

PN ABN -461
82058

L'ORGANISATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU SEIN DE L'ENTREPRISE

Module à l'usage des animateurs de stages de formation de cadres

Janvier 1988

AID/DPE-3034-C-00-5072-00

LE PROGRAMME ENTREPRISE

Avant-propos

Un tiers au moins des couples qui vivent dans les pays en voie de développement n'ont actuellement aucune protection contre les grossesses involontaires. Il n'est pas concevable que les gouvernements et les organismes d'assistance puissent à eux seuls organiser et financer les services de planification familiale dont ces nations ont besoin. Par conséquent le secteur privé, en particulier celui des entreprises commerciales, doit absolument être encouragé à prendre une part plus active dans l'organisation de services de planification familiale, à côté des services publics et des travaux déjà entrepris par les organisations non gouvernementales (ONG). Dans de nombreux pays, le potentiel du secteur privé dans le domaine extrêmement important de la planification familiale n'a pratiquement pas été mis à contribution.

C'est précisément pour attaquer ce problème que le Programme Entreprise, financé par l'Agence des Etats Unis pour le développement international, a été confié à la société John Snow, Inc en collaboration avec trois autres organismes - John Short and Associates, Birch and Davis Associates, The Coverdale Organization. Le Programme Entreprise, grâce aux ressources dont il dispose, vient en aide à certains groupements privés pour le lancement, l'expansion et la gestion économique de services de planification familiale de qualité ne dépendant pas du gouvernement. Il s'agit essentiellement d'un travail de collaboration avec des organismes à but lucratif, et d'une façon plus limitée avec des associations à but non lucratif. L'objectif dominant est, pour chacun des projets entrepris, de faire prendre en charge au secteur privé les coûts récurrents de la distribution des services de planification familiale.

Au cours de ses deux premières années d'activité, le Programme Entreprise a financé dans douze pays différents des sousprojets de collaboration avec des organismes à but lucratif ou non lucratif. Il s'agissait le plus souvent d'entreprises industrielles, d'usines, d'exploitations minières ou de plantations - parfois filiales de grosses sociétés multinationales. Dans le domaine de la formation, le Programme Entreprise a réalisé pour le secteur privé trois ateliers régionaux internationaux et deux stages nationaux. Une autre tâche essentielle est la rédaction de modules de formation destinés aux entreprises et organismes privés. Sur les trois modules prévus au cours des cinq années du programme, deux sont déjà achevés et actuellement mis à l'essai. Le Programme Entreprise continue en outre à fournir d'importants concours techniques aux missions AID et à divers organismes privés, en matière de travaux d'auto-financement, de recouvrement des coûts et de systèmes d'informatique pour la gestion des unités de planification familiale. Vingt-deux pays ont déjà bénéficié de cette sorte d'assistance.

Le module que nous présentons ci-après est dû aux efforts de nombreuses personnes qui ont participé à la conception du manuel et l'ont mis à l'essai dans la pratique. Nous souhaitons qu'il puisse vous rendre service, et accueillerons bien volontiers toutes observations et suggestions dont vous nous ferez part à son sujet.

Joel Montague
Directeur du Programme

L'ORGANISATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU SEIN DE L'ENTREPRISE

Module à l'usage des animateurs de stages de formation de cadres

TABLE DES MATIERES

- SECTION I:** Présentation du module
- SECTION II:** Le rôle du secteur commercial dans l'instauration et la promotion de services de planification familiale d'entreprise
- SECTION III:** Avantages de la planification familiale pour l'employeur, pour l'employé et pour la nation
- SECTION IV:** Dynamique démographique, développement socio-économique et secteur commercial
- SECTION V:** Introduction aux techniques de contraception et à la promotion des services de planification familiale
- SECTION VI:** Mise au point et exécution d'un projet de services de planification familiale d'entreprise, gestion et évaluation des services
- SECTION VII:** Mise au point d'un plan d'action
- EVALUATION:** Evaluation du module

SECTION I
PRESENTATION DU MODULE

L'ORGANISATION DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE AU SEIN DE L'ENTREPRISE

Module à l'usage des animateurs de stages
de formation de cadres

SECTION I: PRÉSENTATION DU MODULE

L'utilisateur trouvera ici, avec un plan général du module, toutes les explications nécessaires sur l'objet du module, les objectifs à atteindre, le public visé, et le mode d'utilisation prévu.

Objet du module

- o Le module a pour objet de promouvoir l'organisation de services de planification familiale dans le secteur privé, dans le cadre des services médicaux souvent offerts par les entreprises à leur personnel.
- o Le module familiarisera les cadres du secteur privé et les responsables de services médicaux d'usine avec les moyens pratiques de projeter, établir, gérer, évaluer et promouvoir des services de planification familiale d'entreprise.
- o Le module fournit aux formateurs, consultants et organisateurs de stages une documentation et des listes d'ouvrages à consulter, et il leur propose des modèles de travaux et des directives générales pour l'organisation de stages destinés aux propriétaires d'usines, aux cadres industriels et aux responsables de services sanitaires, en matière de planification, mise en place, gestion et évaluation de services de planification familiale au sein de l'entreprise.

Public visé par le module

Le module a été conçu pour être utilisé par des organisateurs, planificateurs, formateurs et consultants lors de la mise au point et de l'exécution de brefs stages de formation pour diverses catégories de personnel du secteur privé. Les stagiaires seront éventuellement recrutés parmi les catégories professionnelles suivantes: chefs du personnel, médecins chefs, responsables du personnel infirmier, directeurs généraux et chefs d'entreprise, directeurs, sous-directeurs et chefs de service

de sociétés commerciales, d'usines, d'exploitations minières, de plantations. Les mots "usine" et "entreprise", tels qu'ils sont employés ici, s'appliquent en réalité à toute une gamme d'entreprises privées à but lucratif.

Objectifs du module

Les organisateurs et planificateurs de stages, les consultants et les formateurs pourront:

- o utiliser le module pour la mise au point et l'exécution de brefs stages de formation destinés aux cadres industriels et au personnel sanitaire, sur le thème de l'organisation et de l'administration de services de planification familiale d'entreprise. Certaines sections du module pourront également être utilisées pour d'autres types de formations de responsables des services médicaux et de planification familiale.

Grâce à l'utilisation de ce module, les stagiaires (cadres de direction et responsables sanitaires) seront en mesure de

- a. comprendre le rôle à jouer par le secteur commercial dans la promotion et l'organisation de services de planification familiale d'entreprise,
- b. prendre connaissance des expériences faites par d'autres en matière d'organisation de services de planification familiale d'entreprise, en constatant leurs succès et leurs échecs;
- c. examiner les avantages retirés de l'instauration de services de planification familiale au sein d'une entreprise;
- d. étudier les différentes options contraceptives qui peuvent être proposées par un service de planification familiale d'entreprise;
- e. étudier le rôle des actions à entreprendre pour faire accepter les services de planification familiale, et examiner les diverses manières d'aborder l'IEC (Information, Education et Communication) dans le cadre d'une usine ou entreprise privée;
- f. déterminer les points importants sur lesquels des décisions devront intervenir pour la planification, la mise en place et l'évaluation de services de planification familiale d'entreprise;

- g. préparer un plan d'action pour l'établissement de services de planification familiale sur leur lieu de travail, soit en liaison avec les services médicaux existant dans l'entreprise, soit de façon indépendante.

Composition du module

.....La deuxième section traite du rôle positif que l'entreprise privée et le secteur privé peuvent jouer et ont joué dans la promotion et la mise en place de services de planification familiale d'entreprise.

.....La troisième et la quatrième sections comprennent des exposés plus abstraits sur les avantages à retirer de la planification familiale et sur la dynamique démographique. On parvient ainsi une argumentation plus poussée en faveur de la participation de l'entreprise à la création de services de planification familiale dans le cadre des avantages sociaux fournis au personnel. On distingue les avantages à dégager immédiatement par l'employeur, l'employé et la nation, et ceux qui mettront plus longtemps à se matérialiser.

