de l'échantillon se chiffre à 192 pour mille -- seulement 75% du taux des régions rurales. Parmi les délégations, les différentiels

Tableau III.9

Taux de fécondité dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Age	Total		Rural taux de fécondité légitime
	Taux de fécondité légitime	Taux de fécondité générale	
Taux pour 1.000 femmes			
15-19 ans	235	12	217
20-24 ans	419	173	425
25-29 ans	352	274	357
30-34 ans	272	238	303
35-39 ans	188	173	199
40-44 ans	95	87	101
45-49 ans	30	25	32
Taux cumulé	7,951	4,910	8,170
Taux de fécondité générale pour 1.000 femmes	244	138	256

Tableau III.10

Taux de fécondité générale parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans par milieu de résidence et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Milieu de résidence et délégation	Fécondité générale pour 1.000 FMAR
TOTAL	244
Milieu	
Urbain	192
Rural	256
Délégation	
Jendouba	226
Fernana	236
Ain Draham	231
Bou Salem	274
Ghardimaou	216
Tabarka	276

sont plus modestes. Jendouba et Ghardimaou ont les taux de fécondité les plus faibles, tandis que Bou Salem et Tabarka sont les délégations aux taux de fécondité les plus élevés. Pourtant aucune des délégations n'enregistre un taux de fécondité aussi bas que la moyenne de tous les centres urbaines.

C. L'ALLAITEMENT ET L'AMENORRHEE POST-PARTUM

La durée d'allaitement et la reprise de la menstruation après la naissance d'un enfant sont des questions d'intérêt continu dans l'étude de la fécondité et du planning familial. Le Tableau III.11 montre des structures d'allaitement et de menstruation parmi les femmes actuellement mariées pour des périodes variées après la naissance du dernier enfant. L'allaitement est presque universel immédiatement après la naissance, et même après une année, plus de deux tiers des mères (78%) allaitaient encore leurs enfants. La durée médiane de l'intervalle ouvert d'allaitement est à peine supérieur à deux ans, car légèrement plus de 50% des enquêtées allaitaient encore après 24 mois. Les données collectées montrent que, même après trois ans, un quart des femmes nourrissaient encore leurs enfants au sein.

Pour la plupart des femmes, les menstruations avaient repris au cours de l'année suivant la naissance de leur enfant. Le Tableau III.11 montre que dans l'espace de 12 mois consécutif au dernier accouchement, 63% des femmes avaient à nouveau leurs régles. Plus des trois quarts des femmes avaient leur menstruation dans les 18 mois suivant leur accouchement, tandis que presque 80% avaient à nouveau leurs régles avant que l'enfant n'atteigne deux ans.

D. LE DESIR D'AVOIR D'AUTRES ENFANTS

1. Différences par milieu et par délégation

Il est utile d'étudier le nombre de femmes désirant d'autres enfants. Sur le plan global, 40% des femmes interviewées désiraient d'autres enfants. Le Tableau III.12 montre le pourcentage désirant d'autres enfants selon le nombre actuel d'enfants vivants. La grande majorité de celles ayant, un voire deux enfants, indiquaient qu'elles désiraient un autre enfant. Ceci s'appliquait aux centres urbains aussi bien qu'aux régions rurales. A mesure que la taille de la famille s'agrandissait, les femmes urbaines étaient plus aptes à dire qu'elles ne désiraient plus d'enfants que les femmes rurales. Un peu plus que la moitié des femmes rurales avec trois enfants désiraient avoir d'autres enfants, tandis que dans les centres urbains, seulement deux cinquièmes des femmes ayant trois enfants en voulaient davantage. Au-dessus de trois enfants, la proportion des femmes désirant d'autres enfants diminue rapidement, et parmi celles ayant 6 enfants ou plus, seuls 4% des femmes désiraient d'autres enfants.

Tableau III.11

Distribution des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans par état d'allaitement et de menstruation et par mois depuis la dernière naissance vivante

Etat d'allaitement et de menstruation	Nombre de mois depuis la dernière naissance vivante						
	3	6	12	18	24	30	36
	%	%	%	%	%	%	%
Allaitante, n'a pas ses régles de nouveau	64	66	36	18	13	9	4
Allaitante, a ses régles	28	26	42	47	38	37	21
N'est pas allaitante, n'a pas ses régles de nouveau	1	1	1	7	8	3	4
N'est pas allaitante a ses régles	7	6	21	28	41	51	71
EFFECTIF TOTAL	128	112	145	93	152	35	77

Tableau III. 12

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans désirant encore des enfants par nombre d'enfants vivants et par milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Nombre d'enfants vivants	Milieu de résidence		
	Total	Urbain	Rural
TOTAL	41	40	42
Moins de 2 enfants	91	93	90
2 enfants	69	62	71
3 enfants	51	40	54
4 enfants	28	20	30
5 enfants	19	10	21
6 enfants ou plus	4	3	4

Le Tableau III.13 présente les mêmes renseignements pour les délégations. La seule délégation où la proportion des femmes désirant d'autres enfants varie sensiblement par rapport au chiffre total est la délégation de Fernana, avec 50% des femmes indiquant le désir d'avoir d'autres enfants. Il convient de noter également qu'environ un tiers des femmes avec cinq enfants vivants à Fernana et a Tabarka désiraient encore un autre enfant.

2. Influence de la composition de la famille selon le sexe

Un des facteurs qui est apte à inciter les femmes à vouloir d'autres enfants est le désir d'un nombre spécifique de fils ou de filles, ou un équilibre entre le sexe des enfants. Le Tableau III.14 étudie l'effet de la composition familiale ainsi que la taille actuelle de la famille sur le désir d'avoir d'autres enfants. Ce tableau montre clairement que le désir d'avoir un ou deux fils, ou une ou deux filles, joue un rôle important et a une influence certaine sur le désir d'avoir d'autres enfants.

Parmi toutes les femmes n'ayant pas de fils, 86% désiraient avoir d'autres enfants. Et ce qui est encore plus important, parmi les femmes ayant trois à cinq enfants vivants mais pas de fils, la proportion de celles désirant d'autres enfants était toujours élevée. On constate que le désir d'avoir d'autres enfants diminue dès que la famille compte un nombre croissant de fils. Parmi les familles qui ont trois à cinq enfants y compris un fils, par exemple, 45% des femmes ont exprimé le désir d'avoir d'autres enfants, tandis que parmi les familles de la même taille, mais qui ont deux fils ou plus, le désir d'avoir d'autres enfants tombe à 24% seulement.

Le Tableau III.14 étudie également la structure du désir d'avoir d'autres enfants selon le nombre de filles. On peut identifier une structure similaire à celle constatée pour les fils, mais la différence majeure étant que le désir d'avoir d'autres enfants diminue plus rapidement avec la croissance de la famille et avec un nombre croissant de filles que ce n'est le cas avec des fils.

Les structures particulières au désir d'avoir d'autres enfants pour les centres urbains et les régions rurales sont également présentées au Tableau III.14. En général, on peut dire que le désir d'avoir d'autres enfants parmi les femmes urbaines qui n'ont pas de fils ou qui n'ont pas de fille, est moins fort que dans les régions rurales.

Les différences entre les délégations relatives au désir d'avoir d'autres enfants par composition familiale sont plutôt mineures (Tableau III.15). On peut constater que dans toutes les délégations, les femmes qui n'ont pas de fils ou seulement un fils unique sont aptes à désirer un autre enfant, tandis que celles ayant deux fils ou plus, sont beaucoup moins disposées à avoir d'autres enfants.

Tableau III.13

Poucentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans désirant encore des enfants par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Nombre d'enfants vivants	Délégation					
	Jendouba	Fernana	Ain Draham	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
TOTAL	40	50	42	42	39	39
Moins de 2 enfants	87	86	93	90	94	90
2 enfants	62	77	60	74	72	61
3 enfants	38	68	57	56	48	61
4 enfants	24	42	50	28	19	17
5 enfants	13	32	24	11	20	33
6 enfants ou plus	3	2	2	4	7	2

Tableau III.14

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans désirant encore des enfants par composition actuelle de la famille, par nombre d'enfants vivants et par milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Milieu de résidence et nombre d'enfants	Nombre de fils			Nombre de filles		
	Aucun	Une	Deux ou plus	Aucun	Une	Deux ou plus
Tout milieu						
TOTAL	86	61	18	79	49	23
Deux ou moins enfants	87	79	67	87	76	72
Trois à cinq enfants	81	45	24	34	26	34
Six enfants ou plus	0*	15	3	0*	0	4
Urbain						
TOTAL	88	60	11	82	45	19
Deux ou moins enfants	90	78	54	90	70	70*
Trois à cinq enfants	71	42	12	14	18	26
Six enfants ou plus		17	1	0*	0*	3
Rural						
TOTAL	85	62	19	79	50	24
Deux ou moins enfants	86	79	70	86	78	73
Trois à cinq enfants	83	46	26	37	28	36
Six enfants ou plus	0*	14	4	0*	0	4

*Basées sur 10 interviewées ou moins.

Tableau III.15

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans désirant encore des enfants par composition actuelle de la famille et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Composition de la famille	Délégation					
	Jendouba	Fernana	Ain Draham	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
TOTAL	40	50	42	42	39	39
Fils						
Pas de fils	84	89	94	82	89	82
Un fils	57	65	62	63	65	57
Deux fils ou plus	15	27	21	19	14	18
Filles						
Pas de fille	76	84	83	82	78	74
Une fille	40	57	51	51	49	53
Deux filles ou plus	23	29	27	23	20	21

Les structures propres au désir d'avoir d'autres enfants par composition de sexe actuelle sont résumées au Tableau III.16. Ces données indiquent clairement le désir d'avoir au moins un enfant de chaque sexe, et un désir même plus prononcé d'avoir au moins un garçon. Le fait, que les femmes ayant trois fils ou plus et pas de filles sont moins aptes à désirer un autre enfant (32%) que les femmes ayant trois filles ou plus et pas de fils (76%) est particulièrement intéressant. Le Tableau III.16 montre également que pour la plupart, le désir d'avoir d'autres enfants représente soit un effort d'avoir jusqu'à trois enfants, soit un effort de corriger le déséquilibre des sexes dans la famille. Plus de la moitié (55%) du désir d'avoir d'autres enfants est imputable aux femmes sans enfants, avec un seul enfant, ou avec deux enfants du même sexe. Un complément de 25% des femmes qui désirent avoir d'autres enfants ont déjà trois enfants ou plus, mais essayent apparamment de "corriger" le déséquilibre des sexes dans la famille.

E. TAILLE DESIREE DE LA FAMILLE

La taille de la famille désirée par les enquêtées est un indicateur important de futurs taux de fécondité. Il convient de distinguer ici entre le terme taille idéale de la famille et taille désirée de la famille. Telle qu'employée dans la présente étude, la taille désirée de la famille représente la taille actuelle de la famille plus d'autres enfants désirés par les enquêtées. Ainsi, par définition, la taille désirée de famille ne peut être inférieure à sa taille actuelle. Le terme, taille idéale de la famille, au contraire, peut être interprété de différentes manières selon le contexte de la question. Comme résultat, la réponse à la question sur la taille idéale risque d'avoir peu de relation avec la taille actuelle de la famille de l'enquêtée ou de ses intentions concernant sa fécondité. C'est pour cette raison que l'on a posé des questions relatives à la taille désirée de la famille plutôt que sur la taille idéale.

Les femmes du gouvernorat de Jendouba indiquent un désir d'avoir 5,0 enfants en moyenne. Le Tableau III.17 montre que les femmes habitant les centres urbains en général veulent des familles plus petites que les femmes rurales. Il convient de noter que tant dans les centres urbains que dans les régions rurales, les femmes désiraient en moyenne un enfant en plus de ceux qu'elles avaient déjà.

La Tableau III.17 indique une structure intéressante où le désir d'avoir d'autres enfants croît avec l'âge de la mère. Les femmes plus âgées désiraient 6 enfants ou plus, tandis que les femmes plus jeunes étaient aptes à dire que trois était un nombre suffisant.

Il est possible que cette attitude soit due à deux facteurs. Premièrement, il est probable que les femmes plus jeunes ont l'intention d'avoir moins d'enfants que les femmes plus âgées n'en ont eu. Deuxièmement, la taille désirée de la famille est liée

Tableau III.16

Pourcentage des femmes désirant encore des enfants et distribution en pourcentage des femmes désirant encore des enfants par la composition actuelle de la famille dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Composition actuelle de la famille	% désirant encore des enfants	Distribution en % des femmes désirant encore des enfants
Pas d'enfants	92	20
Pas de garçons, 1 ou 2 filles	82	17
Pas de filles, 1 ou 2 garçons	82	18
Pas de garçons, 3 filles ou plus	76	5
Pas de filles, 3 garçons ou plus	32	2
1 garçon, 2 filles ou plus	41	11
1 fille, 2 garçons ou plus	23	7
Autres	19	20
TOTAL	41	100

Tableau III.17

Taille moyenne désirée de la famille et nombre d'enfants vivants par âge et par milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Age	Total		Urbain		Rural	
	Taille désirée de la famille	Nombre d'enfants vivants	Taille désirée de la famille	Nombre d'enfants vivants	Taille désirée de la famille	Nombre d'enfants vivants
15-19 ans	3,7	0,3	3,8	0,6	3,7	0,3
20-24 ans	4,0	1,4	3,4	1,1	4,1	1,5
25-29 ans	4,3	2,7	3,8	2,5	4,4	2,8
30-34 ans	4,9	4,0	4,3	3,4	5,1	4,2
35-39 ans	5,3	5,0	5,0	4,6	5,4	5,1
40-44 ans	5,9	5,8	5,6	5,5	6,0	5,8
45-49 ans	6,1	6,0	5,5	5,3	6,3	6,1
TOTAL 15-49 ans	5,0	3,8	4,5	3,6	5,0	3,9

étroitement à la taille actuelle de celle-ci. Aussi se peut-il, que le désir d'avoir une plus grande famille s'accroisse en même temps que le nombre d'enfants qui sont nés, peut-être par des grossesses non planifiées et que la famille est devenue plus nombreuse que les femmes ne l'auraient jugé désirable à l'origine.

Les tailles de famille désirées et le nombre d'enfants vivants sont présentés par délégation au Tableau III.18. Les différences entre délégations relatives au nombre d'enfants désirés sout plutôt moindres. Dans presque tous les cas, les femmes de la classe d'âge entre 35-39 ans avaient autant d'enfants qu'elles le désiraient, et le nombre d'enfants désiré est presque égal au nombre d'enfants vivants. Malgré ce fait, les données de fécondité présentées ci-dessus au Tableau III.9 donnent à penser qu'à mi-chemin entre le milieu de la classe d'âge de 35-39 ans et la fin des années procréatrices, les femmes ajoutent en moyenne un enfant à leur famille.

Tableau III.18

Taille moyenne désirée de la famille et nombre d'enfants vivants par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Mésures et âge	Délégation					
	Jendouba	Fernana	Ain Draham	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
Taille désirée de la famille						
15-19 ans	2,8	3,7*	6,0*	3,6	3,6*	4,6*
20-24 ans	3,5	4,1	4,6	4,1	4,2	4,0
25-29 ans	3,7	4,8	4,6	4,5	4,1	4,4
30-34 ans	4,6	5,3	5,2	4,8	5,4	4,5
35-39 ans	5,0	5,3	5,6	5,3	5,6	5,5
40-44 ans	5,3	5,7	6,8	5,7	6,3	6,1
45-49 ans	6,2	6,5	6,3	6,1	5,9	6,0
Total 15-49 ans	4,5	5,0	5,5	4,9	5,2	5,0
Nombre d'enfants vivants						
15-19 ans	0,2	0,1*	1,0*	0,4	0,3*	0,4*
20-24 ans	1,4	1,4	1,3	1,5	1,2	1,5
25-29 ans	2,6	2,5	2,6	2,9	2,6	3,0
30-34 ans	3,9	4,2	4,0	3,9	4,3	3,9
35-39 ans	4,6	4,9	5,0	5,1	5,3	5,3
40-44 ans	5,1	5,5	6,7	5,6	6,0	6,0
45-49 ans	6,1	6,5	6,3	5,8	5,8	6,0
Total 51-49 ans	3,6	3,6	4.3	3,8	4,1	4,0

*Basées sur 10 interviewées ou moins.

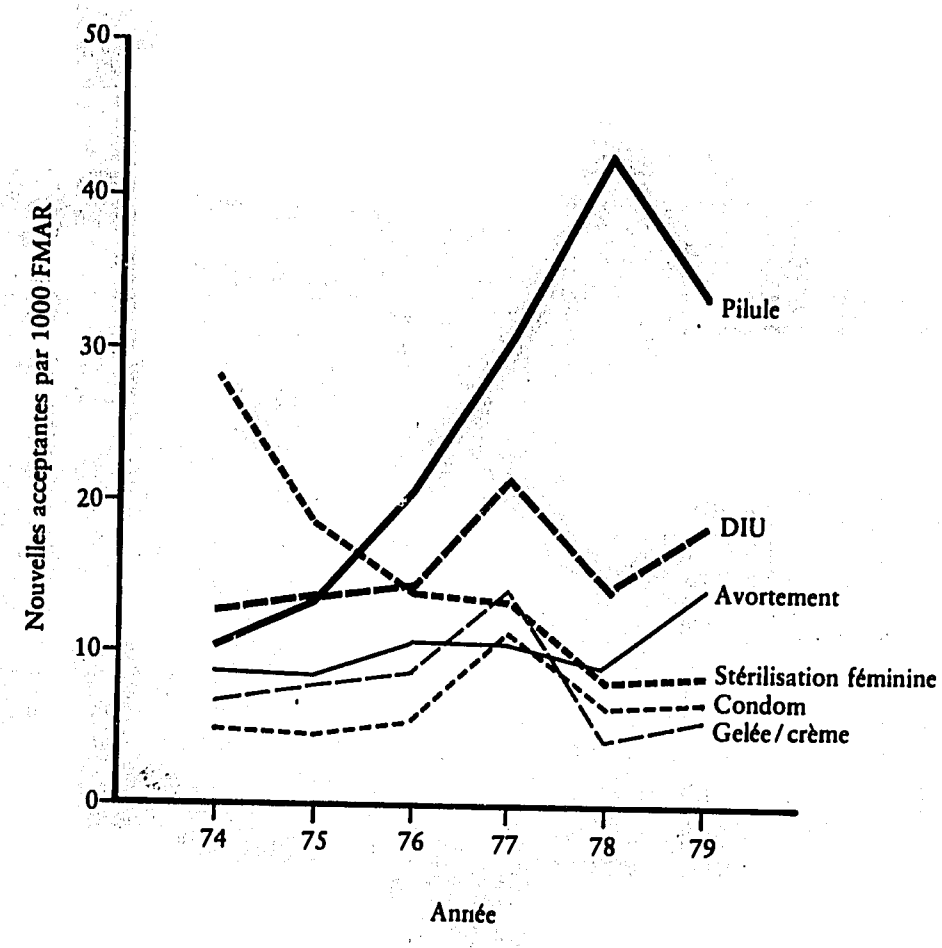
CHAPITRE III

CONNAISSANCE ET PRATIQUE DU PLANNING FAMILIAL A JENDOUBA

Comme on l'a mentionné dans la Partie I de ce rapport, il y a un programme actif de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba depuis le début des années 70. Le Graphique III.1 montre, cependant, que l'incidence de nouvelles activités de planning familial dans le gouvernorat pour la période de 1974 à 1979 a été toujours inférieure à celle signalée pour la Tunisie dans son ensemble. Le programme à Jendouba a été axé sur les ligatures des trompes où presque 20% de l'incidence moyenne des nouvelles acceptantes dans le gouvernorat pour cette période sont dûs à cette méthode. Le niveau d'acceptation de la stérilisation féminine a, cependant, beaucoup diminué dans le gouvernorat, allant d'une incidence maximum de 28 acceptantes de ligatures par 1.000 femmes mariées en 1974 à 6,4 en 1979. La tendance en ce qui concerne l'incidence de nouvelles acceptantes de la pilule ou du DIU à Jendouba a été généralement vers le haut durant cette même période quoiqu'il y ait eu une diminution temporaire du taux d'acceptation du DIU en 1977 lorsque la pilule a atteint son incidence maximale (Graphique III.2). (1)

Mais la diminution relative récente de l'incidence des nouvelles activités de planning familial dans le gouvernorat et la part très élevée qui revient à la ligature des trompes dans parmi les différentes méthodes utilisées par les nouvelles acceptantes au début des années 70 ne doivent pas être perdues de vue lors de l'analyse des résultats de l'enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives à Jendouba. Les données concernant les niveaux de connaissances des méthodes de planning familial dans le gouvernorat seront présentées d'abord, suivies d'un exposé sur les tendances en ce qui concerne la pratique et l'utilisation actuelle de planification familiale dans cette région. On mettra l'accent sur les non-utilisatrices dans l'échantillon, y compris une presentation des

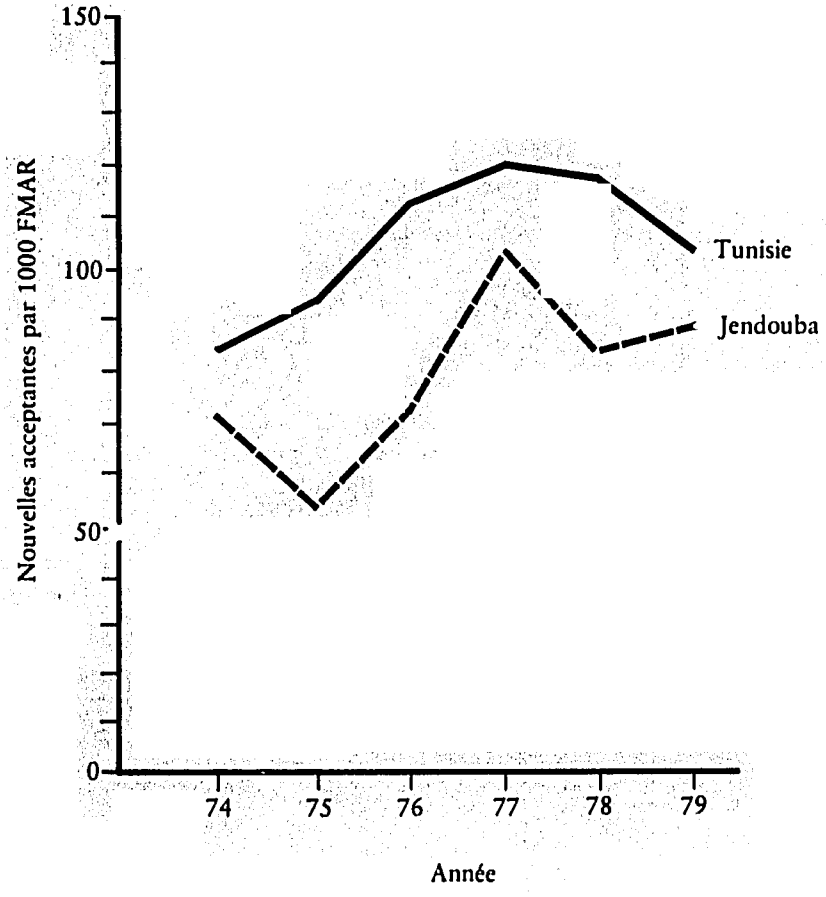
GRAPHIQUE III.2
Tendance des taux d'acceptation du planning familial par méthode dans le gouvernorat de Jendouba entre 1974-1979



NOTE: Les données sont prises des statistiques de service qui n'incluent pas les acceptantes recrutées directement par les animatrices du PFPC

SOURCE: Adapté à partir des graphiques 9-11 dans Bernard et Chafeddine, 1979, p.79.

GRAPHIQUE III.1
Tendance des taux d'acceptation en Tunisie et dans le gouvernorat de Jendouba entre 1976-1979



NOTE: Il s'agit de la somme des taux de nouvelles acceptantes par 1000 FMAR pour 6 méthodes (pilule, DIU, condom, stérilisation féminine, avortement et méthodes vaginales). Les données pour le gouvernorat de Jendouba sont prises des statistiques de service qui n'incluent pas les acceptantes recrutées directement par les animatrices du PFPC.

SOURCE: Adapté à partir du tableau V et graphique 10 dans Bernard et Charfeddine, 1979, pp. 26-27

raisons de la non-pratique du planning familial au moment de l'enquête et une estimation de la demande éventuelle de services de planification familiale.

A. CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES

Un des objectifs de l'EPC est de mesurer la degré de cónnaissance des méthodes contraceptives dans le gouvernorat de Jendouba. Les résultats que nous présenterons tout au long de ce chapitre montrent clairement que les femmes mariées en âge de reproduction interviewées à Jendouba sont presque toutes informées des méthodes contraceptives offertes par le programme tunisien de planning familial et de population. Il est, cependant, important d'identifier les méthodes les plus populaires de celles qui le sont moins et de déterminer la connaissance différentielle selon les variables socio-démographiques.

1. Niveau de connaissance de la contraception

La quasi-totalité (98%) des femmes mariées interviewées ont entendu au moins d'une méthode contraceptive; ce pourcentage est supérieur à celui obtenu au niveau national (92%) d'après les résultats préliminaires de l'Enquête Tunisienne sur la Fécondité. (27) Les méthodes les mieux connues sont la ligature des trompes (96%), la pilule (92%), et le DIU (87%). Il est clair que ces résultats temoignent de l'importance accordée par les services de motivation et d'éducation de l'Office pour promouvoir essentiellement ces trois méthodes considérées plus efficaces que les autres. Très peu de femmes (4%) ont, cependant, cité spontanément l'avortement, comme une méthode qu'elles connaissent. C'est seulement, après l'intervention de l'enquêtrice pour décrire ce moyen anti-natal que le pourcentage des femmes qui déclarent avoir entendu parler de l'avortement augmente d'une manière considérable (69%). Dans le programme tunisien, l'avortement fait partie intégrante des moyens contraceptifs, mais n'en est pas moins conseillé aux femmes que comme dernier recours pour interrompre la grossesse, lorsque les autres moyens échouent. Il est donc fort probable que les femmes ne considèrent pas l'avortement comme une méthode contraceptive au même titre que le DIU ou la pilule.

Quant aux méthodes secondaires (condoms, crème et gelée) et les méthodes traditionnelles (retrait et calendrier), elles sont peu connues parmi les femmes mariées; la crème, la mousse et la gelée viennent en tête avec 35% suivies par les condoms avec 28%. Enfin, la stérilisation masculine est la méthode la moins connue; il faut reconnaitre qu'elle reste encore un sujet tabou en Tunisie et, par conséquent, elle ne figure pas parmi les méthodes de planning familial que les agents d'éducation et de communication sont tenus

d'exposer les caractéristiques et le mode d'utilisation dans les séances d'éducation et de motivation (Tableau III.19).

2. Connaissance selon les caractéristiques socio-démographiques

Le degré de connaissance des moyens contraceptifs change très peu selon les différents groupes d'âge, vu que la presque totalité des femmes mariées enquêtées ont entendu parler au moins d'une méthode de planification familiale. La même observation s'applique aussi bien pour le niveau d'éducation que l'emploi et le milieu. D'autant plus qu'il s'agit d'une population homogène, pour la plupart analphabète, sans emploi et rurale (Tableau III.20).

B. PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION

Le niveau assez élevé de la pratique du planning familial parmi les femmes non célibataires et en âge de reproduction de l'EPC de Jendouba--44% ont employé au moins une méthode--montre que les efforts déployés par le programme de planning familial dans le gouvernorat ont connu un grand succès.

1. Niveau de la pratique des méthodes spécifiques

Comme le montre le Tableau III.21 le pourcentage de femmes n'ayant jamais employé de moyens contraceptifs à Jendouba est presque identique au niveau signalé pour la Tunisie (43%) dans son ensemble d'après l'Enquête Nationale sur la Fécondité de 1978. (27) Les pourcentages de femmes non célibataires de l'échantillon de Jendouba qui ont utilisé au moins une fois la pilule (18%) ou le DIU (17%) sont également semblables à l'utilisation de ces méthodes à l'échelle nationale. Le gouvernorat a, cependant, une proportion très élevée de femmes qui ont été stérilisées. Presque une femme non célibataire sur cinq dans l'EPC de Jendouba a déclaré avait été stérilisée, alors qu'à l'échelle nationale, moins d'une femme sur dix en Tunisie a adopté cette méthode.

Les femmes enquêtées de l'EPC à Jendouba ont signalé une utilisation relativement limitée des méthodes vaginales ou des condoms; 48% seulement ont indiqué qu'elles avaient utilisé au moins une fois des mousses, crèmes ou gelées, et 2% seulement ont signalé l'utilisation des condoms (Tableau III.21). Les méthodes traditionnelles ont été également relativement peu utilisées; moins de 2% des femmes non célibataires dans l'échantillon avaient utilisé au moins une fois la méthode ogino ou le coît interrompu.

Dans une certaine mesure, les femmes dans le gouvernorat comptent sur l'avortement pour mettre un terme aux grossesses non désirées. Six

Tableau III.19

Connaissance des méthodes contraceptives parmi les femmes non célabataires âgées de 15 à 44 ans dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Méthode	Connaissance sans aide	Connaissance avec aide	Pourcentage cumule
	%	%	%
Pilule	69	23	92
Condom	6	22	28
DIU	56	31	87
Stérilisation féminine	59	37	96
Stérilisation masculine	1	13	14
Avortement	4	65	66
Méthodes vaginales	8	27	35
Calendrier	2	16	18
Retrait	1	24	25

Tableau III.20

Pourcentage des femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans connaissant au moins une méthode de planning familial selon les caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif total	%
Age		
Moins que 20 ans	53	96
20-34 ans	1.042	98
35 ans ou plus	809	97
Milieu		
Urbain	350	99
Rural	1554	97
Délégation		
Jendouba	450	98
Fernana	176	98
Ain Draham	197	97
Bou Salem	502	97
Ghardimaou	356	97
Tabarka	223	97
Niveau d'education		
Aucune	1.641	97
1-6 ans	208	99
Plus que 6 ans	55	100
Emploi		
Avec emploi	164	98
Sans emploi	1.740	98

Tableau III.21

Pourcentage des femmes non-célibataires âgées de 15 à 49 ans qui avaient utilisé au moins une méthode de planning familial par méthode spécifique utilisée en Tunisie en 1978 et dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Méthode	Tunisie 1978[a]	Jendouba 1979
Toute méthode	43	44
Pilule	20	18
DIU	17	17
Stérilisation féminine	7	18
Avortement	N.D.	6
Méthodes vaginales	N.D.	4
Condom	N.D.	2
Calendrier	N.D.	2
Retrait	N.D.	2

[a]L'Enquête tunisienne sur la fécondité: l'essai d'évaluation du programme de planification familiale et de population (mimeo). Office National de Planning Familial et de la Population. République Tunisienne, 1980.

pour cent des femmes non célibataires de l'EPC ont signalé qu'elles avaient employé cette méthode (Tableau III.21). Du fait que l'enquête n'a pas exploré en profondeur l'utilisation de l'avortement, il est probable que le niveau d'utilisation de cette méthode est en fait un peu plus élevé que ce chiffre.

Les statistiques du service programme indiquent qu'en 1979 Jendouba a été septième parmi les 15 gouvernorats pour ce qui est de l'incidence des avortements sociaux. (1) Il y a eu 14,3 avortements sociaux par 1.000 FMAR à Jendouba en 1979, un taux d'incidence inférieur à celui enregistré pour la Tunisie (21,3) et très inférieur à l'incidence dans les gouvernorats les plus urbanisés de Sousse (62,2), Tunis (38,6) ou Nabeul (33).

2. Age et nombre d'enfants

Le niveau de la pratique du planning familial parmi les femmes non célibataires de l'EPC de Jendouba augmente avec l'âge (Tableau III.22); les femmes âgées de 35 à 39 ans avaient pratiqué, par exemple, une méthode de planning familial dans une proportion plus que le double que celles âgées de 20 à 24 ans. Les niveaux croissants d'utilisation avec l'âge sont évidemment liés aux variations dans les niveaux de la pratique suivant le nombre d'enfants que le Tableau III.22 montre clairement. L'adoption du planning familial en vue de limiter ou d'espacer les naissances a été nettement associée au nombre croissant d'enfants parmi les femmes non célibataires enquêtées. Le niveau de la pratique du planning familial parmi les femmes ayant cinq enfants ou plus (59%) a été, par exemple, presque le double de celui signalé par celles ayant deux enfants ou moins (30%).

Les données concernant les variations dans les niveaux d'utilisation en fonction de l'âge ou du nombre d'enfants montrent, donc, que plus les femmes à Jendouba avancent dans leur période féconde plus il y a de fortes chances qu'elles aient utilisé une méthode de planning familial. Il y a, cependant, une proportion considérable (56%) de femmes non célibataires, qui n'ont jamais pratiqué de méthode de planning familial.

3. Education et emploi

Le niveau d'instruction et le fait d'avoir un emploi sont en corrélation avec la pratique de la planification familiale. Comme l'indique le Tableau III.23, le pourcentage des femmes ayant utilisé la planification familiale au moins une fois a été presque deux fois plus élevé parmi les interviewées qui avaient complété plus de six ans d'études (85%) que parmi celles qui n'avaient pas dépassé le niveau du primaire (45%). On a également constaté qu'il est plus probable que les répondantes avec emploi rémunéré avaient utilisé une

Tableau III.22

Pourcentage des femmes non-célibataires âgées de 15 à 49 ans qui avaient utilisé au moins une méthode de planning familial par âge et par nombre d'enfants vivants

Age et nombre d'enfants vivants	Effectif nombre total	% ayant utilisé au moins une méthode
TOTAL	1904	43
Age		
15-19 ans	53	13
20-24 ans	314	25
25-29 ans	389	40
30-34 ans	339	49
35-39 ans	263	57
40-44 ans	285	58
45-49 ans	261	46
Nombre d'enfants vivants		
Pas d'enfants	175	4
Deux à trois enfants	467	30
Quatre à cinq enfants	508	49
Cinq enfants ou plus	754	59

méthode de planning familial que celles qui n'étaient pas employées. Le Tableau III.23 montre que 54% de des femmes avaient pratiqué le planning familial par rapport à 42% seulement parmi celles qui ne travaillaient pas. Le nombre relativement faible des répondantes ayant fait l'école secondaire ou des études supérieures ou bien ayant un travail rémunéré au moment de l'enquête a fait qu'il a été difficile d'explorer plus en profondeur la corrélation entre le niveau d'instruction, l'emploi et la pratique du planning familial. Les constatations présentées dans le Tableau III.23 indiquent, cependant, qu'une amélioration du niveau d'instruction des femmes à Jendouba ou des possibilités d'emploi aurait vraisemblablement un impact positif sur le niveau d'utilisation du planning familial dans le gouvernorat.

4. Résidence urbaine-rurale

Comme on l'a déjà mentionné, le gouvernorat de Jendouba est très rural; 85% de ses habitants habitent dans des zones rurales. Il y a une forte corrélation entre la pratique d'un méthode de planning familial et la résidence urbaine-rurale dans le gouvernorat. Les répondantes du milieu urbain du gouvernorat avaient utilisé le planning familial plus que celles du milieu rural. Le niveau global élevé d'utilisation se trouve reflété dans les différences considérables entre les deux groupes en ce qui concerne le niveau de pratique de toutes les méthodes exception faite de la stérilisation féminine (Tableau III.24). Les différences urbaines-rurales en ce qui concerne le niveau d'utilisation ne sont pas évidemment en rapport avec les niveaux de connaissances des moyens contraceptifs parmi les femmes rurales car, comme on l'a déjà mentionné dans cette section, il n'y a presque aucune différence entre les femmes urbaines et rurales en ce qui concerne les connaissances des méthodes efficaces. Les différences à l'égard du niveau d'utilisation, particulièrement des méthodes telles que la pilule, la mousse et la crêmes vaginales, sont imputables au fait que les services de planning familial sont plus accessibles dans les zones urbaines que dans les zones rurales du gouvernorat qui sera examiné plus en détails dans les chapitres IV et V de l'examen de la disponibilité de services contraceptifs dans Jendouba.

5. Délégation

Comme le montre le Graphique III.3, le pourcentage de répondantes mariées actuellement ou précédemment qui avaient utilisé le planning familial au moins une fois varie également d'une délégation à l'autre allant de 32% à Fernana à 57% dans la délégation de Jendouba. Les délégations dans lesquelles les niveaux globaux d'utilisation d'une méthode contraceptive ont été les plus élevés à savoir Jendouba et Bou Salem--et sont les deux

Tableau III.23

Distribution en pourcentage des femmes non-célibataires âgées 15 à 49 ans ayant utilisé au moins une méthode de planning familial par niveau d'éducation et emploi dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

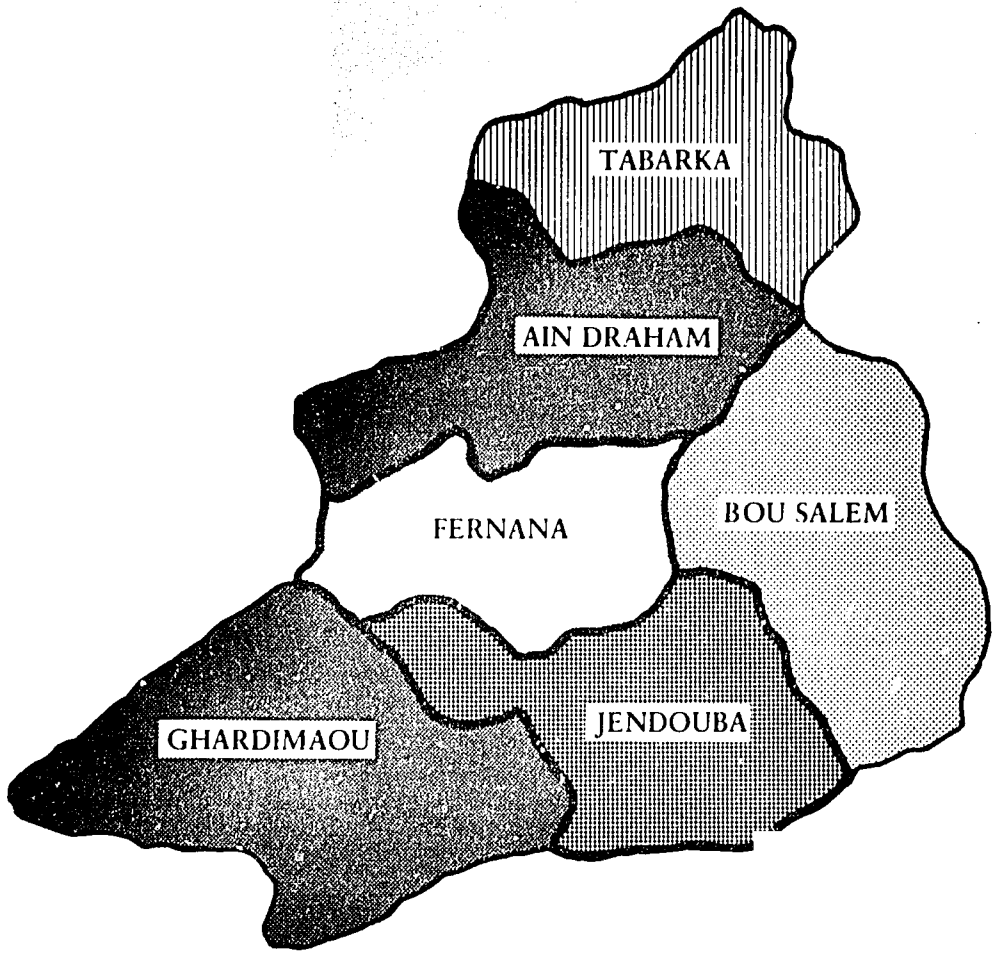
	Effectif total	% ayant utilisé
TOTAL	1904	43
Niveau d'éducation		
Aucun	1650	43
1-6 ans	208	45
Plus que 6 ans	46	85
Emploi		
Oui	164	54
Non	1740	43

Tableau III.24

Pourcentage des femmes non-célibataires âgées de 15 à 49 ans qui avaient utilisé au moins une méthode de planning familial par milieu de résidence et par méthode spécifique utilisée dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Méthode	Urbain (N=350)	Rural (N=1554)
Toute méthode	60	41
Pilule	34	14
DIU	28	14
Stérilisation féminine	19	18
Avortement	10	4
Méthodes vaginales	9	2
Condom	6	1
Calendrier	6	1
Retrait	4	2

GRAPHIQUE III.3
Utilisation d'une méthode de planning familial au moins une fois parmi les femmes non célibataires âgées de 15 à 49 ans de chaque délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



- Moins de 35%
- 35-39%
- 40-44%
- 45-49%
- 50% ou plus

délégations les plus développées économiquement, ayant la meilleure infrastructure sanitaire et scolaire et le meilleur réseau routier. Les délégations de Fernana et de Ain Draham où les pourcentages d'utilisation du planning familial ont été les plus faibles avaient fait , avant de l'enquête, partie du projet PFPC. L'absence d'une enquête pour avoir des données de base pour le projet fait qu'il est difficile de déterminer avec exactitude les changements des niveaux d'utilisation dans ces trois délégations pendant la période du projet. Les résultats de ce projet indiquent, cependant, que l'accroissement le plus prononcé des niveaux d'acceptation et d'utilisation résultant des activités du PFPC a été enregistré à Fernana. On peut donc supposer que les différences dans les niveaux de pratique du planning familial à Fernana et dans les autres délégations, particulièrement à Jendouba, qu'on voit clairement dans le Graphique III.3 avaient été encore plus marquées avant les visites à domicile.

Le Tableau III.25 montre que les répondantes dans la délégation de Jendouba avaient non seulement pratiqué la planification familiale plus que les interviewées dans les autres délégations, mais aussi qu'elles avaient l'expérience de toutes les méthodes de planning familial, à l'exception de la ligature des trompes, plus que les autres différences dans le niveau d'utilisation de la pilule ont été particulièrement prononcées; 30% des femmes non célibataires ont signalé qu'elles avaient utilisé au moins une fois cette méthode par rapport à 16% des femmes dans les autres délégations. Il y a également des variations considérables dans les pourcentages signalés pour le DIU, s'échelonnant entre 9% seulement parmi les femmes à Tabarka à un maximum de 25%, encore parmi les femmes dans la délégation de Jendouba. A la différence des tendances constatées pour la pilule et le DIU, le pourcentage des répondantes signalant qu'elles avaient utilisé la stérilisation féminine a été plus faible pour Jendouba que pour les cinq autres délégations. L'importance de la stérilisation dans ces dernières délégations est très nette à l'exception de Bou Salem, comme le montre le Tableau III.25, le pourcentage des répondantes déclarant avoir été stérilisées a été supérieur au pourcentage signalé pour l'utilisation des autres méthodes. Enfin, il est à noter que la pratique des méthodes secondaires a été la plus élevée à Jendouba et Ain Draham, deux délégations où la promotion de ces méthodes a fait partie du projet PFPC.

C. UTILISATION AU MOMENT DE L'ENQUETE

Presque une femme sur trois interrogées dans l'EPC de Jendouba employait une méthode de planning familial. La prédominance des moyens contraceptifs dans le gouvernorat (33%) a été en fait plus élevée que le niveau enregistré pour la Tunisie en 1978 (30%).

Tableau III.25

Pourcentage des femmes non-célibataires âgées de 15 à 49 ans qui avaint utilisé au moins une méthode de planning familial par délégation et par méthode spécifique utilisée dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Méthode	Délégation					
	Jendouba[a]	Fernana[a]	Ain Draham[a]	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
	%	%	%	%	%	%
Toute méthode	57	36	32	45	39	42
Pilule	30	13	14	16	14	13
DIU	25	12	10	19	15	9
Stérilisation féminine	15	16	16	19	17	25
Avortement	8	5	2	7	5	4
Méthodes vaginales	7	4	2	3	2	1
Condom	4	2	-	1	1	1
Calendrier	5	2	1	1	1	3
Retrait	4	5	2	2	1	4

[a]Délégations couvertes par le projet du Planning Familial par le Couple (PFPC) en 1977-1979.

1. Gamme des méthodes

L'incidence relativement élevée de la ligature des trompes parmi les acceptantes de planning familial à Jendouba, a trouvé son reflet dans la gamme des méthodes actuellement utilisées--55% des femmes mariées actuellement qui ont déclaré qu'elles employaient le planning familial avaient été stérilisées (Graphique III.4). Les femmes utilisant d'autres méthodes au moment de l'enquête étaient réparties presque à part égale entre la pilule et le DIU. Moins de cinq pour cent des utilisatrices employaient la mousse, la crème, les condoms, ou des méthodes traditionnelles ou populaires.

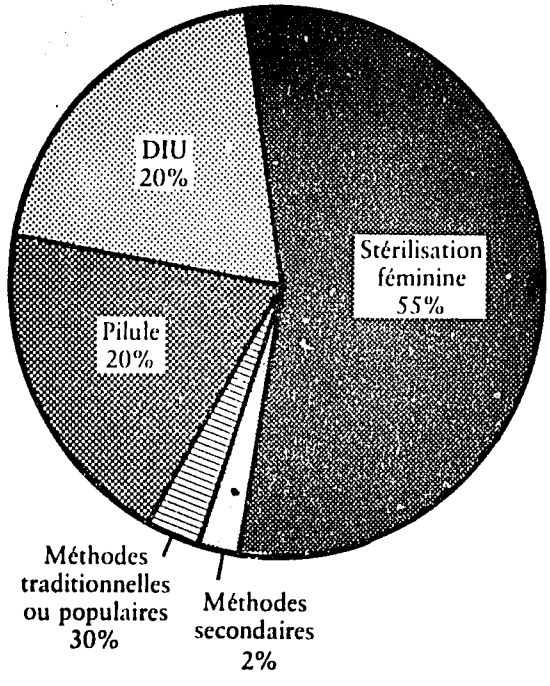
Le gouvernorat de Jendouba se distingue nettement de l'ensemble de la Tunisie par l'utilisation relativement plus importante de la ligature des trompes parmi les utilisatrices d'une méthode de planning familial (Tableau III.26). Presque une sur cinq femmes mariées en âge de reproduction dans le gouvernorat (18%) a été stérilisée par rapport à moins d'une femme sur 10 FMAR dans l'ensemble du pays. Bernard et Charfeddine (1) ont estimé que Jendouba vient au buitième rang parmi tous les gouvernorats pour ce qui est du niveau global de protection efficace, mais au troisième rang pour ce qui est du niveau de protection efficace attribuable aux ligatures des trompes.

La plupart des femmes (67%) ligaturées ont signalé que cette opération avait été faite avant 1976 et presque un tiers de ces utilisatrices avaient été recrutées en 1976-1974 durant une campagne spéciale de stérilisation menée dans le gouvernorat de Jendouba. Il est évident que le niveau actuel de prédominance dans le gouvernorat ne pourra se maintenir qu'à condition que de nouvelles acceptantes du planning familial soient recrutées pour remplacer les utilisatrices de ligatures des trompes à mesure que celles-ci vieillissent et quittent la population d'âge fécond. Comme on l'a déjà noté, Bernard et Charfeddine ont mis en relief les diminutions continues du niveau d'acceptation de la ligature des trompes à Jendouba. (1) Il sera nécessaire de renverser cette tendance ou d'augmenter considérablement le taux d'acceptation d'autres méthodes si le taux global de prédominance ne doit pas diminuer dans le gouvernorat de Jendouba au début des années 80. La tendance future des niveaux de prédominance à Jendouba est exposée en détails dans la section VI.

2. Age et nombre d'enfants

Comme le montre le Tableau III.27, le pourcentage des femmes mariées utlisant une méthode deplanning familial au moment de l'enquête a augmenté fortement avec l'âge allant de 6% parmi les femmes âgées de 15 à 19 ans à 39% parmi celles âgées de 45 à 49 ans. Comme il fallait s'y attendre, il n'y a pas eu de corrélation positive similiaire entre le nombre d'enfants et

GRAPHIQUE III.4
Utilisatrices actuelles par méthode dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



(N=598)

Tableau III.26

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode du planning familial au moment de l'enquête par méthode spécifique utilisée en Tunisie en 1978 et dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Méthode	Tunisie 1978[a]	Jendouba 1979
Toute méthode	30	33
Pilule	6	7
DIU	7	7
Stérilisation féminine	7	18
Méthodes secondaires	2	-[b]
Méthodes	8	1

[a]L'Enquête tunisienne sur la fécondité: l'essai d'évaluation du programme de planification familiale et de population (mimeo). Office National de Planning Familial et de la Population. République Tunisienne, 1980.

[b]Moins que 0,5%.

Tableau III.27

Pourcentage des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode du planning familial au moment de l'enquête par âge et par nombre d'enfants vivants dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

	Effectif	% utilisant
TOTAL	1827	33
Age		
15-19 ans	51	6
20-24 ans	308	14
25-29 ans	384	25
30-34 ans	331	35
35-39 ans	255	48
40-45 ans	264	48
45-49 ans	234	39
Nombre d'enfants vivants		
Pas d'enfants	164	-
1-2 enfants	448	17
3-4 enfants	491	36
5 enfants ou plus	724	48

l'utilisation au moment de l'enquête. Aucune femme sans enfant dans l'échantillon ne pratiquait le planning familial. Le pourcentage des utilisatrices d'une méthode contraceptive a augmenté sensiblement suivant le nombre d'enfants vivants parmi les femmes qui avaient déjà commencé à en avoir allant de 17% parmi les femmes ayant un ou deux enfants à 48% parmi celles ayant cinq enfants ou plus.

L'âge et le nombre d'enfants vivants semblent être en corrélation étroite avec le type de méthode contraceptive employé. Les utilisatrices de la pilule et du DIU étaient, en moyenne, sensiblement plus jeunes et avaient moins d'enfants que les femmes qui avaient été stérilisées, comme l'indique Tableau II.28. Ce changement en ce qui concerne les préférences passant de la pilule et du DIU à la ligature des trompes à mesure que la femme avance dans l'âge est bien explicité dans le Graphique III.5; la plupart des contraceptrices âgées de moins de 30 ans employaient soit la pilule soit le DIU alors que celles âgées de 30 ans ou plus avaient généralement été stérilisées.

3. Education et emploi

La prédominance des moyens contraceptifs varie à la fois en fonction du niveau d'instruction et en fonction de l'emploi. Le Tableau III.29 montre que le petit nombre de femmes mariées qui avaient fait des études secondaires ou supérieures employaient une méthode de planning familial plus que celles qui n'avaient jamais fréquenté l'école ou qui avaient fait des études primaires seulement. Le niveau de prédominance dans ce dernier groupe (27%) a été en fait plus faible que celui pour les femmes qui n'avaient jamais fait d'études (33%), ceci est dû au fait que ce groupe comportait un nombre élevée de femmes plus jeunes désirant avoir encore plus d'enfants. Le Tableau III.29 montre également que le niveau de prédominance a été plus élevé parmi les interviewées avec emploi rémunéré (38%) que parmi celles qui ne travaillaient pas (32%). Les corrélations constatées entre le niveau d'instruction, l'emploi et l'utilisation d'une méthode contraceptive indiquent que si les femmes dans le gouvernorat de Jendouba avaient plus de possibilités de faire des études et de travailler, l'impact sur les niveaux de prédominance des contraceptifs serait positif. Ces conclusions doivent être, cependant, considérées avec prudence car le nombre relativement limité de femmes ayant fait des études secondaires ou supérieures ou qui travaillaient rend difficile le contrôle d'autres facteurs, y compris la résidence urbaine-rurale, qui pourraient influencer le rapport entre l'utilisation d'une méthode de planning familial et le niveau d'instruction ou l'emploi.

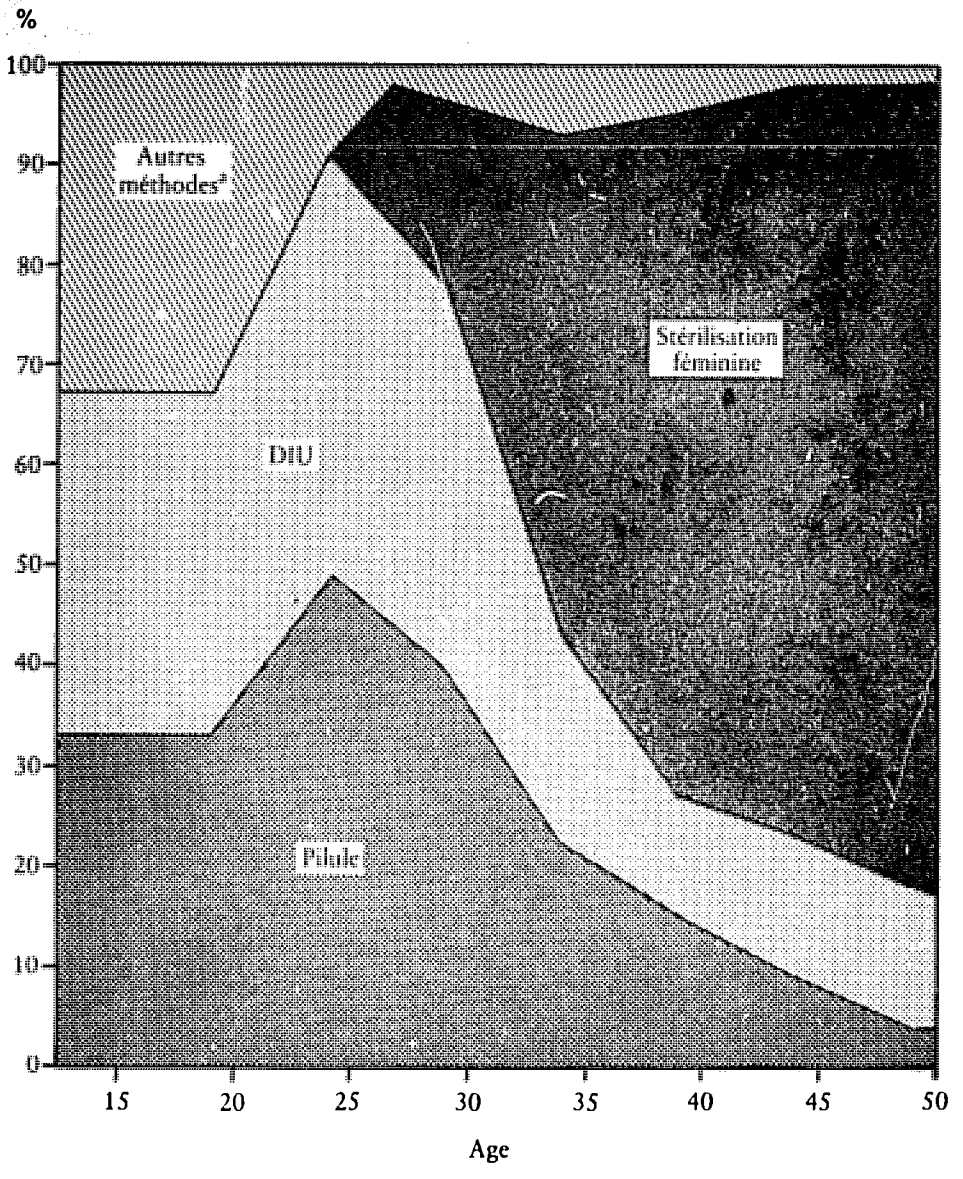
Tableau III.28

Age et nombre d'enfants vivants moyens parmi les utilisatrices d'une méthode de planning familial au moment de l'enquête par la méthode utilisée dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Méthode	Age moyen	Nombre moyen d'enfants vivants
Toute méthode	35,8	3,85
Pilule	30,9	3,92
DIU	32,4	4,16
Stérilisation féminine	39,0	5,74
Autres méthodes	31,7	4,11
N'utilisant pas	31,4	3,29

[a]Y compris les méthodes vaginales, la crême, le condom et les méthodes traditionneles et populaires.

GRAPHIQUE III.5
Utilisatrices actuelles par méthode et par âge dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



[a] y compris les méthodes vaginales, les condoms et les méthodes traditionnelles ou populaires.

Tableau III.29

Distribution en pourcentage des femmes mariées agées de 15 à 49 ans utilisant une méthode de planning familial au moment de l'enquête par niveau d'éducation et par emploi dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Niveau d'education et emploi	Effectif total	% utilisant
TOTAL	1827	33
Niveau d'education		
Aucun	1580	33
1-6 ans	201	27
Plus que 6 ans	46	41
Emploi		
Oui	156	38
Non	671	32

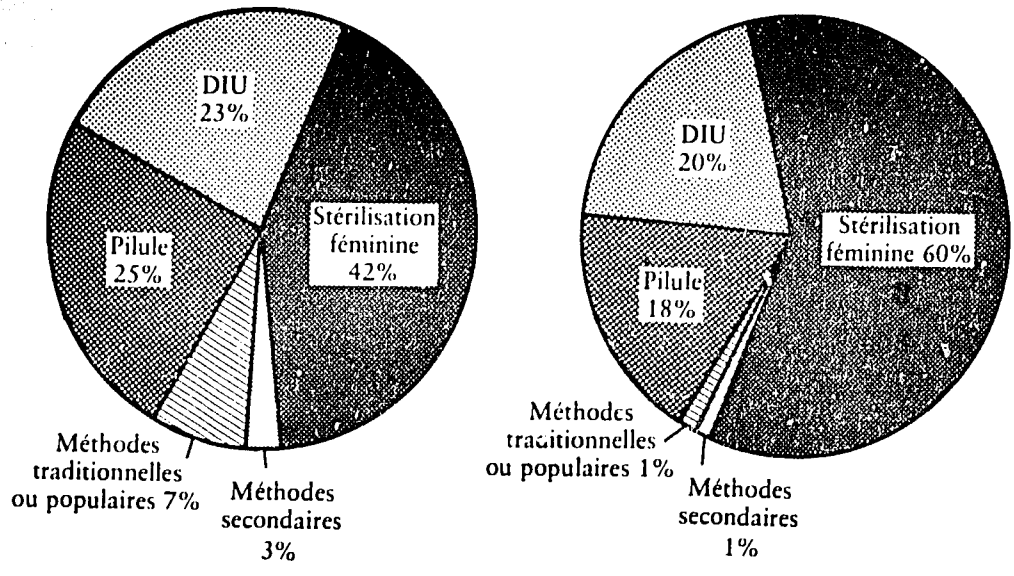
4. Résidence urbaine-rurale

La prédominance des méthodes contraceptives a été de 46% parmi les femmes mariées habitant dans des zones urbaines et de 30% parmi celles habitant dans des zones rurales. La prédominance différentielle urbaine-rurale de toutes les méthodes se trouve reflétée dans les différences en ce qui concerne la gamme des méthodes adoptées par les contraceptrices urbaines et rurales comme le montre le Graphique III.6. La plupart des contraceptrices urbaines et rurales avaient été stérilisées; les ligatures des trompes, cependant, étaient plus courantes parmi les femmes rurales (60%) que parmi les contraceptrices urbaines (42%). Une proportion un peu plusimportante des contraceptrices urbaines (25%) que celles habitant dans les zones rurales (18%) employaient la pilule; il y a une différence semblable mais un peu moins importante en ce qui concerne l'utilisation du DIU entre les femmes urbaines (23%) et celles rurales (20%). Le Graphique III.6 montre également, ce qui est assez surprenant, que les contraceptrices urbaines utilisaient plus que les femmes rurales les méthodes traditionnelles ou populaires. A cet égard, il ne faut pas oublier que le niveau global d'utilisation de telles méthodes a été très faible à Jendouba--moins de 1% des femmes mariées employaient la méthode ogino ou le coït interrompu ou des méthodes populaires pour éviter la grossesse.

5. Délégation

Les six délégations du gouvernorat de Jendouba présentaient des taux différents de prédominance des méthodes contraceptives. La Graphique III.7 met en évidence que le pourcentage des femmes mariées utilisant le planning familial variait de 25% à Fernana à 39% dans la délégation de Jendouba. On a établi un parallèle entre les différences rencontrées dans les six délégations, eu égard au niveau général de prédominance et aux différences de méthodes adoptées par les utilisatrices. Le Tableau III.30 présente la répartition des utilisatrices actuelles dans chaque délégation selon la méthode. Ce tableau montre que les utilisatrices dans chaque délégation étaient plus susceptibles d'avoir été stérilisées que de pratiquer une autre méthode contraceptive. La proportion d'utilisatrices stérilisés variait, cependant, dans les six délégations allant jusqu'à 78% à Tabarka. Le Tableau III.30 met également en évidence que les utilisatrices étaient plus enclines à se fier à la pilule et aux méthodes secondaires à Jendouba, Ain Draham et Fernana que dans les autre délégations. Comme on l'a décrit dans la Partie II du présent rapport, durant les deux années qui ont précédé l'Enquête de prédominance des méthodes contraceptives, les femmes mariées qui vivent dans les trois délégations citées plus haut se sont vues offrir des contraceptifs oraux, des condoms et des gelées durant les visites à domicile d'une équipe d'agents du planning

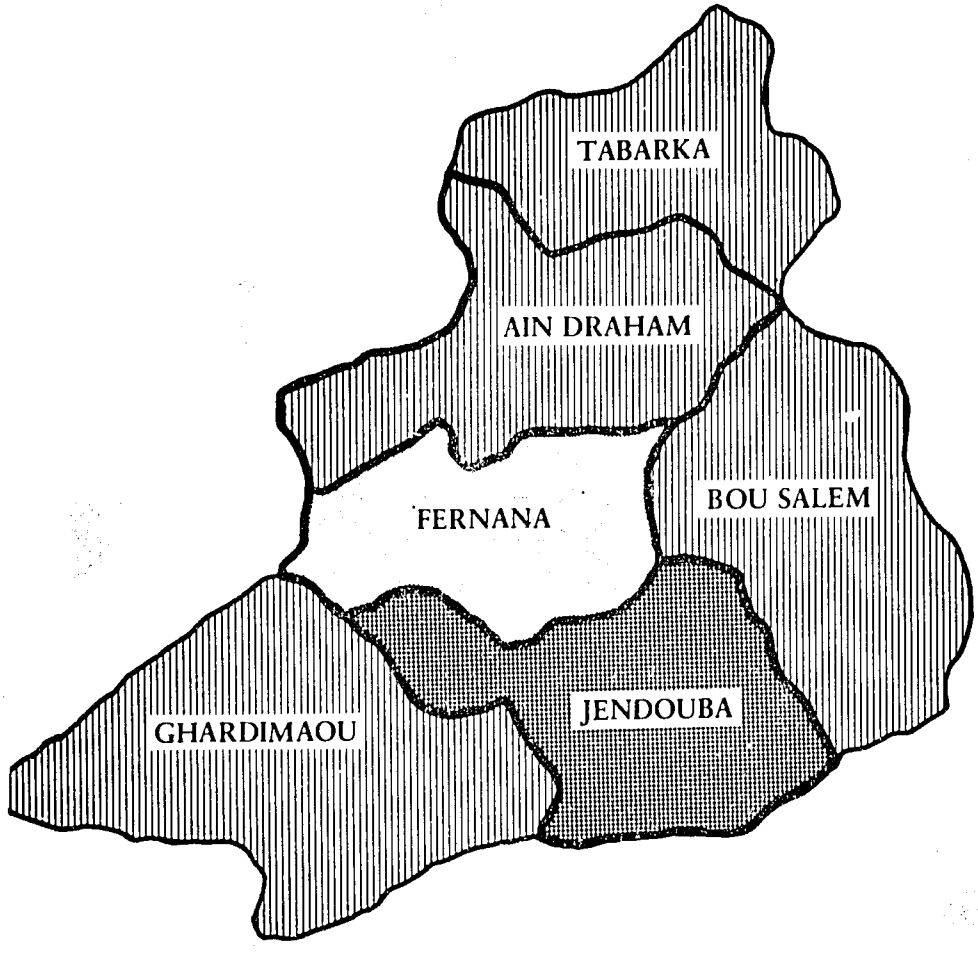
GRAPHIQUE III.6
Utilisatrices actuelles par méthode et par milieu dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



Urbain
(N=150)

Rural
(N=448)

GRAPHIQUE III.7
Utilisation actuelle parmi les femmes mariées actuellement âgées de 15 à 49 ans de chaque délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



Moins de 30%
30-34%
35% ou plus

Tableau III.30

Distribution en pourcentage des utilisatrices d'une méthode de planning familial au moment de l'enquête par méthode utilisée et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Méthode	Délégation					
	Jendouba[a] (N=165)	Fernana[a] (N=43)	Ain Draham[a] (N=55)	Bou Salem (N=160)	Ghardimaou (N=104)	Tabarka (N=71)
Pilule	31	21	24	14	14	14
DIU	22	12	15	25	26	7
Stérilisation féminine	39	65	55	59	57	78
Méthodes secondaires	3	2	2	1	-	-
Méthodes traditionelles ou populaires	5	5	-	1	3	1

[a]Délégations du projet PFPC.

NOTE: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

familial qui ont fait le tour de ces délégations dans le cadre du projet PFPC. La proportion plus importante de la population se fiant à la pilule et aux méthodes secondaires dans ces délégations (notamment à Ain Draham et Fernana) reflète l'impact des activités du PFPC.

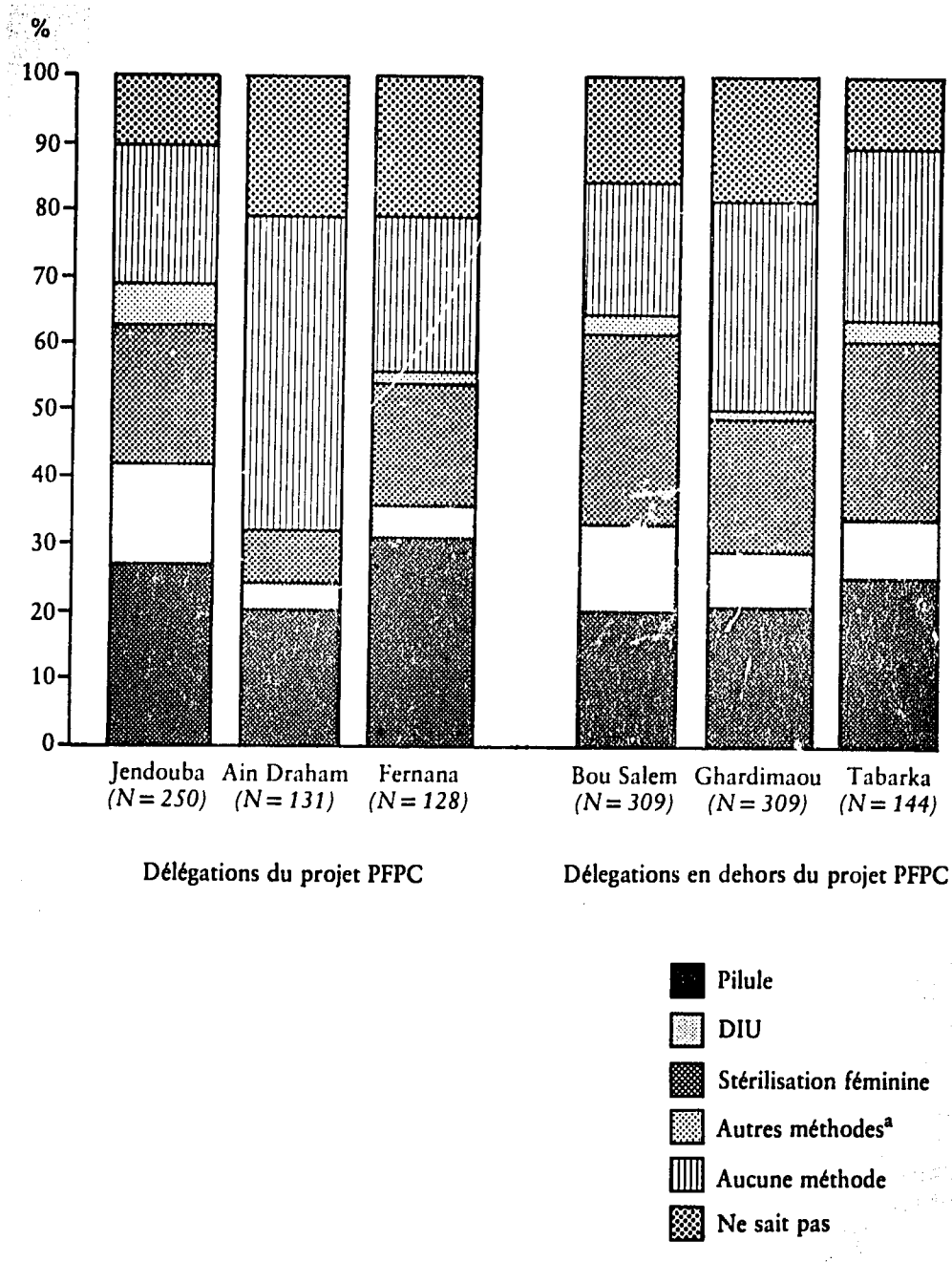
6. Raisons de refus d'utiliser et intention d'utiliser plus tard les méthodes contraceptrives

Il est surprenant de constater que la prédominance des méthodes contraceptives était élevée dans le gouvernorat de Jendouba, en particulier compte tenu de la composition à majorité rurale de sa population, la plupart des femmes mariées (66%) de la délégation m'utilisaient pas le planning familial au moment de l'enquête. Plus de la moitié des non-utilisatrices ont donné comme raison le désir d'avoir un enfant ou le fait qu'elles ne pensaient pas courir le risque de grossesse afin d'expliquer pourquoi elles n'utilisaient pas le planning familial; 37% ont indiqué qu'elles désiraient être enceintes et 15% ont dit qu'elles étaient enceintes ou pensaient qu'elles ne pouvaient plus avoir d'enfant. Parmi les autres raisons du refus d'utilisation des méthodes contraceptives se trouvaient la crainte des effets secondaires (12%), l'opposition de leur mari (4%) et l'absence d'informations relatives à une source de planning familial (5%).

Il est évident qu'il existe des possibilités latentes pour l'utilisation du planning familial chez ces femmes; plus de la moitié des femmes non-utilisatrices au moment de l'enquête ont dit que l'utilisation d'une méthode de planning familial à l'avenir les intéressaient. La pilule et la stérilisation féminine étaient considérées comme les méthodes préférées chez les acceptantes éventuelles du planning familial; 41% ont signalé qu'elles adopteraient les contraceptifs oraux, tandis que 37% ont dit qu'elles se feraient stériliser. Seulement 17% ont dit qu'elles accepteraient un DIU et moins de 5% qu'elles avaient l'intention d'adopter des méthodes secondaires ou traditionnelles.

Le Graphique III.8 fait ressortir qu'il existait une très grande différence d'une délégation à l'autre dans le pourcentage des non-utilisatrices qui ont manifesté l'intérêt d'adopter ultérieurement une méthode de planning familial et dans le type de méthode qu'elles préféreraient. Il semble que la demande éventuelle de planning familial était la plus forte dans les délégations de Jendouba et de Bou Salem où presque 70% de toutes les non-utilisatrices ont manifesté le désir d'utiliser une méthode à l'avenir. Il convient de remarquer que les taux de prédominance des méthodes contraceptives étaient également plus élevés dans ces deux délégations. Dans les délégations de Ain Draham et de Ghardimaou, l'intérêt porté à l'utilisation du planning familial était le plus bas; 48% et 33%, respectivement

GRAPHIQUE III.8
Méthode à choisir dans l'avenir parmi les non utilisatrices dans le gouvernorat de Jendouba en 1979.



[a] y compris les méthodes vaginales, les condoms et les méthodes traditionnelles et populaires.

toutes les non-utilisatrices dans ces délégations ont indiqué qu'elles n'utiliseraient aucune méthode.

Ain Draham était une des trois délégations qui a fait l'objet d'une prospection lors du déroulement du Projet PFPC; la seconde série de visites à domicile n'avait effectivement été achevée que quelques semaines avant l'enquête EPC sur le terrain dans cette délégation. Le niveau relativement bas de l'intérêt porté à l'utilisation future du planning familial à Ain Draham est, donc, surprenant dans une certaine mesure, notamment parce qu'une des tâches principales des animatrices du PFPC consistait à inciter les femmes à adopter une méthode de planning familial. Le fait d'ajouter une composante santé aux activités de l'animatrice à Ain Draham semble avoir modéré, toutefois, l'effort que ces agents consacraient à motiver la population en matière de planning familial (Partie II).

Le niveau général d'acceptation de méthodes contraceptives à Ain Draham durant le déroulement du PFPC était bas quand on établissait notamment une comparaison avec les réalisations de Fernana. Il est possible que les femmes de Ain Drahamam, en raison d'un certain nombre de facteurs inconnus, étaient moins disposées que les femmes d'autres régions à accepter le planning familial. Cette hypothèse peut être fondée sur le fait que le pourcentage de femmes qui n'acceptaient pas de considérer l'utilisation d'une méthode à l'avenir était beaucoup plus élevé à Ain Draham que dans toute autre délégation (Graphique III.8).

Cette délégation semblait également être celle où dominait une méthode chez les non-utilisatrices. La pilule était la méthode préférée des non-utilisatrices des délégations de Fernana et de Ain Drahamam. La préférence pour la pilule exprimée relativement plus souvent chez les non-utilisatrices des dernières délégations reflète le résultat des efforts en matière motivations de l'équipe du PFPC lors des visites dans ces deux délégations. L'intérêt porté à la pilule était également considéralbe à Jendouba, troisième délégation où le PFPC a été mené.

Le DIU semblait être relativement plus répandu chez les non-utilisatrices dans les délégations de Jendouba et de Bou Salem. Dans les deux prochains chapitres du présent rapport, on étudiera les données émanant de l'EPC qui indiquent que la population de ces deux délégations pense qu'il y est plus facile de se procurer un DIU que dans les autres délégations du gouvernorat. Cette manière de penser peut être liée à la préférence exprimée plus fréquemment pour cette méthode chez les non-utilisatrices.

En dernier lieu, le Graphique III.8 montre qu'un pourcentage important de non-utilisatrices s'intéressaient à l'éventualité de stérilisation dans chaque délégation, hormis Ain Draham. Bien que ce soit spéculatif, le niveau d'intérêt très bas étant

donné la proportion portée à la stérilisation chez les non-utilisatrices de Ain Draham pourrait être lié à la proportion relativement élevée de non utlisatrices peu enclines à adopter une méthode de planning familial. Il est probable que le mécontentement général créé par la stérilisation--qui est la méthode employée par plus de la moitié de toutes les utilisatrices actuelles de Ain Drahamam--aurait des répercussions importantes eu égard au niveau général d'intérêt porté à l'utilisation du planning familial chez les femmes de cette délégation, l'IEC devrait concentrer ses activités de manière plus intensive à Ain Draham, notamment en ce qui concerne l'avantage de la stérilisation comme méthode contraceptive pour les femmes qui ne veulent plus d'enfants.

CHAPITRE IV

FOURNISSEURS DE SERVICES PARMI LES UTILISATRICES ACTUELLES

L'enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives a fourni des données relatives à la disponibilité des services de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba. En général, les résultats de l'enquête montrent que, quoique la plupart des femmes mariées à Jendouba paraissent bien informées sur les endroits où les services de planning familial peuvent être obtenus, une minorité importante (17%) ne savent pas où se diriger pour obtenir une méthode quelconque de planning familial. Il est important de noter par ailleurs que l'enquête a démontré que plus des deux cinquièmes des femmes (44%) qui connaissent au moins un fournisseur de services avaient signalé qu'il était difficile d'accéder aux endroits où elles devaient se rendre pour obtenir les services de planning familial. Un exposée plus complet des données sur la disponibilité qui ont découlé de l'enquête à Jendouba paraît dans ce chapitre et le suivant. Un examen de ces données permettra de faire une évaluation de l'impact éventuel de la connaissance et de l'accessibilité des services sur l'utilisation du planning familial.

A. APERCU SUR L'INFRASTRUCTURE DES SERVICES

1. Infrastructure de base

Avant d'examiner ces résultats de l'enquête, il serait utile de reprendre brièvement l'infrastructure du système assurant la prestation des services publics de planning familial comme détaillée dans la Partie II. Dans le gouvernorat de Jendouba, les services de planning familial sont fournis surtout dans les milieux hospitaliers à l'Hôpital Régional et au Centre Régional d'Education de Planning Familial (CREPF) dans la ville de Jendouba, aux hôpitaux auxiliaires

Previous Page Blank

dans quatre des six délégations et aux centres PMI dans cinq des six délégations. En plus, l'équipe mobile de planning familial visite régulièrement les dispensaires se trouvant dans chaque délégation (Graphiques I.4 et II.1). Malgré ces activités de vulgarisation, les femmes habitant dans les centres urbains, en particulier dans la ville de Jendouba, ont un accès plus facile aux services du planning familial que celles du milieu rural dans le gouvernorat. La disponibilité des services varie également d'une délégation à l'autre avec Fernana, qui ne dispose ni d'un hôpital auxiliaire ni d'un centre PMI, étant la région la moins bien desservie.

1. Expérience PFPC

Durant la période de deux ans qui a précédé l'enquête à Jendouba, la structure fondamentale pour la prestation de services dans trois des six délégations du gouvernorat (Fernana, Jendouba et Ain Draham) a été supplémentée par les activités du projet spécial Planning Familial par le Couple (PFPC).[1] En plus de ce complément, l'infrastructure existante du planning familial par des visites intensives à domicile, le projet PFPC a été également conçu dans le but de tester la possibilité de plusieurs nouveaux systèmes de réapprovisionnement pour les femmes employant la pilule, les condoms ou les méthodes vaginales. Tout d'abord, ces méthodes ont été mises à la disposition des femmes dans chacune des trois délégations et pouvaient être obtenues des infirmiers hygiénistes et des agents de santé. Ce personnel du Ministère de la Santé visitait régulièrement les points de rassemblement désignés dans chaque délégation afin de fournir des services sanitaires de base à la population pour qui les hôpitaux ou dispensaires étaient difficilement accessibles. En ajoutant le réapprovisionnement en moyens contraceptifs aux responsabilités de ce personnel sanitaire itinérant, le projet a su élargir considérablement les possibilités d'efforts de vulgarisation efficaces qui jusqu'alors avaient été limités à l'équipe mobile du programme de planning familial. Ces agents avaient orienté les acceptantes du DIU et de la ligature de trompes vers les services concernées et ils avaient arrangé, autant que possible le transport des candidates de ces deux méthodes aux centres les plus proches.

Dans deux des délégations touchées par le projet, la possibilité d'employer des personnes qui ne faisaient pas partie de l'infrastructure sanitaire ou de planning familial en tant qu'agents de réapprovisionnement a été essayée également; à Jendouba, plusieurs animatrices sociales ont été chargées de cette tâche alors qu'à Ain Draham quelques omdas (chefs de secteur) ont pourvu les

---

[1] Les activités ainsi que les résultats du projet PFPC sont exposées plus en détail dans la Partie II de ce rapport.

femmes en approvisionnement de contraceptifs L'emploi de ce personnel a encore permis d'augmenter les possibilités du programme de distribution du planning familial.