.....La cinquième section a un caractère plus technique, et présente aux cadres industriels des renseignements sur les diverses options contraceptives et sur les diverses méthodes de promotion/IEC qui peuvent être adoptées par les services d'entreprise.

.....La sixième section est d'une importance fondamentale. On y fait l'inventaire des décisions à prévoir par un directeur ou propriétaire d'usine lorsqu'il met au point un projet de services de planification familiale d'entreprise. On passe ensuite aux différentes tâches qui constituent la mise en place, la gestion et l'évaluation des services de planification familiale.

.....A la dernière section du manuel, les stagiaires préparent un plan d'action pour l'établissement de services de planification familiale sur leur lieu de travail.

Pour la rédaction de ce module, nous avons admis d'une façon générale:

- o que les formateurs utilisant le manuel auront une expérience professionnelle; en effet les techniques de formation ne sont pas abordées;

- o que le formateur désirera faire un choix parmi la documentation fournie et les références indiquées par le manuel, en fonction du temps dont il disposera pour le stage, et des besoins des participants,
- o que le formateur se rendra compte que le processus de prise de décisions varie d'un organisme à l'autre et d'un pays à l'autre;
- o que les personnes participant aux stages basés sur ce module seront des personnes désireuses, ou peut-être envisageant déjà d'organiser des services de planification familiale dans leur entreprise,
- o que les personnes participant au stage ne seront pas très au courant des moyens pratiques d'organiser des services de planification familiale dans une usine ou une plantation.

Comment se servir du module

POUR LES FORMATEURS, CONSULTANTS ET ORGANISATEURS DE STAGES

Bien que le module se contente de "suggérer" la matière à traiter, une progression logique se dégage implicitement de ces suggestions. Les sections II, III et IV fournissent des arguments pour la promotion des services de planification familiale à organiser par le secteur commercial. Elles serviront donc tout naturellement de point de départ pour mettre à profit les sections V et VI, lesquelles traitent des techniques de contraception, des activités promotionnelles IEC, et des travaux à effectuer pour la mise en place de services de planification familiale. Ces cinq sections débouchent sur un exercice pratique qui fait l'objet de la section VII: les stagiaires mettent au point un plan d'action et un calendrier de travail pour l'établissement de services de planification familiale dans leur entreprise. De même que pour l'exposé des objectifs et de l'argumentation, il vous sera nécessaire d'adapter la matière traitée au contexte socio-politique dans lequel se déroulera la formation.

Si vous préparez un stage de trois à quatre jours pour cadres moyens et personnel sanitaire, nous vous invitons à prendre connaissance de l'ensemble du texte et à en utiliser tous les éléments qui vous paraîtront adéquats. Si votre stage est destiné à des cadres de direction qui n'ont pas encore pris la décision d'organiser des services de planification familiale, vous serez peut-être amenés à insister sur la compréhension des avantages que représentent de tels services pour la direction, et vous aborderez ensuite le détail des diverses questions à

prendre en considération pour la mise en place de services sur le lieu de travail. Si par contre vos stagiaires sont surtout des responsables de services de sante, vous souhaiterez peut-être passer plus de temps à une révision et mise à jour de leurs connaissances en matière de techniques contraceptives, et moins de temps aux premières sections du module. Si vos stagiaires sont des personnes ayant déjà décidé d'organiser des services de planification familiale, peut-être sera-t-il préférable d'avancer plus vite et de passer aux chapitres qui fournissent des indications pratiques pour la mise au point de services au sein d'entreprises commerciales.

Si vous disposez de moins de temps que n'en prévoit le manuel, vous ferez votre propre sélection parmi les sujets traités, en fonction du temps qui vous sera alloué. N'oubliez pas qu'il vous faudra adapter certaines parties du manuel de façon à les mettre en harmonie avec les traditions dominantes du milieu socio-culturel, ainsi qu'avec la politique démographique nationale en vigueur. Il sera notamment important de vous procurer des renseignements précis et bien à jour sur les divers aspects de la politique gouvernementale, d'obtenir des données récentes provenant d'enquêtes sur la couverture contraceptive, et enfin de vous tenir au courant des résultats obtenus par diverses études et enquêtes du type "connaissance, attitude et pratique".

Pour vous aider.....

.....PAGES DU FORMATEUR (feuilles blanches): insérées pour chaque section. On y trouvera les objectifs proposés pour la section, et une justification du sujet traité par la section; il ne s'agit toutefois que de suggestions, car bien entendu les objectifs pourront varier d'un stage à l'autre en fonction du milieu socio-culturel et des conditions politiques dans lesquels se déroulera la formation, ainsi que du public auquel on s'adressera.

.....DÉROULEMENT DES TRAVAUX: divers modes de présentation des sujets traités sont indiqués. Ici encore, il ne s'agit que de suggestions. Dans certains cas les méthodes de formation sont liées à un type de milieu socio-culturel, et c'est vous qui jugerez si une méthode donnée convient ou non. Vous trouverez dans le manuel le texte de brefs exposés, ainsi qu'un certain nombre de façons de présenter les sujets traités en faisant participer les stagiaires.

.....DOCUMENTATION, OUVRAGES À CONSULTER: vous trouverez normalement dans le module les textes dont vous aurez besoin pour les travaux du stage. Les textes destinés au formateur sont imprimés sur papier blanc. Les textes destinés aux stagiaires sont imprimés sur papier rose. Toutefois, étant donné que les stagiaires n'auront pas tous le même niveau de connaissances et le même besoin d'information, notamment en ce qui concerne les techniques de contraception, nous vous indiquons des sources complémentaires sous le titre "documentation à consulter" (pages bleues). Les exposés succincts contenus dans le module pourront aisément être distribués aux stagiaires. Quant aux documents et ouvrages à consulter, ils sont résumés aux pages bleues du module. Nous vous conseillons par ailleurs de vous renseigner sur la documentation existant sur place, et de vous efforcer d'en faire usage pour toute formation entreprise.

.....TRAVAUX D'ÉVALUATION: figurent à la fin de chacune des sections du module. Il est important d'évaluer les travaux de formation à mesure qu'ils se déroulent. Nous présentons des modèles d'exercices d'évaluation, pour vous aider à considérer l'évaluation comme partie intégrante de la formation. Vous trouverez à la dernière section du manuel des formulaires d'évaluation à utiliser par les formateurs et par les stagiaires. Les collaborateurs du Programme Entreprise sont désireux de recueillir l'opinion des usagers du manuel, et nous indiquons l'adresse à laquelle vous pourrez faire parvenir les formulaires remplis.

SECTION II

**LE ROLE DU SECTEUR COMMERCIAL
DANS L'INSTAURATION ET LA PROMOTION
DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

DUREE PREVUE: 1 heure 30 minutes

SECTION II: Le rôle du secteur commercial dans l'instauration et la promotion de services de planification familiale d'entreprise

Cette section traite du rôle à jouer par les entreprises, les cadres et employés, et les groupements syndicaux dans la promotion et l'instauration de services de planification familiale au sein des usines et des plantations.

POUR LE FORMATEUR

Objectifs pour cette section:

A l'issue des travaux qui constituent cette section, les stagiaires auront accompli ce qui suit:

1. étude de l'expérience d'autres entreprises et organismes privés en matière de promotion et création de services de planification familiale d'entreprise;
2. détermination des éléments communs à diverses interventions du secteur privé concernant les services de planification familiale, à partir d'une série d'études de cas,
3. progrès dans la compréhension du rôle à jouer par le secteur des entreprises privées: adapter les services de planification familiale aux exigences locales (par exemple étudier la formule qui convient à une usine donnée) et faire participer la communauté intéressée à la planification et à la mise en place des services.

Justification:

L'examen des travaux réalisés par d'autres entreprises privées qui ont établi des services de planification familiale d'entreprise est un premier pas indispensable à la compréhension des notions générales intervenant dans la planification, la mise en place et la gestion de semblables programmes. En découvrant et en discutant les éléments communs à divers programmes de planification familiale d'entreprise, les stagiaires établiront un plan à suivre pour l'étude de leur propre participation à l'organisation de services de planification familiale pour leurs employés, et des tâches essentielles à accomplir pour la mise en place de programmes dans les usines ou les plantations.