Le Tableau III.31 résume l'infrastructure des services de planning familial au moment de l'enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives à Jendouba dans chacune des six délégations du gouvernorat. Les données recueillies par l'enquête fournissent des détails sur la connaissance et l'usage des points de prestation de services et permettent d'examiner l'accessibilité à cette infrastructure de planning familial selon la population consommatrice, à savoir les femmes mariées en âge de procréer utilisant les services de planning familial.

B. APERCU SUR LES DES FOURNISSEURS DE SERVICES UTILISES PAR LES CONTRACEPTRICES ACTUELLES

On a demandé aux femmes qui avaient signalé qu'elles employaient des méthodes efficaces de planning familial de préciser l'endroit où (normalement) elles les obtenaient. On leur a demandé également le temps nécessaire pour se rendre chez le fournisseur, si oui ou non elles y allaient à pied ou bien employaient un moyen de transport et s'elles considéraient ce trajet facile ou difficile à parcourir. Leurs réponses donnent des renseignements sur la manière dont les utilisatrices étaient approvisionnées dans le gouvernorat de Jendouba, ainsi que sur l'accessibilité physique à ces fournisseurs telle qu'elles l'ont éprouvée. Les données l'EPC relatives à la disponibilité des services du planning familial seront exposées d'abord pour toutes les utilisatrices et puis séparément pour les femmes employan. des méthodes à approvisionnement ou bien chirurgicales.

1. L'accessibilité aux fournisseurs de services parmi toutes les utilisatrices actuelles

a. Type de fournisseurs de services

Les utilisatrices de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba comptaient principalement sur les fournisseurs des services publics. Comme le montre la Tableau III.32, presque 95% des utilisatrices obtenaient leurs méthodes à un centre du Ministère de la Santé ou du CREPF ou bien de l'équipe mobile du programme de planning familial. Le Tableau III.32 montre également qu'il n'y a que relativement peu de différence entre les zones urbaines et rurales dans la mesure où l'on compte sur les sources publiques pour les services du planning familial.

Il y a, cependant, quelques différences entre les utilisatrices urbaines et rurales en ce qui concerne le type spécifique de fournisseur où les services de planning familial étaient obtenus. Par exemple,

Tableau III.31

Infrastructure des services de prestation du planning familial chacune des délégations dans le gouvernorat de Jendouba

Infrastucture des services de prestation du planning familial	Délégation					
	PFPC			Pas de PFPC		
	Jendouba	Fernana	Ain Draham	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
Infrastructure du Ministère de la Santé Publique						
Hôpital régional	X					
Hôpitaux auxiliaires			X	X	X	X
Centres de PMI	X		X	X	X	X
Dispensaires	X	X	X	X	X	X
Infirmiers Hygiénistes/agents de santé[a]	X	X	X			
Infrastructure de l'ONPFP						
CREPF	X					
Equipe mobile	X	X	X	X	X	X
Autres agentes publics d'approvisionnement						
Omdas[a]			X			
Animatrices sociales[a]	X					

[a]Agents de réapprovisionnement introduits dans le cadre du projet PFPC.

Tableau III.32

Distribution des utilistrices des méthodes efficaces selon l'endroit où les services de planning familial ont été obtenues et le milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Type du fournisseur de service	Total (N=581)	Urbain (N=140)	Rural (N=441)
	%	%	%
Sources du secteur public	95	93	95
Hôpital	65	54	68
CREPF/Centres de PMI	19	36	13
Dispensaires/équipe mobile	10	2	12
Autres[a]	2	1	2
Sources du secteur privé[b]	4	6	3
Autres/ne sait pas	1	-[c]	2

[a]Y compris les infirmiers hygiénistes, les agents de santé, les animatrices sociales, les animatrices du PFPC et les omdas.

[b]Y compris les pharmacies et les médicins privés.

[c]Moins que 0.5%.

Note: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

quoique la majeure partie des utilisatrices urbaines et rurales aient cité les hôpitaux régionaux ou auxiliaires comme endroits où elles obtenaient des services, un pourcentage un peu plus élevé des utilisatrices rurales (68%) qu'urbaines (54%) dépendaient des hôpitaux. En considérant la manière dont on pouvait compter sur les sources en dehors des hôpitaux, il est évident que les utilisatrices urbaines obtenaient plus souvent les services des centres CREPF et PMI (36%) que les utilisatrices rurales (13%). La proximité de ces centres, qui se trouvent dans les zones urbaines, explique cette tendance. De même, le rôle relativement plus important que jouent les dispensaires et l'équipe mobile de planning familial en milieu rural correspond au fait que ces fournisseurs ont pour tâche précise de fournir des services de planning familial dans les zones rurales du gouvernorat.

Le Tableau III.33 examine les différences entre les fournisseurs de services dans les six délégation du gouvernorat. Le pourcentage d'utilisatrices se servant des hôpitaux a été le plus faible à Jendouba (40%), la délégation qui, d'après le Tableau III.31, avait le plus de fournisseurs de services, et le plus élevé à Fernana (84%), la délégation la moins bien desservie. Il est à noter que les utilisatrices à Fernana qui se servaient de l'hôpital pour de tels services devaient à aller à l'hôpital auxiliaire dans une délégation voisine ou à l'hôpital régional dans la ville de Jendouba pour obtenir ces services.

b. Accessibilité aux fournisseurs des services

Le temps requis pour se rendre chez les fournisseurs de services et le mode de transport utilisé pour y aller sont des indices de l'accessibilité des services de planning familial. Le Tableau III.34 montre clairement que les utilisatrices au moment de l'enquête, en général, ont dû mettre un temps considérable pour arriver à l'endroit où elles obtenaient leurs services. Vingt-six pour cent seulement des utilisatrices actuelles ont fait savoir qu'elles étaient à 30minutes de leurs fournisseurs de services. Le temps médian signalé pour arriver à une source était de 54 minutes. Les temps pour ces trajets sont particulièrement longs si l'on considère que la majeure partie (57%) des utilisatrices ont déclaré qu'elles avaient employé un moyen de transport plutôt que d'aller à peid pour se rendre aux endroits où elles obtenaient les services.

Il est évident que ce temps médian relativement long est en corrélation avec le fait que les hôpitaux régionaux ou auxiliaires où la plupart des utilisatrices actuelles dans le gouvernorat de Jendouba obtenaient leurs méthodes se situent dans des zones urbaines alors que la population du gouvernorat est surtout rurale avec des ménages habitant dans les zones montagneuses et isolées. Le Tableau III.34 démontre clairement que les services de planning familial sont considérablement plus accessibles dans les zones urbaines que celles

Tableau III.33

Distribution des utilistrices des méthodes efficaces selon l'endroit où les services de planning familial ont été obtenus et la délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Type du fournisseur de service	Délégation							
	PFPC				Pas de PFPC			
	Total (N=252)	Jendouba (N=157)	Fernana (N=43)	Ain Draham (N=52)	Total (N=329)	Bou Salem (N=153)	Ghardimaou (N=101)	Tabarka (N=70)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Sources du secteur public	95	92	98	98	96	98	95	90
Hôpital	54	40	84	69	73	77	67	71
CREPF/Centres de PMI	30	42	9	10	11	11	13	7
Dispensaires/équipe mobile	8	8	2	12	11	10	14	10
Autres[a]	3	2	2	8	1	–[c]	1	1
Sources du secteur privé[b]	5	6	2	2	4	2	3	7
Autres/ne sait pas	1	2	–[c]	–[c]	1	–[c]	2	3

[a]Y compris les infirmiers hygiénistes, les agents de santé, les animatrices sociales, les animatrices du PFPC et les omdas.

[b]Y compris les pharmacies et les médicins privés.

[c]Moins que 0.5%.

Note: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

Tableau III.34

Distribution des utilistrices des méthodes efficaces au moment de l'enquete selon le temps mis et le moyen du transport pour se rendre a l'endroit où les services de planning familial étaient obtenues et selon milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateurs d'accessibilité	Total (N=581)	Urbain (N=149)	Rural (N=441)
	%	%	%
Temps mis pour se rendre			
Moins que 30 minutes	26	68	13
30-59 minutes	29	20	31
60 minutes ou plus	39	9	48
Visitée a la maison	2	2	3
Pas d'information	4	1	4
Médiane (en minutes)[a]	54	18	>60
Moyen du transport			
A pied	39	71	30
Le transport commun/privé	44	21	51
Le véhicule du PF	13	7	15
Visitée a la maison	2	-[b]	3
Pas d'information	1	1	1

[a]Médiane calculée seulement pour les interviewées ayant donné des renseignements sur le temps mis.

[b]Moins que 0.5%.

rurales. Le temps de déplacement médian pour les utilisatrices urbaines a été de moins de 20 minutes alors que celui signalé par les utilisatrices rurales a été de plus d'une heure. La plupart des utilisatrices rurales employaient un moyen de transport pour arriver à leurs sources (51%) ou y avaient été conduites par le véhicule PF (15%). Par opposition, 71% des utilisatrices urbaines étaient en mesure de marcher à l'endroit même où elles avaient obtenu leur méthode.

Le Tableau III.35 présente les temps de déplacement différents et les modes de transport par délégation. Ce n'est que dans la délégation de Jendouba, qui a le plus grand nombre de centres de planning familial, que le temps de déplacement médian signalé par les utilisatrices a été inférieur à 30 minutes. Les temps de déplacement médians pour les utilisatrices dans les autres délégations étaient en fait généralement le double de celui pour la délégation de Jendouba. La délégation de Jendouba a été également la seule dans laquelle la plupart (69%) des utilisatrices se rendaient chez leurs fournisseurs de services à pied.

Il est intéressant de noter que les véhicules du programme de planning familial servaient de moyen de transport pour une minorité importante des utilisatrices actuelles dans les délégations montagneuses et isolées géographiquement. Le Tableau III.35 montre que le pourcentage devant dépendre du véhicule PF pour le transport a été le plus élevé dans les délégations comprises dans le projet PFPC. Vingt et un pour cent des utilisatrices à Fernana et 25% des utilisatrices à Ain Draham avaient été transportées chez leurs fournisseurs de services dans les véhicules du programme. Le transport assuré par le véhicule du PF a été également important à Ghardimaou (19%) et à Tabarka (14%) qui comme Fernana et Ain Draham ont un réseau routier moins bien développé qu'à Bou Salem et à Jendouba.

Les utilisatrices ont donné leur propre évaluation sur l'accessibilité aux fournisseurs de services dans leurs réponses à la question demandant s'il était facile ou non de se rendre à l'endroit où elles obtenaient leur méthode. Comme le Tableau III.36 le montre, presque la moitié (43%) des utilisatrices estimaient qu'il était difficile d'aller jusqu'à leurs sources. Ce tableau montre également que les utilisatrices rurales trouvaient qu'il était de loin plus difficile que leurs soeurs urbaines de se rendre aux fournisseurs et ce dans une proportion de six fois plus. Le pourcentage des utilisatrices déclarant qu'il était difficile de se rendre à l'endroit où elles obtenaient leur méthode variait également d'une délégation à l'autre s'échelonnant entre 31% seulement parmi les utilisatrices dans la délégation de Jendouba à plus de 60% à Tabarka.

Tableau III.35

Distribution des utilistrices des méthodes efficaces au moment de l'enquête selon le temps mis et le moyen du transport pour se rendre à l'endroit où les services de planning familial étaient obtenus et selon la délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateurs d'accessibilité	Délégation							
	PFPC				Pas de PFPC			
	Total (N=252)	Jendouba (N=157)	Fernana (N=43)	Ain Draham (N=52)	Total (N=329	Bou Salem (N=158)	Ghardimaou (N=101)	Tabarka (N=70)
	%	%	%	%	%	%	%	%
Temps mis pour se rendre								
Moins que 30 minutes	36	51	7	15	19	24	17	11
30-59 minutes	27	24	51	13	30	31	34	23
60 minutes ou plus	31	22	35	56	45	43	38	59
Visitée à la maison	3	1	2	10	3	1	1	3
Pas d'information	3	2	5	6	1	1	11	4
Médiane (en minutes)[a]	49	28	56	60	60	56	56	60
Moyen du transport								
A pied	54	69	26	31	29	34	26	21
Le transport commun/privé	30	22	51	35	56	56	52	59
Le véhicule du PF	13	6	21	25	13	9	19	14
Visitée a la maison	3	1	2	10	2	1	2	3
Pas d'information	1	1	-[b]	-[b]	1	1	1	1

[a]Médiane calculée seulement pour les interviewées ayant donné des renseignements sur le temps mis.

[b]Moins que 0.5%.

Tableau III.36

Pourcentage des utilisatrices des méthodes efficases considérant difficile de se rendre à l'endroit où les services de planning familial ont été obtenus par milieu de résidence et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

	%
TOTAL	43
Milieu de résidence	
Urbain	9
Rural	54
Délégation	
PFPC	37
Jendouba	31
Fernana	51
Ain Draham	44
Pas de PFPC	48
Bou Salem	45
Ghardimaou	46
Tabarka	60

C. ACCESSIBILITE AUX FOURNISSEURS DE SERVICES PARMI LES UTILISATRICES DES METHODES A APPROVISIONNEMENT

1. Type de fournisseurs de services

Les utilisatrices de la pilule, des condoms, ou des méthodes vaginales doivent toutes se réapprovisionner périodiquement; on suppose donc que l'accessibilité aux fournisseurs de services constitue un facteur bien plus important à l'égard de l'utilisation de ces méthodes que ce n'est le cas avec les méthodes chirurgicales (le DIU et la ligature des trompes). Le Tableau III.37 explicite la répartition des femmes employant les méthodes à approvisionnement au moment de l'enquête de prédominance des méthodes contraceptives suivant l'endroit où elles se procuraient leur méthode et la résidence urbaine-rurale. Plus de 80% obtenaient leur méthode de sources dans le secteur public. La minorité de ces utilisatrices se servant de sources privées (16%) se procuraient généralement leurs méthodes à une pharmacie.

a. Variation urbaine-rurale

En comparant les Tableaux III.37 and III.32 (qui avait présenté la répartition de toutes les utilisatrices suivant la source de leur méthode), il est évident que le fait que les utilisatrices dépendent tellement de l'hôpital reflète en partie la préférence qu'elles avaient pour les méthodes chirurgicales, en particulier les ligatures des trompes qui se font généralement à l'hôpital régional dans la ville de Jendouba. Le Tableau III.37 montre que les centres CREPF et PMI étaient les principaux fournisseurs de service pour les utilisatrices de méthodes à approvisionnement, particulièrement dans les zones urbaines. Le fait que ces centres et les hôpitaux, qui se trouvent tous dans des zones urbaines, réapprovisionnent presque la moitié de toutes les utilisatrices de pilules et de méthodes secondaires dans les zones rurales indique que les utilisatrices rurales n'avaient qu'un accès relativement limité aux points de réapprovisionnement.

b. Délégation

Les différences principales par délégation en ce qui concerne le type de fournisseurs de services utilisés par les utilisatrices de méthodes à approvisionnement étaient celles entre Jendouba (où il y avait proportionnellement plus de résidentes urbaines parmi les utilisatrices de ces méthodes) et ceux des cinq autres délégations. Comme le montre le Tableau III.37, les utilisatrices de la pilule et des méthodes secondaires dans la délégation de Jendouba ont été réapprovisionnées principalement par les centres CREPF ou PMI (62%). Dans les autres délégations les

Tableau III.37

Distribution des utilisatrices des méthodes à approvisionnement selon l'endroit où les services de planning familial ont été obtenus et selon le milieu de résidence et la délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Type du fournisseur de service	Total (N=129)	Milieu		Délégation	
		Urbain (N=43)	Rural (N=86)	Jendouba (N=56)	Autres (N=73)
	%	%	%	%	%
Sources du secteur public	82	81	81	80	81
Hôpital	19	16	20	2	32
CREPF/Centres PMI	39	63	27	62	20
Dispensaires/équipe mobile	19	2	27	14	22
Autres[a]	5	-[c]	7	2	7
Sources du secteur privé[b]	16	19	15	14	18
Autres/ne sait pas	3	-[c]	5	5	1

[a]Y compris les infirmiers hygiénistes, les agents de santé, les animatrices sociales, les animatrices du PFPC et les omdas.

[b]Y compris les pharmacies et les médicins privés.

[c]Moins que 0.5%.

Note: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas necessairement égal à 100.

utilisatrices des méthodes à approvisionnement obtenaient plus souvent leurs méthodes aux hôpitaux (32%), aux dispensaires ruraux ou des équipes mobiles de planning familial (22%) que des centres CREPF ou PMI (20%). Le nombre relativement restreint d'utilisatrices de méthodes à approvisionnement dans ces délégations qui avaient cité d'autres sources dans le secteur public étaient des délégations de Fernana ou de Ain Draham où le projet PFPC avait été mis en oeuvre. La deuxième visite à domicile s'était terminé quelques semaines seulement avant que l'enquête de prédominance des méthodes contraceptives ait été lancée dans cette dernière délégation.

2. Accessibilité aux fournisseurs de méthodes à approvisionnement

Le Tableau III.38 démontre qu'il y a des différences nettes entre les utilisatrices des méthodes à approvisionnement dans les zones urbaines et rurales en ce qui concerne leur opinion de l'accessibilité à leurs sources. Le temps de déplacement médian signalé pour aller jusqu'à la source pour les utilisatrices rurales (52 minutes) était, par exemple, plus de quatre fois celui pour les utilisatrices urbaines (12 minutes); en outre, 10% seulement des utilisatrices rurales de méthodes à approvisionnement habitaient à 15 minutes de leurs sources alors que 63% des utilisatrices urbaines de méthodes à approvisionnement ont fait savoir qu'il leur fallait seulement 15 minutes pour se rendre à leurs sources d'approvisionnement. Les utilisatrices rurales considéraient beaucoup plus souvent aussi qu'il était difficile d'aller jusqu'à l'endroit où elles se fournissaient (49%) que les utilisatrices urbaines (5%). Le Tableau III.38 montre également que bien qu'il y ait eu des différences quant à l'accessibilité des sources pour les utilisatrices de méthodes à approvisionnement entre Jendouba et les cinq autres délégations, les différences les plus marquées -- et celles ayant le plus grand impact éventuel sur l'utilisation -- se trouvent entre les résidentes urbaines et rurales.

Dans le gouvernorat de Jendouba, les utilisatrices rurales de méthodes à approvisionnement doivent consacrer un temps considérable pour se procurer leurs méthodes et presque la moitié d'entre elles considèrent qu'il est difficile de se rendre à l'endroit où elles obtiennent leur approvisionnement. L'impact que les problèmes de la disponibilité des méthodes à approvisionnement a eu sur l'utilisation n'est pas clair. Il est évident que les femmes urbaines (34%) utilisaient plus la pilule que les femmes rurales (14%). Des informations relatives à la disponibilité des méthodes à approvisionnement, surtout la pilule, suivant l'opinion des non-utilisatrices seront examinées plus tard afin d'explorer l'incidence que la disponibilité des méthodes à approvisionnement risquent d'avoir sur l'utilisation de celles-ci, surtout dans les zones rurales du gouvernorat de Jendouba.

Tableau III.38

Indicateurs d'accessibilité pour les utilisatrices des méthodes à approvisionnement par milieu de résidence et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateurs d'accessibilité	Total	Milieu		Délégation	
		Urbain	Rural	Jendouba	Autres
Temps mis pour se rendre					
% égal à 15 minutes ou moin de la source	29	63	10	35	25
Médiane (en minutes)[a]	28	12	52	26	30
Moyen du transport					
% des femmes se rendant à pied	74	98	63	84	67
Accessibilité perçue					
% considérant difficile de se rendre à la source	34	5	49	34	34

[a]Médiane calculée a partir des interviewées ayant donné des informations sur le temps mis pour se rendre à la source.

E. ACCESSIBILITE AUX FOURNISSEURS DE SERVICES DESSERVANT LES UTILISATRICES DE METHODES CHIRURGICALES

1. Type de fournisseur de services

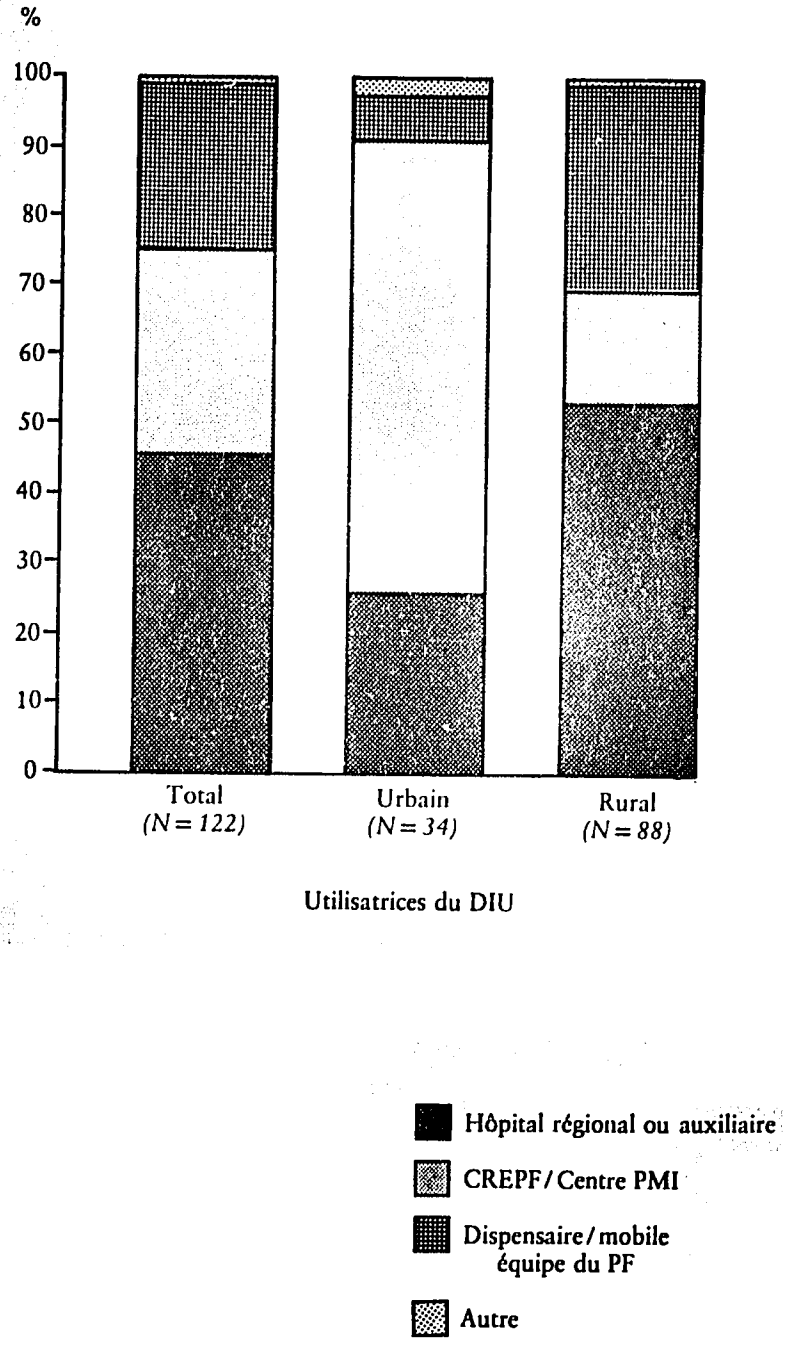
Dans le gouvernorat de Jendouba, les ligatures des trompes sont faites principalement dans un milieu hospitalier. La quasi-totalité des femmes dans le gouvernorat de Jendouba qui avaient été stérilisées étaient opérées à l'hôpital régional qui constitue le fournisseur principal de services de stérilisation dans le gouvernorat. Les femmes pouvaient aussi se faire stériliser dans des centres de santé dans le gouvernorat de Beja et Le Kef.

Comme c'est le cas avec les ligatures des trompes, les insertions de DIU semblent avoir été faites surtout dans un milieu hospitalier; 46% de toutes les utilisatrices de DIU ont cité un hôpital comme source. Les utilisatrices de DIU ont cité un hôpital comme source. Les utilisatrices de DIU dans les zones rurales (53%), cependant, étaient plus aptes que celles dans les zones urbaines (27%) à nommer l'hôpital comme source (Graphique III.9). L'équipe mobile de planning familial a également joué un rôle important en tant que source pour les services de DIU dans les zones rurales; 30% de toutes les utilisatrices de DIU ont cité comme source l'équipe mobile et/ou les dispensaires où les sages-femmes, membres des équipes mobiles, posent les DIU régulièrement. La majeure partie des utilisatrices du DIU dans les zones urbaines (65%), particulièrement celles dans la ville de Jendouba, ont cité comme source les centres CREPF ou PMI. Les différences par délégation en ce qui concerne les fournisseurs de services cités par les utilisatrices de DIU reflètent clairement la présence du CREPF dans la ville de Jendouba (Graphique III.10). La plupart des utilisatrices de DIU (65%) dans la délégation de Jendouba ont cité le CREPF comme source alors que les utilisatrices de DIU dans les autres délégations étaient plus aptes à obtenir leurs méthodes à l'hôpital (55%) ou de l'équipe mobile de planning familial (29%).

2. Evaluation de l'accessibilité aux fournisseurs de méthodes chirurgicales

Comme c'était le cas avec les méthodes à approvisionnement, les fournisseurs de services pour les ligatures des trompes et les DIU semblent être plus facilement accessibles aux femmes dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Le Tableau III.39 montre, par exemple, que le temps de déplacement médian signalé pour aller à une source a été de 11 minutes seulement parmi les utilisatrices de DIU dans les zones urbaines par rapport à plus de 60 minutes dans les zones rurales. Les utilisatrices rurales de DIU (49%) ont aussi déclaré plus souvent qu'il était difficile de se rendre à l'endroit où elles obtenaient leurs méthodes que les utilisatrices urbaines (16%).

GRAPHIQUE III.9
Utilisatrices du DIU par l'endroit où la méthode a été faite et par milieu dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



GRAPHIQUE III.10
Utilisatrices du DIU par l'endroit où la méthode a été faite et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

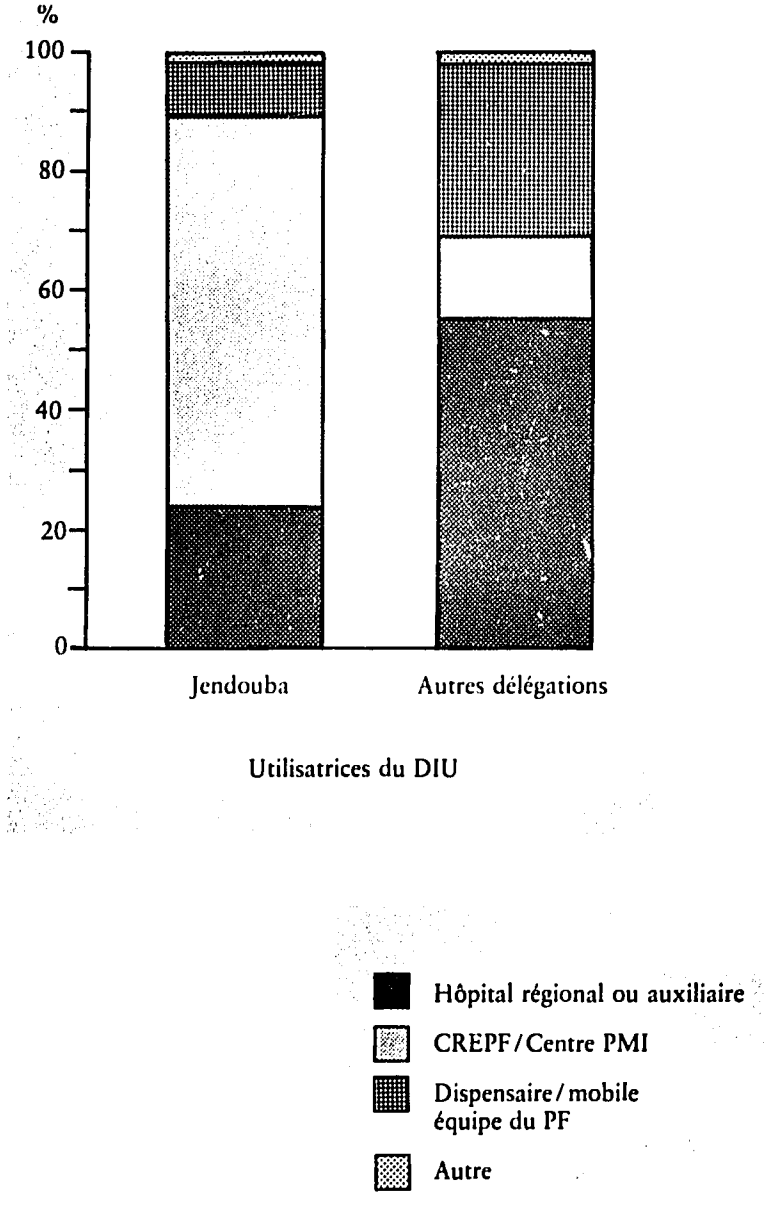


Tableau III.39

Indicateurs d'accessibilité pour les utilisatrices du DIU par milieu de résidence et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateurs d'accessibilité	Total	Milieu		Délégation	
		Urbain	Rural	Jendouba	Autres
Temps mis pour se rendre					
% égal à 60 minutes ou moins de la source	72	100	63	87	65
Médiane (en minutes)[a]	40	12	53	25	46
Moyen du transport					
% des femmes se rendant à pied	69	94	59	81	64
Accessibilité perçue					
% considérant difficile de se rendre à la source	36	3	49	27	40

[a]Médiane calculée à partir des interviewées ayant donné des informations sur le temps mis pour se rendre à la source.

Parmi les utilisatrices de la stérilisation (Tableau III.40), le temps médian qu'il fallait mettre pour aller jusqu'à la source était plus long pour les utilisatrices rurales (60 minutes) que pour les urbaines (44 minutes). Il est à noter que le temps de déplacement médian nettement plus élevé signalé par les femmes qui avaient été stérilisées que par celles qui utilisaient un DIU (12 minutes) reflète le fait que les ligatures de trompes ne se font qu'à l'hôpital régional dans la ville de Jendouba. Ainsi, les femmes vivant dans d'autres zones urbaines aussi bien que celles des zones rurales du gouvernorat doivent se déplacer pour la ligature des trompes. Les insertions de DIU se font, en revanche, à l'hôpital auxiliaire et dans les centres de PMI dans les communes de chaque délégation, à l'exception de Fernana, aussi bien qu'à l'hôpital régional et au centre CREPF à Jendouba.

Comme l'on s'y attendait, les ligatures des trompes et les DIU étaient plus disponibles parmi les femmes habitant à Jendouba que dans les cinq autres délégations (Tableau III.38 et III.39). Par exemple, parmi les femmes dans la délégation de Jendouba qui avaient été stérilisées, le temps médian qu'il fallait mettre pour arriver à sa source a été de 40 minutes environ et 30 pour cent des femmes interrogées considéraient qu'il était difficile d'aller jusqu'à leur source; par contre, le temps de déplacement médian signalé par les utilisatrices de stérilisation dans les autres délégations a été de plus de 60 minutes et 55 pour cent des femmes interrogées considéraient qu'il était difficile d'y accéder. Le temps médian de déplacement pour arriver à leur source parmi les utilisatrices de DIU dans la délégation de Jendouba a été également moins long que celui nécessaire pour les utilisatrices de DIU dans les autres délégations et ces utilisatrices pensaient plus souvent qu'il était facile d'accéder à leur source (Tableau III.39).

Tableau III.40

Indicateurs d'accessibilité pour les femmes ligaturées par milieu de résidence et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateurs d'accessibilité	Total	Milieu		Délégation	
		Urbain	Rural	Jendouba	Autres
Temps mis pour se rendre					
% égal à 60 minutes ou moins de la source	47	80	39	77	40
Médiane (en minutes)[a]	60	44	60	39	60
Moyen du transport					
% des femmes se rendant à pied	14	40	9	48	7
Accessibilité perçue					
% considérant difficile de se rendre à la source	50	16	58	30	55

[a]Médiane calculée à partir des interviewées ayant donné des informations sur le temps mis pour se rendre à la source.

CHAPITRE V

PERCEPTION DE LA DISPONIBILITE DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL PAR LES NON-UTILISATRICES

Comme il a été mentionné précédemment, l'accès aux services de planning familial varie considérablement dans le gouvernorat de Jendouba avec les principaux centres -- les hôpitaux régionaux et auxiliaires, le centre régional de planning familial (CREPF) et les centres de protection maternelle et infantile (PMI) -- concentrés dans les zones urbaines. La majeure partie des utilisatrices rurales aussi bien que celles du milieu urbain comptent sur ces établissements et pour l'approvisionnement et pour les méthodes cliniques. Des activités plus décentralisées (menées principalement aux dispensaires et par les équipes mobiles de planning familial) n'ont desservi, par exemple, qu'un tiers environ des utilisatrices actuelles de contraceptifs oraux. Les utilisatrices elles-mêmes semblent être quelque peu insatisfaites du fait qu'elles n'ont pas accès aux services de planning familial comme elles le souhaiteraient et une minorité notable de toutes les utilisatrices au moment de l'enquête (43%) qu'il était difficile de se rendre à l'endroit où se procurer leur méthode.

Dans ce chapitre notre attention se porte vers les non-utilisatrices. Les questions principales à examiner comprennent celles de savoir si les femmes qui n'employaient pas la contraception avaient connaissance d'un endroit où elles pourraient se procurer des méthodes de planning familial et si elles considéraient les centres étaient d'accès facile ou non. Enfin, le rapport entre la perception de l'accessibilité aux de services et l'utilisation du planning familial est examiné également dans ce chapitre.

Previous Page Blank

A. CONNAISSANCE DES FOURNISSEURS DE SERVICES PARMI LES NON-UTILISATRICES

On a demandé aux femmes qui ne pratiquaient pas le planning familial au moment de l'EPC si elles connaissaient un endroit où elles pourraient obtenir une méthode efficace. En général, les non-utilisatrices ont pu en citer au moins une où elles pourraient obtenir des méthodes de planning familial; cependant, une minorité importante (21%) de toutes les non-utilisatrices qui avaient connaissance au moins d'une méthode efficace était incapable de citer un endroit où se procurer une méthode quelconque.

1. Différences par méthode

Dans le Chapitre III, il a été démontré que les femmes dans le gouvernorat de Jendouba étaient plus au courant de la stérilisation féminine, de la pilule et du DIU que des autres méthodes de planning familial. Le Tableau III.41 montre que les non-utilisatrices connaissaient plus souvent une source de ces premières méthodes; 67% de toutes les non-utilisatrices savaient où elles pourraient se faire une ligature des trompes, 63% connaissaient une source de la pilule, et 57% connaissaient un endroit où obtenir la pose du DIU. En ce qui concerne les autres méthodes, la connaissance d'une source s'échelonnait entre 6% seulement pour le cas de la stérilisation masculine et 46% pour le cas de l'avortement.

2. Différences selon le milieu et la délégation

Le Tableau III.42 indique que la probabilité qu'une femme ne saurait pas où se procurer une méthode de planning familial était plus élevée parmi les non-utilisatrices rurales que les urbaines. En règle générale, 73% seulement des non-utilisatrices rurales connaissaient au moins un fournisseur de services de planning familial par rapport aux 85% des non-utilisatrices urbaines. Cette tendance en ce qui concerne les différences urbaines-rurales est toujours semblable quelle que soit la méthode (Graphique III.11).

Le pourcentage de non-utilisatrices connaissant une source de service de planning familial variait également d'une délégation à l'autre, s'échelonnant entre un minimum de 68% Ghardimaou et un maximum de 84% à Jendouba (Tableau III.41). Le rapport entre la délégation de résidence de la non-utilisatrice et la probabilité qu'elle connaîtrait un fournisseur de service pour une méthode particulière a été présenté graphiquement au Graphique III.12. Ce chiffre indique que, pour chaque méthode, les non-utilisatrices dans la délégations de Jendouba étaient mieux informées que celles des autres délégations quant à l'endroit où se procurer la méthode. Il est également intéressant de noter que, quoique la différence soit faible, Jendouba est la seule délégation où le pourcentage de non-utilisatrices connaissant un

Tableau III.41

Pourcentage des non utilisatrices connaissant un fournisseur de service par méthode, milieu de résidence et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

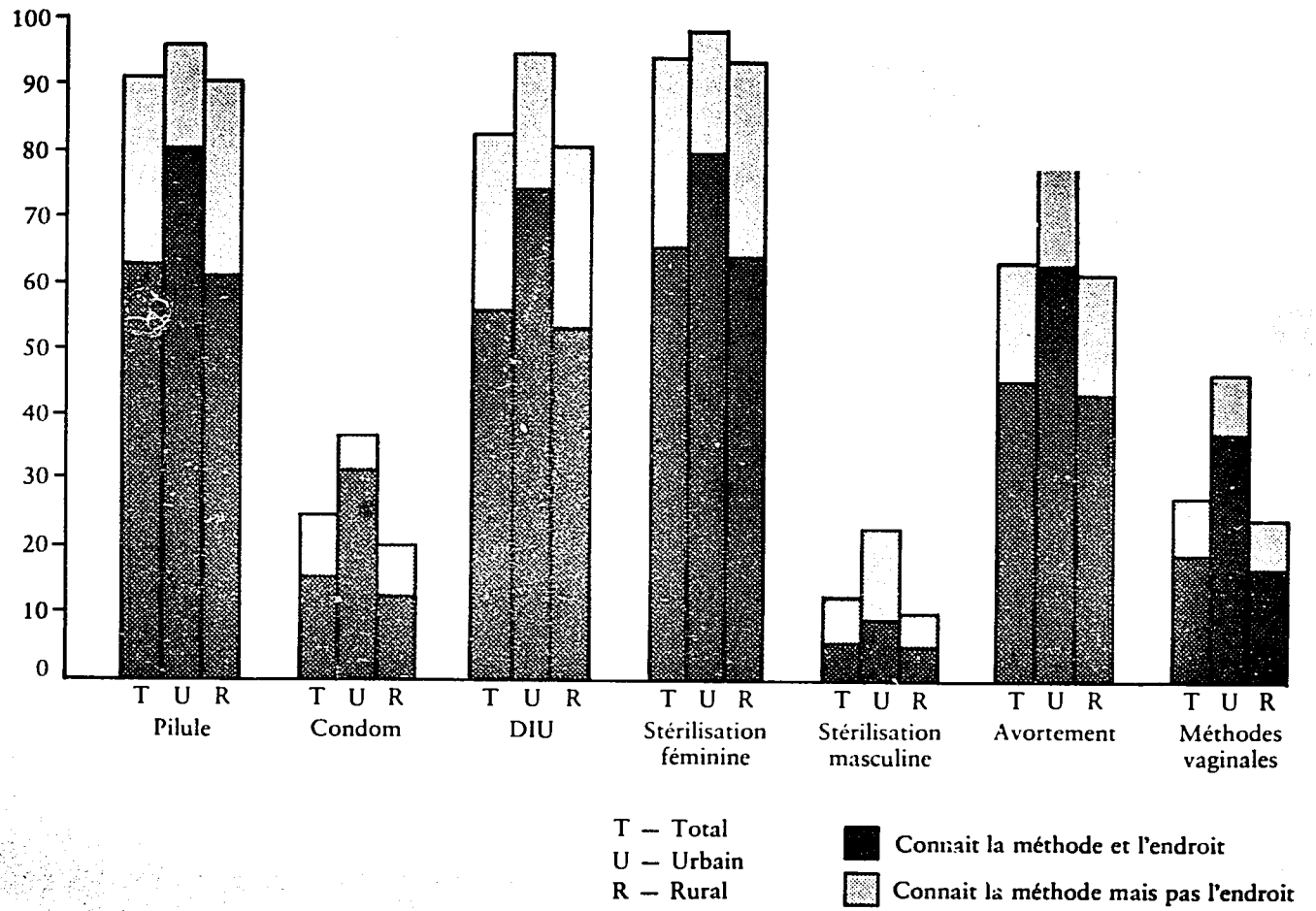
Milieu de résidence et délégation	Connait une source pour une méthode efficace	Connait une source						
		Pilule	Condom	DIU	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Avortement	Méthods vaginales
	%	%	%	%	%	%	%	%
TOTAL	75	63	16	57	67	6	46	20
Milieu de résidence								
Urbain	85	81	31	75	80	10	64	40
Rural	73	60	13	54	65	5	43	17
Délégations du PFPC								
Jendouba	84	77	28	67	70	8	57	29
Fernana	73	60	9	53	66	2	39	13
Ain Draham	72	60	11	44	63	3	33	13
Délégations en dehors du PFPC								
Bou Salem	76	63	14	62	70	8	48	24
Gharidmaou	68	56	13	52	60	5	45	19
Tabarka	75	59	9	50	67	3	39	8

Tableau III.42

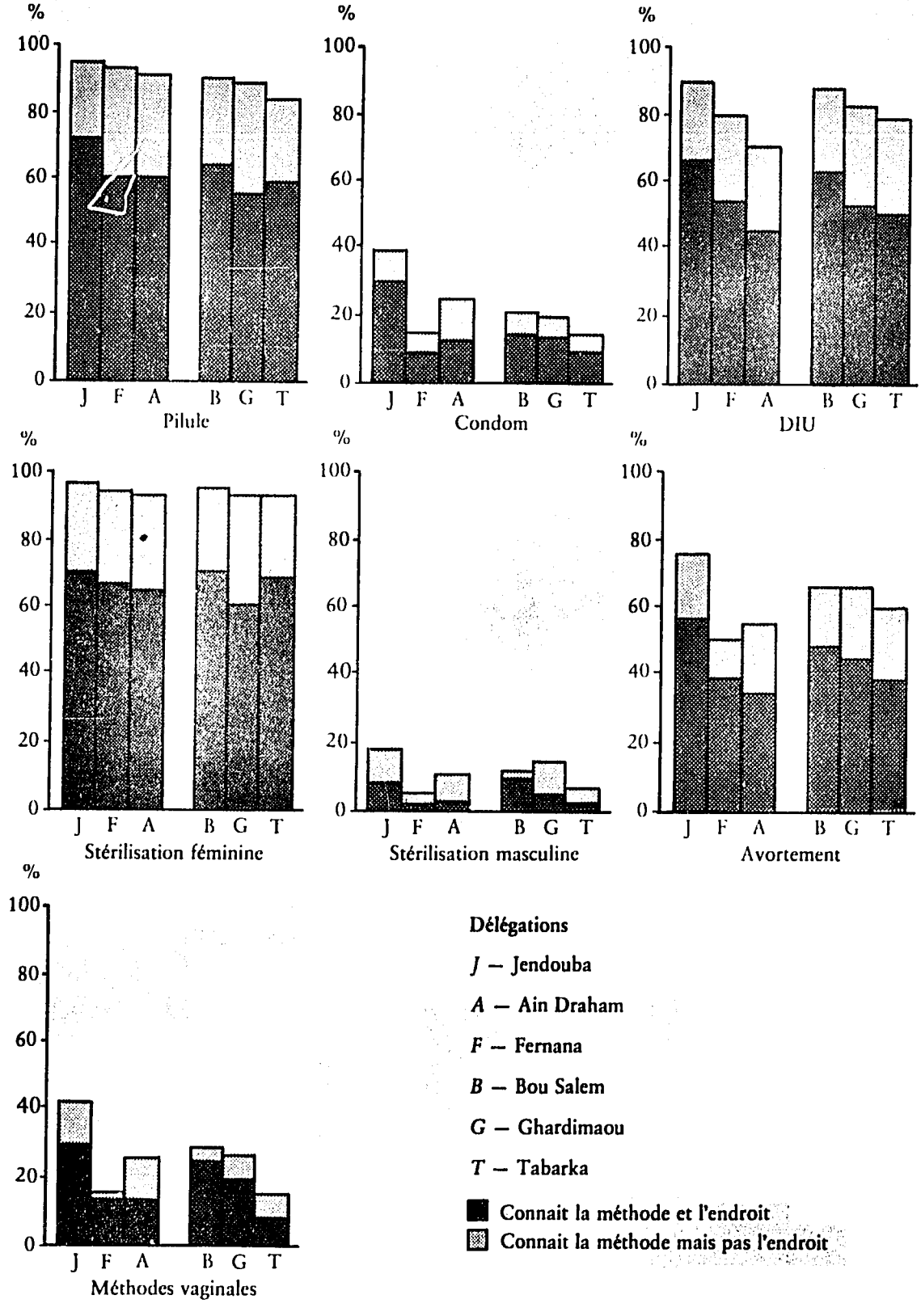
Distribution des non utilisatrices ayant l'intention d'utiliser une méthode efficace de planning familial dans l'avenir qui ne connaissaient pas un endroit où obtenir la méthode qu'elles voudraient adopter par méthode, par milieu de résidence et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Milieu et délégation	Méthode			
	Aucune méthode	Pilule	DIU	Stérilisation féminine
Total				
Nombre ayant l'intention d'utiliser	706	294	124	263
% ne connaissant pas une source	18	33	21	23
Urbain				
Nombre ayant l'intention l'utiliser	96	40	20	33
% ne connaissant pas une source	8	17	15	15
Rural				
Nombre ayant l'intention l'utiliser	610	254	104	230
% ne connaissant pas une source	20	40	22	24
Délégations du PFPC				
Nombre ayant l'intention l'utiliser	282	137	51	82
% ne connaissant pas une source	16	33	20	21
Délégations en dehors du PFPC				
Nombre ayant l'intention l'utiliser	424	157	73	181
% ne connaissant pas une source	19	34	21	24

GRAPHIQUE III.11
Connaissance d'un moyen contraceptif et d'un service offrant le planning familial parmi les non utilisatrices par méthode et par milieu dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



GRAPHIQUE III.12
Connaissance d'un moyen contraceptif et d'un service offrant le planning familial parmi les non utilisatrices par méthode et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



endroit où se procurer la pilule (77%) était supérieur au pourcentage connaissant un endroit pour la stérilisation féminine (70%).

3. Intention d'utiliser une méthode dans l'avenir et connaissance d'un endroit pour les services du PF

En fin de compte, l'observation la plus significative à l'égard des informations présentées dans le Tableau III.41 et les Graphiques III.11 et III.12 est qu'en général, entre un quart et un tiers de toutes les non-utilisatrices connaissant une méthode précise de planning familial ont été incapables de nommer un endroit où elles pourraient obtenir cette méthode. Il est difficile d'évaluer l'influence que ce manque de connaissances a eu sur l'utilisation. On pourrait supposer que les femmes qui ne s'intéressent pas à l'heure actuelle à la pratique du planning familial ne sont pas motivées à trouver un fournisseur de services de planning familial et, donc, seraient dans l'incapacité de citer le nom d'endroits où se procurer des contraceptifs. Les données de l'EPC montrent que les non-utilisatrices qui avaient exprimé l'intention de se servir du planning familial l'avenir étaient plus en mesure que les autres non-utilisatrices de nommer au moins un fournisseur de service; 82% des femmes qui avaient l'intention d'adopter le planning familial dans l'avenir connaissaient un endroit où elles pourraient se procurer une méthode par rapport aux 66% seulement des non-utilisatrices qui n'avaient pas l'intention d'utiliser le planning familial (Tableau III.42).

Il semble donc que la motivation est en rapport avec la connaissance d'une source. Néanmoins, il demeure significatif que presqu'un cinquième des femmes qui s'intéressaient éventuellement au planning familial ne savaient pas au moment de l'enquête où s'addresser. En outre, il est à noter que la connaissance d'une source variait considérablement parmi ces non-utilisatrices motivées; son niveau était plus élevé dans les zones urbaines (92%) que dans les zones rurales (80%). Le Tableau III.42 examine également le question de savoir si oui ou non la délégation est fortement en rapport avec la connaissance d'une source. Il montre que parmi les non-utilisatrices ayant exprimé l'intention d'employer le planning familial dans l'avenir le pourcentage ne sachant pas où s'addresser était presque le même dans les trois délégations où le projet PFPC avait été mis en oeuvre (16%) que dans les autre délégations (18%).

Peut-être que la rapport le plus intéressant présenté au Tableau III.42 porte sur la manière dont la connaissance d'une source variait suivant la méthode qu'une femme allait adopter dans l'avenir. Les non-utilisatrices qui allaient employer un DIU ou se faire stériliser étaient vraisemblement plus capables de nommer une source que n'était le cas de celles qui allaient adopter la pilule. Un tiers de ces dernières ne savaient pas où obtenir des

contraceptifs oraux; en revanche, un cinquième environ des femmes prétendant intéressées par le DIU ou la ligature des trompes étaient dans l'incapacité de savior où s'adresser. A cet égard, il est à noter que la variation urbaine-rurale en ce qui concerne la connaissance d'un fournisseur des services du planning familial évidente parmiles non-utilisatrices ayant l'intention d'employer les contraceptifs oraux que parmi celles intéressées par le DIU ou la stérilisation féminine. La disponibilité limitée de la pilule dans les zones rurales se reflète dans le fait que 40% des non-utilisatrices rurales qui avaient l'intention d'adopter la pilule étaient dans l'incapacité de savoir où la trouver.

B. PERCEPTION DE LA DISPONIBILITE EN GENERAL DES FOURNISSEURS DES SERVICES PAR LES NON-UTILISATRICES

Afin d'évaluer plus en profondeur la fa çon dont les non-utilisatrices percevaient la disponibilité des services de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba, les femmes qui n'employaient pas le planning familial mais qui étaient capables d'identifier des fournisseurs de services ont étépriées de répondre aux questions concernant: (1) le temps nécessaire pour se rendre chez les fournisseurs de services qu'elles avaient cités; (2) le type de transport qu'elles emploieraient; et (3) leur avis quant à la facilité ou la difficulté de se rendre chez un fournisseur particulier. Les résultats de l'EPC donnent à penser qu'en règle générale les non-utilisatrices répondent que les fournisseurs de services de planning familial ne sont pas d'un accès facile dans le gouvernorat de Jendouba. Comme le montre le Tableau III.43, 23% seulement de toutes les non-utilisatrices ayant connaissance d'un fournisseur de services de planning familial ont indiqué qu'elles pourraient être pourvues de moyens contraceptifs à domicile ou qu'elles se trouvaient à 15 minutes d'un centre où elles pourraient obtenir une méthode de planning familial. Les problèmes de l'accès deviennent d'autant plus évidents quand on considère que deux cinquièmes des non-utilisatrices ayant connaissance d'une source de services de planning familial ont prétendu être à plus de 60 minutes de n'importe quel fournisseur de services désigné par elles.

Le Tableau III.43 montre également que 50% seulement des non-utilisatrices iraient à pied chez n'importe quel des fournisseurs de services dont elles avaient connaissance. Finalement, il est à noter que les non-utilisatrices elles-mêmes, dans bien des cas, considéraient qu'il était difficile de parvenir jusqu'aux fournisseurs de service cités; la moitié de toutes les non-utilisatrices ayant connaissance d'au moins un fournisseur de services ont signalé qu'elles pensaient qu'il était difficile de se rendre à un endroit quelconque où elles pourraient obtenir les services du planning familial.

Tableau III.43

Indicateurs d'accessibilité pour les non utilisatrices connaissant un endroit où les services de planning familial sont disponibles par milieu de résidence et par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateur d'accessibilité	TOTAL	Milieu		Délégation					
		Urbain	Rural	Jendouba	Fernana	Ain Draham	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
	(N=922)	(N=152)	(N=1212)	(N=214)	(N=96)	(N=94)	(N=243)	(N=163)	(N=112)
Temps mis pour se rendre									
% égal à 15 minutes ou moins de la source	23	68	14	26	17	23	24	25	13
Moyen du transport									
% des femmes se rendant à pied	52	96	43	77	31	50	44	52	42
Accessibilité perçue									
% considérant difficile de se rendre à la source	51	4	60	47	65	64	49	40	57

Encore, dans le cas de ces indices, il y a eu des différences entre les zones rurales et les zones urbaines et d'une délégation à l'autre. Comme on l'a déjà remarqué pour le cas des utilisatrices, les non-utilisatrices dans les zones urbaines trouvaient les fournisseurs de services plus accessibles que celles du rural Le Tableau III.43 indique que les non-utilisatrices dans les zones rurales avaient, par exemple, n'étaient guère en mesure de se trouver à moins de 15 minutes d'une source quelconque où elles pensaient se procurer les services du planning familial, il est apparent que leur besoin d'un moyen de transport était plus grand que celui des utilisatrices urbaines. D'ailleurs, ces non-utilisatrices considéraient l'accès aux fournisseurs de services comme étant difficile; trois cinquième des utilisatrices rurales ont indiqué qu'il serait difficile de parvenir chez un fournisseur de service quelconque nommé par elles alors que 4% seulement des non-utilisatrices urbaines tombaient dans cette catégorie.

Si l'on considère les variations par délégation, il est clair que les non-utilisatrices à Jendouba, à Bou Salem et à Ghardimaou trouvaient plus plus difficile de se rendre chez un fournisseur de services qu'elles emploieraient. Néanmoins, même dans ces délégations, un quart seulement des non-utilisatrices étaient à 15 minutes d'un endroit où elles pourraient se procurer les services du planning familial. En outre, ce n'était qu'à Jendouba qu'une proportion sensiblement supérieure à la moitié des non-utilisatrices ont indiqué qu'elles iraient à pied chez un prestateur de service.

C. EVALUATION DE L'INCIDENCE DE L'ACCESSIBILITE AUX FOURNISSEURS DE SERVICES SUR L'UTILISATION

En considérant les rensei relatives à la disponibilité, recueillis dans le cadre de l'EPC, il est important d'explorer les différences entre les utilisatrices et les non-utilisatrices en ce qui concerne l'accessibilité aux fournisseurs de services et de considérer l'incidence constatée pourrait avoir sur l'utilisation. Du fait que l'infrastructure des services de distribution varie et par méthode et par milieu dans le gouvernorat de Jendouba, ces variables seront contrôlées dans la comparaison de la perception parmi les utilisatrices et les non-utilisatrices de la disponibilité des services de planning familial. L'analyse se limitera, en outre, à la pilule, au DIU et à la stérilisation féminine, les trois méthodes aux qu'elles la très grande majorité des utilisatrices dans le gouvernorat ont fait confiance.

1. Perception de la disponibilité de la pilule

a. Type de fournisseur des services

Le Tableau III.44 présente la répartition des non-utilisatrices connaissant un endroit où elles pourraient se procurer la pilule suivant le type de fournisseur de services qu'elles ont cité. Comme il fallait s'y attendre, la plupart de ces femmes obtiendraient la pilule de sources dans le secteur public, principalement des hôpitaux (33%) ou des centres CREPF et PMI (27%). Vu qu'ils sont localisés dans les zones urbaines, ces derniers centres étaient cités beaucoup plus fréquemment par les femmes dumilieu urbain (47%) que par celles du milieu rural (22%).

La Graphique III.13 montre que les différences principales entre cette répartition et celle des utilisatrices de la pilule par leurs fournisseurs de services actuels consistent du fait que les non-utilisatrices avaient tendance plus souvent que les utilisatrices à dire qu'elles iraient à l'hôpital pour se procurer des contraceptifs oraux. En revanche, les femmes utilisant la pilule au moment de l'enquête à s'approvisionnaient vraisemblement plus souvent dans les centres CREPF et PMI. Cette légère différence s'explique du fait que 40% environ de toutes les femmes utilisant la pilule venaient de la délégation de Jendouba, où se trouve le centre CREPF.

Il est également intéressant de noter que, dans les zones rurales, presque un dixième de toutes les non-utilisatrices sachant où se procurer pilule ont signalé qu'elles se procureraient cette méthode des agents sanitaires itinérants ou d'autres distributeurs sur place. Un pourcentage à peu près semblable des utilisatrices de la pilule était réapprovisionné par ces agents. La plupart des non-utilisatrices citant ces agents comme fournisseur où elles obtiendraient des contraceptifs oraux, vivaient, comme les utilisatrices, dans les délégations de Fernana et de Ain Draham où l'on a tenté la possiblité d'utiliser ce personnel en qualité d'agents d'approvisionnement dans le cadre du projet de distribution à domicile PFPC comme déjà décrit dans ce rapport.

Toujours est-il que l'observation la plus significative découlant de la Graphique III.13 est que dans les zones rurales les femmes ont généralement l'impression de dépendre des fournisseurs urbains pour les contraceptifs oraux. Plus de la moitié de toutes les non-utilisatrices rurales citant un endroit où elles iraient pour se procurer la pilule ont dit qu'elles se fourniraient dans les hôpitaux ou dans les centres CREPF et PMI en milieu urbain. Quoique les utilisatrices dans les zones rurales citaient un peu plus souvent les dispensaire ou les équipes mobiles de planning familial comme fournisseurs de service, presque la moitié des femmes rurales employant la pilule au moment de l'EPC comptaient sur les hôpitaux ou les centres CREPF et PMI. L'idée que les non-utilisatrices rurales se faisaient de leur

Tableau III.44

Distribution en pourcentage des non utilisatrices connaissant un endroit où la pilule est disponible selon le type de fournisseur de service de planning familial et le milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Type du fournisseur de service	Total (N=779)	Urbain (N=146)	Rural (N=633)
	%	%	%
Sources du secteur public	85	81	86
Hôpital	33	27	34
CREPF/centres de PMI	27	47	22
Dispensaires/équipe mobile	18	7	21
Autres[a]	7	-[c]	8
Sources du secteur privé[b]	15	18	14
Autres/ne sait pas	-[c]	1	-[c]

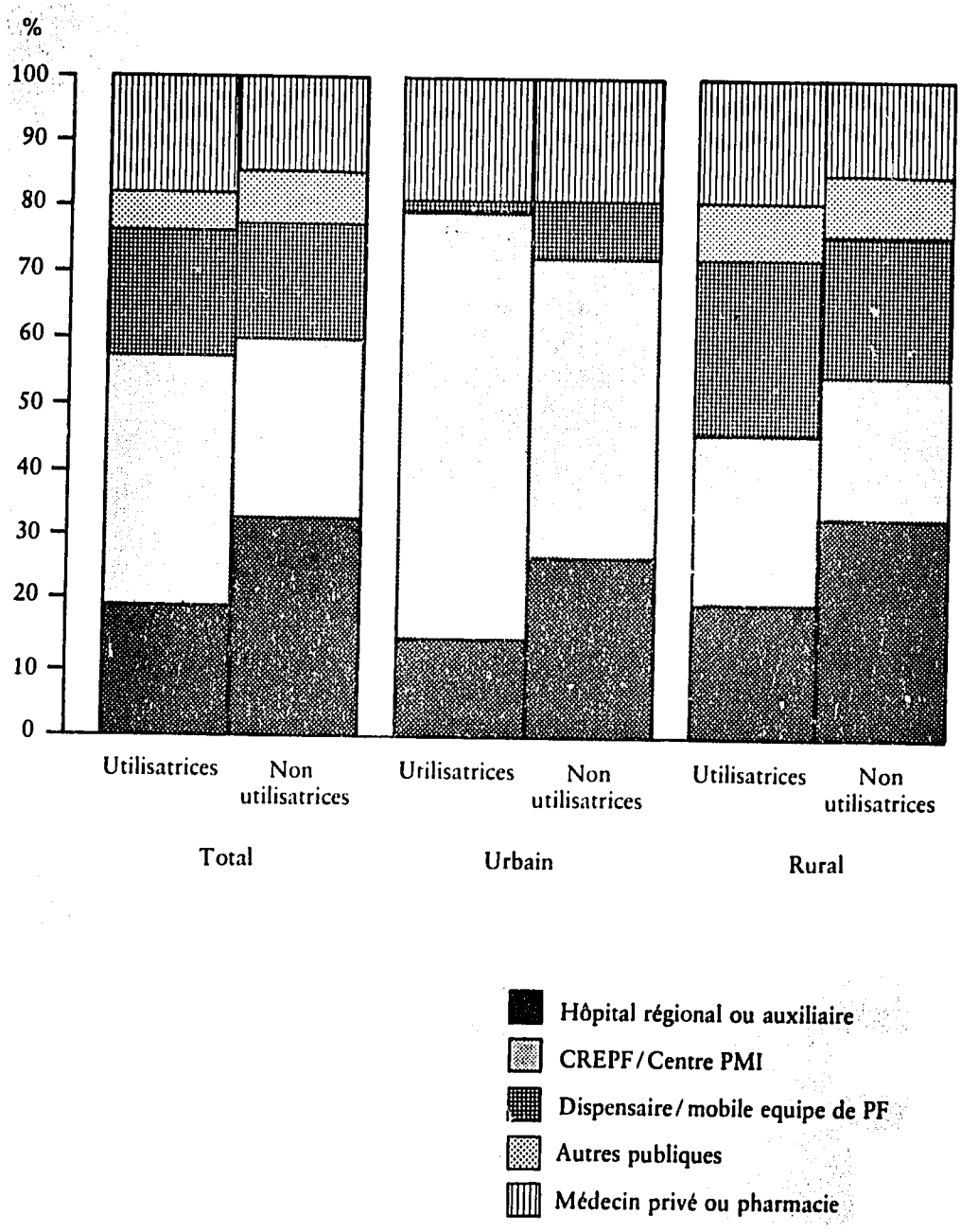
[a]Y compris les infirmiers hygiénistes, les agents de santé, les animatrices sociales, les animatrices de PFPC et les omdas.

[b]Y compris les pharmacies et les médicins privés.

[c]Moins que 0,5%.

Note: Les pourcentages sont arrondis; leur total n'est pas nécessairement égal à 100.

GRAPHIQUE III.13
Comparaison entre les endroits que les non utilisatrices pensent offrir la pilule et ceux offrant effectivement la pilule aux utilisatrices par milieu dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



dépendance des fournisseurs urbains correspond assez exactement, donc, à l'infrastructure déjà existante pour la distribution de la pilule.

b. Indices d'accessibilité

Une comparaison des indices d'accessibilité dans le Tableau III.45 montre qu'une fois la résidence urbaine-rurale contrôlée, il n'y avait que quelques variations relativement minimes entre les utilisatrices et les non-utilisatrices quant au temps qu'elles pensaient mettre pour aller chez les fournisseurs où ces femmes s'approvisionnaient en pilules. Les non-utilisatrices en milieu rural (55%) considéraient un peu plus souvent que les utilisatrices au moment de l'enquête de la pilule (48%) qu'il serait difficile d'obtenir des services duplanning familial et indiquaient moins souvent qu'elles pourraient aller à pied à à un fournisseur (62% contre 48%).

Les différences pour ce qui est de l'utilisation de la pilule dans les zones urbaines et rurales ne paraissent donc pas fortement liées aux différences considérables entre les utilisatrices et les non-utilisatrices quant à leurs vues sur la disponibilité de cette méthode. Cependant, cela ne veut pas dire que l'accès relativement plus difficile aux fournisseurs de services dans les zones rurales ne constitue pas un facteur majeur dans la limitation de l'utilisation de la pilule parmi les femmes rurales. Etant donné les difficultés rencontrées dans les zones rurales dans l'obtention de la pilule. Il est probable que seules les femmes rurales les plus motivées adoptent et continuent à employer cette méthode.

2. Perception de la disponibilité du DIU

a. Type de fournisseur des services

Le Tableau III.46 présente la répartition des non-utilisatrices ayant connaissance d'un endroit où elles pourraient se procurer un DIU suivant le type de fournisseurs cité par elles. Comme prévu, la plupart des femmes obtiendraient un DIU d'une source dans le secteur public, principalement des hôpitaux (60%) et des centres CREPF et PMI (26%). Les non-utilisatrices urbaines citaient beaucoup plus souvent ces derniers fournisseurs (45%) que les non-utilisatrices rurales (22%). Une grande partie de cette différence est du au fait que les centres CREPF et PMI se trouvent dans les zones urbaines. A nouveau, en réponse aux facteurs d'importants d'emplacement, les dispensaires et les équipes mobiles de planning familial étaient cités plus souvent par les non-utilisatrices rurales que par les non-utilisatrices urbaines comme endroits où elles obtiendraient les services du planning familial.

Tableau III.45

Comparaison entre les indicateurs d'accessibilité des sources de la pilule pour les utilisatrices de cette méthode et pour les non utilisatrices connaissant un endroit où la pilule est disponible selon le milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateurs d'accessibilité	Total		Urbain		Rural	
	Utilisatrices (N=120)	Non utilisatrices (N=779)	Utilisatrices (N=38)	Non utilisatrices (N=146)	Utilisatrices (N=82)	Non utilisatrices (N=633)
Temps mis pour se rendre						
% égal à 15 minutes ou moins de la source	30	21	68	65	11	9
Médiane (en minutes)[a]	28	46	11	11	52	55
Moyen du transport						
% des femmes se rendant à pied	74	57	100	95	62	48
Accessibilité perçue						
% considérant difficile de se rendre à la source	34	44	8	4	48	55

[a]Médiane calculée à partir des interviewées ayant donné des informations sur le temps mis pour se rendre à la source.

Tableau III.46

Distribution en pourcentage des non utilisatrices connaissant un endroit où le DIU est disponible selon le type du fournisseur de service de planning familial et le milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Type du fournisseur de service	Total (N=703)	Urbain (N=134)	Rural (N=569)
	%	%	%
Sources du secteur public			
Hôpital	60	51	62
CREPF/centres de PMI	26	45	22
Dispensaires/équipe mobile	11	2	13
Autres	-	-	-
Sources du secteur privé [a]	2	5	2
Autres/ne sait pas	1	-	1

[a] Y compris les médecins privés.

Le Graphique III.14 montre la structure de fournisseurs de services tels qu'ils ont été perçus par les non-utilisatrices en tant que source du DIU avec la répartition des utilisatrices suivant les endroits où elles obtenaient effectivement cette méthode. La comparaison montre que dans les zones urbaines une proportion relativement plus élevée parmi des non-utilisatrices iraient dans les hôpitaux pour la pose du DIU que parmi les utilisatrices du DIU dont la majeure partie avait recouru aux centres de CREPF ou de PMI. De fa çon semblable, le pourcentage des non-utilisatrices citant les dispensaires ou les équipes mobiles de planning familial comme source probable d'un DIU a été peu inférieur à celui des utilisatrices du DIU

L'observation la plus significative à l'égard du Graphique III.14 a trait à la dépendance des femmes rurales des fournisseurs urbains du DIU. Ce dernier a été aussi le cas concernant la pilule. Le fait que l'accessibilité à ces deux méthodes a été jugée relativement plus limitée en milieu rural comporte des implications évidentes pour ce qui est de leur adoption soit pour espacer soit pour limiter les naissances.

b. Indices d'accessibilité

Après contrôle pour la résidence urbaine-rurale, le Tableau III.47 montre qu'il n'y a que des variations relativement minimes entre les utilisatrices et les non-utilisatrices en ce qui concerne la perception de voir l'accessibilité aux fournisseurs où un DIU pourrait être obtenu. L'absence de variation important est attribué au fait que, on l'a déjà mentionné, les utilisatrices et non-utilisatrices avaient à peu près la même perception de la structure des fournisseurs de services. Les différences entre les non-utilisatrices et les utilisatrices dans le pourcentage des femmes faisant savoir qu'elles pourraient aller à pied jusqu'au centre cité par elles pour un DIU--ainsi que les différences dans le pourcentage de femmes considérant qu'il serait difficile d'aller jusqu'à un centre PF--donnent à penser quel'accessibilité aux fournisseurs dans le gouvernorat de Jendouba pourrait être un facteur influençant l'adoption d'un DIU. Le fait que approximativement la moitié des utilisatrices et des non-utilisatrices en milieu rural considèrent qu'il est difficile de se rendre à un centre où l'insertion du DIU est possible met en évidence que les femmes rurales sont insatisfaites de leur accès aux endroits où elles pourraient se procurer cette méthode. En constatant la corrélation entre cette insatisfaction et la concentration des centres de FP de base (hôpitaux et centres CREPF ou PMI) dans les zones urbaines, on peut déduire que l'infrastructure déjà existante, qui est dans les zones urbaines, constitue un facteur inhibant l'adoption du DIU et de la pilule parmi les femmes rurales.

GRAPHIQUE III.14
Comparaison entre les endroits que les non utilisatrices pensent offrir le DIU et ceux offrant effectivement le DIU aux utilisatrices par milieu dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

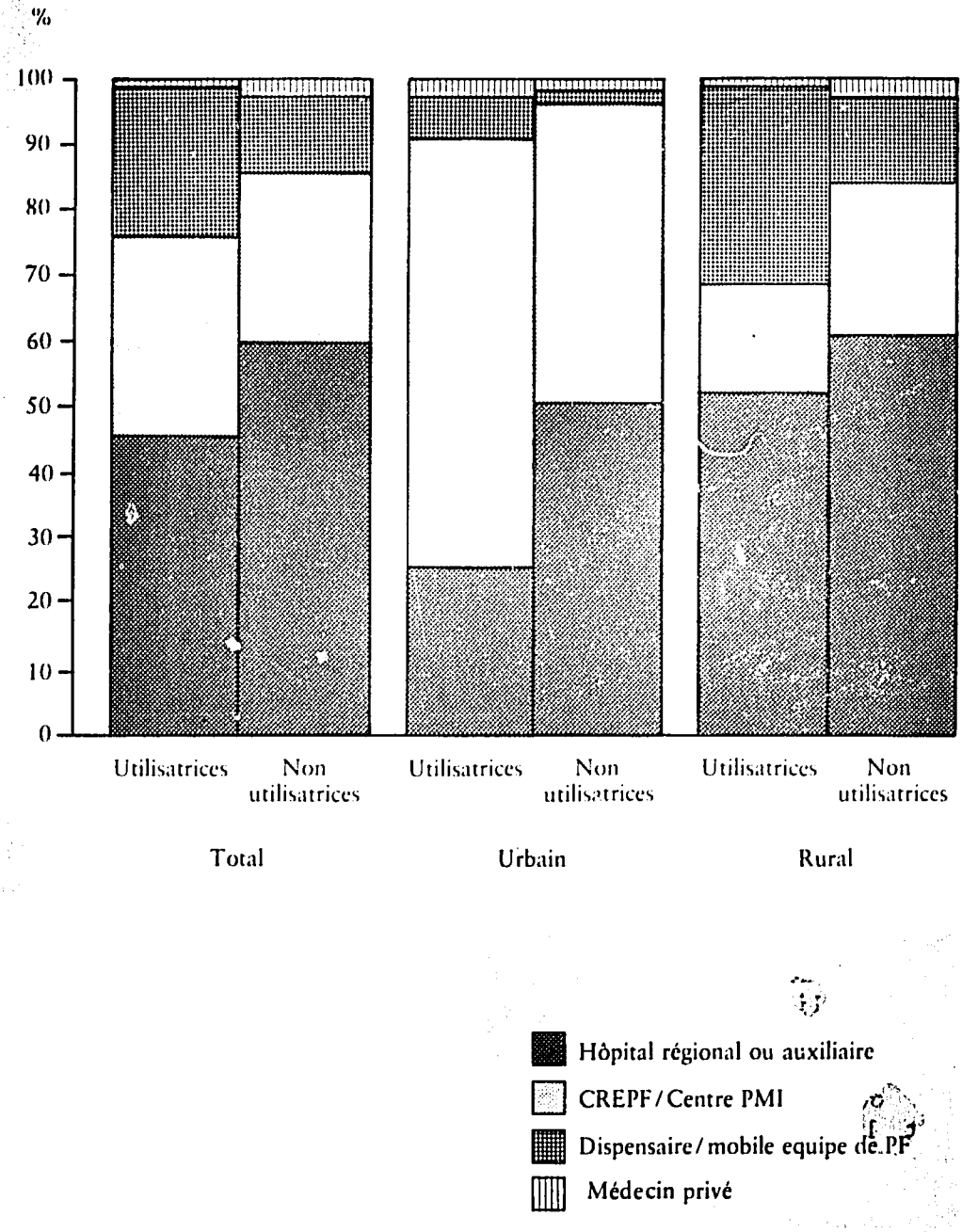


Tableau III.47

Comparison entre les indicateurs d'accessibilité des sources du DIU pour les utilisatrices de cette méthode et pour les non utilisatrices connaissant un endroit où le DIU est disponible selon le milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateurs d'accessibilité	Total		Urbain		Rural	
	Utilisatrices (N=122)	Non utilisatrices (N=703	Utilisatrices (N=34)	Non utilisatrices (N=134)	Utilisatrices (N=88)	Non utilisatrices (N=569)
Temps mis pour se rendre						
% égal à 60 minutes ou moins de la source	72	60	100	92	63	52
Médiane (en minutes)[a]	40	51	12	17	53	59
Moyen du transport						
% des femmes se rendant à pied	69	47	94	81	59	41
Accessibilité perçue						
% considérant difficile de se rendre à la source	34	47	3	10	49	56

[a]Médiane calculée à partir des interviewées ayant donné des informations sur le temps mis pour se rendre à la source.

3. Perception de la disponibilité de la stérilisation féminine

L'hôpital régional dans la ville de Jendouba constitue le centre principal pour la stérilisation féminine dans le gouvernorat quoique quelques candidates à la ligature des trompes puissent obtenir ces services dans les gouvernorats avoisinants de Béja et du Kef.

Comme on l'a remarqué avec la pilule et le DIU, il y a généralement une similitude prononcée entre utilisatrices et non-utilisatrices pour ce qui est des indices différents de l'accessiblité à la stérilisation féminine (Tableau III.48). La seule différence importante était le temps de déplacement médian à un endroit signalé dans les zones urbaines: tel qu'il a été aperçu par les non-utilisatrices, le temps median (27 minutes) a éte inférieur au temps signalé par les femmes qui avaient été stérilisées (44 minutes).

L'uniformité relative des différents indices d'accessiblité ne prouve pas que la disponibilité des services de stérilisation n'a point d'incidence sur le niveau d'utilisation de cette méthode dans le gouvernorat de Jendouba. Généralement, il est à supposer que la décision de se faire . les ligatures des trompes serait moins influencée par l'accessibilité à un centre de PF service du fait qu'une seule visite à ce centre suffirait. Dans le gouvernorat de Jendouba, l'accès relativement difficile à l'hôpital régional à Jendouba pour un grand nombre de femmes dans les zones rurales, cependant, aurait cependant vraisemblablement empêché certaines femmes désirant de limiter à les naissances de se faire stériliser. A cet égard, il est à noter que 22% de toutes les femmes qui ont été stérilisées avaient été transportées à l'hôpital par un véhicule du programme de planning familial, 7% seulement des non-utilisatrices avaient dit qu'elles compteraient sur un véhicule du programme pour le transport à l'hôpital. La sensibilisation de la population quant à la disponibilité de ce moyen transport pourrait s'avérer une fa çon permettant de faire augmenter le niveau d'acceptation de la ligature des trompes dans le gouvernorat.

D. CONCLUSION

Dans le gouvernorat de Jendouba, il apparaît que les non-utilisatrices ne se considèrent pas généralement comme étant plus éloignées des fournisseurs de services de planning familial et ne considèrent pas non plus qu'il est plus difficile d'obtenir la pilule, le DIU ou la ligature des trompes que les femmes actuellement employant ces méthodes au moment de l'enquête. A la lumière des informations exposées dans cette section ainsi que dans la section précédente, il est évident que l'accès aux services de planning familial est très limité pour les femmes habitant les

Tableau III.48

Comparaison entre les indicateurs d'accessibilité des sources de la stérilisation féminine pour les femmes ligaturées et pour les non utilisatrices connaissant un endroit où on peut obtenir une stérilisation selon le milieu de résidence dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Indicateur d'accessibilité	Total		Urbain		Rural	
	Utilisatrices (N=330)	Non utilisatrices (N=820)	Utilisatrices (N=64)	Non utilisatrices (N=147)	Utilisatrices (N=266)	Non utilisatrices (N=678)
Temps mis pour se rendre						
% égal à 60 minutes ou moins de la source	47	46	80	78	39	39
Médiane (en minutes)[a]	60	60	44	27	60	60
Moyen du transport						
% des femmes se rendant à pied	14	28	40	57	9	21
Accessibilité perçue						
% considérant difficile de se rendre à la source	50	50	16	13	58	58

[a]Médiane calculée à partir des interviewées ayant donné des informations sur le temps mis pour se rendre à la source.

zones rurales du gouvernorat. La majeure partie des femmes rurales, qu'elles soient utilisatrices ou non utilisatrices, considérent qu'il est difficile de se rendre chez les fournisseurs de services. Les problèmes associés à l'accès sont particulièrement déterminant à l'égard de l'utilisation de la pilule car la moitié des femmes dans les zones rurales connaissant un endroit où elles pourraient se procurer cette méthode se trouvaient à plus de 50 minutes des endroits cités. Vraisemblablement, l'accessibilité a eu quelque influence, cependant, même dans le cas des méthodes cliniques; le fait que les femmes rurales--dont un grand nombre habite dans des zones montagneuses et isolées--dépendent de services de santé ou de planning familial basés dans les zones urbaines a vraisemblablement empêché, dans une certaine mesure, les femmes d'utiliser un DIU ou de se faire ligaturer.

CHAPITRE VI

LE PLANNING FAMILIAL DES ANNEES QUATRE-VINGT DANS LE GOUVERNORAT DE JENDOUBA

Comme nous l'avons constaté dans la première partie du présent rapport, Jendouba s'est situé au premier plan parmi les 19 gouvernorats du point de vue de sa performance de planning familial dans les années 70, particulièrement vers le milieu de la décennie. Le présent chapitre se propose d'examiner de près les implications des résultats de l'enquête de prédominance contraceptive (EPC) concernant les activités de planning familial dans les années 80. On y estimera l'importance de la demande potentielle de services de planning familial dans le gouvernorat. L'attention sera également portée sur ce qui représentera probablement les tendances du niveau de prédominance à Jendouba au début des années 80 si les nouvelles acceptantes adhèrent au programme aux taux constatés vers la fin de la dernière décennie.