DÉROULEMENT DES TRAVAUX

- o **Présentation de diapositives: Le Projet Planification familiale dans le secteur privé du Kenya**

Durée: 10 minutes (commentaire par le formateur)

- o **Exposé d'introduction: L'attention se porte de plus en plus sur les travaux de secteur privé pour la promotion des services de planification familiale d'entreprise.**

Cet exposé explique et définit le rôle à jouer par le secteur commercial en faveur de la création et de la promotion de services de planification familiale au sein de l'entreprise.

Durée: 15 minutes (exposé par le formateur)

- o **Présentation d'études de cas: Deux réalisations en usine**

Les stagiaires lisent et discutent l'étude de deux cas dans lesquels le secteur commercial a entrepris de lancer, gérer et évaluer des services de planification familiale d'entreprise dans un pays en développement. Chacune des études de cas est accompagnée de questions qui aideront à orienter l'examen du cas par les stagiaires, et à organiser la discussion en groupe.

Durée: 20 minutes, en petits groupes

- o **Discussion des études de cas, aspects importants à dégager**

Chaque petit groupe exposant son étude de cas en séance plénière, le formateur attire l'attention des stagiaires sur un certain nombre de questions qui reviennent constamment et devront être prises en considération chaque fois qu'une entreprise tentera d'instaurer, de gérer et d'évaluer des services de planification familiale d'entreprise.

Durée: 20 minutes

o **Evaluation**

Les stagiaires rédigent un exposé sur le thème du rôle à jouer par leur entreprise pour l'organisation de services de planification familiale destinés au personnel. La lecture des exposés est suivie d'une discussion sur le thème.

Durée: 20 minutes

POUR LE FORMATEUR:

Vous trouverez aux pages qui suivent tous les textes nécessaires au formateur et au stagiaire pour les travaux de la section II.

**PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE SOUTENUS ET FINANCÉS
DANS LE SECTEUR PRIVÉ KENYAN**

Photo n° 1 [Logo du FPPS]

Le Programme Planification familiale dans le secteur privé du Kenya (FPPS) fournit à des entreprises et organismes du secteur privé les ressources et compétences nécessaires pour l'organisation d'une gamme complète de services de planification familiale et de santé maternelle et infantile. Les concours apportés par le projet FPPS comportent: assistance technique de gestion, formation concernant les soins, la gestion et la planification familiale, équipement de cliniques et fourniture de matériel médical, travaux de sensibilisation communautaire. Les services de planification familiale sont destinés aux employés et aux membres de leurs familles, ainsi qu'aux membres de la communauté environnante.

Photo n° 2 [Carte du Kenya]

Dans diverses régions du Kenya, plus de 30 entreprises et organismes du secteur privé s'occupent actuellement d'organiser des services de planification familiale sur les lieux de travail - usines, plantations de thé, locaux commerciaux. Il existe ainsi 30 sous-projets couvrant des superficies dont la population va de 1 400 à 500 000 habitants, et prévoyant chacun de parvenir à un nombre d'usagers de la planification familiale situé entre 200 et 12 000. En outre, les 30 sous-projets ont abouti à la mise en place de plus de 125 nouveaux centres de planification familiale, dans des zones où n'existait auparavant aucun service de ce genre.

Photos n° 3 [Usine] et n° 4 [Ouvriers agricoles]

Les organismes privés retenus pour les sous-projets sont recrutés principalement dans le secteur industriel moderne de l'économie. Il s'agit notamment d'usines, de plantations, d'organisations religieuses, et d'associations médicales privées. L'une des plus grosses sociétés participant au programme est la société Brooke Bond, qui emploie environ 26 000 ouvriers dans des plantations de thé, de café, de sisal et de fleurs réparties sur l'ensemble du pays. Parmi les autres sous-projets, citons un certain nombre de plantations de sisal, de sucre et de noix de cajou, une mine de spath fluor, et des usines de papier, de bière et de ciment.

15

Photo n°5 [Femmes et enfants]

Les organismes privés kenyans manifestent un grand intérêt pour l'instauration de services de planification familiale sur les lieux de travail. Le taux d'accroissement démographique se situant actuellement aux environs de 4% (à ce rythme la population du Kenya doublera avant 20 ans), de nombreux chefs d'entreprise kenyans reconnaissent qu'il est dans l'intérêt de l'économie nationale de fournir aux familles les moyens de limiter leur fécondité. De plus, les entreprises privées kenyanes fournissent à leur personnel des avantages sociaux et médicaux, qui leur coûtent de plus en plus cher à mesure que la famille de l'employé s'agrandit.

Photos n° 6 [Groupe d'enfants] et n° 7 [Logement familial]

Ces avantages sociaux et médicaux sont multiples: congés de maternité (imposés par la loi), congés de maladie, crèche, jardin d'enfants, logement, soins médicaux. Les dirigeants reconnaissent qu'en fournissant à leurs employés les moyens d'espacer les naissances, et éventuellement de limiter le nombre d'enfants, ils auront moins de frais que si l'accès aux services de planification familiale est limité.

Photo n° 8 [Hommes devant un dispensaire d'entreprise]

Le projet FPPS accorde son aide financière à une entreprise à condition que celle-ci fournisse déjà des services sanitaires à ses employés et à leurs familles. De cette façon il existe une base sur laquelle peuvent se greffer des services de planification familiale d'une qualité satisfaisante. De plus, les organismes qui participent doivent s'engager à poursuivre le programme à l'issue de la période de deux ans du financement.

Photo n° 9 [Clinique en construction]

Les collaborateurs du projet travaillent individuellement avec chacun des sous-projets pour mettre au point un ensemble de contributions qui corresponde le mieux possible aux besoins de la population de la zone desservie. A la mine de spath fluor (Kenya fluorspar), les fonds du projet sont utilisés pour la construction d'une nouvelle clinique qui fournira des services de planification familiale et de santé maternelle et infantile (SMI). Cette clinique sera ouverte à toutes les personnes habitant dans les environs, car les formations sanitaires sont rares et la population est très disséminée.

Photo n° 10 [Infirmière, médecin et groupe de patients]

Dans d'autres établissements, une plus grande proportion des ressources est utilisée pour la formation du personnel médical et infirmier aux travaux de planification familiale. Ici, dans un dispensaire de la plantation Africa Highland Tea Estate, à Kericho, une infirmière et un médecin accueillent des consultants en planification familiale et en santé maternelle et infantile, et les renseignent sur les méthodes de planning familial.

Photo n° 11 [Femmes et enfants devant une clinique]

Dans la plupart des établissements dépendant du projet, on s'efforce d'intégrer complètement la planification familiale avec la santé maternelle et infantile. De cette façon les mères perdent moins de temps et peuvent grouper toutes leurs consultations en une seule visite, et d'autre part une plus grande discrétion est assurée aux personnes qui pratiquent la planification familiale.

Photo n° 12 [Tableau des droits et responsabilités]

Dans tous les établissements, on tient par-dessus tout à fournir des services de qualité qui soient bien adaptés aux exigences de chaque consultant.

Photo n° 13 [Femmes et infirmière]

Les consultants en planification familiale reçoivent des conseils individuels, et un système de suivi permet de réduire les problèmes au minimum. Ici, dans une clinique de la société Kenya Cannery, nous voyons une infirmière expliquant le fonctionnement du stérilet au moyen d'une maquette de la cavité pelvienne.

Photo n° 14 [Graphique de Voi Sisal]

Dans certains sous-projets on constate qu'une masse de demande s'est accumulée, sous pression quasiment, en l'attente des services de planification familiale. Dès que les services sont en place, les femmes accourent en masse à la clinique, comme le montre ici le graphique de la plantation Voi Sisal Estate.

Photo n° 15 [Graphique de Nzoia]

Dans d'autres entreprises, la demande s'accroît plus graduellement. Une fois la demande de services satisfaite au départ, les augmentations importantes qui surviennent sont le plus souvent dues au succès d'un programme d'IEC.