A. LA DEMANDE DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL

1. Désir d'avoir d'autres enfants et utilisation du planning familial à Jendouba

Comme nous l'avons expliqué au chapitre II de la présente section, la majorité des femmes actuellement mariées et âgées de 15 à 49 ans ont indiqué qu'elles ne désiraient pas (55%) ou qu'elles n'étaient pas sûres de vouloir d'autres enfants. Le graphique III.15 montre la relation étroite entre l'adoption actuelle du planning familial et le désir de limiter d'autres naissances; 46% des femmes qui ne désiraient plus d'enfants étaient contraceptrices, contre 13% des femmes qui se optaient pour d'autres enfants. La relation entre l'utilisation actuelle et le désir de ne plus avoir d'enfant suggère que la demande des services de planning familial a été, en grande partie, créée par les femmes dont la famille a atteint le nombre voulu et qui souhaitent limiter les naissances.

a. L'intérêt croissant pour l'espacement des naissances

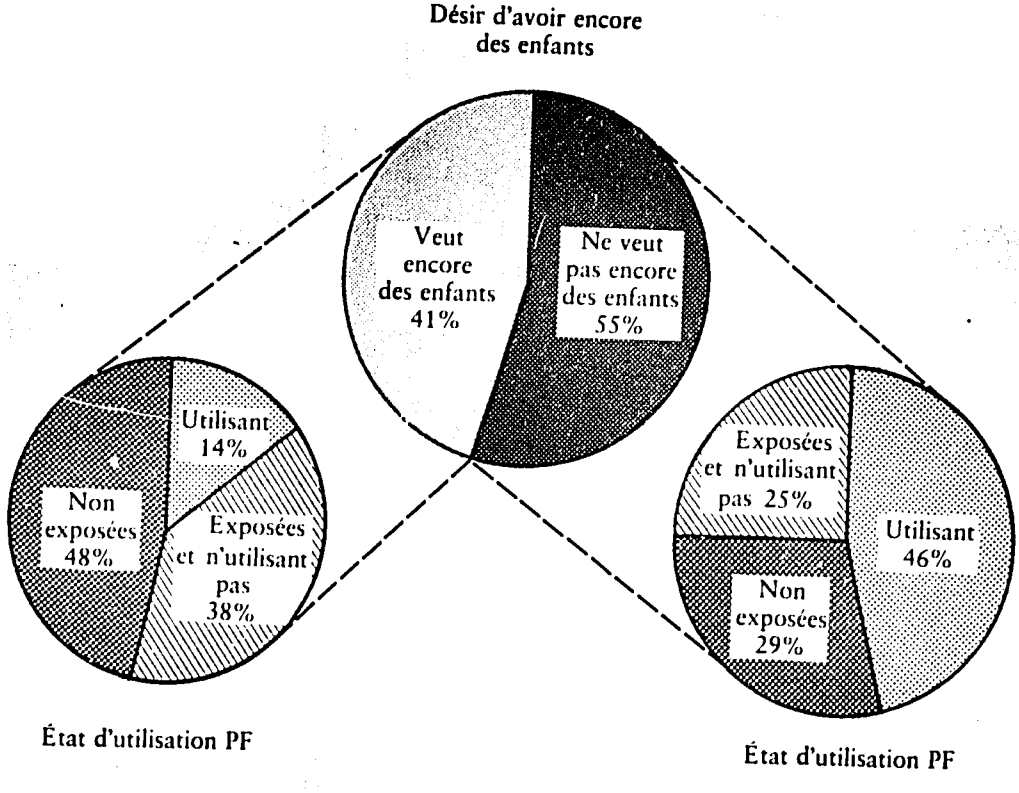
La strtucture du planning familial utilisé essentiellement pour limiter, plutôt que pour espacer les naissances, est propre à beaucoup de pays en développement. Les résultats de l'EPC indique qu'il existe une demande potentielle pour des services de planning familial visant à espacer les naissances: 43% des femmes qui n'étaient pas contraceptrices et qui désiraient d'autres enfants ont souhaité remettre la naissance de leur prochain enfant pour au moins deux ans. Quatre-vingt trois pour cent des acceptantes potentielles étaient prêtes à envisager le planning familial à l'avenir. Les préférences de méthodes des acceptantes potentielles étaient comme suit: pilule, 51%; DIU, 21%; stérilisation, 24%; et méthodes secondaires, 3%.

La forte concentration de contraceptrices actuelles à Jendouba--seulement 20% de toutes les contraceptrices désiraient d'autres enfants--est peut-être liée en partie au problème d'accès au méthodes appropriées telles que le DIU ou la pilule, pour espacer les naissances. Tel qu'expliqué au dernier chapitre, plus de deux cinquièmes des femmes actuellement mariées de l'échantillon de sondage obtenu à Jendouba n'étaient pas renseignées sur le DIU (16%) ou ne savaient pas où l'obtenir (27%). Une minorité importante de non-contraceptrices (37%) n'étaient pas renseignées non plus sur la pilule ou comment avoir accès à cette méthode. Presque la moitié des non-contraceptrices qui connaissaient l'endroit où obtenir la pilule (46%) ou le DIU (49%) avaient des difficultés à s'y rendre afin d'avoir accès à ces méthodes. Rendre la pilule et le DIU relativement plus accesibles au gouvernorat de Jendouba et orienter les activités de contraception vers la promotion de l'acceptation et de la prise de conscience de méthodes secondaires seraient des moyens importants d'encourager l'usage parmi les femmes du gouvernorat souhaitant déjà remettre à plus tard une naissance désirée. De surcroît, les avantages de santé maternelle et infantile liés à l'usage du planning familial pour espacer les naissances devraient être soulignés dans les programmes éducatifs portant sur le planning familial en vue d'élargir le nombre de femmes utilisant la contraception pour espacer les naissances, plutôt que de les limiter uniquement.

b. Eviter les grossesses non désirées

Le graphique III.15 démontre qu'une demande non satisfaite pour des services de planning familial continue d'exister dans le gouvernorat de Jendouba. Cinquante-quatre pour cent des femmes dont la famille avait apparemment atteint la taille désirée n'étaient pas contraceptrices au moment de l'EPC. Presque la moitié de ces femmes étaient exposées aux risques d'une grossesse. Les raisons majeures citées pour ne pas être contraceptrices par ce groupe exposé au risque étaient: crainte des effets secondaires (16%), opposition du

GRAPHIQUE III.15
Désir d'avoir encore des enfants et etat d'exposition au risque de grossesse parmi les femmes actuellement mariées âgées de 15 à 49 ans dans le gouvernorat de Jendouba en 1979



NOTE: Les femmes étaient considerées comme non exposées au risque de grossesse si elles étaient enceintes (N = 236), allaitantes (N = 338) ou si le mari n'était pas présent (N = 50).

mari (5%), ignorance d'accès aux resources du planning familial (10%) et la perception, valable ou non, qu'elles n'étaient pas fécondes (28%).

Il y avait des femmes qui s'intéressaient au planning familial et qui ne désiraient plus d'enfants, mais qui n'étaient pas contraceptrices au moment de l'EPC; 62% se déclaraient disposées à considérer l'adoption d'une méthode à l'avenir. Parmi les femmes de ce groupe qui indiquaient une méthode qu'elles accepteraient, la majorité préférait la stérilisation. Un peu plus du tiers (34%) s'est déclaré en faveur de la pilule, 14% avaient l'intention d'obtenir le DIU, et seuls 6% étaient intéressés par les méthodes secondaires.

Le défi fondamental du programme de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba demeure de traduire l'intérêt manifeste que portent les femmes dont les familles ont atteint le nombre désiré au planning familial en l'adoption et l'usage continu de méthodes contraceptives. La moitié des femmes de l'échantillon sondé par l'EPC qui ne désiraient plus avoir d'enfant mais qui n'étaient pas contraceptrices avaient déjà cinq enfants ou plus. Fournir des services à ces femmes ainsi qu'aux femmes ayant moins d'enfants mais également le nombre désiré comporte des implications évidentes pour ce qui est de réduire les taux de fécondité dans le gouvernorat.

B. ESTIMER LE NOMBRE AYANT BESOIN DE SERVICES DE PLANNING FAMILIAL

Le Tableau III.49 étudie les trois variables qui déterminent le besoin en services de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba--l'utilisation actuelle du planning familial, le désir de limiter ou d'espacer les naissances, et l'exposition aux risques de grossesse. Le tableau montre que 21% des femmes actuellement mariées et âgées de 15-44 ans de l'échantillon de l'EPC étaient exposées aux risques de grossesse et n'étaient pas contraceptrices. Un autre 24% ne couraient pas de risques immédiats, mais manifestaient de l'intérêt à éviter une grossesse ou la remettre à plus tard. Environ deux tiers des femmes de l'échantillon qui n'étaient pas contraceptrices désiraient alors limiter ou espacer les naissances; et un peu moins qu'un tiers des non-contraceptrices avaient un besoin immédiat des services de planning familial.

Le Tableau III.49 montre qu'il existait peu de variations par délégation en besoins relatifs immédiats de services de planning familial pour limiter ou espacer les naissances parmi la population courant des risques. En même temps, la proportion des femmes ayant exprimé le désir de limiter la taille de leur famille ou d'espacer les naissances, n'a guère varié parmi les six délégations. Le manque de différences majeures dans la demande globale potentielle pour les services de planning familial est nettement opposé à la structure d'acceptation du nouveau planning familial à Jendouba vers la fin des années 70. Le Tableau III.50 montre qu'une grande partie des activités du programme, surtout en ce qui concerne la pilule et le

Tableau III.49

Besoins non satisfaits en matière de planning familial parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

	Total	Délégation					
		Jendouba	Fernana	Ain Draham	Bou Salem	Ghardimaou	Tabarka
	%	%	%	%	%	%	%
Planifiée	32	39	29	23	33	28	32
Pas planifiée	68	61	71	77	67	72	68
Désire limiter les naissances	28	27	28	29	27	31	28
Exposée au risque	12	13	15	12	11	12	13
N'est pas exposée	16	14	13	17	16	19	15
Désire espacer les naissances	17	15	21	16	17	13	17
Exposée au risque	5	4	6	2	6	4	3
N'est pas exposée	12	11	15	14	11	9	14
Veut enfant inmmédiatement	23	19	22	32	23	28	23

Table III.50

Nombre annuel moyen des acceptantes pour 1.000 femmes âges de 15 à 49 ans par délégation dans le gouvernorat de Jendouba en 1979

Délégation	Méthodes			
	Toutes Méthodes[a]	Pilule[b]	DIU	Stérilisation féminine
Jendouba	141,3	71,1	30,5	14,3
Fernana	56,8	40,4	12,6	12,4
Ain Draham	58,5	21,7	19,0	16,5
Bou Salem	65,4	26,5	24,6	7,3
Ghardimaou	73,2	39,7	16,5	11,3
Tabarka	38,4	20,8	11,5	11,5

[a]Y compris pilule, DIU, stérilisation féminine et méthodes secondaires.

[b]Les acceptantes recrutées par les animatrices du PFPC ne sont pas incluses.

DIU, était concentrée dans les délégations de Jendouba et de Bou Salem, qui possèdent une infrastructure de services généralement mieux développée, dont l'accès est beaucoup plus facile que dans les autres délégations montagnardes et isolées. Le projet PFPC, qui a été décrit dans la Partie II du présent rapport, a démontré qu'une amélioration de l'infrastructure de fourniture de services, surtout dans le sens d'une prestation généralisée, serait en mesure de répondre à la demande non satisfaite du planning familial dans le gouvernorat de Jendouba et de créer un nombre nettement plus important de nouvelles acceptantes. Il est impératif que le programme de planning familial à Jendouba atteigne une plus grande proportion des femmes qui, selon l'EPC ont besoin des services de planning familial. Si le recrutement de nouvelles acceptantes continue au rythme actuel, une baisse importante du niveau de prévalence interviendra dans les années à venir, comme l'explique la section suivante du présent rapport.

C. NIVEAUX DE PREDOMINANCE PREVUS A L'HORIZON 1985

Il est certain que la croissance d'un programme de planning familial est tributaire de deux facteurs: le nombre de nouvelles acceptantes qui adhèrent au programme et la période pendant laquelle les acceptantes continuent d'être des contraceptrices. Comme les taux de continuation diffèrent beaucoup d'une méthode à l'autre, les taux moyens de continuation seront le résultat d'un assortiment de méthodes par les nouvelles acceptantes. Comme le nombre de contraceptrices s'accroît dans le programme de planning familial, le nombre de nouvelles acceptantes chaque année peut être considéré simplement comme se substituant aux contraceptrices antérieures qui ont cessé l'usage de contraceptifs.

Le programme de planning familial à Jendouba a fait preuve d'une activité soutenue pendant la plupart des années 70. Par ailleurs, une large proportion des acceptantes du programme étaient des acceptantes de la stérilisation féminine, une méthode qui de par sa nature permanente contribue le plus à majorer le nombre de contraceptrices dans le proche avenir. Une femme stérilisée est considérée comme non-contraceptrice seulement après avoir passé l'âge de reproduction normal ou si elle n'est plus mariée.

Néanmoins, deux tendances se sont récemment manifestées parmi les acceptantes à Jendouba, et, si elles devaient se poursuivre, elles rendraient l'avenir du planning familial moins prometteur que si les tendances antérieures persistaient. La première de ces tendances est une réduction du nombre total d'acceptantes du programme. Comme nous l'avons expliqué plus tôt, les dernières années ont vu une contraction du nombre total d'acceptantes par rapport au milieu des années 70. La seconde tendance qui attire notre attention est la baisse relative des stérilisations féminines parmi ces nouvelles acceptantes. Un changement vers la pilule et le DIU peut faire preuve de l'expansion du programme parmi les femmes qui désirent espacer plutôt que limiter les naissances et, dans ce cas, une baisse dans la proportion

des acceptantes qui choisissent la stérilisation serait signe de la croissance du programme de planning familial. Si le nombre total d'acceptantes a baissé, une telle orientation vers des méthodes moins efficaces et moins permanentes risque d'être une indication de problèmes liés au recrutement et à la motivation des nouvelles acceptantes.

Il convient de noter ici que, au vu de l'analyse des données de l'enquête présentées ci-dessus, il y a peu d'indications que la baisse du chiffre de nouvelles acceptantes représente un manque d'acceptantes potentielles du planning familial. Une proportion importante des femmes de tous les groupes d'âges ont répondu qu'elles désiraient soit limiter, soit espacer les naissances mais ne se servaient pas encore du planning familial.

Les implications de ces tendances accusées par l'acceptation du planning familial peuvent faire l'objet d'une étude qui utiliserait les nombres estimatifs de contraceptrices par méthode, d'après l'enquête de l'EPC, et les taux de continuation estimatifs qui sont fondés sur une étude du planning familial en Tunisie. Le Tableau III.51 montre le pourcentage envisagé de femmes mariées en âge de reproduction utilisant les trois méthodes principales de contraception jusqu'en 1985, si les tendances du passé continuent. (14)

Les chiffres montrent assez clairement que les taux d'acceptation actuels (1977-79) ne suffisent même pas à maintenir le niveau actuel d'usage des contraceptifs dans le gouvernorat de Jendouba. Les acceptantes n'adhèrent pas assez vite au programme pour pouvoir remplacer celles qui le quittent. Selon ces chiffres projetés, les niveaux d'acceptation à Jendouba auront baissé à moins des deux tiers du niveau décrit par l'EPC, vers l'année 1985, malgré un ajout excédant 18.000 acceptantes en l'espace de six ans. La baisse du chiffre des contraceptrices en dépit du grand nombre de nouvelles acceptantes est due dans une large mesure à la grande proportion de nouvelles acceptantes qui ont choisi la pilule -- une méthode où les taux de continuation sont très bas -- de préférence au DIU ou à la stérilisation féminine.

L'examen qui précède constitue un défi urgent pour les responsables et le personnel du programme de planning familial à Jendouba et en Tunisie. Les niveaux actuels d'acceptation ne sont pas suffisants pour maintenir les niveaux actuels d'usage des contraceptifs, et d'autant moins pour contribuer à la croissance du programme. Le chiffre global d'acceptantes nouvelles du programme autant que les structures des méthodes acceptées contribuent à cette situation. Les données de l'enquête indiquent qu'il reste un nombre important de femmes à Jendouba, qui, renseignées sur le planning familial et ayant accès aux fournisseurs des services, seraient candidates à l'acceptation tant dans l'immédiat que dans un proche avenir. A l'évidence, le programme doit atteindre une proportion beaucoup plus large de ces femmes afin de retrouver les niveaux d'acceptation correspondant à la croissance et l'expansion du programme.

Tableau III.51

Nombre moyen d'acceptantes et projection des pourcentages des femmes mariées en âge de reproduction utilisant le planning familial dans le gouvernorat de Jendouba en 1979-85

	Nombre moyen d'acceptantes 1977-1979	EPC 1979	Projection du % des femmes mariées en âge de reproduction en supposant des niveaux d'acceptation constants					
			1980	1981	1982	1983	1984	1985
		%	%	%	%	%	%	%
TOTAL	3.075	31,8	28,5	26,1	24,2	22,7	21,4	20,2
Stérilisation féminine	500	18,1	16,3	14,9	13,6	12,6	11,6	10,8
Pilule	1.700	7,1	6,0	5,4	5,0	4,7	4,5	4,4
IUD	875	6,7	6,2	5,9	5,6	5,4	5,2	5,0

Partie IV

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Previous Page Blank

CHAPITRE I

CONCLUSIONS PRINCIPALES DU PROJET PFPC ET DE L'EPC DE JENDOUBA

Le gouvernorat de Jendouba, centre d'intérêt de cette étude de cas intensive, diffère dans une certaine mesure des autres gouvernorats tunisiens, notamment dans sa géographie et sa topographie. Les problèmes et les défis à la prestation de services de planning familial à Jendouba étudiés dans les trois premières parties du présent rapport, sont, cependant, identiques à ceux rencontrés dans d'autres régions rurales de la Tunisie et comprennent:

- Une population très élevée de femmes inaptes à lire et à écrire qui sont tout à fait conscientes de l'existence des méthodes de planning familial comme la pilule, la stérilisation féminine et le DIU mais qui ont des craintes et des idées erronées sur les diverses méthodes qui les empêchent d'adopter et d'utiliser le planning familial.

- Des différences conséquentes dans le niveau de l'utilisation actuelle des contraceptifs dans divers groupes de la population--facteurs dont il importe de tenir compte en selectionnant les activités concernant les informations et les motivations et la prestation des services.

- Des différences substantielles dans les sous-zones du gouvernorat quant au nombre et à la qualité des fournisseurs de services de planning familial avec un impact important sur l'accessibilité relative des services aux populations souvent très dispersées qui vivent dans ces régions.

La dernière alternative a une incidence particulièrement importante sur l'acceptation et l'utilisation de contraceptifs. Dans le gouvernorat de Jendouba, il existait des différences évidentes entre

Previous Page Blank

les six délégations qui se partageaient l'infrastructure de la santé et du planning familial ayant accès aux services généralement plus limités dans les délégations isolées. Des variations analogues dans le système de prestation des services de planning familial sont caractéristiques des sous-zones administratives des autres gouvernorats dont les régions rurales sont en règle générale caractérisées, comme à Jendouba, par une disponibilité limitée des services.

Lors de l'étude des conclusions résumées du projet PFPC et du projet CPS présentées dans les deux sections suivantes, il y a lieu de tenir compte des similitudes des problèmes et des gageures que doivent affronter le gouvernorat de Jendouba et les autres régions rurales tunisiennes. Les implications des résultats tant du projet que de l'enquête pour le programme national de planning familial sont alors examinées.

A. RESUME DES CONCLUSIONS

1. Planning familial par le couple

Comme on l'a décrit avec de plus amples détails dans la Partie II du présent rapport, le projet PFPC a représenté un effort considérable dans trois des six délégations du gouvernorat de Jendouba qui ont été contraintes de surmonter les obstacles à la pratique du planning familial en mettant à la disposition de la population les services et des informations concernant la contraception par le truchement d'une série de visites dans les ménages (deux séries à Fernana et à Ain Draham et une à Jendouba), ainsi que par le moyen de mécanismes contraceptifs de références et une augmentation du nombre permanent de points de réapprovisionnement. Les conclusions significatives du projet PFPC con çu pour fournir un modèle de prestation des services à efficacité maximale pour un coût peu élevé pour la Tunisie rurale comprennent:

a. Couverture

- Entre juillet 1977 et septembre 1979, les cinq animatrices du PFPC ont contacté 24.413 femmes dont 14.131 MWRA (72% de la population globale éligible); la couverture a été quasi complète, les ménages très isolés ayant été exclus de l'étude du projet. On a rendu visite une seconde fois à un nombre global de 6.046 femmes de deux délégations.

b. Acceptation de la contraception

- Dans l'ensemble, le personnel du PFPC a recruté 3.078 nouvelles acceptantes du planning familial (92% par les animatrices dans les ménages et 8% par l'autre personnel du projet).

- Les acceptantes ont représenté 20% des FMAR contactées et la moitié de la population exposée au risque de grossesse. Les taux d'acceptation ont varié selon la délégation: 57% de toutes les acceptantes du PFPC ont été recrutés à Fernana où la première visite de trois mois s'est traduite par un accroissement de 230% du nombre des femmes qui ont accepté ou utilisé une méthode de planning familial. Après deux séries de visites des ménages à Fernana, 83% de la population exposée au risque a accepté une méthode de planning familial. A Ain Draham, où on a offert des interventions sanitaires et des services de planning familial, le chiffre correspondant n'était que de 24%.

c. Méthode préférée par les acceptantes

- Parmi les acceptants, 57% ont choisi la pilule et 30% la ligature des trompes, comparé à un pourcentage relativement peu important de femmes qui ont demandé le DIU (6%) et les méthodes secondaires (6%).

- A Fernana et à Jendouba, plus de 60% de toutes les nouvelles acceptantes ont obtenu des pilules, par rapport à seulement 35% à Ain Draham où la ligature des trompes avait nettement la préférence. Le pourcentage d'acceptantes du DIU à Jendouba était de 3 à 5 fois supérieur à celui de Ain Draham ou de Fernana. La proportion des femmes qui ont accepté des méthodes secondaires à Ain Draham était le double de celle des deux autres délégations. Les changements intervenus dans la disponibilité des méthodes sont des facteurs importants des divers taux d'acceptantes du DIU et des méthodes secondaires dans les trois délégations.

- A Ain Draham, 70 hommes ont accepté des condoms distribué par le chauffeur.

d. Utilisation parmi les acceptantes

- Plus d'un tiers des femmes (35%) qui ont accepté une méthode de planning familial durant le première visite l'utilisaient au moment de la visite de suivi six mois plus tard.

e. Réapprovisionnement et référence en matière de méthodes contraceptives

- Outre les visites à domicile des animatrices, le nombre de points de prestation offrant des contraceptifs s'est accru de 422% dans la zone cible--de 18 à 94 centres fixes. Les 27 agents de réapprovisionnement du PFPC et l'obstétricien-gynécologue ont fourni des contraceptifs oraux à 674 utilisatrices fidèles ainsi qu'aux nouvelles acceptantes.

- En raison d'un suivi défectueux et d'un manque de transport, seulement 26% des candidates à la ligature des trompes et 21% des acceptantes du DIU ont pu pratiquer la méthode de leur choix.

f. Accroissement de la prédominance des méthodes contraceptives dans les régions cibles

- Fernana, dont la prédominance de base était la plus basse (16%) des régions cibles du PFPC, a présenté le changement le plus significatif intervenu dans l'utilisation des contraceptifs. Au bout de 12 mois, le nombre de FMAR sous contraceptifs est passé à 28%, accroissement relatif de 75%. Un an plus tard, et 18 mois après la fin de la seconde série de visites à domicile, la prédominance a accusé une légère baisse et est passée à 23%, selon les estimations, ce qui représente encore 44% d'augmentation du nombre de femmes sous contraception.

- Avec une prédominance de base double de celle de Fernana et une seule série de visites à domicile, l'utilisation de contraceptifs à Jendouba s'est accrue en termes relatifs de 18% (de 33% à 39%) entre août 1978 (fin de la visite de quatre mois) et septembre 1979 (l'enquête finale).

- Après dix mois de visites à domicile (deux séries) durant lesquelles on a offert des interventions sanitaires et le planning familial, la prédominance des méthodes contraceptives chez les FMAR d'Ain Draham a augmenté de 24 à 29%, une évolution relative de 21%.

- Dans l'ensemble, la prédominance des méthodes contraceptives dans la région des trois délégations couvertes par le projet a indiqué un accroissement relatif de 27%, d'une base de 26% sous contraception à 33% à la fin des activités du PFPC sur le terrain. Il est important de remarquer que ces ces données sous estiment l'incidence réelle du projet. Puisqu'il n'y a pas eu d'enquête de préintervention, on calcule la prédominance de base d'après l'utilisation du planning familial chez les femmes à qui on avait initialement rendu visite (70% de la population visée, hormis les ménages isolés), tandis qu'on calcule la prédominance de la fin d'après l'enquête de 1979 effectuée à l'échelon du gouvernorat qui est caractéristique de toute la population visée.

g. Acceptation et utilisation des méthodes contraceptives dans les régions couvertes par le PFPC et les régions non couvertes par le PFPC

- En 1976, avant le projet de distribution à domicile, le nombre d'acceptantes du programme de l'ONPFP était légèrement plus élevé dans les délégations du PFPC que dans les délégations non couvertes par le PFPC. En 1977 et 1978, années d'activité de pointe du projet, les taux d'acceptantes du planning familial dans les régions du PFPC étaient plus du double des taux correspondants dans les autres trois délégations.

- Entre 1976 et 1979, dans les régions cibles du PFPC, la prédominance des méthodes contraceptives (fondée sur la pilule, le DIU et les méthodes secondaires, seulement) a indiqué un accroissement relatif de 64% comparé à 50% dans les régions de contrôle. Il est regrettable que les majorations relatives de la prédominance des ligatures des trompes ne puissent être comparées en raison de l'absence de décompositions par délégation des acceptantes de ligatures des trompes avant le démarrage du PFPC.

h. Changement intervenu dans le risque de grossesse

- A Fernana, le pourcentage de FMAR exposées au risque de grossesse a accusé une baisse durant le déroulement du projet de 51% à 29%, un fléchissement relatif de 43%. A Ain Draham, la baisse correspondante était de 36%, tandis qu'à Jendouba, le pourcentage des femmes exposées au risque de grossesse s'est accru légèrement. Dans l'ensemble, dans les régions du projet PFPC, le nombre de FMAR exposées au risque de grossesse a accusé une baisse de 27%.

i. Efficacité en fonction du coût

- Les coûts estimatifs du programme PFPC (recherche mise à part) par nouvelle acceptante du planning familial s'élèvent à 11 dinars, près d'un tiers des coûts correspondants du projet PFAD.

- En 1977, durant la visite à domicile à Fernana, les coûts par nouvelle acceptante du planning familial étaient modérés, un peu moins de 5 dinars. Toutefois, les interventions sanitaires à Ain Draham se sont ajoutées et les coûts par acceptante du planning familial ont renchéri de manière substantielle en 1978, et de manière encore plus spectaculaire en 1979, année où les coûts ont atteint 66 dinars.

- Lors du projet PFPC, une animatrice a pu contacter une moyenne de 2.826 FMAR, comparé au nombre modeste de 493 lors du PFAD et de 102 lors du projet du Kef d'aides familiales.

2. Enquêtes de prédominance des méthodes contraceptives à Jendouba

En 1979, l'enquête sur le terrain de prédominance des méthodes contraceptives à l'échelon du gouvernorat à la suite de la dernière visite dans le cadre du projet PFPC à Ain Draham a collecté des données utiles à l'évaluation de l'incidence du projet dans les trois délégations parcourues par l'équipe du PFPC. L 'EPC a également fourni un profil relatif à l'attitude des femmes mariées du gouvernorat en âge de procréer vis-à-vis de la fécondité et des méthodes contraceptives, ce profil a permis de bien connaître leur usage des contraceptifs actuels, leurs intentions quant à la fécondité et le planning familial, ainsi que les facteurs, notamment la disponibilité limitée des services contraceptifs, qui influencent le taux d'acceptation du planning familial dans le gouvernorat. Les résultats principaux de l'EPC à Jendouba se répartissent comme suit:

a. Attitude et intentions quant à la fécondité

- Des schémas cumulatifs de fécondité parmi les 1.827 femmes mariées interviewées lors de l'EPC suggèrent une fécondité élevée antérieure; les femmes âgées de 45 à 49 ans signalent une moyenne de 7,44 naissances, les femmes des zones urbaines ayant donné dans une certaine mesure naissance à moins d'enfants en moyenne (6, 34) que les femmes des zones rurales (7, 70).

- Les mesures actuelles de fécondité permettent de penser que la fécondité reste élevée dans le gouvernorat; les femmes en âge de procréer, selon les taux actuels de fécondité auront une moyenne de 7 naissances quand elles auront atteint l'âge de 35 ans et presque 8 maissances quand elles auront passé l'âge de procréer.

- Dans l'ensemble, 35% des femmes mariées signalent lent qu'elles ne veulent plus d'enfants; le pourcentage des femmes qui en veulent encore variait selon la taille de la famille allant de 90% parmi les femmes qui avaient moins de deux enfants à moins de 4% chez les femmes qui avaient six enfants ou davantage.

- La majorité des femmes qui désiraient d'autres enfants semblaient vouloir faire l'effort d'avoir un troisième enfant ou équilibrer la répartition des sexes de la famille. Les femmes de Jendouba désirent avoir au moins un fils et une fille, bien qu'il soit très clair que la préférence aille au fils plutôt qu'à la fille.

b. Connaissances en matière de méthodes contraceptives et utilisation avant l'enquête

- Presque toutes les femmes mariées (98%) connaissaient au moins une méthode de planning familial. Les connaissances en matière de stérilisation féminine (96%), la pilule (92%) et le DIU (27%) étaient beaucoup moins diffuses que les connaissances des méthodes vaginales (35%) et les méthodes traditionnelles comme celle du calendrier (18%). Les femmes ne connaissaient pas--ou ne voulaient pas l'admettre--le condom (28%) ou la stérilisation masculine (14%).

- Le niveau d'utilisation de méthodes de planning familial dans le gouvernorat de Jendouba--44% des femmes ayant été mariées avaient utilisé au moins une méthode--est quasi identique au niveau signalé pour toute la Tunisie (43%) dans l'Enquête nationale de fécondité (1978).

- Il est évident que la stérilisation féminine est la méthode prédominante utilisée à Jendouba; presque une femme mariée sur cinq dans l'EPC a signalé qu'elle avait été stérilisée, comparé à moins d'une sur dix de femmes qui avaient été mariées en Tunisie.

- Les pourcentages des femmes qui avaient été mariées à Jendouba qui avaient utilisé la pilule (18%) ou le DIU (17%) égalent les schémas nationaux d'utilisation de ces méthodes.

- Moins de 5% des femmes qui avaient été mariées à Jendouba n'avaient jamais utilisé les méthodes vaginales ou traditionnelles ou le condom.

c. Niveau de l'utilisation des méthodes contraceptives

- La prédominance des méthodes contraceptives chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans dans le gouvernorat de Jendouba (33%) en 1979 était dans une certaine mesure plus élevée que le taux (30%) signalé pour la Tunisie en 1978.

- L'utilisatrice actuelle moyenne était âgée de 36 ans et avait quatre enfants.

- Le niveau de prédominance était plus élevé parmi les femmes vivant dans les villes (46%) que parmi les femmes vivant à la campagne (30%).

- Le niveau de prédominance changeait également selon la délégation, et oscillait de 25% à Fernana à plus de 39% dans la délégation de Jendouba.

- Les niveaux d'utilisation étaient supérieurs chez les femmes qui avaient poursuivi des études au-delà de l'enseignement primaire (41%), comparés aux femmes qui n'avaient jamais été scolarisées (33%); ces niveaux étaient également plus élevés chez les femmes qui travaillaient (38%) que chez celles qui ne travaillaient pas (32%).

d. Différentes méthodes pratiquées par les utilisatrices

- La proportion relativement élevée de ligature des trompes parmi les acceptantes du planning familial à Jendouba se retrouvait dans le mélange de méthodes chez les utilisatrices actuelles--55% des utilisatrices actuelles avaient été stérilisées.

- Les utilisatrices actuelles des autres méthodes avaient adopté presque à nombre égal la pilule (20%) et le DIU (20%), tandis que les autres 5% signalaient qu'elles utilisaient des condoms, des crèmes ou des gelées, ou encore les méthodes traditionnelles.

e. Raisons pour la non-utilisation et intention d'utilisation

- Plus de la moitié des non-utilisatrices ont mentionné des facteurs liés au désir de devenir enceinte (37%) ou le manque d'occasions d'être exposées au risque de grossesse (15%), afin d'expliquer pourquoi elles ne pratiquaient pas le planning familial. Parmi les autres raisons données les femmes citaient la crainte des effets secondaires (12%), l'opposition des maris (4%) et l'ignorance de source de planning familial (5%).

- Plus de la moitié des non-utilisatrices ont indiqué qu'elles voulaient adopter une méthode de planning familial à l'avenir; ces éventuelles acceptantes du planning familial préféraient la pilule et la stérilisation féminine.

f. Accès aux fournisseurs des services de planning familial

- La majorité des utilisatrices actuelles obtenaient leur méthode des fournisseurs qui se touvaient dans les villes, notamment à l'hôpital régional.

- Il était évident que les utilisatrices rurales étaient mécontentes de la structure de prestation des services orientée vers les villes; plus de la moitié d'entre elles ont signalé qu'elles avaient plus de 60 minutes de transport de l'endroit où elles obtenaient leur contraceptif et 54% pensaient qu'il est difficile de se rendre chez leur fournisseur.

- La facilité d'accès aux fournisseurs est importante en particulier pour les utilisatrices dont la méthode suppose avoir un approvisionnement et il était évident que se réapprovisionner représentait une tâche plus complexe pour les utilisatrices des campagnes que pour celles des villes. Dans les régions rurales de Jendouba, seuls 10% des utilisatrices de la pilule ou de méthodes secondaires se trouvaient à moins de 15 minutes de transport d'une source, comparé à presque 65% des utilisatrices urbaines de ces méthodes.

g. Connaissance et facilité d'accès aux fournisseurs de service parmi les non-utilisatrices

- En règle générale, les non utilisatrices étaient bien renseignées sur les endroits où elles pouvaient obtenir des services de planning familial; une minorité importante (21%) de femmes ne savaient pas où elles pouvaient obtenir une méthode moderne de planning familial.

- L'ignorance d'une source variait avec l'intention d'utiliser le planning familial chez les femmes qui considéraient l'utilisation d'une méthode et étaient plus susceptibles de connaître une source. Par conséquent, il était particulièrement plus significatif que les deux cinquièmes des non-utilisatrices dans les régions rurales considéraient l'utilisation de la pilule mais étaient incapables de donner le nom d'une source où elles pourraient se procurer cette méthode.

- Les non-utilisatrices rurales connaissant que les fournisseurs de services n'étaient pas en général satisfaites de leur accès. Ce fait était notamment vrai en ce qui concerne la pilule, les non-utilisatrices (55%) étaient plus susceptibles que les utilisatrices de penser qu'il était difficile de se rendre à une source de planning familial (44%).

h. Besoin en services de planning familial

- Approximativement les deux tiers des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans à Jendouba et qui n'étaient pas déjà sous contraception ne voulaient plus d'enfants ou voulaient espacer leur prochaine grossesse. Un peu moins d'un tiers de ces femmes étaient exposées au risque de grossesse et avaient donc besoin immédiatement de services de planning familial.

- Les méthodes contraceptives sont relativement peu utilisées quand on veut espacer les naissances, les femmes du gouvernorat ne semblent, en règle générale, n'adopter le planning familial qu'après avoir atteint ou dépassé le nombre d'enfants qu'elles désiraient; seulement 20% de toutes les utilisatrices actuelles indiquent qu'elles désirent avoir davantage d'enfants.

- La proportion générale de femmes exprimant le désir de limiter ou d'espacer les naissances ne changeait pas beaucoup d'une délégation à l'autre; l'absence de différences importantes dans la demande éventuelle d'ensemble de services de planning familial est en nette opposition avec le schéma d'acceptation du planning familial à Jendouba durant les années soixante-dix, durant lesquelles il existait des différences importantes entre les délégations.

i. Tendance prévue de la prédominance à Jendouba, 1980-1985

- Si l'acceptation du planning familial dans le gouvernorat reste constante aux moyennes qu'on a connues de 1977 à 1979, le taux de prédominance des méthodes contraceptives chez les femmes mariées âgées de 15 à 44 ans fléchira de 32 à 20%, une baisse relative de 12%.

- Une grande partie de cette baisse prévue sera attribuable au fait que les femmes qui ont été stérilisées au début des années soixante-dix vieilliront rapidement durant les cinq prochaines années et ne seront pas remplacées par de nouvelles utilisatrices du planning familial si les niveaux d'acceptantes ne se multiplient pas.

B. INCIDENCE POUR LE PROGRAMME NATIONAL DE PLANNING FAMILIAL

Il y a un certain nombre de leçons importantes qu'on peut tirer du projet PFPC et de l'EPC effectuée à Jendouba, et pour d'autres régions rurales tunisiennes. En premier lieu, du point de vue du programme, le projet PFPC a confirmé les résultats principaux du projet PFAD:

- la distribution à domicile des contraceptifs est acceptable et faisable. De surcroît, elle peut se traduire par un accroissement spectaculaire de l'acceptation et de l'utilisation des méthodes contraceptives, en particulier dans les régions où la prédominance est encore relativement faible.

- Les contraceptifs oraux peuvent être distribués par un personnel non médical, travaillant sous une supervision médicale, en toute sécurité et de manière efficace au niveau du ménage.

Le projet PFPC a également mis en évidence que:

- On peut accroître l'acceptabilité et l'utilisation des méthodes secondaires quand ces méthodes font l'objet d'une promotion, sont expliquées avec soin et mises à l'entière disposition de la population.

- Bien que très peu de femmes des régions rurales acceptent les condoms, cette méthode peut être populaire auprès des hommes quand des distributeurs hommes les leur offrent (comme on en a fait l'expérience à Ain Draham).

- Les points de réapprovisionnement en contraceptifs extérieurs aux infrastructures sanitaires existantes jouent un rôle important dans l'augmentation de l'acceptation et de l'utilisation des contraceptifs.

- Les caractères acceptable et efficace de deux nouvelles interventions--les suppositoires Neo Sampoon qui produisent une mousse et l'Oralyte pour la diarrhée des nourrisons-- méritant d'être considerer dans d'autres programmes pour ce qui est de leur introduction.

- Les premières raisons données par les femmes qui n'utilisent pas ou interrompent une méthode de planning familial sont la "crainte" des effets secondaires ou l'opposition du mari soulignent le besoin d'efforts soutenus dans le but de motiver et d'éduquer.

En outre, les résultats du PFPC ont prouvé que:

- La distribution à domicile des contraceptifs peut également être un système de prestation du planning familial dont l'efficacité est maximale à un coût peu élevé, comme indiqué notamment par les résultats de la délégation de Fernana.

- Un système intégré de prestation à domicile qui offre des interventions sanitaires et de planning familial (testé à Ain Draham) ne se traduira probablement pas par un accroissement aussi significatif de la prédominance des méthodes contraceptives et ne sera pas aussi efficace en fonction du coût qu'un système qui n'offre que le planning familial (testé à Fernana).

- Des composantes cruciales d'une distribution à domicile de contraceptifs ou d'un projet généralisé de planning familial englobent: formation et supervision des agents sur le terrain; motivation appropriée, mise en confiance et éducation des clientes; suivi et transport des candidates au DIU et à la ligature des trompes.

En dernier lieu, le besoin d'efforts accrus en vue d améliorer la prestation des services dans les régions rurales de Tunisie qui a été une des raisons principales pour lesquelles le projet PFPC a été lancé, a été confirmé par les résultats de l'EPC qui permettent de penser que, dans le gouvernorat de Jendouba et par implication dans d'autres régions en grande partie rurales:

- Il existe une forte demande non satisfaite de planning familial chez les femmes qui ont le nombre d'enfants désiré; de plus, il y a un grand nombre de femmes qui veulent davantage d'enfants qui devraient connaître les avantages de l'espacement de ces naissances désirées et être motivées pour qu'elles adoptent le planning familial à ces fins.

- Il importe que le nombre d'acceptantes du planning familial s'accroît fortement afin de prévenir une baisse réelle du niveau d'utilisation du planning familial et en vue d'atteindre l'objectif qui consiste à diminuer les niveaux de fécondité.

- La variable la plus cruciale lorsqu'on exploite le besoin non satisfait de services de planning familial et lorsqu'on accroit les niveaux d'acceptantes est l'amélioration de l'accès aux services de planning familial dans les régions rurales.

C. CONCLUSION

Comme suggéré plus haut, les résultats de cette étude de cas approfondie d'un gouvernorat peuvent fournir des aperçus utiles des problèmes principaux qui se posent au Programme national de planning familial en Tunisie. Les recommandations pour l'action sont étudiées en détail dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION

Le Projet PFPC a réussi à renforcer, dans les trois régions cibles, l'acceptabilité et la compréhension des différentes méthodes de planning familial, ainsi que la disponibilité des services, en particulier ceux qui conviennent à l'espacement des naissances. Ce dont a besoin à présent c'est de reproduire dans d'autres régions rurales tunisiennes, pas nécessairement le modèle du PFPC, mais le niveau d'efforts consentis dans le projet et qui ont permis de répondre de manière efficace à ces deux défis.

Fondé sur les résultats du PFPC et de l'EPC, un projet se dessine qui consiste en étude et débats, d'options quant au programme national de planning familial. Comme on l'étudie ci-dessous, le problème le plus critique qui sous-tend presque tous les autres est la disponibilité des services. Les préoccupations importantes corollaires sont les efforts en matière d'éducation et de promotion et le choix des activités pouvant satisfaire les besoins précis en matière de planning familial.

A. SELECTION DES ACTIVITES

Une des tâches principales soulignées par les résultats du PFPC et de l'EPC à Jendouba est l'importance d'identifier des groupes ayant notamment besoin de services de planning familial et de sélectionner les activités du programme en vue d'atteindre ces groupes. D'une importance particulière dans ces activités de sélection devraient être:

- Le besoin d'effort intensif pour accroître l'acceptation et l'utilisation parmi la population rurale. A l'heure actuelle, bien que 50% des FMAR vivent dans les régions rurales, seulement

Previous Page Blank

un tiers de toutes les acceptantes du planning familial sont rurales (38). Il importe de soutenir les informations et les efforts éducatifs destinés à la population rurale en changeant le système de livraison et rendant les services à la plus grande disposition des rurales, (et des ruraux).

- L'importance d'accroître l'acceptation chez les femmes de 30 à 40 ans. Un grand nombre de ces femmes ont atteint--ou déjà dépassé--le nombre d'enfants désirés et ont besoin des services de planning familial pour éviter de nouvelles grossesses non désirées.

- Le besoin de promouvoir l'intérêt envers l'espacement des naissances chez les femmes plus jeunes par le truchement d'un redoublement d'efforts éducatifs dans ce domaine et la distribution de méthodes de planning familial appropriées aux fins d'espacement.

- Une attention accrue aux hommes dans les activités du programme.

- Le besoin de comparer le rendement du programme pour les régions afin d'identifier les régions où les niveaux d'acceptantes ne satisfont pas les objectifs fondamentaux et de déterminer les apports nécessaires pour améliorer les résultats. Il faudrait prêter attention dans cet effort de contrôle non seulement au nombre global d'acceptantes mais également à la question de savoir si la gamme de méthodes parmi les acceptantes permettra d'atteindre les objectifs du programme.

B. AMELIORER LES ACTIVITES D'EDUCATION ET DE PROMOTION

Afin d'améliorer l'acceptabilité et la compréhension des méthodes de planning familial, il est important que les efforts d'amélioration de l'éducation inscrits au programme soient orientés vers:

- Des documents éducatifs simples et illustrés relatifs au planning familial et aux différentes méthodes de planning familial qui répondent aux besoins et aux préoccupations des couples ruraux. Il y a lieu de prêter tout particulièrement attention dans ces documents à la nécessité de dissiper les rumeurs, les craintes et les malentendus sur les différentes méthodes de planning familial et de fournir des informations sur des méthodes spécifiques (comment utiliser la pilule, la gelée, les condoms, etc.) et où obtenir des réapprovisionnements ou bien où aller pour un DIU ou une ligature des trompes.

- Il importe de distribuer largement ces documents pour que les fournisseurs des services puissent les utiliser et les donner sous forme de feuillets aux clientes.

- Il faut également engager le dialogue avec le mari. Il conviendrait de tester toutes sortes d'efforts et d'activités en matière d'information et de promotion destinées aux populations rurales afin de tenter d'intensifier leur compréhension et leur acceptabilité (utilisation) du planning familial.

C. AUGMENTATION DE LA DISPONIBILITE DES POINTS DE PRESTATION DES SERVICES

Pour ce qui est du problème de l'accès accru aux services de planning familial dans les régions rurales, l'évaluation approfondie conjointe ONPFP/AID 1980 du Programme tunisien de planning familial a recommandé toute une série d'actions à entreprendre, entre autres:

- Promouvoir un maximum de coordination et d'utilisation du personnel et des ressources des autres ministères et organismes (MSP., Affaires sociales, Agriculture, UNFT, etc.) pour délivrer des services de planning familial dans les régions rurales. Au moins, les méthodes secondaires devraient être régulièrement distribuées par le personnel du terrain ainsi que les références pour les autres services de planning familial.

- Créer des points de réapprovisionnement au niveau de la collectivité--dépôts qui seraient supervisés et stockés par le personnel de soins de santé préventive et de planning familial--afin d'accroître la disponibilité des méthodes convenant à l'espacement des naissances et encourager la participation du secteur privé/commercial au planning familial.

- Augmenter l'efficacité des équipes mobiles à l'aide de l'identification d'un individu dans chaque collectivité qui fera fonction d'agent de liaison entre les familles et le personnel sanitaire et qui encouragera les femmes à profiter des visites de l'équipe mobile.

- Créer des mécanismes pour garantir un suivi régulier et le transport des candidates au DIU et à la ligature des trompes.

- Accroître la disponibilité des méthodes susceptibles d'être populaires dans les régions rurales, par exemple les produits injectables, les DIU après l'accouchement et les suppositoires Neo Sampoon.

- Remettre à l'honneur les programmes hôpital post partum ire pour encourager la sélection immédiate d'un contraceptif. Il faudrait prêter attention également à une méthode

post-natale après l'accouchement des femmes qui accouchent à domicile.

- o Promouvoir une médecine intégrée, des activités de contrôle de manière minutieuse de sorte qu'on maintient une forte composante de planning familial.

- o Contrôler les fournisseurs de services existants, identifier les problèmes et les stratégies d'amélioration du niveau de laproduction, ainsi que la qualité des services. Il faudrait fixer des objectifs de planning familial aux niveaux du gouvernorat et de la délégation et évaluer les progrès accomplis régulièrement pour atteindre ces objectifs.

- o Renforcer la supervision à tous les niveaux afin d'assurer une couverture appropriée de tous les points où sont dispensés des services et des soins de suivi des malades ayant des complications dues à la méthode.

D. LE DEFI DES ANNEES QUATRE-VINGT

Depuis sa création en 1973, l'ONPFP a travaillé avec dynamisme à faire accepter et utiliser davantage le planning familial et à modifier en Tunisie le comportement et les attitudes envers la fécondité. Ses réalisations en font un exemple pour les autres pays francophones africains. Cette étude de cas approfondie des activités de planning familial dans un gouvernorat a prouvé les forces fondamentales des efforts de l'ONPFP et a mis en lumière un certain nombre de faiblesses relatives au programme. Le défi lancé à l'ONPFP dans les années 80 consiste à progresser à partir de l'acquis des années 70 à Jendouba et dans les 19 autres gouvernorats, afin de remplir la totalité du mandat inscrit au sixième Plan qui exige un nombre plus important d'acceptantes.

Pour ce faire, l'ONPFP est appelé à élaborer une stratégie au niveau national pour augmenter le taux de prédominance en milieu rural qui reste, malgré tout, très défavorisé par rapport au milieu urbain. La disponibilité des services est une des composantes essentielles du succès du programme que l'Office doit mettre en place à court terme. Il y a différentes actions à entreprendre dans ce sens:

- o un travail de programmation et d'évaluation au niveau régional s'impose. Les équipes régionales de l'ONPFP doivent être en mesure, avec l'aide des directions techniques du siège central, de mieux gérer l'infrastructure existante en surveillant la capacité des services, d'étudier les statistiques de service au niveau du centre et d'agir quand les performances sont au-dessous des objectifs fixés et d'identifier par une évaluation continue les différentes caractéristiques de la population et de la région;

- o les agents sociaux et économiques au niveau régional et local des différents ministères et organismes nationaux ont un rôle imortant à jouer pour aider l'ONPFP à s'acquitter de sa tâche. Les délégués de l'Office assument l'entière responsabilité pour nouer des relations idéales de collaboration. En définitive, le succès ou l'échec dépend entièrement d'eux.

Enfin, les projets spécifiques qui ont eu l'avantage de montrer clairement que les services de PF -- et même les services de santé de base -- peuvent être disponibles pour la population rurale isolée ne sauraient continuer indéfiniment car leur impact est limité aussi bien dans le temps que dans l'espace. La seule alternative est le développement pour les régions rurales d'un programme national à long terme. Ce qui n'est pas impossible vu la longue expérience que l'ONPFP a acquise depuis plusieurs années dans la gestion de l'action de la planification familiale en Tunisie.

Annexe A

LES DOCUMENTS DE BASE

1. Fiches de contact et fiches de mode d'emploi du projet PFPC

REPUBLIQUE TUNISIENNE

OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIAL ET DE LA POPULATION

DIVISION DE LA POPULATION

P. F. P. C.

1er passage : FERNANA

Fiche N° 1

Liste des acceptrices de pilule

Délégation :.....

Localité :.....

Distributrice : .....

Code Femme	Nom et prenom de la femme	Date de la visite	Mode d'approvisionnement préféré

308

REPUBLIQUE TUNISIENNE

OFFICE NATIONAL DU PLANNING
FAMILIAL ET DE LA POPULATION

DIVISION DE LA POPULATION

P. F. P. C..

1er passage FERNANA

Fiche N° 2

Liste des accetprices éventuelles d'autres méthodes

Délégation :.....

Localité :.....

Distributrice :.....

Code Femme	Nom et prénom de la femme	Date de la Visite	Methode				
			D.I.U.	L. T.	AV.	CONDOM	AUTRE

REPUBLIQUE TUNISIENNE

OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIAL ET DE LA POPULATION

DIVISION DE LA POPULATION

P. F. P. C.

1er Passage : FERNANA

Fiche N° 3

Liste des non acceptrices

Délégation :.....

Localité :.....

Distributrice :.....

Code Femme	Nom et prénom de la femme	Date de la Visite	Causes de la non acceptation									
			J.F.	Vve ou D.	Fde non Ombrée	Enceinte	Alla	Mari ab.	Mala de	Exp. aut. méth	AUT	

REPUBLIQUE TUNISIENNE

OFFICE NATIONAL DU PLANNING
FAMILIAL ET DE LA POPULATION

/DIVISION DE LA POPULATION /

P.F.P.C.

2ème passage FERNANA

Fiche N° 4

Femmes contactées au 1er passage et acceptrices potentielles d'autre méthodes

Délégation : .....

Localité : .....

Distributrice : .....

CODE FEM	NOM ET PRENOM DE LA FEMME	Méthode prescrite					Adoption de la méthode						
		DIU	L.T.	A.S.	Con-dom	Autre	Oui Date	Non pourquoi ?					
								Enceinte	Malade	Op.du mari	A change-vis	Manq. moy. dep.	Autre

REPUBLIQUE TUNISIENNE

OFFICE NATIONAL DU PLANNING
FAMILIAL ET DE LA POPULATION

/ DIVISION DE LA POPULATION/

P.F.P.C.

2ème Passage FERNANA

Fiche N° 5

Femmes contactées au 1er passage et acceptrices potentielles de pilule.

Délégation : .....

Localité : .....

Distributrice : .....

Code Femme	NOM ET PRENOM DE LA FEMME	Utilise les pilules		N'utilise pas les pilules				
				CAUSES				
		Correct.	Mal	Ef. secon.	Op.du mari	Util.1 aut.méth.	n'a pas comp.l'u	Autre

312

REPUBLIQUE TUNISIENNE

OFFICE NATIONAL DU PLANNING
FAMILIAL ET DE LA POPULATION

/DIVISION DE LA POPULATION/

P.F.P.C.

2ème passage FERNANA

Fiche N° 6

Femmes contactées au 1er passage et non

Délégation : .....

Localité : .....

Distribution: .....

Code femme	Nom et prénom de la femme	Accepte pilule	Résultat du 2ème passage											
			Accepte autre méthode					Refus de toutes méthodes						
								Causes						
			DIU	L.T	A.S	Cond	Autr.	d.enc.	all.	ns.S	M.ab.	stér.	op.M	autr

313

PROJET PFPC / 1er PASSAGE / JENDOUBA

P.F.P.C. FICHE DE CONTACT

Délégation..... Localité..... Journée du .../...../78
Enquêtrice.....
Prénom de la femme, épouse de .....
1Age de la femme .....Code : .....
2Nombre d'enfants vivants

Filles : .....

Garçons : .....

3Méthode de Planning Familial choisie :

1) Pilule, 2) DIU, 3) Crème, 4) Condom, 5) Avortement, 6) Ligature des trompes.

4. Non acceptrices

1) Jeune fille, 2) Non reglée, 3) Enceinte, 4) Allaitante, 5) Mari absent, 6) Veuve ou divorcée, 7) + 45 ans, 8) Emploi, autre méthode, 9) Autres.

5Pour les cinq premiers cas des nons acceptrices seulement :

La femme opterait pour : 1) Pilule, 2) DIU, 3) Crème, 4) Condom, 5) Avortement, 6) Ligature de trompes, 7) Aucune méthode, 8) Possible de recourir à la contraception.

PROJET PFPC/ 1er PASSAGE/JENDOUBA

P.F.P.C. FICHE DE CONTACT

Délégation .....Localité.....Journée du.../.../78
Enquêtrice.....
Prénom de la femme, épouse de .....
1Age de la femme .....Code.....
2Nombre d'enfants vivants

Filles : .....

Garçons :.....

3Méthode de Planning Familial choisie :

1) Pilule, 2) DIU, 3) Crème, 4) Condom, 5) Avortement, 6) Ligature des trompes

4. Non acceptrices

1) Jeune fille, 2) Non reglée, 3) Enceinte, 4) Allaitante, 5) Mari absent, 6) Veuve ou divorcée, 7) + 45 ans, 8) Emploi autre méthode, 9) Autres.

5Pour les cinq premiers cas des nons acceptrices seulement :

La femme opterait pour : 1) Pilule, 2) DIU, 3) Crème, 4) Condom, 5) Avortement, 6) Ligature des trompes, 7) Aucune méthode, 8) Possible de recourir à la contraception.

PROJET PFPC/ 1er PASSAGE/ AIN DRAHAM

P.F.P.C.-FICHE DE CONTACT

Délégation..... Secteur.....Localité.....Journée du / /78

Enquêtrice .....

Prénom de la femme, épouse de..... 12 13

1- Age de la femme.....Code : !__!__!__!__!__!__!..... !__!__! 6 7 8 9 10 11

2- Nombre d'enfants : !__!__! 14 15

Vivants : M.....F..... !__!__! 16 17

Décédés : M.....F..... !__!__! 18 19

3- Méthode de planning familial choisie : !__!__! 20 21

1)Pilule 2)DIU 3)Crème 4)Condom 5)Avortement 6)Ligature 7) Néosampoons

4- Non contraceptrices : !__!__! 22 23

01)Jeune fille 02)Non reglée 03)Enceinte 04)Allaitante 05)Mari absent 06)Emploi méthode traditionnelle, préciser.....07)Emploi méthode moderne, préciser .....08)+45ans 09Veuve,divorce 98)Autres, préciser.....

5- Pour la femme contraceptrice moderne, préciser l'origine de la motivation !__!__! 24 25

!1! PFPC (Fernana, Jendouba) !2! Equipe mobile (sage-femme) !3! Equipe mobile éducative de planning familial !4! Autre préciser.....

6- Pour les six premiers cas seulement (rubrique 4) : la femme opterait pour :

1)Pilule 2)DIU 3)Crème 4)Condom 5)Avortement 6)LIgature des trompes 7)Aucune méthode 8)Possible de recourir à la contraception !__! 26

7- Enfants d'âge préscolaire :(1 à 5 ans)

SEXE	AGE	POIDS	TAILLE	
-1				!__! 27
-2				!__! 28
-3				!__! 29
-4				

8- Cas de maladies (1)

Enfants / Maladies	- 6 ans	6 - 13	+ 13	OBSERVATIONS	
1/Maladies à traiter					
1°)Diarrhées				Oralyte	!__! 30
2°)Maladies oculaires				Pom.ophtalmique	!__! 31
2/à signaler à l'hôpital					
1°)Teigne					!__! 32
2°)Gâle					!__! 33
3°)Autres cas graves Indiquer					!__! 34
3/à suivre					
Tuberculose				Remise de convocation	!__! 35

(1) Mettre une croix dans les colonnes correspondantes.

315

PROJET PFPC/2ème PASSAGE/AIN-DRAHAM

P.F.P.C. -FICHE DE CONTACT

Délégation.....Secteur.....Localité.....Journée du / /79
Enquêtrice.....
Prénom de la femme, épouse de.....

1- Age de la femme.....Code : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 6 7 8 9 10 11

2- Nombre d'enfants : 12 13
Vivants : M.....F.....
Décédés : M.....F.....

3- Méthode de planning familial choisie au premier passage 14 15
1) Aucune méthode 2) Pilule 3) Crème 4) Condom 5) DIU 6) Ligature
7) Avortement 8) Emploie déjà une méthode, préciser..... 16 17

4- Utilisation Actuelle de la méthode choisie 18 19
0) Non 1) Oui

Pourquoi pas ? 20 21
01) Enceinte 02) Allaitante 03) Non réglée 04) Effets secondaires
05) Mari absent 06) Opposition du mari 07) Désir d'être enceinte 22 23
08) Manque du transport 09) Changé de méthode, préciser.....
98) Autre, préciser.....

5- Méthode de planning familial choisie au deuxième passage 24 25
1) Aucune méthode 2) Pilule 3) Néosampoon 4) Crème 5) Condom
6) DIU 7) Ligature 8) Avortement

6- Raison de la non acceptation d'une méthode au deuxième passage 26
01) Enceinte 02) Allaitante (moins de 6 mois) 03) Non réglée 04) Mari absent 05) Opposition du mari 06) Désir d'être enceinte 07)Stérile 08) Nonéligible: -15 ans, +45 ans, veuve, divorcée 09) Emploie déjà une méthode, préciser.....98) Autre, préciser.....

7- Enfants d'âge préscolaire : (1 à 5 ans)

SEXE	AGE	POIDS	TAILLE
-1			
-2			
-3			
-4			

27 28

8- Cas de maladies (1) 29

Enfants / Maladies	- 6 ans	6-13	+13	Observations
1) Maladies à traiter				
1)Diarrhées				Oralyte
2)Maladies occulaires				Pom. ophtalmique
2)A signaler à l'hôpital				
1) Teigne				
2) Gale				
3) Autres cas graves Indiquer				
3) A suivre				
Tuberculose				Remise de convocation

30 31 32 33 34 35

1) Mettre une croix dans les colonnes correspondantes.

316

A.V/ OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIAL ET DE LA POPULATION

/DIVISION DE LA POPULATION/

P. F. P. O.

Fiche Réapprovisionnement.

Délégation : .....

Localité : .....

Douar : .....

CODE ACCEPTRICE	NOM ET PRENOM DE LA FEMME	Date de la prem. accep-tation	Cyc. de pil distr.				Nbre de condoms distribués				Nbre de crème ou gelée dis				Date de réapprovisionnement				Point de réappro-visionnement	Code 1er passage	Observa-tions
			Réapprov.				Réapprov				Réapprov.										
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1er	2ème	3ème	4ème			

A-14

317

REPUBLIQUE TUNISIENNE

OFFICE NATIONAL DU PLANNING FAMILIAL ET DE LA POPULATION

DIVISION DE LA POPULATION

P. F. P. C.

1er passage

Rapport journalier

Délégation :.....

Localité :.....

Distributrice	Code Femme	Nom et prénom de la femme	Date de la Visite	Résultat du contact		
				accep.pil.	accep.éven. aut. métho.	non acceptrice

P. F. P. C.

DISTRIBUTION DES PILULES

LISTE DES CONTRE INDICATIONS

NE PAS DONNER DES PILULES POUR TOUTE FEMME

1 - Célibataire
2 - Veuve
3 - Divorcée
4 - Agée de plus de 44 ans
5 - Non Règlée
6 - Enceinte
7 - Ne vivant pas avec son mari
8 - Souffrant d'une des maladies suivantes : cœur, varices, hypertension diabète, jaunisse récente ou actuelle, maladie mentale, très obèse.
9 - Employant une des méthodes de contraception telle que : D.I.U. ligature, pilule.
10 - Allaitant un bébé de moins de 4 mois
11 - Ayant un mari absent pour une durée de plus de 4 mois .
12 - Stérile.

AVIS IMPORTANTS :

Toute distributrice est tenue de se conformer à ces contre indications. *Toute* distributrices doit veiller sur la bonne santé de la femme et ne pas lui prescrire la pilule si celle-ci se trouve dans les cas-indiqués.

(أي قبل ما ترقدي)

من المستحسن بـاش المرأة ما تنساش أخذ الحرابـش لان اذا نسات ما خذاتش حربوشة تنجم تحبل والا يجيها طريق الشهر (الفسلة) من غير وقتو الشيء الي ينجم يقلقها.

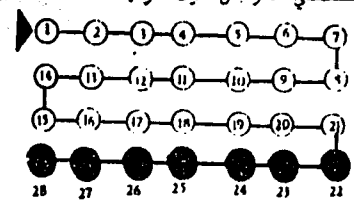
بعض القلق الي يمكن تتعرضلو المرأة وقت ما تاخذ الحرابش لاول مرة :

بصفة عامة المرأة الي تستعمل في الحرابش وهي لباس عليها الحرابش مايؤثروش عليها بالكل في الايام الاولى ثم بعض قلق كيما (الـدوخـة) وشوي تعب ووجيعة في الرأس.

هذه الاوجاع كلها تشبه للاوجاع الي تجيء للمرأة في مدة طريق الشهر والا في الوسم وعلى كـل حـال ما هيـاش مخطـرة وتتلحـه بالشويـه (أي بعد شهر أو شهرين) .

واذا كان جاتك أوجاع غير عادية يلزمـك تتصـلي بالطبيـب أو بمركز التنظيم العائلي وغادي تنجمي تلقي كل ما تحتاجيلو من علاج بلاش فلوس.

كيفاش تستعملي الحرابش لأول مرة.



هـام : في النهار الخامس من الفسلة تبدي تأخذ مـن الحربـوشة عـدد 1 وديما في اتجاه الخط الازرق حتى توصلي الى الحربوشة عـدد 28 وقتها تبدي في الباكو الثانـي.

الأقـراص : وقـايـة من الحمل مع الصحـة وسهـولـة الاستعمـال

،، النيوسامبون ،، حبوب واقيـة من الحمـل

ان الوسائل الكيميائية الواقية من الحمل تقدم فائدة جمة وخاصة ان استعمالها سهل للغاية فوضع قرص داخل مهبل المرأة لا تتجر عنه أية مضاعفات أو اتعاب.

تركيب ،، النيوسامبون ،،

كل قرص من ،، النيوسامبون ،، يحتوي على 60 مغ من المنفيغول.

فعاليته .

كل قرص من النيوسامبون يوضع بدقة و بعمق داخل المهبل يذوب بسهولة ويتحول الى مادة مسطحة ،، كالجليد ،، تتسبب في ابادة الحيوانات المنوية داخل الرحم.

طريقة الاستعمال .

ان انجع طريقة في استعمال النيوسامبون تكـون في شكـل جلوس المـرأة ،، القرفصاء ،، وتناول قرص بين اصبعين ثم يوضع داخل المهبل.

المدة الزمنيـة .

تتراوح مدة وضع النيوسامبون عادة بين الدقيقتين والعشر دقائق قبل العلاقة الجنسية. ويجب الابتعاد عن استعمال ،، الدوش ،، أو الحمام فور الانتهاء من العلاقة الجنسية ولمدة خمس ساعات. وفي صورة تواصل العلاقة الجنسية أكثر من ثلاثين دقيقة أو تكرار عملية القذف المنوي فانه لا بد من اضافة قرص اخر من ،، النيوسامبون ،، مزيدا من الاحتياط.

الجمهورية التونسية

الديـوان القومي للتنظيم العائلي و العمران البشري

كيفاش المـرأة يـلزمهـا تستعمل الحرابـش

استعمال الباكو الاول :

تستني طريق الشهر (الفسلة) ونهار الخـامس من الفسلة تبدي تأخـدي الحربوشة الاولة من اللـون الابيـض في اتجاه الخط الازرق كـل ليلة قبل ما ترقدي تأخذي حربوشة حتى اخر وحدة

بعدما تكملي الحرابش البيض تبدي تأخذي الحـرابش القهوي مـن غير ما تتوقفي على الاخذ كل ليلة حتى فـي مـدة طريق الشهر (الفسلة) .

الباكو الثاني :

بعدما توفي الحرابش القهوي متاع الباكو الاول تبدي فـي الباكو الثاني من غير ما تتوقفي ويلزمك تستعملي الحرابش البيض في اتجاه الخط الازرق كيما استعملت الباكو الاول وتستمري باكـو بعد باكو حتى ترجعلك مـرشـدة التنظيم العائلي واذا وفاولك الباكوات الكل قبل ما ترجعلك المرشدة تنجمي تأخذي الباكوات الاخرين من مركز التنظيم العائلي القريب ليك

نصائح مهم اخذ الحرابش : .

ـــ يلزمك تأخذي كل يوم حربوشة من البيض قبل ما ترقدي ديمـا في اتجاه الخط الازرق .

ـــ يلزمك تأخذي الحرابش حتى وقت الفسلة من غير ما تتوقـفي.

ـــ يلزمك تبدي ديما بالحرابش البيض في اتجاه الخط الازرق وتوفي الحرابش القهوي مدة الفسلة.

ـــ اذا كان نسيتي ليلة ما خذيتيش حربوشة يلزمك من غدوة تأخذي حربوشتين وحدة في الوقت الي تفكرتي فيه ووحـدة في وقت العادة

COMPRIMES VAGINAUX 'NEO SAMPOON'

Ces contraceptifs chimiques présentent l'avantage de s'appliquer avec facilité simplement introduire profondément dans le vagin le comprimé et cette simplicité favorise sa grande acceptabilité.

COMPOSITION :

Chaque comprimé contient 60 Mg de Menfegol

ACTION DU NEO SAMPOON :

Un comprimé de Néo Sampoon introduit aussi profondément que possible dans le vagin se dissout et se transforme en gelée épaisse qui détruit les germes et spermotozoides à l'intérieur du vagin.

EMPLOI :

la meilleure position pour l'introduction du comprimé est de s'accroupir, tenir le comprimé entre l'index et le majeur et l'introduire profondément.

TEMPS DE L'INSERTION :

2 à 10 mn avant le rapport sexuel, introduire un comprimé de Néo Sampoon profondément dans le vagin.

Eviter de se doucher ou de prendre un bain immédiatement après le rapport sexuel.

Au cas où les rapports sexuels durent plus de 30 mn ou si l'éjaculation se répète, il est conseillé d'introduire un autre comprimé pour plus de précaution.

320

الفحص الطبي والتموين

التاريخ		التموين		
الفحص الطبي	التموين	عدد علب الاقراص الموزعة	عدد الاغشية الحاجزة الموزعة	عدد المراهم والمجمدات الموزعة

مراكز التموين من طرف ممرض حفظ الصحة

يوم الزيارات	مركز التموين	مراكز يزورها الطبيب

A-18

الديوان القومي للتنظيم العائلي
والعمران البشري

بطاقة اقبال على التنظيم العائلي

عدد ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

اسم ولقب المراة _____

المعتمدية _____ المشيخة _____ المنطقة _____

طريقة تحديد النسل التي اختارتها المراة

الاقراص ☐ الغشاء الحاجز ☐ المراهم والمجمدات ☐

تاريخ اول اقبال على التنظيم العائلي ____ / ____ / 197____

تاريخ وضع الالة ____ / ____ / 197____

تاريخ سحب الالة ____ / ____ / 197____

تاريخ الاجهاض ____ / ____ / 197____

2. Questionnaire de l'Enquête de Fernana

REPUBLIQUE TUNISIENNE
Office National du Planning
Familial et de la Population

PROJET PFPC : JENDOUBA

ENQUETE PRELIMINAIRE

DELEGATION DE

FERNANA

REPUBLIQUE TUNISIENNE

Office National Du Planning Familial et de la Population

PROJET PFPC : JENDCUBA

ENQUETE PRELIMINAIRE : DELEGATION DE FERNANA

Carte [1]

Fiche d'identification Numéro Questionnaire [ ] [ ] [ ] [ ] 2 4

A) Localité _____ [ ] 6

B) Douar _____ [ ]

Nom du chef de famille _____

Prénom de l'Enquêtée _____

C) Code de l'enquête [ ] [ ] [ ] [ ] 9 10 12

D) Situation de la femme par rapport au Planning Familial

- Acceptrices Pilule [1] _____
- Acceptrices D.IU [2] _____
- " Ligature de trompes [3] _____ [ ] 13
- Non acceptrices [4]
- Non contactées [5]

E) Date de l'Enquête (jours et mois) _____ [ ] [ ] [ ] [ ] 14 15

Questionnaire vérifié le _____ par _____

F) Résultat de la visite effectuée

Visite	Résultat
1	
2	
3	

Code résultat :
- Interview effectuée [1]
- n'est pas chez elle [2]
- a changé de domicile [3]
- décédée [4]
- refus de l'interview [5]

[ ] 18

I FICHE COMMUNE

1) êtes-vous mariée actuellement ? 19

انت معرســـة توا والا لا ؟

Oui [1] Non [2]

↓

si la femme n'est pas mariée, arrêter l'interview

2) votre mari vit-il actuellement avec vous ? 20

راجلك عايش معاك توا والا لا ؟

Oui [1] Non [2]

(Passer à 4)

↓

3) depuis combien de temps est-il absent ? 21

قـــداش عنـــده غـــايب ؟

- moins de trois mois [1]
- plus de 3 mois [2]

325

4) quel âge avez-vous ?

قـــداش عمـــرك

- moins de 20 ans [1]
- 20 à 24 ans [2]
- 25 à 29 ans [3]
- 30 à 34 ans [4]
- 35 à 39 ans [5]
- 40 à 45 ans [6]
- 45 ans et plus [7]
- ne sait pas [8]
- non déclaré [9]

[ ] 22

si le mari de la femme est absent depuis + 3 mois, ou si la femme a plus de 45 ans: Arrêter, l'interview

5) quel est votre niveau de scolarité ?

قـــريتيش وحتـــى الويـــن وصلتـــي ؟

- aucune instruction [1]
- kouttab, éducation sociale [2]
- primaire [3]
- secondaire et technique [4]
- superieur [5]
- ne sait pas [8]
- non déclaré [9]

[ ] 23

6) quel est le niveau de scolarité de votre mari ?

راجلك قراشي وحتى لوين وصل ؟

- aucune instruction [1]
- koutteb, éducation sociale [2]
- primaire [3]
- secondaire, technique [4]
- supérieur [5]
- ne sait pas [8]
- indéterminé [9]

24

7) est-ce que vous exercez une profession rémunérée, soit chez vous

تخدمشي خدمة تصورمنها الفلوس سواء في الدار او خارج الدار؟

- n'exerce aucune profession rémunérée [1]
- activité à domicile [2]
- activité partiellement à l'extérieur [3]
- activité entièrement à l'extérieur [4]
- non déclaré [9]

25

Enquêtrice: Pour les réponses 2, 3, 4 poser la question 8, sinon passer à la question 9

8) quelle est votre profession ?

اشنـي ها الخدمة من فضلك ؟

- ouvrière agricole [1]
- couturière ou tricoteuse à domicile [2]
- ouvrière qualifiée [3]
- petites et moyennes employées de l'administration [4]
- autres précisez [5]
- non déclarée [9]

26

327

9) quelle est la profession de votre mari ?
اشنـي خدمة راجلك ؟ [27]

- chômeur [1]
- ouvrier agricole [2]
- journalier [3]
- ouvrier qualifié [4]
- artisans et petits commerçants [5]
- petit et moyen propriétaire terrien [6]
- petit et moyen employé de l'administration [7]
- émigré à l'étranger [9]

10) avez-vous encore vos règles ?
مازالتش تجيك الغسلـة ؟ [28]

Oui [1] ↓ Non [2] ↓

11) avez-vous jamais été enceinte ?
عـركشي حبلتـي بالكـل ؟ [29]

Oui [1] ↓ Non [2]
(arrêter l'interview)

12) etes-vous enceinte actuellement ?
انت حبلى توا والا لا ؟ [30]

Oui [1] ↓ Non [2]
(passer à la question 14)

13) depuis combien de temps êtes-vous enceinte

قداش ليك حبلى تسوّا ؟

- - 3 mois [1]
- 3 à 6 mois [2]
- + 6 mois [3]

31

14) combien d'enfants vivants avez-vous ?

قداش عندك اولاد وبنات حيين ؟

32

Filles _____ 33

Garçons _____

Total _____ 34

15) combien d'enfants sont décédés

قداش عندك اولاد وبنات متوفيين ؟

35

Filles _____ 36

Garçons _____

Total _____ 37

16) avez-vous eu de fausses couches ?

رميتيش بالكل ؟

38

Oui [1] Non [2]

(Passer à la Q.18)

17) combien de fausses couches avez-vous eues ?

قداش رميتي من مرة ؟

39

[1] 1 fois [2] 2 fois [3] 3 fois [4] + 3 fois

329

7

18) avez-vous été enceinte pendant les 3 dernières années ?
حملتيش في الثلاث سنين اللي فاتوا ؟

Oui [1] Non [2]

40

19) avez-vous un enfant que vous nourrissez au sein ?
عندكش صغير توا اللي ترضعي فيه من صدرك ؟

Oui [1] Non [2]
(Passer à Q. 21)

41

20) avez-vous un enfant que vous ne pouvez nourrir au sein par manque de lait ?
عندكصغير توا اللي موش ترضعي فيه من صدركعلى خاطرما عندكش حليب ؟

Oui [1] Non [2]

42

21) quel est l'âge de votre dernier enfant vivant ?
قداش عمر صغيرك الاخر اللي ؟

- moins de 6 mois [1]
- 6 mois à 1 an [2]
- 1 an à moins de 2 ans [3]
- 2 ans à moins de 3 ans [4]
- 3 ans et plus [5]
- ne sait pas [8]
- non déterminé [9]

43

338

22) desirez-vous avoir encore des enfants (à par éventuellement l'enfant que vous portez) ?

تحبش تجيب صغار اخريـــن ؟

44

Cui [1] Non [2] Ne sait pas [3]

(Passer à Q.25) (Passer à Q.25)

23) combien d'enfants voudriez-vous encore avoir ?

قـداش من صغير اخر تحبـي تجيـــي

45

- 1 enfant [1]
- 2 enfants [2]
- 3 enfants [3]
- 4 enfants [4]
- 5 enfants et + [5]

Tout dépend de Dieu [6]
Nombre indéterminé [7]
Ne sait pas [8]
N.D [9]

Enquêtrices : Pour les femmes non enceintes actuellement poser

24) Pour quand envisagez-vous la prochaine grossesse?

وقتـاش تحبـي تحبلـي من جـــديد ؟

46

- le plus tôt possible [1]
- durant l'année prochaine [2]
- dans 2 ans [3]
- dans + 2 ans [4]
- ne sait pas [8]
- non déterminé [9]

331

II. La Planification Familiale: Connaissances et Pratiques

25) Je voudrais vous parler du sujet des méthodes de planification familiale.

Pouvez-vous me dire d'abord si vous en avez jamais entendu parler

نحب نتحدث معاكتوا على وسائل التنظم العائلي (الوسائل اللي تخليك تعمري وتجيبي الصغار وقت اللي تحبي)

عمركش سمعت بها الوسائل هذه من فضلك ؟

[1] Oui [2] Non

47

26) Pour être plus explicite, je vais vous citer quelques méthodes et vous allez me dire si, vous les connaissez et si vous les avez jamais utilisées

باش نزيد نوضح كلامي ماش نوصفيلك بعض ها الوسائل ومن فضلك تقوليلي اذا سمعتي بيهم والا لا واستعملتهمش

(encercler la réponse oui ou non)

48

	connais col I سمعتش بها الوسيلة	utilisée col 2 استعملتهاشي بالكل
1) Pilule ثمة وسيلة متع تصبير تتسمى الحرابش معناه كل نهار المرا يلزمها تشرب حريوشة ؟	Oui [1] → Non [2] ↓	[1] Oui → [2] Non ↓
2) D.I.U ثمة نساء باش يصبروا يحطلهم الطبيب والا القابلة الالة وتسمى ستويد وواد الفلة ؟	Oui [1] → Non [2] ↓	[1] Oui → [2] Non ↓
3) Crèmes gelées ثمة نساء يستعملو بوماضة والا مفاتل باش يصبروا •	Oui [1] → Non [2] ↓	[1] Oui → [2] Non ↓
4) Condoms ثم رجال يستعملو شكاير خاصة باش يفرغو فيهم وانت ما تحبليشي	Oui [1] → Non [2] ↓	[1] Oui → [2] Non ↓
5) Calendrier ثم شكون يستعمل طريقة الحساب باش يصبروا معناه ثمة ايام في الشهر اللي يمكن للمرا ما تحبل فيهم وما ترقد مع راجلها كما في ها الايام بركة•	Oui [1] → Non [2] ↓	[1] Oui → [2] Non ↓

49 51 53 55 57

332

6) Retrait ثمة رجال باش ما تولدش نساهم يجبدو ارواحهم وقت اللي يرقدوا مع نساهم	سمعتيش بها الوسيلة Oui 1 →	استعملتهاش Oui 1	59
	Non 2	Non 2	
7) Ligature des trompes ثمة نساء يعملو عملية ربط القنوات باش ما عادش يولدو.	Oui 1 Pour les femmes qui ne sont pas enceintes actuellement →	Oui 1	61
	Non 2	Non 2	
8) Vasectomie ثم رجال يعملو عملية زادة باش ما عادش يولدو.	Oui 1 Pour les femmes qui ne sont pas enceintes actuellement →	Oui 1	63
	Non 2	Non 2	
9) Autres précises Enquêtrices : Question ouverte تعرفشي وسيلة اخرى عربي متع تصبير الولاد ما تشنسي بها الوسيلة _____ _____	Oui 1	Oui 1	65
	Non 2	Non 2	

333

27) **Pour les enquêtrices:**

- aucun oui en col. 1 (arrêter l'interview)	- au moins 1 oui en col. 1 aucun oui en colonne 2 (passer à 34)	- au moins 1 oui en colonne 2
1	2	3 ↓

67

28) Qui vous a planifiée pour la première fois ?
اشكون اول واحد عطاك وسيلة من وسائل التنظم العائلي ؟

Enquêtrice : si la femme trouve des difficultés, liser la liste

- Enquêtrice PFPC 1
- بناويت التنظم العائلي
- Agent paramédical 2
  الفرملي
- Clinique PF 3
  مركز التنظم العائلي
- Hôpital 4
  السبيطار
- Medecin 5
  الطبيب
- Autres précisez 6
  مصدر اخر اشنو بالضبط
- Ne sait pas 8

68

29) Est-ce que vous ou votre mari utilisez actuellement une méthode de planning familial ?
في الوقت الحاضر تاعداشي تستعملي انت ولا راجلك في وسيلة من وسائل التنظيم العائلي ؟

Oui 1 ↓ Non 2 (passer à 34).