Photo n° 16 [Rassemblement]

Dans de nombreux sous-projets, les travaux d'IEC sont basés sur la notion de participation communautaire. Les agents IEC apprennent à évaluer les besoins de leur communauté et à agir en conséquence. A la compagnie sucrière Nzoia Sugar Company, par exemple, les comités IEC organisent des manifestations d'art populaire, avec l'aide d'un spécialiste des media. Il s'agit d'orienter les auteurs vers des textes portant sur la santé, la nutrition et la planification familiale, de sélectionner et diriger les acteurs, et de prévoir des manifestations et spectacles basés sur ces textes.

Photo n° 17 [Trois garçons au micro]

Cette sorte de manifestation populaire, avec chansons, danses, poésie, théâtre, est utilisée comme moyen de communiquer à une foule nombreuse, et plus particulièrement à un public d'analphabètes, les avantages de la planification familiale. Ce que vous voyez ici fait partie d'un spectacle qui a attiré un public nombreux à la société Nzoia Sugar. Le programme comprenait des chorales scolaires, des danseurs traditionnels, et des employés de la société.

Photo n° 18 [Groupe d'artistes]

Dans un autre cas, on a fait appel au travail d'artistes kenyans pour la promotion de la planification familiale. Travaillant avec des artistes bien connus sur place, on leur a exposé certains thèmes et messages de planification familiale que le Programme désirait illustrer au moyen d'affiches, de brochures, d'impressions sur des "T-shirts" etc. On a invité les artistes à traduire ces messages en affiches, et ils ont apporté leurs réalisations à un atelier qui a été organisé ultérieurement. Au cours de cet atelier, les réalisations ont été examinées et discutées, et les artistes ont échangé leurs idées sur ce qu'il convenait de modifier, d'améliorer ou de mettre en relief.

Photo n° 19 [Un artiste]

Les affiches produites par les artistes ont été mises à l'essai sur les lieux de travail du sous-projet, les réactions des employés servant à déterminer si ces affiches étaient bien conçues. Des instructions ont ensuite été données aux artistes pour les révisions à apporter aux affiches les plus intéressantes. Après révision, les affiches ont été exposées à Nairobi et sur les lieux de travail du sous-projet. Une exposition itinérante a été organisée dans le but de susciter des conversations se rapportant à la planification familiale, à ses controverses et à ses problèmes.

Photo n° 20 [Livret de l'artiste]

Un livret décrivant le travail à effectuer par les artistes a également été mis au point.

Photos n° 21 et 22 [2 affiches]

Vous voyez ici deux tableaux qui ont été transformés en affiches et distribués à des cliniques de planification familiale dans diverses parties du pays.

Photo n° 19 [Un artiste]

Les affiches produites par les artistes ont été mises à l'essai sur les lieux de travail du sous-projet, les réactions des employés servant à déterminer si ces affiches étaient bien conçues. Des instructions ont ensuite été données aux artistes pour les révisions à apporter aux affiches les plus intéressantes. Après révision, les affiches ont été exposées à Nairobi et sur les lieux de travail du sous-projet. Une exposition itinérante a été organisée dans le but de susciter des conversations se rapportant à la planification familiale, à ses controverses et à ses problèmes.

Photo n° 20 [Livret de l'artiste]

Un livret décrivant le travail à effectuer par les artistes a également été mis au point.

Photos n° 21 et 22 [2 affiches]

Vous voyez ici deux tableaux qui ont été transformés en affiches et distribués à des cliniques de planification familiale dans diverses parties du pays.

EXPOSÉ:

**L'ATTENTION SE PORTE DE PLUS EN PLUS
SUR LES TRAVAUX DE SECTEUR PUBLIC POUR LA PROMOTION
DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

**PARTICIPATION DU SECTEUR PRIVÉ A LA
PROMOTION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE**

Dans les pays en développement, la prévention des maladies et la promotion de la santé sont le plus souvent considérées comme des services que l'Etat est tenu de subventionner ou de fournir gratuitement aux citoyens, s'il souhaite abaisser les taux de morbidité et de mortalité. Les services de planification familiale (ou plus exactement de contraception) sont censés faire partie du système général de prévention et de santé publique de l'Etat. Par suite, depuis le lancement des premiers programmes de planification familiale dans les pays en développement, les organismes d'Etat ont presque toujours fourni des prestations de services gratuites ou fortement subventionnées aux couples désireux de pratiquer la contraception. A l'origine, l'idée des services gratuits de contraception répondait à un triple postulat: (1) réduire la fécondité sert les intérêts de l'ensemble de la société, (2) la plupart des couples ne sont pas au courant des techniques de contraception, ou bien ne savent pas utiliser les moyens modernes de contraception, ou bien n'ont pas accès aux moyens de limiter le nombre d'enfants, (3) étant donné l'insuffisance de la masse monétaire et le niveau extrêmement bas du revenu par habitant dans les pays en développement, les couples sont rarement en mesure d'acheter des contraceptifs, même là où ils sont en vente dans le secteur privé.

Avec la modernisation économique, les progrès de l'information en matière de planification familiale et le développement des techniques, les produits sont devenus plus répandus sur le marché, les couples sont plus au courant de la contraception, les revenus se sont élevés dans l'ensemble, et la masse monétaire, au cours des vingt-cinq dernières années, s'est nettement accrue dans la plupart des groupes sociaux. Cependant, alors même que la demande augmentait, les ressources dont disposaient les Etats et les organismes d'assistance pour la planification familiale demeuraient inchangées ou étaient en baisse. Pour faire face à ce déséquilibre, il faudra tout d'abord évaluer avec précision l'offre et la demande en matière de planification familiale, ensuite déterminer la nature et la cause des insuffisances (en ce qui concerne le service, l'approvisionnement et la main-d'oeuvre), et enfin créer des moyens nouveaux de répondre à la demande en offrant des services satisfaisants à des prix abordables. Une solution possible est l'investissement privé dans l'organisation de services de planification familiale sur les lieux de travail, en usine ou sur les plantations.

Pour que le secteur privé puisse développer ses activités, il faut d'une part qu'il existe une réelle demande pour des services qui ne seraient plus gratuits, et d'autre part il faudra parfois convaincre les entrepreneurs privés du bénéfice net qu'ils peuvent se procurer en mettant la planification familiale à la portée de leurs employés. L'un des objectifs principaux de ce manuel (et du stage) est d'examiner une série de réalisations du secteur privé pour cerner les questions qui se posent, et les obstacles rencontrés par les entreprises privées lorsqu'elles s'efforcent de prendre en charge une part plus grande de la tâche incombant actuellement à l'Etat, pour mettre la planification familiale à la portée de leurs employés.

Les travaux entrepris au Kenya par les sociétés Brooke Bond, Nzoia Sugar et Lever Brothers, et l'assistance qui leur a été fournie par le Programme Planification familiale dans le secteur privé du Kenya, ont été illustrés par les diapositives présentées au début de cette section. Nous avons là des exemples de programmes menés à bien, dans le secteur privé, par des compagnies sucrières, des brasseries, des plantations de thé. Il existe toutes sortes d'autres possibilités. Par exemple, on trouve de plus en plus fréquemment dans certains pays en développement des programmes de soins médicaux gérés par les syndicats ou par les entreprises, des services sanitaires destinés aux membres de coopératives, et des associations locales de médecins: autant de situations idéales pour l'organisation de services de planification familiale. Or dans ces divers groupements, à l'heure actuelle, les services de contraception sont généralement absents (non seulement les méthodes les plus efficaces - DIU et stérilisation - mais également les méthodes exigeant le réapprovisionnement). C'est pour résoudre ce problème que certaines entreprises privées lancent des services de planification familiale visant à couvrir la demande nouvellement créée.