69

12

30) Quelle méthode utilisez-vous ?

اشنى الوسيلة اللي تستعمل فيها انت ولا راجلك من فضلك ؟

- Pilule [1]
الحرليش
- D.I.U [2]
اسكيد والا الرباط
- Ligature des trompes [3]
عملية ربط القنوات
- Vasectomie [4]
عملية الراجل
- Crèmes gelées [5]
الكريمة
- Condom [6]
الكوندوم
- Calendrier [7]
الحساب
- Retrait [8]
تفريغ البر
- Autres précisez [88]
- Non déterminé [99]

70

31) Depuis quand est-ce que vous utilisez cette méthode ?

قداش ليك تستعملي في ها الوسيلة ؟

- - 3 mois [1]
- de 3 à 6 mois [2]
- de 7 à 12 mois [3]
- de 13 à 24 mois [4]
- + 2 ans [5]
- ne sait pas [8]
- indéterminé [9]

72

32) Est-ce que vous comptez continuer avec la méthode que vous utilisez actuellement ?

تساويش تواصلي في استعمال ها الوسيلة حتى ؟

Oui [1] (passez à

Non [2] ↓

73

335

33) Quelle méthode adopteriez-vous éventuellement ?
اشنـــي الوسيلة الاخـــرى اللي ممكن تختاريها ؟

- aucune [1]
- pilule [2]
- D.I.U [3]
- Crèmes, gelées, condoms [4]
- Calendrier [5]
- Retrait [6]
- Autres précisez [7]
- Ne sait pas [8]

74

---

34) Est-ce qu'il y a une ou des méthodes de Planning Familial que vous avez acceptée(s) mais jamais utilisée(s) :
شاشي وسيلة والا وسائل متع التنظيم العائلي قبلتي باش تستعمليها وما استعملتيهاش بالكـــل ؟

Oui [1] Non [2]

(poser la question 36)

75

---

35) Quelle est (sont) cette (ces) méthodes ?
اشني الوسيلة (ولا اشنوا الوسـايل) من فضلـك ؟

<u>Enquetrice</u> Encerclez les 3 premières méthodes citées par l'enquetée)

- Pilule [1]
خرابـــة
- D.I.U [2]
سكويد و ـــ رباط
- Crèmes, gelées [3]
كريـــــمة
- Condoms [4]
شكـــايـر
- Ligature des trompes [5]
عملية ربـط القنـــوات

76

77

78

336

36) Pour quelle raison n'avez-vous pas utilisé cette (ces) méthodes ?

اشنوا السبب اللي خلاك ما تستعمليش ها الوسيلة (والا ها الوسائل)

79

- aucune raison [1]
- peu d'effets secondaires [2]
- opposition du mari [3]
- désir d'être enceinte [4]
- stérilité probable [5]
- enceinte [6]
- allaite [7]
- manque de moyens de transport [8]
- autres précisez [9]
- n. s. p [89]

---

37) Au moins un oui en col. 1 Aucun oui en col. 2 [1]

(Passer à 41)

Au moins un oui en col. 1 et au moins un oui en col. 2 [2]

81

---

38) Pour chaque méthode suivante, dites-moi, s'il vous plait, la dernière que vous aurez utilisée pendant un certain temps puis arrêté ?

ماش نذكرك في بعض وسائل التنظيم العائلي ومن فضلك تقوليلي اشني آخر وسيلة اللي يمكن استعملتيها وبطلت من استعمالها .

82

- aucune méthode [1] (Passer à 41)
- pilule الحرابش [2]
- D.I.U اسكويد و الرباط [3]
- Crèmes, gelées الكريمة [4]
- Condoms الشكابر [5]
- Ne sait pas [8]

39) **Enquetrice** :

pendant combien de temps l'avez-vous utilisée ?

قداش قعدتي تستعملي فيها ؟

- - 3 mois [1]
- de 3 à 5 mois [2]
- de 7 à 12 mois [3]
- de 13 à 24 mois [4]
- + 2 ans [5]
- N.S.P [8]

[ ] 83

40) Pourquoi avez-vous abandonné l'utilisation ?

علاش بطلتي استعمال ها الوسيلة ؟

- peu d'effets secondaires [1]
- effets secondaires ressentis [2]
- opposition du mari [3]
- désir être enceinte [4]
- stérilité probable [5]
- tombée enceinte [6]
- a changé de méthode [7]
- manque d'approvisionnement [8]
- ne sait pas [98]

[ ] 84

41) Est-ce qu'on vous a jamais conseillée l'utilisation d'une ou de plusieurs méthodes de Planning Familial ?

نصحكشي حتى واحد باش تستعملي وسيلة من وسائل التنظيم العائلي ؟

Oui [1] Non [2]

(passer à 42)

[ ] 86

338

42) Qui vous a conseillée l'utilisation d'une méthode du planning familial pour la première fois ?

اشكون اول واحد نصحك باش تستعملي وسيلة من وسائل التنظيم العائلي ؟

- personne حتى واحد [1]
- projet PFPC بناويت التنظيم العائلي [2]
- le mari راجلهـــا [3]
- autre parent واحد من الاقارب [4]
- voisins الجيـــران [5]
- radio, télé الزاديـو والتلفزة [6]
- reunion اجتمـــاع [7]

[|] 87

III. Disponibilité des services de Planification Familiale

43) Est-ce que vous etes au courant de la visite dans votre secteur

1) Du medecin du Planning Familial
طبيب التنظيم العائلي
Oui [1] Non [2] 89

2) De l'infirmier hygieniste
الفرملي
Oui [1] Non [2] 90

3) De l'équipe mobile
القابلة
Oui [1] Non [2] 91

---

44) Enquêtrices : voir la Q. 26, col. 2
Femmes ligaturées [1] Autres [2] 92
(Passer à la question 53)

---

45) Si vous desirez changer de méthode ou adopter une méthode de planification familiale pour la première fois savez-vous où vous pouvez aller vous adresser ?
اذا يوم من الايام تحبي تختاري وسيلة من وسائل التنظيم العائلي لاول مرة والا تحبي تبدلي الوسيلة اللي تستعملي فيها توا تعرفشي منين والا لويس تتجمي تروحي باش تتحصلي على ما الوسيلة ؟
Oui [1] Non [2] 93
(passer à Q. 53)

46) Précisez-moi où vous allez vous adresser ?
قوليلي بالضبط لوين تروحي والا اشكون يعطيك ها الوسيلة ؟

- Point de rassemblement de l'infirmier hygieniste الفرملي — 1
- Pharmacie الصيدلي — 2
- Equipe mobile القابلة — 3
- Clinique du PF مركز التنظيم العائلي — 4
- Hôpital المستشفى — 5
- Médecin privé طبيب خاص — 6
- Médecin du Planning Familial طبيب التنظيم العائلي — 7
- Autres, précisez بقعة اخرى اشني بالضبط — 8
- Ne sait pas — 98

94

47) Combien vous faut-il de temps pour y aller ?
قداش يلزمك وقت باش تروح للبقعة اللي حدثتني عليها ؟

Enquêtrice : Question ouverte, écrire la réponse

_____

_____

95

48) Enquêtrice : voir la Q. 26 col. 2

Contraceptrices de pilules 1 — Autres 2 (passer à Q. 53)

96

49) Est-ce que vous vous êtes déjà reapprovisionnée ?

زدتي خذيتي الحرابش في وقت من الاوقات ؟

Oui [1] ↓ Non [2] (passer à la Q. 52) [ ] 97

50) Combien de fois ?

قداش من مرة زدتي خذيتي الحرابش؟

- 1 fois _____ [1]
- 2 fois _____ [2]
- 3 fois _____ [3]
- + 3 fois _____ [4]
- ne sait pas ___ [5]

[ ] 98

51) Qui vous a réapprovisionnée ?

اشكون زاد عطاك الحرابش؟

- Enquetrice du projet PFPC بناويت التنظيم العائلي [1]
- Infirmier hygieniste الفرملجي [2]
- Pharmacie الصيدلي [3]
- Equipe mobile القابلة [4]
- Clinique du PF مركز التنظيم العائلي [5]
- Hôpital المستشفى [6]
- Medecin privé طبيب خاص [7]
- Autres précisez [8]

[ ] 99

342

52) Pourquoi ne vous vous êtes pas réapprovisionnée ?

علاش ما زدتيش خذيت حرابش

- Pas besoin jusqu'à ce jour [1]
  حتى لليوم عندي ما يكفيني
- Trop éloignée [2]
  تسكن بعيدة
- A abandonné la méthode [3]
  بطلت استعمال الوسيلة
- Ne sait pas à qui s'adresser [4]
  ما تعرفش عند شكون تتجم تزيد تاخذ الدرابش
- Autres, préciser [5]
- Ne sait pas [8]

100

53) Avez-vous une carte d'acceptrice ?

خذيتيش ورقة باش تاخذي الحرابش وتقابلي الطبيب متع التنظيم العائلي ؟

Oui [1] Non [2]

(arrêter l'interview)

101

54) Pouvez-vous n e la montrer ?

تجمش تشوفيها

- Carte non trouvée [1]
- Carte trouvée et utilisée [2]
- Carte trouvée, mais pas utilisée [3]

102

Enquêtrice : Remercier l'enquêtée - fin de l'interview

343

3. Questionnaires des enquêtes de l'Oralyte et de Néo Sampoon

OFFICE NATIONAL DU PLANNING
FAMILIAL ET DE LA POPULATION

DIRECTION DE LA POPULATION

J E N D O U B A

ENQUETE SUR LA DISTRIBUTION DE L'ORALYTE

Octobre 1979

345

Code enquêtrice

Logement N°.....

Questionnaire N°.....

Cheikat .....Douar .....

Nom et adresse et l'enquêtée .....

.....

Rapport de visite:	1er visite:	2è visite	3è visite
Date			
Résultat			

Code résultat

1. Complet
2. En attente
3. Refus
4. Autre..... Préciser

	Dirigé par	Vérifié par	Codé par	Perforé par
Nom				
Adresse				

Remarques : .....

.....

Combien avez-vous d'enfants de moins de cinq ans et qui vivent avec vous à la maison ?

0 Enfant !0! ___ fin de l'interview

1 Enfant !1!

2 Enfants !2!

3 Enfants et + !3!

Y-a-t-il parmi eux un qui a eu la diarrhée ces derniers mois?

Oui !_1! Non !_2! (passer à 6)

Pouvez-vous me dire combien de jours est-il resté malade ?

1 Moins de trois jours !_1!

2 de 3 à 6 jours !_2!

3 Une semaine et plus !_3!

Par quel médicament

L'avez-vous soigné ?

Oui !_1! Non !2_! (passer à 6)

Par quel médicament l'avez-vous soigné ?

1. avec l'oralyte donné par l'animatrice de PFPF. (passer à 8) !_1!
2. au dispensaire !_2!
3. à l'hôpital !_3!
4. mélange de sucre et de sel !_4!
5. thé !_5!
6. autres..... (préciser) !_6!
9. Ne sait pas !_9!

Il y a quelques temps, vous avez reçu de la part de l'animatrice un paquet d'oralyte pouvez-vous me dire quion avez-vous fait ?

1. Elle n'a pas reçu !_1!
2. L'a actuellement !_2!
3. L'a donné à quelqu'un d'autre !_3!
4. L'a perdu !_4!
5. L'a jeté !_5!
6. Autre ..... (préciser) !_6!
9. Ne sait pas !_9!

Fin de l'interview pour les femmes qui ont répondu non à la Q. 2.

Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'avez pas utiliser l'oralyte pour soigner votre enfant ?

1. n'a pas compris le mode d'emploi	!1 !
2. préfère les autres méthodes	!2 !2
3. rumeur sur le médicament	!3 !
4. manque de confiance	!4 !
5. a reçu l'oralyte après la diarrhée	!5 !
6. autres raisons ..... (préciser)	!6 !
9. ne sait pas	!9 !

(Passer à la Q. 9)

Pouvez-vous me donner votre avis sur l'oralyte avec lequel vous avez soigné votre enfant ?

1. Efficace	!1 !
2? Peu efficace	!2 !
3. Pas efficace du tout	!3 !
9. Ne sait pas	!4 !!

Quand vous avez reçu la visite de l'animatrice sociale vous avez accepté de commencer ou de continuer une méthode de P.F. Pouvez-vous me dire si vous l'utilisez actuellement ?

Oui !1 ! Non ! 2!

(FIN DE L'INTERVIEW)

H-' ROJET P. F. P. C.

SONDAGE ACCEPTRICES DU NEO- SAMPOON

1 - Il y a quelque temps, vous avez accepté une méthode contraceptive appelée Néo-Sampon ?

Avez-vous utilisé cette méthode?

Oui !1! Non !2!

2 - Pourquoi, n'avez-vous pas utilisé cette méthode ?

1. Peur d'effets secondaires
2. Tombée enceinte
3. Désir être enceinte
4. Mari absent
5. Opposition du mari
6. Autres
9. Ne sait pas

3 - Utilisez-vous actuellement cette méthode ?

Oui !1! Non !2!

Passer question 6

4 - Pourquoi avez-vous abandonné l'utilisation de cette méthode ?

1. Effets secondaires ressentis
2. Manque d'approvisionnement
3. Tombée enceinte
4. Désir être enceinte
5. Mari absent
6. Opposition du mari
7. Utilise autre méthode
9. Non déclaré.

5 - Pourquoi combien de mois avez-vous utilisé cette méthode avant de l'abandonner ?

1. de 1 mois
2. de 1 à 2 mois
3. de 3 à 4 mois
4. de 5 à 6 mois
5. 6t mois et plus
9. N.S.P.

6 - Avez-vous tombé enceinte tout en utilisant cette méthode ?

Oui |1| Non |2|

7. Que pensez-vous de cette méthode ?

1. Pratique
2. Pas de signe d'effets secondaires
3. Efficace
4. Autres
9. Non déclaré.

4. Questionnaire de l'Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives

ENQUETE DE PREDOMINENCE DES METHODES CONTRACEPTIVES

Code enquêtrice logement N° .....

!__!__! Questionnaire individuel N° .....

Secteur_____ Délégation _____

Sous secteur_____ Cheikh ou commune_____ Localité_____

Strate_____ Urbain !1! Rural !2!

Nom et adresse de l'enquêtée : _____

_____

Rapport de visite	1ère visite	2ème visite	3ème visite
Date			
Heure début			
Heure fin			
Durée de l'enquête			
Résultat			

Codes de résultats

1 - complet
2 - incomplet (indiquer les raisons)
3 - En attente
4 - femme hors âge de fécondité
5 - Refus
6 - Autres _____ (spécifier)

	Dirigé par	Vérifié par	Codé par	Perforé par
NOM				
DATE				

REMARQUES / : _____

_____

352

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

SECTION I, ELIGIBILITE ET ANTECEDENTS E PERSONNELS

101- قداش عمرك من فضلك ؟ ..... عام

102- عندكشي بطاقة عريف ، ولا بطاقة ولادة

نجمشي انشوفها ؟ [1] نعم

[2] لا

103- قلي من فضلك اما عام واما شهر تولدت ؟

POUR LES FEMMES QUI ONT UNE CARTE OU UN BULLETIN, L'EXAMINER AVANT D'ECRIRE LE MOIS ET L'ANNEE DE NAISSANCE.

---------- 19 ----------
(mois) année)

Examiner toute contradiction et corriger.

Age corrigé ----------
(en année révolue)

SI LA PERSONNE INTERROGEE A MOINS DE 15 ANS OU PLUS DE 49 ANS INTERROMPRE L'INTERVIEW, REMERCIER VOTRE INTERLOCUTRICE POUR SON TEMPS ET SUIVRE LES INSTRUCTIONS AFIN DE CHOISIR LA PROCHAINE PERSONNE A INTERROGER

104 - عمركشي امشيت للمكتب

او الكتاب ؟

Oui !1!

Non !2! !Passer à 106 !

105-حتى لوين وصلتي في القرايا ؟ كتاب ، ابتدائي
ثانوي ، والا عالي ولان قسم وصلتي ؟

1. Primaire ou koutteb	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.
2. Secondaire	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.
3. Universitaire	1. 2. 3. 4. 5. 6.

22 23

106-كيف ما تعرفي ثمة نساء يخدموا والا يربوا الدجاج ، باش يصوروا
شوية فلوس والا حاجة اخرى (قمح والا شعير والا عظم)
انت تخدمشي خدمة من ها النوع ؟

OUI !1! NON !2!

24

107-شنية وضعيتك العائلية في الحاضر ؟ معرسة ، مطلقة ، متفارقة
هجالسة والا مازلت صبية ؟

Mariée	1	معرسة	
Divorcée	2	مطلقة	
Séparée	3	متفارقة	→ !Passer à III!
Veuve	4	هجالة	
Célibataire	5	صبية	→ !Passer à 123 bis!

25

108-راجلك قراشي وحتى لين وصل ؟

0	Néant	0
1	Primaire ou koutteb	1. 2. 3. 4. 5. 6.
2	Secondaire	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7
3	Universitaire	1. 2. 3. 4. 5. 6. ou plus

Ne sait pas 98.

26 27

354

109- راجلك عايش معاك توا والا لا ؟

1 Oui !Passer à 111 !
2 Non

قداش عنده فايب ؟

1 moins de 1 mois !1 !
2 de 1 à 3 mois !2 !
3 de 4 à 6 mois !3 !
4 de 7 à 12 mois !4 !
5 plus de 1 an !5 !

111- نحب نسألك توا بعض سؤالات على حبلتك الخاصة وقتاش جاتك الغسلة (طريق الشهر) الاخيرة ؟

1 - Il y a moins de 40 jours [1] → ! Passer à 113!
2 - entre 40 jours et 60 jours [2]
3 - Il y a 61 jours ou plus [3]

112- انت حبلى توا والا لا ؟

1- Oui !1 ! ⟶ Passer à 114
2- Non !2 !
3- Incertaine ! 3!

113- همركشي حبلتي والا رميتي ؟

1 - Oui !1 !
2 - Non !2 ! !Passer à 121 !

114- قداش حبلتي من مرة بما فيها حبالتك هذه !

_____
(nombre)

115- قداش من صغير جبتيه حي حتى لتوا ؟

_____
(nombre)

Si aucun enfant vivant n'a été mis au monde
passer à 121

116 - وقتاش والا من وقتاش جبت آخر صغير حي ؟

Date_----------ou
mois année

Il y a combien de temps ?----------
Nombre de mois ou année
préciser

Passer à 119 si le dernier enfant né vivant
à plus que 3 ans.

117- ترضعيشي في هذا الصغير من صدرك توا ؟

نعم !1!
لا !2!

118- بعد ولادتك لاخر صغير رجعتلك العادة والا لا ؟

نعم !1!
لا !2!

119 - قداش عندك من صغير ؟

.....
الصغار الكل

- تنبيه

1. كلهم صغارك ؟
2. كلهم حيين ؟
3. حسبتي اللي ما يعيشوش معاك ؟

(Si non corriger ci-dessus).

Si la personne interrogée n'a pas d'enfants passer à 121

120 - قداش عندك اولاد وقداش عندك بنات ؟

_____ Garçons

_____ Filles

Vous assurez que le total correspond à celui donné à la question 119 et corriger si nécessaire.

121 - تنويش تحبلي وتجيب اصغار اخرين ؟

1 Oui [1]
2 Non [2] } Passer à la section 2
3 Incertaine [3] } question 201

122 - لوكان في مقدورك باش تختاري وقتاش تحبي تجيبي صغيرك الجاي ؟

1 le plutôt possible |1|
2 l'année prochaine |2|
3 dans 2 ans |3|
4 dans 3 ans |4|
5 dans plus de 3 ans |5|
6 quand celà viendra |6|
7 je ne sais pas |7|

Pour chaque femme mariée demander :

123-قداش من صغير آخر تحبي تجيبي _____ (nombre)

Pour les femmes non mariées ; célibataires; veuves, séparées, ou divorcées, demander :

123bis-قداش تحبي تجيبي من صغير بعد ما تعرسي ؟

_____ (nombre)

SECTION 2 , REGULATION DE LA FECONDITE

201- كيف ما تعرف ثمة وسائل يصبروا على الولادة ويمكنوا الراجل والمرا باش ما يجيبوش الصغار ، وهذه الوسائل يسموها ، التنظيم العائلي عمركش سمعت بالوسائل هذه من فضلك ؟

Oui !1! Non !2! (passer à 203)

201Bis- قـــــدا.ش ؟ .....

Moins d'une année	!1!	3 ans	!4!
une année	!2!	4 ans	!5!
2 ans	!3!	5 ans	!6!
		6 ans et plus	!7!

202- آشنية الوسائل الى تعرفهـــا ؟

Entourer "Oui" dans la colonne 1, du tableau A pour chaque méthode mentionnée par la femme interrogée.
Pour chaque méthode non entourée dans la colonne 1 du tableau A, Demander :

203- باش نكون متحققة عمركش سمعت بها الوسائل ؟

Entourer "Oui" ou "Non" dans la colonne 2 du tableau A
Si la femme est célibataire, passer à 207, autrement pour chaque méthode où "Oui" est entourée dans les colonnes 1 et 2 du tableau A. demander :

204- استعملتشي حتى مرة انت والا راجلك واحدة من هذه الوسائل ؟

Entourer la réponse appropriée dans la colonne 3 du tableau A.
Si la femme ne connait aucune méthode (si aucun "Oui" n'est encerclé dans la colonne 1 ou 2) passer à 301

205- في الوقت الحاضر والا في الشهر الاخر، تستعملش انت والا راجلك وسيلة من هذي الوسائل باش ما تحبلشي ؟

Oui !1! Non !2! (Entourer 98 dans la colonne 4 puis passer à 207)

206- آشنية ها الوسيلة او الوسائل ؟

.....Inscrire dans la colonne 4 du T.A.
(la méthode la plus utilisée)

TABLEAU -A-

METHODES	Connais. sans aide Q.202 (1)	VConnais. avec aide Q.203(2)	Déjà utilisée Q.204(3)	Utilisée actuellement Q.206 (4)
01. Pilule : الحرابش ثمة وسيلة متاع تصبير تتسمى الحرابش معناه كل نهار المرا يلزمها تشرب حربوشة .	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] Non [2]	Oui [01]
02. Préservatif كبوط ثمة رجال يستعملوا الكبوط باش يفرقوا فيهم والمرا ما تحبلش .	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] Non [2]	Oui [02]
03. Stérilet D.I.U الالة ثمة نساء باش يصبروا يحطلهم الطبيب او الا القابلة الالة وتسمى سكويد و والا الفلسة او الرباط .	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] Non [2]	Oui [03]
04. Ligature des trompes العملية ثمة نساء يعملوا عملية ربط القنوات باش معادش يولدو .	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] Non [2]	Oui [04]
05. Vasectomie عملية الرجال ثمة رجال يعملوا عملية باش ما تولدش نساهم	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] Non [2]	Oui [05]
06. Avortement provoqué تطييح الضنى ثمة نساء الي يستعملوا حاجة والا يطلبوا من الطبيب والا القابلة باش يطيحوا الضنى اللي موش راغبين فيه	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] Non [2]	
07. Méthodes vaginales كريمة بوماضة مفاتل ، همة نساء يستعملوا قطنة والا بوماضة والا مفاتل والا كريمة باش يصبروا	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] NOn [2]	Oui [07]
08. Ogino (calendrier) الحساب ثمة شكون يستعمل طريقة الحساب باش يصبروا معناه ثمة ايام في الشهر اللي ممكن المرا ما تحبلش فيهم وما ترقد مع رجلها كان في هاذ الايام بركة	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] Non [2]	Oui [08]
09. Retrait التفريغ البرة ثمة رجال باش ما تحبلش نساهم يجبدوا ارواحهم وقت اللي يرقدو مع نساهم	Oui [1]	Oui [2] Non [3]	Oui [1] Non [2]	Oui [09]
10. Autres وسائل اخرى ،	Oui [1]		Oui [1] Non [2]	Spécifier [10]
98. Aucune				98

Enquêtrice : x Si la femme connait les méthodes 01-07 ("oui" entourés dans les colonnes 1 ou 2 du Tableau A) entourer la même méthode en haut du tableau B.

x Si la femme utilise une méthode actuellement ("oui" dans la colonne 4, du tableau A), faire une croix (X) dans la case de la même méthode en haut du tableau B.

x Pour chaque méthode entourée mais non marquée d'une coirx poser les questions de 207 à 212 dans l'ordre donné et inscrire les réponses appropriées.

Si toutes les réponses de Q.207"non" passer à 214.

x Si aucune méthode n'est entourés dans tableau B, passer à 301.

TABLEAU B

	01 Pilu.	02 Préserva.	03 Stéril DIU	04 L.T.	05 Stéril	06 Avort	07 Meth
207- تعرفشي انت والا راجلك (اذا كنت معرسة، من اين تتحصل على ها الوسيلة	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1	Oui 1
	Non 2	Non 2	Non 2	Non 2	Non 2	Non 2	Non 2
208- لوين تروحي بالضبط باش تتحصلي على ها الوسيلة ؟							
1. Centre PF/PMI مركز التنظيم العائلي	1	1	1	1	1	1	1
2. Equipe Mobile القابلـــة	2	2	2	2	2	2	2
3. Infirmier hygiéniste الفرملي	3	3	3	3	3	3	3
4. Agent de santé العون الصحي	4	4	4	4	4	4	4
مرشدة اجتماعية	5	5	5	5	5	5	5
عدة	6	6	6	6	6	6	6
السبيطار	7	7	7	7	7	7	7
المستوصف	8	8	8	8	8	8	8
طبيب خاص	9	9	9	9	9	9	9
السبيساي	10	10	10	10	10	10	10
بقعة اخرى ..... ما هي	11	11	11	11	11	11	11
209 - آشنو سعرها الوسيلة ؟ (S'il n'y pa pas de réponse écrire NE SAIT PAS) N.S.P							
210 - كيفاش تمشي لهذه البقعة ؟							
1. à pieds	1	1	1	1	1	1	1
2. transport privé	2	2	2	2	2	2	2
3. transport public	3	3	3	3	3	3	3
4. voiture à sa maison passer à Q.213	4	4	4	4	4	4	4
5. Incertaine	5	5	5	5	5	5	5
211 - قداش يلزمك وقت باش توصلي للبقعة اللي حدتي عليها ؟							
1. moins de 15 minutes	1	1	1	1	1	1	1
2. de 15 à 30 minutes	2	2	2	2	2	2	2
3. de 30 à 45 minutes	3	3	3	3	3	3	3
4. de 45 à 1 heure	4	4	4	4	4	4	4
5. de 1 heure à 1/2 journée	5	5	5	5	5	5	5
6. plus de 1/2 journée	6	6	6	6	6	6	6
7. incertaine/ne sait pas	7	7	7	7	7	7	7
-212							
1. facile	1	1	1	1	1	1	1
2. Difficile	2	2	2	2	2	2	2
3. Incertaine	3	3	3	3	3	3	3

213- تعرفشي بقايع اخرى الي ياخذو منها وسائل التنظيم العائلي

ENQUETRICE : IL S'AGIT D'AUTRES ENDROITS CITES A LA QUESTION 208

1 - Centre P.F./P.M.I. !1!
2 - Equipe mobile !2!
3 - Infirmier hygiéniste !3!
4 - Agent de santé !4!
5 - Assistante sociale !5!
6 - Omda !6!
7 - Hôpital !7!
8 - Dispensaire !8!
9 - Médecin privé !9!
10 - Pharmacie !10!
11 - Autre _____ !11!
spécifier

214- حسب رايك تتوقعش اقبال اكثر في المستقبل على التنظيم العائلي في جهتكم ؟

Oui !1! Non !2! N.S.P. !3!

215- وتتوقعش في المستقبل اقبال اكثر على عملية النساء ؟

Oui !1! Non !2! N.S.P. !3!

216 - في نظرك باش تميز المرا اللي تستعمل وسائل التنظيم العائلي ؟

.....

.....

SI LA FEMME EST CELIBATAIRE : L'ENQUETE EST TERMINEE

217-اشكون اول واحد عطاك وسيلة من وسائل التنظيم العائلي ؟

1- Centre de PF/PMI !1!
2- Equipe mobile !2!
3- Infirmier hygiéniste !3!
4- Agent de santé !4!
5- Animatrice P.F.P.C. !5!
6- Hôpital !6!
6- Dispensaire !7!
8- Pharmacie !8!
9- Médecin privé !9!
97- Elle n'a jamais utilisé !97! (passer à 23

10- Autre..... !10!
préciser)

218- آش قولك في الاستقبال والخدمات اللي قدموها لك اعوان التنظيم العائلي ؟

Satisfaisant !1!
Plus ou moins satisf. !2! N. S. P. !4!
Pas du tout satisfaisant !3!

219- آشنو اللي ما عجبكشي في التنظيم العائلي ؟

.....

219Bis-آشنو رايك في التنظيم العائلي ؟

.....

عـــــلاش ؟

.....

Enquêtrice : Encercler ci-dessous la méthode de la colonne 4 du tableau A que la femme utilise actuellement. Encercler "aucune" si la femme n'utilise aucune méthode actuellement.

-220

01- Pilule
02- Préservatif
07- Méthodes vaginales
03- Stérilet D.I.U.
04- Ligature des trompes
05- Vasectomie
06- Avortement provoqué
} → passer à 223

08- Ogino (calendrier)
09- Retrait
10- Autres
98- Aucune (passer à 231)
} → passer à 228

221 - قتلي تستعملي عندكشي منها في الدار ؟ Méthode

Oui !1! (passer à 223) Non !2!

222 - تنجمشي تقلي علاش ما عندكش (الوسيلة) تو ؟

N'a pas été réapprovisionnée	!1!
Pense changer de méthode	!2!
Ne sait pas à qui s'adresser	!3!
Centre trop éloigné	!4!
Autre (préciser)	!5!

223- قوليلي من اين انت والا راجلك تاخذها الوسيلة ؟

1 - Centre P.F./P.M.I.	!1!
2 - Equipe Mobile	!2!
3 - Infirmier Hygiéniste	!3!
4 - Agent de santé	!4!
5 - Assistante sociale	!5!
6 - Omda	!6!
7 - Hôpital	!7!
8 - Dispensaire	!8!
9 - Médecin privé	!9!
10 - Pharmacie	!10!
11 - Autre ..... (préciser)	!11!

224 - كيفـــاش تمشي لها البنعـــة ؟

1 - A pieds
2 - Transport privé
3 - Transport public
4 - Voiture du planning familial
5 - Visitée à la maison } (passer à 228)
6 - Ne sait pas }

364

225- قداش يلزمك وقت باش ترح للبقعة اللي قتلي عليها ؟

1 - Moins de 15 minutes |1|
2 - De 15 à 30 minutes |2|
3 - De 30 à 45 minutes |3|
4 - De 45 à 1 heure |4|
5 - De 1 heure à 1/2 journée |5|
6 - 1/2 journée et plus |6|
7 - Incertaine/ne sait pas |7|

226- ساهل والا صعب الوصول لها البقعة ؟

1 - facile |1|
2 - difficile |2|
3 - ne sait pas |3|

227- آشنو سعر (الوسيلة) هذه؟ .....
(الوسيلة) (السعر) (الكمية)

228- قداش ليك تستعملي في ها الوسيلة ؟

- moins de 3 mois |1|
- de 3 à 6 mois |2|
- de 7 à 12 mois |3|
- de 1 à 2 ans |4|
- de 2 à 3 ans |5|
- de 3 à 4 ans |6|
- de 4 à 5 ans |7|
- de plus de 5 ans |8|
- N.S.P. |98|

229- ناو باش تواصلي في استعمال ها الوسيلة هذي ؟

Oui |1| Non |2|

PASSER A LA SECTION 3

آشنية الوسيلة الاخرى اللي ممكن تختاريها ؟

- Pilule |1|
- Préservatif |2|
- D.I.U |3|
- Ligature des trompes |4|
- Méthodes vaginales |5|
- Calendrier |6|
- Retrait |7|
- Autre |8|
- Ne sait pas |98|
- Aucune |97|

365

ENQUETRICE : LES QUESTIONS 231, 232 NE CONCERNENT QUE LA FEMME N'UTILISANT PAS DE METHODES DU PLANNING FAMILIAL.
POUR LES AUTRES FEMMES PASSER A LA SECTION 3

231- آشنو اهم سبب اللي خلاكما تستعملش الوسائل متاع التصبير؟

- peur d'effets secondaires	1	59 60
- enceinte	2	
- allaite	3	
- opposition du mari	4	
- désir d'être enceinte	5	
- mari absent	6	
- ne sait pas ou obtenir une méthode	7	
- ne peut pas tomber enceinte	8	
- autre (préciser).....	9	
- N.S.P.	98	

232- اذا يوم من الايام تحب تستعملي وسيلة من وسائل التنظيم العائلي آشنية الوسيلة اللي تختاريها ؟

- Pilule	1	61 62
- Préservatif	2	
- D.I.U	3	
- Ligature des trompes	4	
- Méthodes vaginales	5	
- Calendrier	6	
- Retrait	7	
- Aucune	97	
- N.S.P.	98	

ENQUETRICE : SI LA FEMME HABITE LES DELEGATIONS DE : BOU SALEM, GHARDIMAOU OU TABARKA L'ENQUETE EST TERMINEE.
CONTINUER LE QUESTIONNAIRE SI LA FEMME EST D'UNE DES DELEGATIONS SUIVANTES : AIN DRAHAM, JENDOUBA ET FERNANA.

SECTION 3

LE PROJET P.F.P.C. : PLANNING FAMILIAL PAR LE COUPLE

CES QUESTIONS SONT A POSER UNIQUEMENT AUX FEMMES QUI HABITENT LES DLEGATIONS DE : FERNANA, AIN-DRAHAM JENDOUBA

في العامين الاخرانين ثمة برناج خاص للتنظيم العائلي وبناويت التنظيم العائلي زاروا النساء باش يتحدثوا معاهم ، ماشي نسألك سؤالات على ها البرناج ؟

301- زارتكش مرشدة متاع التنظيم العائلي ؟

1 oui [1] 2 Non [2] → Sonder et si encore non l'enquête est terminée

302- المرشدة امتاع التنظيم العائلي فسرت كل وسائل التنظيم العائلي (الحرابش، الكابطه، الالة ، البوباضة ، الفاتل)
لكل مرا زارتها . والمرا تقرر وتختار الطريقة التي تحب عليها .
قبلتشي وسيلة مللي حدثتك عليها المرشدة امتاع التنظيم العائلي ؟

[1]
[2] Non ! Passer à 318 !

367

303- آشنية الوسيلة والا الوسائل اللي تبلتها من بنت التنظيم العائلي ؟

Entourez "Oui" dans la colonne 1 du Tableau C pour la méthode mentionné par la femme.

Pour chaque méthode entourée dans la colonne 1 du Tableau C, demandez :

304- استعملتيشي انت والا راجلك الوسيلة والا الوسائل اللي تبلتيها من المرشدة؟

Entourez la réponse appropriée dans la colonne 2 du tableau C pour chaque méthode que la femme, (ou son mari) déclare avoir utilisée.

TABLEAU C

Méthodes	Méthodes acceptées Q 303 (1)	Méthodes utilisées Q 304 (2)	Utilise actuellement Q 306 (3)
01 Pilule	1 oui	1 oui 2 non	01 oui
02 Préservatif	1 oui	1 oui 2 non	02 oui
03 D.I.U.	1 oui	1 oui 2 non	03 oui
04 Méthode vaginales {Crème : Gelée / Néo Sampo	1 oui	1 oui 2 non	04 oui
05 Ligature des trompes	1 oui	1 oui 2 non	05 oui
98 Aucune	98		98

SI LA FEMME N'A PAS UTILISE LA METHODE(S) QU'ELLE A ACCEPTE C.A.D TOUS LES CODES "NON" DE LA COLONNE 2, DU TABLEAU C, CORRESPONDANT A LA METHODE(S) ACCEPTEE SONT ENTOURES, PASSER A LA QUESTION 315

305- في الوقت الحاضر تاعداشي تستعملي انتي والا راجلك وسيلة من الوسائل اللي قبلتها من مرشدة التنظيم العائلي ؟

1 oui
2 non → Entourez 98 dans la colonne 3 du tableau C puis passer à la question 307

306- اشني الوسيلة اللي تستعمل فيها انت والا راجلك ؟

Entourez "Oui" dans la colonne 3 du Tableau C pour la méthode que la femme, ou son mari, utilise actuellement.

SI LA FEMME A UTILISE UNE METHODE DE PLANNING FAMILIAL QU'ELLE A ACCEPTE DE L'ANIMATRICE DU P.F.P.C. ("OUI" CODES DANS LA COLONNE 2 DU TABLEAU C) , ENTOUREZ LA METHODE EN HAUT DU TABLEAU D

SI LA FEMME UTILISE ACTUELLEMENT UNE DES METHODES ACCEPTES ("OUI" CODE DANS LA COLONNE 3 DU TABLEAU C) , FAIRE UNE CROIX DANS LA CASE DE LA MEME METHODE EN HAUT DU TABLEAU D

POUR CHAQUE METHODE ENTOUREE ET NON MARQUEE D'UNE CROIX POSER LES QUESTIONS 307 ET 308

TABLEAU D

	01 Pilule	02 Préserv.	03 D.I.U.	04 Méthodes vaginales	05 Ligature de tromp.
307-علاش بطلت استعمال هـا الوسيلة ؟					
01.peur d'effets seconaires	01	01	01	01	
02.effets second.ressentis	02	02	02	02	
03.Tombée enceinte	03	03	03	03	
04.Désir être enceinte	04	04	04	04	
05.Stérilité probable	05	05	05	05	
06.mari absent	06	06	06	06	
07.Opposition du mari	07	07	07	07	
08.pression de l'entourage	08	08	08	08	
09.manque d'approvisionnem.	09	09	09	09	
10.D.I.U expulsé	10	10	10	10	
11.utilise une autre méthode	11	11	11	11	

---------- (préciser)					
308- قداش من شهر استعملتي هاالوسيلة قبل ما تبطليها ؟					

Q : 307 [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

Q : 308 [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ]

Enquetrice : Encercler ci-dessous la méthode déjà entourée dans la colonne 3 du Tableau C encercler aucune si la femme n'utilise pas actuellement une méthode contraceptive proposée par l'animatrice du P.F.P.C.

-309

01- Pilule
02- Preservatif
03- Méthodes vaginales
04- D.I.U.
05- Ligature des trompes

→ Passer à Q. 311

→ Passer à Q.310

98 - Aucune → L'enquête est terminée pour les femmes qui n'ahabitent pas la délégation de A. Draham

310- عاونتكشي المرشدة مناع التنظيم العائلي وقت اللي رحتي لتركيب الالسة واذ العملية ؟

1 Oui 2 Non

311- قداش عندك تستعملي في هذا الوسيلة ؟

..... شهر

SI LA FEMME UTILIBE D.I.U. OU L.T. PASSEZ A 316

312- قداش من مرة خذيتي الحوابس والا الكبابط والبوماضة ؟

1 - 0 fois Passer à Q.314

2 - 1 fois

3 - 2 fois

4 - 3 fois

5 - plus de 3 fois.