Les facilités d'accès sont naturellement ce qui compte le plus pour la distribution des services de planification familiale. Or il n'est pas du tout évident que le système actuel permette le meilleur accès possible aux divers types de services de planification familiale accessibles, ou qu'il constitue le moyen le plus rentable de satisfaire la demande de services chez les pauvres ou parmi les couples de la classe ouvrière, de plus en plus nombreux dans les pays en développement. Sur la base de l'expérience limitée acquise à cette date, on peut dire que les services de planification familiale d'entreprise sont susceptibles d'augmenter d'un côté les facilités d'accès, de l'autre les possibilités de suivi.

Les travaux réalisés récemment dans le monde en développement ont démontré que les organisations commerciales ont parfois des coûts unitaires moins élevés, font une grande place à la gestion et à l'efficacité dans l'exécution des services, concentrent leurs activités sur les groupes de population qui ont un certain revenu, et offrent des produits conçus pour la tranche la plus profitable du marché, plutôt que pour les groupes de population plus démunis. Elles comprennent d'autre part la nécessité des contrôles financiers qui réduisent les coûts et augmentent les bénéfices. Avant tout, elles connaissent bien les forces du marché et savent en jouer pour promouvoir leurs produits et réaliser des bénéfices. Il convient d'estimer à sa juste valeur l'esprit d'entreprise qui anime les réalisations du secteur privé. Persistance, faculté d'adaptation, maîtrise des aspects financiers, autant d'attributs du chef d'entreprise qui seront des plus précieux lorsqu'il s'agira d'adapter les principes du marché à la réalisation d'objectifs sociaux tels que la planification familiale. Par contre, le point de vue du chef d'entreprise n'incitera pas nécessairement à éduquer et informer suffisamment les clients des diverses options de planification familiale, et des effets secondaires de chaque méthode. En outre, les dirigeants d'entreprises privées sont beaucoup moins sensibles aux "coûts psychologiques" qui dissuadent le consommateur de leurs services, et s'intéressent moins à cette sorte de problème de crainte de voir diminuer leurs bénéfices au cas où ils reconnaîtraient l'existence de la difficulté.

L'une des tâches à accomplir, pour combler les déficits de la couverture contraceptive par rapport à la demande, est le développement et le perfectionnement de la distribution des services. Le secteur privé des pays en développement offre un potentiel considérable. Il a cependant besoin d'encouragement, et peut-être aussi d'idées et de solutions nouvelles.

Les travaux réalisés jusqu'à présent dans le secteur privé montrent combien nous avons appris en ce qui concerne l'organisation de services de planification familiale efficaces et rentables sur le lieu de travail. Les deux études de cas présentées aux pages qui suivent pourront suggérer aux employeurs différentes manières d'établir et de développer leurs services, et également les inciter à faire participer leurs employés, en tant que membres de syndicats et en tant que clients, à l'organisation des services de contraception et à la promotion du bien-être familial.

[POUR LE FORMATEUR: Le cas échéant, vous introduirez ici d'autres exemples de travaux de planification familiale du secteur privé, plus particuliers à votre pays où à la région. En outre, l'article "Tapping Private Industry" cité dans les textes à consulter pour cette section décrit des travaux réalisés par le secteur privé dans plusieurs pays.]

24

ÉTUDES DE CAS:
DEUX RÉALISATIONS EN USINE

ETUDE DE CAS: INDUSTRIAS UNIDAS, S.A. (MEXIQUE)

La société Industrias Unidas, S.A. possède une importante usine à Pasteje (Etat de Mexico), à 125 km environ de Mexico. Industrias Unidas, S.A. (IUSA) fabrique une gamme de produits allant des fermetures éclair et des stylos à bille aux téléphones et aux pièces détachées d'avion. IUSA emploie plus de 9 000 personnes réparties sur plusieurs lieux de travail, et dont environ la moitié sont des femmes. Le complexe EPQ de Pasteje a 6 000 employés. La moitié de ceux-ci sont des femmes, pour la plupart relativement jeunes - 18 à 25 ans - et venant des zones environnantes. Elles appartiennent presque toutes à des groupes de population rurale indigène connus pour leurs taux de natalité élevés.

Depuis sa création, le complexe EPQ de Pasteje fournit à ses employés des services sanitaires et médicaux, ainsi que des services de sécurité. Tous ces services sont fournis conformément aux normes établies par le gouvernement fédéral mexicain. En raison de la distance qui sépare l'usine des centres de santé existant ailleurs, l'accès aux services fournis par ces derniers entraînerait de longs déplacements ou des congés.

Au cours des dernières années, la direction du complexe EPQ a enregistré avec précision les taux de grossesses. Les dossiers établis entre 1983 et 1986 indiquent le total des heures de travail perdues, conformément à la législation mexicaine qui prévoit 90 jours de congé de maternité (45 jours avant et 45 jours après l'accouchement). Comme l'indique le Tableau 1, le taux moyen de grossesses pour l'ensemble de ces quatre années est de 11,68 % de l'effectif féminin par an.

Tableau 1

CHIFFRES COMPARÉS SUR LES GROSSESSES PORTÉES A TERME
 AU COURS DES 4 DERNIÈRES ANNÉES

ANNEE	Nbre moyen d'employées en âge de procréer	Grossesses portées à terme	% du nbre total de femmes	Jours de congé de maternité	Heures unitaires perdus	Différence d'une année à l'autre
1983	2 152	284	13,20 %	25 560	204 480	
1984	2 005	223	11,12 %	20 070	160 560	43 920(+)
1985	2 400	260	10,86 %	23 400	187 200	26 640(-)
1986	2 845	331	11,57 %	29 790	238 320	51 120(-)
11/86 -3/87	2 031	135	4,76 %	12 150	97 120	

Source: EPQ, IUSA
 1987.

Le Tableau 2 présente un calcul des heures unitaires perdues (l'heure unitaire étant égale à une heure de travail d'une personne), et multiplie le chiffre obtenu par le salaire horaire minimum mexicain; on parvient ainsi à un chiffre de 37 000 000 de pesos qui est le coût des heures perdues pour la société. Conformément aux lois mexicaines, la société paie des congés de maternité aux employées, ce qui se traduit par un montant quantifiable, jugé peu important par la direction, par rapport aux autres coûts qui restent à quantifier, notamment: formation de remplaçants, perte de productivité par suite des congés, comptabilité supplémentaire entraînée par les embauches provisoires et les mutations d'employés après 89 jours de travail.

Tableau 2

FEMMES AYANT PORTE UNE GROSSESSE A TERME ET
 AYANT BENEFICIE EN CONSEQUENCE DU CONGE
 PREVU PAR LA LOI MEXICAINE

MOIS	Nbre total de femmes employées	Grossesses portées à terme	Pourcen- tage mensuel	% moyen par mois pour la période de 5 mois	Total heures unitaires perdues par mois
11/86	2 794	20	0,71	0,95	14 400
12/86	2 714	29	1,06	0,885	20 880
1/87	2 748	27	0,98	0,916	19 440
2/87	2 827	30	1,06	0,952	21 600
3/87	3 075	29	0,94	0,95	20 880
		T.135 M.27			97 200

NOTE: Journées de congé légal accordées
 jusqu'à la fin du mois de mars = 12 140

Nombre moyen d'heures unitaires
 de travail perdues par mois = 19 424

La perte financière réelle, calculée à partir des
 chiffres ci-dessus et du montant du salaire minimum,
 atteint le chiffre de 37 000 000 pesos.

Mesures prises par la direction

La direction de l'IUSA a mis au point en 1983 un volet IEC à inclure dans son programme de formation de 90 jours pour les nouveaux employés. Un certain succès a été obtenu avec ce volet IEC, mais la société, se rendant compte des coûts et des problèmes entraînés par la fréquence des cas de grossesse, a décidé d'entreprendre une action plus vigoureuse en 1986-87.

La direction de la société a décidé d'établir un programme pilote de planification familiale, dans le cadre plus général de la santé maternelle et infantile et du bien-être familial. Deux éléments associés - bien-être familial et intérêt de l'entreprise - ont inspiré l'IUSA pour la création de la nouvelle gamme de services. La première mesure décidée a été d'effectuer certains travaux de rénovation sur les locaux existants. Il est possible que la direction soit amenée à agrandir ces locaux à mesure que les besoins du personnel aboutiront à une demande accrue.

Le programme de planification familiale est solidement organisé pour servir les employés d'EPQ et leurs familles. Le programme poursuit un triple objectif:

- Etablissement, au sein du complexe EPQ, d'un service de planification familiale qui permette d'abaisser le taux de natalité de 10,2 % à 5% en deux ans.
- Réduire d'environ 50% les pertes horaires liées aux congés de maternité.
- Démontrer les avantages à dériver, pour les familles et pour la rentabilité des entreprises, de l'instauration de services de planification familiale.

Le programme fait écho aux objectifs du Programme National de planification familiale, dont le texte officiel indique que "le succès du programme dépend en grande partie de la participation active des diverses organisations et institutions des secteurs public et privé, car c'est de cette façon seulement que les citoyens seront en contact avec les travaux dérivant du programme." Si ce programme pilote est couronné de succès, il sera automatiquement reproduit dans les autres usines IUSA et peut-être, étant donné la notoriété de l'IUSA, dans le reste du pays également.

Education et formation

Les travaux d'IEC qui se rapportent au programme de planification familiale ont été incorporés au programme général de formation en vigueur au sein du complexe. L'information et l'éducation en matière de planification familiale font partie de la formation sanitaire dispensée dans toutes les divisions de l'IUSA. Les cycles suivants ont été mis au point:

- (a) Un cycle de formation d'un mois (12 sessions par an) comportant 8 séances (2 par semaine) destinées à un groupe diversifié de 70 à 90 personnes âgées de vingt à trente ans pour la plupart, dans le cadre des cours de formation préliminaire du Complexe industriel. Ces douze sessions doivent permettre d'atteindre tous les ouvriers au moment de leur embauche. Aucun ouvrier ne commence son travail à EPQ sans être passé par les cours de formation préliminaire.
- (b) Trois sessions de formation en planification familiale par an, pour le personnel technique nouvellement embauché. Ces sessions comportent 12 séances et durent un mois et demi. Chaque session s'adresse à un groupe diversifié de 30 à 40 personnes, au niveau professionnel ou semi-professionnel.
- (c) Deux séries de cours par an sur la planification familiale, pour les élèves de l'établissement d'enseignement secondaire technique qui fait partie de la société. Chaque série se compose de 12 cours répartis sur un mois et demi. Les cours s'adressent à un groupe mixte de 35 élèves qui sont en dernière année d'enseignement secondaire, et dont la plupart seront employés par l'IUSA à la fin de leurs études.

A ces travaux d'éducation en planification familiale vient s'ajouter l'action d'éducation et d'information menée par une assistante sociale qui fait la liaison entre l'éducation et les services proprement dits. Cette assistante sociale joue un rôle de conseil personnel dont dépendent la continuation et l'évaluation du projet.

Prestations de services

Le programme fournit une gamme complète de services de planification familiale, conformément à la politique adoptée par le Programme National de planification familiale. Les prestations de services comprennent la pose de stérilets, la fourniture de produits contraceptifs, et le conseil pour la

29

planification familiale naturelle. Les consultants désirant une mini-laparotomie ou une vasectomie sont adressés à l'Hôpital de la Sécurité sociale de Toluca ou à la clinique MEXFAM de la même ville.

Dans le cadre de ce programme, le centre de santé de la société a été renforcé par l'adjonction d'un médecin, d'une assistante infirmière et d'une assistante sociale. Ces personnes se consacrent entièrement au programme pilote, et leur présence contribue au travail d'éducation, de prestation de services et d'évaluation continue.

Organisation des services

Le projet est dirigé par un médecin qui est responsable de toutes les activités se rapportant à la santé à EPQ. Le directeur des opérations du projet, gynécologue ayant travaillé à d'autres programmes de planification familiale, et ayant une bonne connaissance du milieu socio-culturel de la majorité de la population du complexe industriel, est responsable de tout ce qui concerne la planification familiale. Une assistante infirmière est responsable des consultations en clinique.

Le directeur des opérations est secondé, pour l'exécution des tâches sociales et éducatives, par une assistante sociale qui est chargée de promouvoir la planification familiale et de donner des conseils personnels. La liaison établie par cette personne entre les travaux éducatifs et les services proprement dits a une importance fondamentale, étant donné le milieu rural environnant auquel appartient le personnel de l'usine. Un aspect important du travail de l'assistante sociale est celui de l'évaluation. Elle prête son concours au directeur des opérations en effectuant des échantillonnages, des enquêtes et autres travaux statistiques.

Travaux d'évaluation

Etant donné que le programme de l'IUSA englobe la santé et la planification familiale et intéresse l'individu, la famille et la communauté; étant donné, d'autre part, qu'il s'agit d'un projet pilote étudiant le rapport entre les services fournis et la réduction des coûts d'exploitation de la société, l'évaluation continue du programme sera complétée par une étude des bénéfices réalisés par l'entreprise grâce à un programme de planification familiale bien géré.

L'IUSA a fait appel à des consultants extérieurs qui l'ont aidée à mettre au point un dispositif d'évaluation continue permettant de recueillir les données indispensables pour aboutir à un modèle susceptible d'être reproduit dans d'autres installations.

Questions à discuter

1. Pourquoi la société Industrias Unidas a-t-elle décidé l'extension de ses services de planification familiale au-delà des travaux d'IEC?
2. Votre entreprise enregistre-t-elle les coûts entraînés par les cas de grossesse? Vous est-il possible de quantifier les coûts entraînés par les congés de maternité? le coût du remplacement des employés et de la formation des remplaçants? La perte globale de productivité?
3. D'après vous, quel profit la direction de l'IUSA a-t-elle retiré des idées échangées avec le personnel avant le lancement d'un programme pilote de planification familiale?
4. L'IUSA a décidé de faire une place de premier plan aux travaux éducatifs. Dans votre entreprise, sur quel aspect insisteriez-vous le plus? IEC? Prestations de services contraceptifs? Autres aspects?

22'

ETUDE DE CAS: INDUSTRIAS UNIDAS, S.A. (MEXIQUE)

La société Industrias Unidas, S.A. possède une importante usine à Pasteje (Etat de Mexico), à 125 km environ de Mexico. Industrias Unidas, S.A. (IUSA) fabrique une gamme de produits allant des fermetures éclair et des stylos à bille aux téléphones et aux pièces détachées d'avion. IUSA emploie plus de 9 000 personnes réparties sur plusieurs lieux de travail, et dont environ la moitié sont des femmes. Le complexe EPQ de Pasteje a 6 000 employés. La moitié de ceux-ci sont des femmes, pour la plupart relativement jeunes - 18 à 25 ans - et venant des zones environnantes. Elles appartiennent presque toutes à des groupes de population rurale indigène connus pour leurs taux de natalité élevés.

Depuis sa création, le complexe EPQ de Pasteje fournit à ses employés des services sanitaires et médicaux, ainsi que des services de sécurité. Tous ces services sont fournis conformément aux normes établies par le gouvernement fédéral mexicain. En raison de la distance qui sépare l'usine des centres de santé existant ailleurs, l'accès aux services fournis par ces derniers entraînerait de longs déplacements ou des congés.

Au cours des dernières années, la direction du complexe EPQ a enregistré avec précision les taux de grossesses. Les dossiers établis entre 1983 et 1986 indiquent le total des heures de travail perdues, conformément à la législation mexicaine qui prévoit 90 jours de congé de maternité (45 jours avant et 45 jours après l'accouchement). Comme l'indique le Tableau 1, le taux moyen de grossesses pour l'ensemble de ces quatre années est de 11,68 % de l'effectif féminin par an.

Tableau 1

CHIFFRES COMPARES SUR LES GROSSESSES PORTEES A TERME
 AU COURS DES 4 DERNIERES ANNEES

ANNEE	Nbre moyen d'employées en âge de procréer	Grossesses portées à terme	% du nbre total de femmes	Jours de congé de maternité	Heures unitaires perdues	Différence d'une année à l'autre
1983	2 152	284	13,20 %	25 560	204 480	
1984	2 005	223	11,12 %	20 070	160 560	43 920(+)
1985	2 400	260	10,86 %	23 400	187 200	26 640(-)
1986	2 845	331	11,57 %	29 790	238 320	51 120(-)
11/86 -3/87	2 031	135	4,76 %	12 150	97 120	

Source: EPQ, IUSA
 1987.