313 - وين مشيت باش تاخذي الدواء ؟

1. Centre P.F./P.M.I	1	7. Hôpital	7
2. Equipe mobile	2	8. Dispensaire	8
3. Infirmier hygiéniste	3	9. Médecin privé	9
4. Agent de santé	4	10. Pharmacie	10
5. Assistante sociale	5	11. L'enquête P.F.P.C.	11
6. Omda	6	12. Autre _____ Spécifier	12

45 46

PASSEP A 316

314 - علاش ما تزودتيش من الحرابس والنبابط والبوماضة ؟

1. pas besoin jusqu'à ce jour [1]
2. trop éloignée [2]
3. ne sait pas à qui s'adresser [3]
4. autre _____ Spécifier [4]
5. ne sait pas. [5]

42

Pour les femmes qui ont accepté une méthode et ne l'ont jamais utilisée.

315 - علاش ما استعملتيش وسيلة من الوسائل اللي قبلتيها من عند مرشدة التنظيم العائلي ؟

01. peur d'effets secondaires [1]
02. tombée enceinte [2]
03. désir d'être enceinte [3]
04. mari absent [4]
05. opposition du mari [5]
06. les conseils des parents:/amis - oppositions [6]
07. utiliser une autre méthode _____ spécifier [7]
08. Autre _____ spécifier [8]
98. ne sait pas [98]

48 4

372

316- خذ يتيشي ورقة باش تأخذي الحرابش وتقابلي الطبيب ملاع التنظيم العائلي ؟

!1! Oui

!2! Non → Passer à la section 4

317 - نجمشي نشوفهـــــا ؟

1 - Carte non trouvée !1!

2 - Carte trouvée, mais pas utilisée !2!

3 - Carte trouvée et utilisée !3!

PASSER A LA SECTION 4

318- علاش ما قبلتشي من عند مرشدة التنظيم العائلي وسيلة من وسائل تاجيل الحمل ؟

01 - peur d'effets secondaires !1!

02 - allaite !2!

03 - enceinte !3!

04 - désir d'être enceinte !4!

05 - utilise déjà une méthode !5!

06 - autre raison ---------- !6!
préciser

SI LA FEMME HABITE LA DELEGATION DE FERNANA OU DE JENDOUBA L'ENQUETE EST TERMINEE

SECTION 4 NE CONCERNE QUE LES FEMMES QUI HABITENT LA DELEGATION DE AIN DRAHAM

SECTION 4 : L'UTILISATRICE DE L'ORALYTE A AIN DRAHAM

401- عندكش صغار عمرهم اقل من خمس سنين يسكنوا معاك ؟

1 Oui [1]

2 Non [2] l'enquête est terminée

402 - عمركش خذيت باكوات اوراليت من المرشدة امتاع التنظيم العائلي ؟

1 Oui [1]

2 Non [2] Passer à la question 406

403 - استعملتشي الاوراليت ؟

1 Oui [1]

2 Non [2] Passer à la question 405

404- قدانش من باكو استعملت ؟

.....

405- آش اعملت بالاوراليت اللي خذيتـــــو ؟

1 - l'a actuellement [1]

2 - l' perdu [2]

3 - l'a jeté [3]

4 - l'a donné à quelqu'un d'autre [4]

5 - autre ..... spécifier [5]

6 - ne sait pas [6]

406- مرضشي واحد من صغارك بمشيان الجوف في الشهور الاخرانية ؟

1 Oui [1]

2 Non [2] L'enquête est terminée

407- باش داويت جريـــان الجـــــوف ؟

1 - ne l'a pas traitée [1]
2 - avec l'oralyte [2]
3 - un mélange de sucre et de sel [3]
4 - thé [4]
5 - un autre liquide [5]
6 - a pris l'enfant au dispensaire où à l'hôpital [6]
7 - autre..... [7]
préciser
8 - ne sait pas [8]

19

FIN DE L' INTERVIEW.

375

Annexe B

PERSONNEL PRETANT CONCOURS AU PROJET PFPC

PERSONNEL PRETANT CONCOURS AU PROJET P.F.P.C.

Personnel	Fonction	Collaboration	Durée	Degré de Participation
Administratif				
Mongi BCHIR	Directeur de P.F.	Directeur du Projet	1/77 au 10/79	Temps partiel
Fathi B. MESSAOUD	Attaché de Recherche	Coordonateur	1/77 au 10/77 et 7/79 au 4/80	Temps partiel
Mahmoud CHELBI	Chef de Service	Coordonateur	10/77au 6/79	Temps partiel
de Service				
Dr. Must. KELIFA	Médecin gynécologue	Médecin du projet	5/77 au 12/79	Temps partiel
Ahmed MEJRI	Délégué rég. de P.F.	Superviseur de Ter.	1/77 au 12/79	" "
Dalila BEJI	Secrétaire du projet	Secrétaire	11/77au 4/78	Plein temps
Bechir HEMISSI	" "	"	4/78 au 12/79	" "
Najiba CHAOUCH	Sage-femme de super.	Super. médicale	10/77au 12/79	Temps partiel
Khadija ARFAOUI	" " "	" "	5/77 au 10/77	" "
du Terrain				
Elgia ATHADHI	Animatrice du projet	Animatrice	3/77 au 12/79	Plein temps
Fatima GHAJATI	" " "	"	" au "	" "
Zohra BESSAOUD	" " "	"	3/77 au 10/78	" "
Jamila GHAZOUANI	" " "	"	3/77 au 12/79	" "
Fatima TOKHANI	" " "	"	11/77au 12/79	" "
Najiba GHAZOUANI (remplacente)	" " "	"	10/78au 12/79	" "
Mehrzia BOUSLIMI	" " "	"	3/77 au 10/77	" "
Ammar SOULI	Chauffeur	Chauffeur	5/77 au 9/77	" "
Ahssan BOUSLAMI (remplaçant)	"	"	9/77 au 12/79	" "
Mohamed ARFAOUI	"	"	4/79 au 12/79	" "
de la Santé				
Infirmiers hygiénistes	Infirm. hygiéniste	Réapprovisionnement	12/77au 12/79	Temps partiel
Agents de santé	Agent de santé	" "	" "	" "
Assistantes sociales	Assistantes sociales	" "	6/79 au "	" "
Omdas	Chef de secteur	" "	9/79 au 12/79	" "
Personnel de l'Hôpita Régional		" "	7/77 au 12/79	" "
Personnel des Equipe Mobiles		" "	" au "	" "

377

Annexe C
PROJETS PILOTES DE SANTE DE BASE

PROJETS PILOTES DE SANTE DE BASE

Au cours des cinq dernières années, l'ONPFP a entrepris une série de projets qui ont expérimenté des innovations introduites dans les services de planning familial en Tunisie rurale. De même, le Ministère de la Santé Publique a reconnu l'importance des services de santé de base communautaire pour supplémenter l'infrastructure actuelle de santé. Des projets pilotes de planning familial et de santé maternelle et infantile visant les localités isolées ont été lancés dans les deux tiers des gouvernorats: Béja, Bizerte, Gafsa, Jendouba, Kasserine, Le Kef, Mahdia, Nabeul, Sfax, Sousse, Sidi BouZid, Siliana, Zaghouan.[1] L'objectif global de ces projets consiste à procurer des soins préventifs aux femmes et enfants des régions rurales isolées qui n'ont pas eu accès à de tels services ou très peu.

Ces projets spécifiques qui ont reçu une assistance technique et financière d'un certain nombre d'organismes, varient en ampleur, envergure et efficacité. Quelques-uns dépendent surtout d'équipes mobiles et leur rayon d'activité est limité; d'autres visent la distribution systématique à domicile, employant des jeunes femmes recrutées localement qui ont reçu une formation intensifiée de courte durée. Certains projets offrent uniquement le PF alors que d'autres fournissent des soins intégrés de santé, s'appuyant plus ou moins sur le planning familial. Les données obtenues varient considérablement d'un projet à l'autre. La plupart de ces projets sont entrepris à titre de démonstration et non à des fins de recherche.

---

[1] Un projet spécial de trois ans (1979-1982) a été élaboré également pour Kairouan, Gabès et Medenine mais il n'a jamais été financé. (58)

Alors qu'un certain nombre de ces projets sont terminés ou à même de l'être, l'analyse des résultats a été dans l'ensemble incomplète. Jusqu'à présent, pas assez d'attention a été portée à l'évaluation de l'impact sur la prédominance contraceptive et à la rentabilité de ces expériences.

Plusieurs projets pilotes, de plus grande importance pour la santé maternelle et infantile et le planning familial en Tunisie rurale, seront revus afin de les comparer au projet PFPC. Ci-dessous, une brève description est donnée quant aux objectifs, la population cible, le plan d'action, le système de distribution, les problèmes rencontrés dans la mise à exécution ainsi que les résultats obtenus jusqu'à ce jour. Là où c'était possible, des mentions sur la variation de la prédominance dans la région étudiée sont fournies afin d'illustrer les résultats des expériences.

A. PLANNING FAMILIAL A DOMICILE (PFAD)

1. Objectifs et plan du projet

Tel que mentionné en début de la partie II, le projet PFAD représentait la première expérience entreprise en Tunisie pour tester la faisabilité, l'acceptation et l'efficacité de distribution à domicile de planning familial et des moyens contraceptifs dans une région rurale à population dispersée. Le plan du projet nécessitait le recrutement et la formation de huit jeunes femmes de la localité pour distribuer des pilules aux femmes identifiées de Bir Ali Ben Khalifa (30.000 habitants), gouvernorat de Sfax. Bien que des références pour DIU ou ligature de trompes aient été également distribuées à celles qui le désiraient, la disponibilité de ces méthodes n'a existé qu'une année après l'amorce des activités sur le terrain même. Le transport jusqu'à Sfax a été fourni à toutes les femmes qui désiraient la ligature de trompes.

Entre avril 1976 et août 1978, les huit animatrices se sont rendues chez les femmes selectionnées au moins trois fois pour motiver et réapprovisionner les acceptantes et recruter de nouvelles clientes de planning familial. A la suite d'une enquête (9/78-3/79) de FMAR effectuée dans la délégation qui comprend neuf secteurs, un système permanent de réapprovisionnement en contraceptifs était établi avec des visites hebdomadaires prévues et assurées par une équipe mobile de planning familial aux huit dispensaires de la délégation ainsi qu'à d'autres endroits, au nombre de quatorze, mais moins fréquentes celles-ci.

Le personnel du projet PFAD comprenait également une gynécologue/obstétricienne comme directeur, un superviseur des activités sur le terrain et deux chauffeurs. L'assistance technique

d'appui a été fournie par l'ONPFP et l'AID/Washington, qui a financé ce projet. Le Programme International de Recherche sur la Fertilité (IFRP) a contribué au développement des questionnaires présentés au cours des visites à domicile et s'est chargé de l'informatique et l'analyse.

2. Résultats

Le rapport final du PFAD fournit une description détaillée des visites à domicile y compris les caractéristiques de la population et la variation notée dans la prédominance contraceptive après cette intervention, le taux de grossesse, la catégorie "à risque" et le désir de grossesses futures. Un rapport médical, une évaluation qualitative et une analyse du coût sont également inclus. Bien que le projet PFAD n'ait ni l'envergure ni l'ampleur du PFPC, une gamme plus importante de données plus complètes a été obtenue au cours des visites à domicile alors que le projet a bénéficié d'une assistance technique plus intensifiée.

Parmi les points les plus marquants du projet PFAD, soulignons les suivants (42):

- Une plus grande connaissance et disponibilité de méthodes de planning familial. A la dernière visite, près de 80% des femmes de Bir Ali Ben Khalifa déclaraient avoir entendu parler de planning familial pour la première fois par les animatrices de PFAD. Sept sur huit de ces femmes citaient le projet PFAD comme leur première source d'approvisionnement en contraceptifs.

- Les attitudes de femmes sur la contraception et la fécondité se sont modifiées d'une manière significative. Bien que 36% des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans révèlaient avoir pratiqué à un certain moment une méthode la première visite, 6,6% seulement (des 3.944 enquêtées) pratiquaient la contraception actuellement. Cette proportion est passée à 17,7%, une augmentation de 168% deux ans plus tard. De plus, le taux de grossesse enregistrait une baisse d'un sixième (20 à 17%) et la proportion des femmes exposées au risque de grossesse diminuait d'un tiers ou presque (de 25 à 18%).

- L'utilisation des trois méthodes offertes par le programme a augmenté d'une manière prononcée: pilule, de 1 à 3%; DIU, de 2 à 4% et ligature de trompes, de 4 à 10%. Au cours de l'enquête finale, plus de la moitié de toutes celles qui pratiquaient la contraception dans la délégation avait subi une ligature de trompes, une des constatations les plus remarquables sur ce projet. Les femmes ainsi stérilisées

étaient âgées en moyenne de 38,6 ans avec une moyenne d'enfants de 6,2. Les chiffres correspondants pour les acceptantes de la pilule sont de 33,1 et 4,6 et le DIU 33.2 et 4,5, respectivement.

- La prédominance en contraception acceptée et en méthode spécifique varie beaucoup parmi les neuf secteurs de la délégation. A la dernière visite, le pourcentage de FMAR contraceptant allait de 10% dans les secteurs où la prédominance était faible à l'enquête préliminaire et où la pilule était en premier lieu poussée à 30% dans les secteurs où le taux de prédominance était plus élevé et la ligature de trompes plus demandée. A travers la délégation, l'utilisation de la pilule allait de 1 à 7% des FMAR; le DIU de 0,3 à 16%, la ligature de trompes de 3 à un record de 30%.

- Les taux de continuation pour acceptantes de la pilule étaient de 80% au bout de trois mois et 54% au bout de six mois.

- Bien que l'enquête finale révélait généralement peu d'enthousiasme pour utiliser la contraception comme un moyen d'espacer les naissances, plus d'un quart de celles qui avaient déclaré vouloir d'autres enfants avait pratiqué la contraception.

- Dans la délégation de Bir Ali Ben Khalifa, les facteurs qui ont contribué à une certaine réticence à pratiquer le planning familial comprenaient: une grande porportion de femmes enceintes ou en état de lactation (55% à la première visite), l'autorité de l'époux et la préférence pour un fils. Durant le projet PFAD, près d'un quart de celles qui ont accepté la pilule sans l'utiliser, citaient l'opposition du mari comme raison principale et la moitié citait des raisons associées à la grossesse. D'après l'enquête finale, les femmes à parité plus élevée désirent que la moitié au moins de leurs enfants soit des garçons. Cependant, il convient de noter que l'acceptation et la pratique de planning familial a peu de rapport avec le niveau d'éducation de la femme et aucun avec celui du mari. L'occupation du mari n'y est pratiquement pas associée non plus.

3. Impact du Programme

L'impact le plus important du projet PFAD, tel que décrit auparavant dans ce rapport, est d'avoir démontré l'acceptabilité et l'efficacité de la distribution de contraceptifs à domicile en Tunisie rurale avec le concours de femmes "profanes" de la localité,

travaillant sous une surveillance médicale. Toutefois, cette expérience était très limitée et s'est révélée trop coûteuse pour la répéter. Une estimation des frais de distribution et de services sur le terrain, pour la durée du projet (1976-1979) s'élevait à 123.550 dollars dont plus des deux tiers représentent les frais de personnel. Il en résulte que le coût par acceptante et contraceptrice était de 64 dollars et 267 dollars respectivement, ce qui est exceptionnellement élevé. (44)

Le projet PFAD a eu néanmoins des incidences considérables sur le programme tunisien de planning familial. Il a fourni des renseignements précis et très utiles quant aux attitudes sur la contraception et la fécondité dans une région typique de Tunisie rurale. Plus important encore, il a accéléré le développement de projets innovatifs PMI/PF qui, tels le PFPC, étaient conçus pour être plus conséquents et plus rentables et, à préparer le terrain pour la mise à exécution d'un programme visant le pays entier.

B. PLANNING FAMILIAL EN MILIEU RURAL (PFMR)

1. Plan et objectifs du projet

Ce projet pilote prévu pour trois ans (1978-1981) est conçu pour procurer des services de planning familial et de santé maternelle et infantile dans trois gouvernorats de Tunisie centrale mal servis jusqu'alors: Kasserine, Siliana et Sidi BouZid ainsi qu'une partie de la région de Menzel Bourguiba (gouvernorat de Bizerte). La population cible comprend 12 des 24 délégations contenues dans les quatre gouvernorats ou une population de 400.000, environ. Tels qu'énoncés dans le document sur ce projet (50), les principaux objectifs sont:

- L'intégration de l'activité de planification familiale dans une politique générale de santé familiale et du bien-être de la famille en milieu rural.
- Plus large pénétration des services de planning familial en milieu rural.
- Amélioration des taux de couverture par le planning familial, d'acceptabilité et de continuation.

Le plan d'origine comportait: l'établissement de quatre cliniques mobiles (une par gouvernorat) dirigées par des sage-femmes et des aide-infirmières, offrant toute une gamme de services en matière de planning familial et santé maternelle et infantile, à des endroits désignés (18-25) dans chaque gouvernorat; le recrutement et la formation de 32 (8 par gouvernorat) femmes de la localité (animatrices sociales) pour promouvoir le planning familial et assurer une liaison directe entre la communauté et la clinique mobile. En contraste avec

les projets PFAD et PFPC, ces animatrices sociales ne fournissent pas au départ de contraceptifs à toutes celles identifiées mais agissent en tant que représentantes/conseillères chargées de réapprovisionner. Au cours de visites à domicile et de discussions en groupes, la responsabilité des animatrices sociales consiste à éduquer en matière d'hygiène, à renseigner sur la vaccination, à fournir des brochures, des séances de diapositives et de films sur le planning familial et à rassembler les femmes pour se rendre à la clinique mobile.

Les services offerts en clinique mobile comprennent: la distribution de contraceptifs, la pose de DIU, les soins prénatals et postnatals, les sions aux jeunes enfants: peser, vacciner et les soins courants préventifs et curatifs. Le personnel de la clinique mobile est supervisé par le Coordinateur médical régional et les animatrices sociales par le délégué régional. Le contrôle général et la coordination des activités PFMR sont assurés par le directeur du projet à l'ONPFP.

Le projet est financé par Family Planning International Assistance (FPIA), organisme intermédiaire de l'AID; des visites périodiques ont été effectuées par le personnel du bureau régional pour l'Afrique, siège à Nairobi.

2. Résultats

Le projet PFMR prévoyait un programme ambitieux sur une grande échelle qui permettrait de mesurer l'impact d'un programme intégré de PF/PMI à l'aide de services fournis en cliniques mobiles supplémentées d'animatrices motivées de la communauté. Les objectifs de la première année consistaient à fournir des renseignements et des conseils (par les animatrices sociales) à 80% de la population rurale des quatre gouvernorats; des services de planning familial aux cliniques mobiles à un nombre de femmes éligibles s'élevant à 14.280; la motivation et le réapprovisionnement à 7.000 femmes pratiquant déjà la contraception.

Dès le début, le projet a fait l'objet de nombreux retards et de difficultés administratives. A l'issue de six semaines de formation pour les animatrices sociales et d'un stage de recyclage de deux semaines pour le personnel de clinique mobile, les activités sur le terrain étaient officiellement amorcées en janvier 1979. Cependant les services fonctionnaient six mois après la date prévue et à une échelle plus réduite que celle prévue à l'origine. Le premier handicap s'est présenté lorsque l'offre de British Overseas Development Ministry de fournir les quatre cliniques mobiles a été annulée. Bien que l'ONPFP ait pu les remplacer par trois véhicules de substitution, ces derniers étaient mal équipés et nécessitaient de fréquentes réparations. Les mobylettes commandées pour les animatrices sociales se sont avérées

inadéquates sur le terrain difficile et inacceptables dans ce milieu. La mobilité du personnel était donc limitée. Son acceptation et son efficacité étaient également entravées du fait qu'il ne procurait aucun service de planning familial mais uniquement des renseignements pour consultation en clinique mobile. Des pénuries d'équipement et un personnel réduit ainsi que les difficultés de transport ont ralenti la marche du projet. La supervision et le suivi des activités du PFMR par le bureau central de l'ONPFP ont été moindres étant donné que plusieurs personnes se sont succédées au poste de responsable de Projet.

L'ensemble de ces facteurs ont provoqué de grandes modifications dans le plan et les objectifs du projet. Bien que l'analyse des données soit encore incomplète, les résultats ont été décevants, surtout pour un projet envisagé au début comme un modèle pour le programme à travers le pays. Un rapport final d'évaluation sur le PFMR est prévu pour la mi-1981.

C. PROJET AIDES FAMILAILES - LE KEF

Le renforcement des activités de planning familial dans l'ensemble de la santé familiale au gouvernorat du Kef a été commencé en 1976 dans le cadre d'un accord bilatéral entre le Royal Dutch Tropical Institute et l'ONPFP. Dans cet accord de quatre ans étaient incorporés le développement de services maternité-pédiatrie, d'examens prénatals et postnatals, cliniques de soins aux bébés, malades ou non, programmes de vaccination et une gamme complète de services de planning familial. Le projet de santé familiale, financé par le PNUAP était prévu pour trois ans (1975-1977), s'appuyant de plus en plus sur l'utilisation d'équipes mobiles offrant les services de santé maternelle et infantile et de planning familial en dehors de la capitale de la province. (16)

1. Plan et objectifs du projet

Une extension naturelle des activités de l'équipe mobile, le projet "santé au village" était destiné à lier la population isolée à l'infrastructure de santé publique dans le but de surmonter les difficultés de distance, le manque de confiance et l'ignorance. En 1976, des activités expérimentales ont été entreprises dans un secteur de Tadjerouine. Au début, quatre jeunes filles au niveau du secondaire (3-4 ans) ont été recrutées localement et formées durant deux mois. Leurs responsabilités en tant qu'aides familiales consistaient à: participer aux consultations PMI/PF au siège de la délégation de Tadjerouine deux fois par semaine; donner une consultation hebdommadaire dans un centre local, assistées des agents de santé publique spécialisés en matière de nutrition, et au cours de laquelle les enfants en bas âge

385

étaient pesés et vaccinés; instruire et informer sur le planning familial et la nutrition et donner conseil sur les contraceptifs; trois jours par semaine étaient consacrés aux visites à domiciles. (12)

Encouragée par les résultats obtenus au cours des six premiers mois, l'équipe hollandaise au Kef a proposé un projet durant trois ans pour déterminer la rentabilité de ce procédé. En 1978, le projet couvrait cinq secteurs de la délégation de Tadjerouine avec 14 aides familiales sous la supervision d'un coordinateur de projet, une femme et une infirmière.

Le plan d'action comportait: des visites effectuées toutes les semaines par une équipe paramédicale au centre de chaque secteur pour les soins aux bébés, les consultations prénatales et postnatales, les examens gynécologiques et de planning familial; la réunion mensuelle de tout le personnel de santé au village; les visites de contrôle effectuées par les aides familiales aux ménages "prioritaires" (enfants mal nourris, femmes enceintes, acceptante de la pilule, etc.). De nouveaux services ont été introduits en 1979: l'ouverture d'un sixième centre, l'établissement de petits jardins, de classes de tricot et de couture et des sessions organisées avec les hommes de la communauté pour discuter des avantages du planning familial du point de vue santé. (51)

Ce projet est financé sous les auspices de l'Association Tunisienne de Planning Familial. D'autres organisations y compris l'ONPFP, le fonds de développement rural du Kef, NOVIB et CARE ont procuré des fournitures et de l'équipement.

2. Résultats

D'après les données des rapports et des registres tenus par les aides familiales, la prédominance contraceptive a augmenté considérablement dans l'échantillon des cinq secteurs depuis l'expansion du programme. La proportion des femmes âgées de 15 à 44 ans pratiquant la contraception était passée de 27% en mars 1978 à 41% en décembre 1979, une augmentation de 52% en 22 mois. (51)

Les statistiques de fin d'année 1979 démontrent que parmi les 592 femmes pratiquant la contraception (d'un total de 1.430 contactées), 27% prenaient la pilule, 33% avaient eu une ligature de trompes et 39% portaient un DIU. Les résultats obtenus des consultations PF/PMI dans chacun des cinq centres servis par l'équipe mobile indiquent qu'en 1979 un nombre total de 881 femmes a bénéficié des services de planning familial et d'examens gynécologiques, plus 323 femmes enceintes pour les soins prénatals.

L'augmentation dans le taux de vaccination pendant la durée du projet est encore plus encourageante. Entre mars 1978 et décembre

1979, le pourcentage d'enfants vaccinés BCG a doublé, passant de 49% à 95%; de 28 à 92% pour le DTC et de 8 à 76% d'âge préscolaire vaccinés contre la polio.

Parallèlement aux autres projets spécifiques, les difficultés rencontrées au Kef comprennent: des heures de travail supplémentaires pour l'équipe, des problèmes de transport pour les aides familiales et pas assez de temps consacré à revoir et superviser le travail des aides familales et à la discussion de problèmes communs. Bien que le projet s'étende lentement, sous les auspices de ATPF, il représente néanmoins un petit effort intensifié entrepris dans une région précise. L'analyse détaillée de la rentabilité de cet effort n'est pas encore complète. Malgre ces résultats encourageants, employer une aide familiale par 100 FMAR peut s'avérer trop coûteux, surtout par rapport au projet PFPC qui a un taux de 1 animatrice pour 3.926 femmes.

D. AUTRES PROJETS

Il existe quelques autres projets innovés, de petite envergure, non clinique de distribution qu'il est bon de noter:

1. Projet éducatif expérimental à domicile, Jendouba ville, 1971-1972

Une équipe composée de mari et femme a lancé une campagne systématique d'éducation à domicile sur le planning familial dans la ville de Jendouba, sous le premier programme de post-partum/post-avortement. Entre octobre 1971 et novembre 1972, un total de 2.496 femmes (sur 3.000 environ) en âge de procréer a été contacté en deux visites par ce couple. Celles qui le désiraient ont reçu des références pour contraceptifs au centre pilote de planning familial. Seules, 398 (ou 16%) ont accepté les références et 245 ou 64% de celles-ci se sont présentées au centre. Parmi les 2.098 femmes qui ont refusé, 26% pratiquaient apparement déjà une méthode de planning familial.

Bien que l'échantillon visé soit très petit, cette enquête expérimentale fournit néanmoins des données sur les caractéristiques des femmes contactées-âge et parité, nombre d'enfants encore désiré ainsi que l'attitude du mari vis-à-vis du planning familial, et ce, tout au début du programme tunisien et avant même la création de l'ONPFP.

2. Projet Antennes Familiales

En 1977 dans le gouvernorat de Mahdia, un projet pilote PMI/PF était lancé sous les auspices de l'Association pour le Développement et l'Animation Rurale (ASDEAR). Les autres organismes qui ont soutenu cet effort comprennent l'ONPFP, l'Institut de l'Enfance et les autorités locales de santé. Ce projet est très modeste, visant un échantillon de 2.840 habitants (dont 535 ménages) dans six sous-secteurs du cheikat de M'Harza. Cinquante pour cent des ménages en ont été exclus vu qu'ils étaient considérés comme étant trop isolés.

Six jeunes filles de la communauté qui ont eu une éducation élémentaire de 4 à 5 ans ont été recrutées pour ce projet en tant qu'"Antennes Familiales", chargées de fournir des renseignements de base sur PMI/PF (Protection maternelle et infantile/planning familial) dans leur communauté. Ces "antennes familiales" ont d'abord été formées durant trois mois dans l'expérience pratique en salle de soins, PMI et la maternité. Avec un salaire de 20 DT ces jeunes animatrices devaient se rendre aux domiciles (100 familles environ chacune) ainsi qu'à deux écoles primaires. Leurs activités: le planning familial, (distribution de pilules, bons de consultation pour ligature de trompes), la nutrition de l'enfant, l'hygiène de l'individu et son entourage, la vaccination, l'approvisionnement de simples médicaments (tels traitement de la diarrhée, syrop contre la toux, aspirine, pommade antibiotique) et collecter des données sur l'état de santé de chaque famille.

Une évaluation du projet a eu lieu en octobre/novembre 1978. Les problèmes majeurs rencontrés étaient: le manque de transport pour les enquêtrices "antennes familiales", le manque de supervision et de coordination avec les autres organisations, des conflits entre les antennes familiales et les infirmiers-hygiénistes et enfin, l'absence d'un système de réapprovisionnement et de soutien d'une équipe mobile. Le budget pour 1978 était relativement élevé aussi: 3.457 DT. Un projet semblable a été lancé en juin 1979 à El Fahs, gouvernorat de Zaghouan avec huit antennes familiales.

3. Dispensaire mobile à Agareb

Ce projet spécial, lancé à Agareb (gouvernorat de Sfax) en décembre 1975 était conçu pour tester l'efficacité d'une distribution limitée à domicile de contraceptifs comme une extension des activités de l'équipe mobile. Les premiers résultats du projet indiquent une augmentation considérable dans la distribution de pilules et de gelées en particulier. (4)

4. Distribution spéciale de condoms

Des activités expérimentales ont été entreprises en 1975 à Nabeul et à Sousse en 1976 avec pour objectif une distribution très étendue de condoms, aux chefs de famille. Elles ont démontré que l'emploi d'infirmiers pour remettre les condoms aux hommes de la communauté était efficace et accepté. (4) Les statistiques du programme national indiquent une acceptation très réduite des condoms par les femmes par rapport à d'autres méthodes.

* * *

Les projets de santé les plus importants placés sous les auspices du Ministère de la Santé Publique sont: le projet tuniso-belge au Cap Bon et celui de Medjez El Bab dans le gouvernorat de Béja. En zones rurales du Cap Bon, des auxiliaires de la santé publique procurent une gamme de soins préventifs, y compris le planning familial. Le projet de Medjez El Bab en médecine intégrée est le plus complet qui ait été développé jusqu'à ce jour. Lancé en 1979, il a très bien réussi dans le développement et la formation d'un personnel de santé, ainsi que dans le renforcement et l'expansion des services de santé maternelle et infantile dans la région, précisément dans les soins prénatals et postnatals, les accouchements en maternité, les vaccinations, le check-up systématique, l'éducation sur la nutrition, la santé et l'hygiène dans l'environnement. Toutefois, l'impact du projet de Medjez El Bab a été bien moins satisfaisant pour ce qui est d'augmenter la prédominance contraceptive dans la région visée.

Annexe D
REFERENCES

REFERENCES

1. Bernard, R. et A. Charfeddine. Surveillance du planning familial (SPF) en Tunisie (1973-1979): Observations et implications pour le Plan quinquennal (1982-1986). International Fertility Research Program et Office National du Planning Familial et de la Population, avril 1980.

2. Bchir, M. Avant projet de l'extension de l'expérience PFAD (mimeo). République tunisienne: Office National du Planning Familial et de la Population, novembre 1976.

3. Bchir, M. Expérience pilote: le planning familial par le couple en milieu rural. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, novembre 1976.

4. Bchir, M. et F. Ben Messaoud. Le planning familial à domicile en Tunisie: essai d'évaluation des différentes expériences (mimeo). Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, mars 1977.

5. Bicknell, W.J., S. C. Shaw et B. Turner. Tunisia: rural community health project: review and extension (mimeo). Agency for International Development, Washington, D. C., août 1980.

6. Chaouch, N. Impression sur le programme PFPC (mimeo). Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, janvier 1980.

7. Chelbi, M. Expérience pilote d'intégration du planning familial à la santé de base en milieu rural: projet PFPC -- délégation d'Ain Draham (mimeo). Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1978.

8. Chen, M. AID/DS/POP Procurement and distribution of Neo Sampoon spermicidal foaming tablets: status and recommendations. Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C. juillet 1980.

9. Chen, M. The usefulness of Neo Sampoon (mimeo). Office of Population, Agency for International Development, W hington, D. C. juin 1980.

10. Coleman, S. et P. Piotrow. Les spermicides: simplicité et innocuité sont leurs plus grands avantages. Population Reports, Série H., No. 5. Population Information Program, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, septembre 1979.

11. Comprehensive review: operations research CBD projet. Johns Hopkins Population Center, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland, janvier 1980.

12. Description of the Village Health Worker Project (Mother-Child Health): Délégation of Tadjerouine, Le Kef (mimeo), 1977.

13. Document final de la séminaire de Tabarka sur la médicine intégrée. Ministère de la Santé Publique, République tunisienne, juillet 1979.

14. Enquête nationale sur la continuation des méthodes contraceptives, 1973: Vol. 1-2. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1973.

15. Enquête sur la prédominance des méthodes contraceptives à Jendouba. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1979.

16. Equipe médicale néerlandaise: projet de santé familiale, Gouvernorat du Kef. Rapport annuel 1977.

17. Foreit, T.R., M.C. Gorosh, D.G. Gillespie, C.G. Merritt. Distribution de contraceptifs: commerce ou base communautaire: inventaire et évaluation. Population Reports, Série J, No. 19, juin 1979.

18. Fort, C. et P. Johnson. Background and analysis of proposed health sector activity in central Tunisia. American Public Health Association, Washington, D. C., décembre 1979.

19. Gadalla, S., N. Nosseir et D.G. Gillespie. Household distribution of contrtaceptives in rural Egypt, Studies in Family Planning, Volume 11, No. 3, mars 1980.

20. Garbi, A. Présentation de la région de Jendouba (mimeo). Ministère de la Santé Publique, République tunisienne, 1977.

21. Gargouri, J. Rapport sur l'expérience pilote de Jendouba: octobre 1971-novembre 1972. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, juin 1973.

22. Gillespie, D.G. ONPFP's expanded household distribution projet (mimeo). Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C. décembre 1976.

397

23. Gillespie, D.G. Expansion of the household distribution of contraceptives by the ONPFP, Tunisia (mimeo), novembre 1976.

24. Khalifa, M. Rôles et activités du médecin directeur du projet PFPC (mimeo). Office National du Planning National et de la Population, République tunisienne, janvier 1980.

25. La planification familiale en Tunisie. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, mars 1976.

26. L'Action de l'Office National du Planning Familial et de la Population 1976-1978: objectifs, réalisations, résultats. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1979.

27. L'Enquête tunisienne sur la fécondité: l'essai d'évaluation du programme de planification familiale et de population (mimeo). Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1980.

28. Le planning familial par le couple (Jendouba): expérience pilote d'intégration du planning familial à la santé familiale en milieu rural 1977-1979. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1977.

29. Le planning familial par le couple (Jendouba): enquête d'évaluation: délégation de Fernana (1978). Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1979.

30. Maguire, E.S. Trip report: Tunisia, April 2-18, 1979 (mimeo). Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C. juin 1979.

31. Maguire, E.S. Trip report: Tunisia, september 11-25, 1978 (mimeo). Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C. novembre 1978.

32. Maguire, E.S. Trip report: Tunisia, April 1-14, 1978 (mimeo). Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C., mai 1978.

33. Maguire, E.S. Trip report: Tunisia, November 9-25, 1977. Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C., décembre 1977.

34. Maguire, E.S. PFPC project: second household visit—Ain Draham delegation (mimeo). Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C. mai 1979.

35. Maguire, E.S. et D.G. Gillespie. PFPC integrated family planning/basic health care delivery system for Ain Draham (mimeo, juillet 1978).

36. Maguire, E.S. et D.G. Gillespie. Tunisia household distribution project, Planning Familial par le Couple (PFPC) (mimeo). Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C., octobre 1977.

37. Maguire, E.S. et P.R. Johnson. Services de planification familiale tunisiens: évaluation de mi-projet, phase I. American Public Health Association, Washington, D. C., novembre 1979.

38. Maguire, E.S. et M. Thorne. Gouvernement de la Tunisie/USAID évaluation de mi-projet du programme de planification familiale tunisien: compte rendu de la mission intéressant la phase II. American Public Health Association, Washington, D. C., juin 1980.

39. McCord, C. Evaluation of Menoufia, Egypt, oral rehydration project. American Public Health Association, Washington, D. C., janvier 1980.

40. Mejri, A. Le PFPC à Jendouba: les impressions d'un membre de l'équipe (mimeo). Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, mars 1980.

41. Merritt, G., D.G. Gillespie, E. Maguire et al. Experimental family planning programs: improving prevalence of contraceptive use. Paper presented at 1979 Annual PAA meeting. Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C., avril 1979.

42. Nichols, D. et M. Labbok. VDMS--Visites à Domicile de Motivation Systématique, Marrakesh, Maroc. International Fertility Research Program, Research Triangle Park, North Carolina, avril 1981.

43. Parker, L., W. Rinehart, P. Piotrow et L. Doucette. Oral rehydration therapy (ORT) for childhood diarrhea. Population Reports. Series L, No. 2. Population Information Program, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, novembre-décembre 1980.

44. PFAD, Distribution à domicile de contraceptifs à Bir Ali Ben Khalifa, Tunisie. International Fertility Research Program (IFRP), Research Triangle Park, North Carolina, 1979.

45. PFPC. Projet de Planning Familial par le Couple, Gouvernorat de Jendouba, délégations de Fernana, Ain Draham et Jendouba: les impressions des membres de l'équipe du projet (mimeo). République tunisienne: Office National du Planning Familial et de la Population, mars 1980.

46. PIO/T Family Planning, Operations Research: Le Planning Familial par le Couple en Milieu Rural. Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C., 1977.

47. Population du Gouvernorat de Jendouba. Caractéristiques socio-démographiques. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, mars 1979.

48. Project agreements (1977, 1978, 1979) between the U. S. Agency for International Development and the Tunisian Ministry of Foreign Affairs. Family Planning, Operations Research. USAID Tunis.

49. Project paper: Tunisia family planning services. Office of Population, Agency for International Development, Washington, D. C., 1977.

50. Projections de la population tunisienne par délégation, sexe, âge et année: 1975-1986. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1979.

51. Projet des aides-familiales. Rapport de 1979 (mimeo). Tunis.

52. Projet Pilote--Le Planning Familial en Milieu Rural (PFMR), 1978-1981. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, mars 1979.

53. Projet tunisien de Médecine Communautaire--Medjez el Bab. Rapport annuel 1978. Ministère de la Santé Publique, République tunisienne.

54. Rapport annuel du projet tuniso-belge de médecine intégrée au Cap Bon, 1976-1977. République tunisienne.

55. Rapport du Superviseur dans l'enquête d'évaluation du projet du PFPC dans la délégation de Fernana (mimeo). Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, septembre 1978.

56. Recensement général de la population, 1975. Vol. I-V. Institut National de la Statistique, République tunisienne.

57. Recensement général de la population et des logements: population par division administrative du gouvernorat de Jendouba. Institut National de la Statistique, République tunisienne, mai 1975.

58. Requête d'assistance soumise au Pathfinder Fund: projet d'amélioration du recrutement des acceptrices de planning familial. République tunisienne: Office National du Planning Familial et de la Population, juin 1978.

59. Résultats 1978: programme 1979. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1978.

60. Revue tunisienne des études de population, No. 1. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne, 1980.

61. Statistiques de planning familial, 1976-1979. Office National du Planning Familial et de la Population, République tunisienne.

62. Syncrisis: the dynamics of health. XV, Tunisia. Office of International Health, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1975.

63. Taux de prédominance dans le gouvernorat de Jendouba par délégation et par méthode à partir des statistiques de service et des taux de continuation de 1973 (mimeo). Office National du Planning et de la Population, République tunisienne.

64. Van Vlaenderen. Projet tuniso-belge de santé familiale: la santé familiale dans la délégation de Metlaoui.