Le Tableau 2 présente un calcul des heures unitaires perdues (l'heure unitaire étant égale à une heure de travail d'une personne), et multiplie le chiffre obtenu par le salaire horaire minimum mexicain on parvient ainsi à un chiffre de 37 000 000 de pesos qui est le coût des heures perdues pour la société. Conformément aux lois mexicaines, la société paie des congés de maternité aux employées, ce qui se traduit par un montant quantifiable, jugé peu important par la direction, par rapport aux autres coûts qui restent à quantifier, notamment: formation de remplaçants, perte de productivité par suite des congés, comptabilité supplémentaire entraînée par les embauches provisoires et les mutations d'employés après 89 jours de travail).

Tableau 2

FEMMES AYANT PORTE UNE GROSSESSE A TERME ET
 AYANT BENEFICIE EN CONSEQUENCE DU CONGE
 PREVU PAR LA LOI MEXICAINE

MOIS	Nbre total de femmes employées	Grossesses portées à terme	Pourcen- tage mensuel	% moyen par mois pour la période de 5 mois	Total heures unitaires perdues par mois
11/86	2 794	20	0,71	0,95	14 400
12/86	2 714	29	1,06	0,885	20 880
1/87	2 748	27	0,98	0,916	19 440
2/87	2 827	30	1,06	0,952	21 600
3/87	3 075	29	0,94	0,95	20 880
		T.135 M.27			97 200

NOTE: Journées de congé légal accordées
 jusqu'à la fin du mois de mars = 12 140

Nombre moyen d'heures unitaires
 de travail perdues par mois = 19 424

La perte financière réelle, calculée à partir des
 chiffres ci-dessus et du montant du salaire minimum,
 atteint le chiffre de 37 000 000 pesos.

Mesures prises par la direction

La direction de l'IUSA a mis au point en 1983 un volet IEC à inclure dans son programme de formation de 90 jours pour les nouveaux employés. Un certain succès a été obtenu avec ce volet IEC, mais la société, se rendant compte des coûts et des problèmes entraînés par la fréquence des cas de grossesse, a décidé d'entreprendre une action plus vigoureuse en 1986-87.

La direction de la société a décidé d'établir un programme pilote de planification familiale, dans le cadre plus général de la santé maternelle et infantile et du bien-être familial. Deux éléments associés - bien-être familial et intérêt de l'entreprise - ont inspiré l'IUSA pour la création de la nouvelle gamme de services. La première mesure décidée a été d'effectuer certains travaux de rénovation sur les locaux existants. Il est possible que la direction soit amenée à agrandir ces locaux à mesure que les besoins du personnel aboutiront à une demande accrue.

Le programme de planification familiale est solidement organisé pour servir les employés d'EPQ et leurs familles. Le programme poursuit un triple objectif:

- Etablissement, au sein du complexe EPQ, d'un service de planification familiale qui permette d'abaisser le taux de natalité de 10,2 % à 5% en deux ans.
- Réduire d'environ 50% les pertes horaires liées aux congés de maternité.
- Démontrer les avantages à dériver, pour les familles et pour la rentabilité des entreprises, de l'instauration de services de planification familiale.

Le programme fait écho aux objectifs du Programme National de planification familiale, dont le texte officiel indique que "le succès du programme dépend en grande partie de la participation active des diverses organisations et institutions des secteurs public et privé, car c'est de cette façon seulement que les citoyens seront en contact avec les travaux dérivant du programme." Si ce programme pilote est couronné de succès, il sera automatiquement reproduit dans les autres usines IUSA et peut-être, étant donné la notoriété de l'IUSA, dans le reste du pays également.

Education et formation

Les travaux d'IEC qui se rapportent au programme de planification familiale ont été incorporés au programme général de formation en vigueur au sein du complexe. L'information et l'éducation en matière de planification familiale font partie de la formation sanitaire dispensée dans toutes les divisions de l'IUSA. Les cycles suivants ont été mis au point:

- (a) Un cycle de formation d'un mois (12 sessions par an) comportant 8 séances (2 par semaine) destinées à un groupe diversifié de 70 à 90 personnes âgées de vingt à trente ans pour la plupart, dans le cadre des cours de formation préliminaire du Complexe industriel. Ces douze sessions doivent permettre d'atteindre tous les ouvriers au moment de leur embauche. Aucun ouvrier ne commence son travail à EPQ sans être passé par les cours de formation préliminaire.
- (b) Trois sessions de formation en planification familiale par an, pour le personnel technique nouvellement embauché. Ces sessions comportent 12 séances et durent un mois et demi. Chaque session s'adresse à un groupe diversifié de 30 à 40 personnes, au niveau professionnel ou semi-professionnel.
- (c) Deux séries de cours par an sur la planification familiale, pour les élèves de l'établissement d'enseignement secondaire technique qui fait partie de la société. Chaque série se compose de 12 cours répartis sur un mois et demi. Les cours s'adressent à un groupe mixte de 35 élèves qui sont en dernière année d'enseignement secondaire, et dont la plupart seront employés par l'IUSA à la fin de leurs études.

A ces travaux d'éducation en planification familiale vient s'ajouter l'action d'éducation et d'information menés par une assistante sociale qui fait la liaison entre l'éducation et les services proprement dits. Cette assistante sociale joue un rôle de conseil personnel dont dépendent la continuation et l'évaluation du projet.

Prestations de services

Le programme fournit une gamme complète de services de planification familiale, conformément à la politique adoptée par le Programme National de planification familiale. Les prestations de services comprennent la pose de stérilets, la fourniture de produits contraceptifs, et le conseil pour la

37

planification familiale naturelle. Les consultants désirant une mini-laparotomie ou une vasectomie sont adressés à l'Hôpital de la Sécurité sociale de Toluca ou à la clinique MEXFAM de la même ville.

Dans le cadre de ce programme, le centre de santé de la société a été renforcé par l'adjonction d'un médecin, d'une assistante infirmière et d'une assistante sociale. Ces personnes se consacrent entièrement au programme pilote, et leur présence contribue au travail d'éducation, de prestation de services et d'évaluation continue.

Organisation des services

Le projet est dirigé par un médecin qui est responsable de toutes les activités se rapportant à la santé à EPQ. Le directeur des opérations du projet, gynécologue ayant travaillé à d'autres programmes de planification familiale, et ayant une bonne connaissance du milieu socio-culturel de la majorité de la population du complexe industriel, est responsable de tout ce qui concerne la planification familiale. Une assistante infirmière est responsable des consultations en clinique.

Le directeur des opérations est secondé, pour l'exécution des tâches sociales et éducatives, par une assistante sociale qui est chargée de promouvoir la planification familiale et de donner des conseils personnels. La liaison établie par cette personne entre les travaux éducatifs et les services proprement dits a une importance fondamentale, étant donné le milieu rural environnant auquel appartient le personnel de l'usine. Un aspect important du travail de l'assistante sociale est celui de l'évaluation. Elle prête son concours au directeur des opérations en effectuant des échantillonnages, des enquêtes et autres travaux statistiques.

Travaux d'évaluation

Etant donné que le programme de l'IUSA englobe la santé et la planification familiale et intéresse l'individu, la famille et la communauté; étant donné, d'autre part, qu'il s'agit d'un projet pilote étudiant le rapport entre les services fournis et la réduction des coûts d'exploitation de la société, l'évaluation continue du programme sera complétée par une étude des bénéfices réalisés par l'entreprise grâce à un programme de planification familiale bien géré.

L'IUSA a fait appel à des consultants extérieurs qui l'ont aidée à mettre au point un dispositif d'évaluation continue permettant de recueillir les données indispensables pour aboutir à un modèle susceptible d'être reproduit dans d'autres installations.

Questions à discuter

1. Pourquoi la société Industrias Unidas a-t-elle décidé l'extension de ses services de planification familiale au-delà des travaux d'IEC?
2. Votre entreprise enregistre-t-elle les coûts entraînés par les cas de grossesse? Vous est-il possible de quantifier les coûts entraînés par les congés de maternité? le coût du remplacement des employés et de la formation des remplaçants? La perte globale de productivité?
3. D'après vous, quel profit la direction de l'IUSA a-t-elle retiré des idées échangées avec le personnel avant le lancement d'un programme pilote de planification familiale?
4. L'IUSA a décidé de faire une place de premier plan aux travaux éducatifs. Dans votre entreprise, sur quel aspect insisteriez-vous le plus? IEC? Prestations de services contraceptifs? Autres aspects?

ETUDE DE CAS: USINE DE TEXTILES MERINOS DE BURSA

L'Usine de textiles mérinos de Bursa est l'une des plus anciennes entreprises textiles de Turquie. Elle est située à Bursa, ville d'un million d'habitants et important centre industriel. L'usine emploie environ 3 200 ouvriers, dont 800 femmes. L'usine se compose de cinq unités de production: tissage, filature, peignage, retordage, confection de vêtements. Toutes les unités emploient des femmes, à l'exception de l'unité de confection. L'usine a un horaire de 24 heures, avec trois équipes. 8 h à 16 h, 16 h à 24 h, 0 h à 8 h. Les employés travaillent huit heures par jour et six jours par semaine. L'horaire des équipes change par roulement chaque semaine.

En 1981, l'Usine de Bursa a été invitée à participer à un programme de recherche sur la planification familiale, sous l'égide du Département Santé publique de l'Université de Hacettepe. L'usine avait été choisie en grande partie parce que ses dirigeants étaient disposés à coopérer en fournissant sur place un local pour la clinique de planification familiale, et en permettant à leurs ouvriers d'assister à des réunions d'information sur la planification familiale.

Le programme avait pour but d'accroître le recours aux contraceptifs modernes, et en particulier au DIU (favorisé par la politique de l'Etat). Les chercheurs voulaient déterminer si des déléguées syndicales, après une formation en planification familiale, réussiraient aussi bien que des vulgarisateurs sanitaires professionnels à inciter leurs collègues à utiliser des méthodes plus efficaces de contraception. La tâche des entreprises privées pour l'organisation et la promotion des services de planification familiale serait facilitée si les déléguées syndicales étaient chargées de la motivation, car les vulgarisateurs sanitaires spécialisés sont rares en Turquie, et leurs services sont onéreux.

Au début des travaux, une enquête de base a été effectuée auprès des femmes travaillant à l'usine pour faire le point de la situation en matière de contraception. Les résultats de l'enquête indiquaient qu'un nombre considérable d'ouvrières pratiquaient la contraception, mais que pour la plupart elles utilisaient des méthodes peu efficaces (retrait, spermicides). On relevait d'ailleurs dans ce groupe d'utilisatrices un taux élevé d'échec (d'où un grand nombre d'avortements).

Avant le démarrage des travaux de recherche, des services de planification familiale existaient déjà dans trois cliniques de planification familiale de la ville de Bursa, dépendant du Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale. Ces cliniques fournissent gratuitement des services à toutes les femmes. En outre les contraceptifs oraux sont en vente (sans ordonnance), ainsi que les préservatifs, dans les pharmacies de la ville. D'autre part les gynécologues fournissent des services de planification familiale aux femmes qui les consultent à titre privé. Dans le cadre de l'étude, une clinique de planification familiale a été établie à l'usine de Bursa, à côté de l'infirmierie et de la crèche de l'usine. Le choix de l'emplacement de la clinique a été déterminé par le fait que les ouvriers avaient l'habitude de se rendre dans cette partie de l'usine pour leurs consultations médicales ou pour la garde de leurs enfants. La clinique fournissait des DIU, des contraceptifs oraux et des condoms.

Les nouveaux services de planification familiale ont été organisés pour un groupe cible comprenant les 410 employées mariées (âgées de 15 à 49 ans) qui travaillaient dans les unités de peignage et de filature de l'usine. Les 410 femmes ont été divisées en trois groupes, selon l'équipe dans laquelle elles travaillaient. Un vulgarisateur sanitaire professionnel a été engagé pour inciter les femmes de l'un des trois groupes à utiliser des méthodes modernes de contraception. Pour ces femmes, le vulgarisateur sanitaire a organisé plusieurs séances d'information, en petits groupes. Pour le deuxième groupe de femmes, ce sont des déléguées syndicales qui ont fait le travail de motivation. Huit déléguées avaient été désignées par le syndicat pour devenir, après formation, agents de motivation en planification familiale. Il s'agissait de femmes qui étaient contremaîtres ou superviseurs à l'usine, et avaient été choisies pour leurs capacités de direction. La formation de ces déléguées s'est effectuée en quatre séances de deux heures, dirigées par le même vulgarisateur sanitaire qui organisait les séances d'information pour le premier groupe d'ouvrières. Quant aux femmes du troisième groupe, rien n'a été organisé pour les inciter à utiliser une méthode moderne de contraception, bien qu'elles aient été informées de l'existence d'une nouvelle clinique de planification familiale, et autorisées à en utiliser les services.

La formation s'effectuait principalement au moyen d'exposés, de discussions en groupe, et de projections d'une série de diapositives sur la planification familiale. En outre, des documents éducatifs ont été remis aux déléguées syndicales pour qu'elles s'en servent au cours de leurs conversations avec les

ouvrières. Les travaux de motivation effectués par les déléguées consistaient pour la plupart en entretiens individuels, avec discussion le cas échéant, pendant les heures de travail, principalement au moment des pauses ou lors de fêtes ou réunions d'entreprise.

Une deuxième enquête a été effectuée 10 mois après la mise en route des travaux de motivation. Les résultats de l'enquête indiquaient que le recours aux contraceptifs avait augmenté dans l'ensemble, et en particulier l'utilisation des méthodes les plus efficaces. Le pourcentage de contraceptrices passait de 80 à 87% et, ce qui est plus important, le pourcentage des personnes utilisant les méthodes les plus efficaces passait de 23 à 49%. Ces augmentations peuvent être attribuées d'une part à la commodité de services de planification familiale installés à l'usine même, et d'autre part aux efforts d'éducation et de motivation. L'enquête a révélé par ailleurs que les déléguées syndicales obtenaient autant de résultats que les vulgarisateurs sanitaires lorsqu'elles incitaient les femmes à utiliser des méthodes contraceptives plus efficaces.

L'un des résultats importants de ce travail de recherche a été son impact sur les directeurs d'usines et sur les dirigeants de la Confédération des syndicats. Sur la base des résultats de l'étude, les dirigeants syndicaux ont décidé l'Administration de la Sécurité sociale à entreprendre l'organisation de services de planification familiale dans ses hôpitaux. D'autre part plusieurs propriétaires d'usines se sont décidés à établir des cliniques de planification familiale au sein de leurs entreprises. La Confédération elle-même, au siège, a ouvert une division chargée d'organiser des travaux de planification familiale. Au cours des trois années qui ont suivi le travail expérimental de l'usine de Bursa, 25 centres de planification familiale ont été ouverts dans 14 villes. Treize de ces centres distribuent des stérilets, des pilules et des condoms, quatre distribuent pilules et condoms, et huit fournissent uniquement des condoms. Dans un grand nombre de centres on a utilisé des délégués syndicaux, hommes ou femmes, pour le travail de promotion de la planification familiale.

Source: Organisation mondiale de la santé,
Programme spécial de recherche,
développement et formation à la
recherche en matière de
reproduction humaine.
Ankara, Turquie:
Université de Hacettepe, 1986.

Questions à discuter

1. Qu'est-ce qui a incité l'Usine textile de Bursa à instaurer des services de planification familiale d'entreprise? Qu'est-ce qui a incité le syndicat à poursuivre cette idée?
2. De quelle façon les services ont-ils satisfait les exigences de l'Usine de Bursa? les exigences des employés? les exigences du syndicat? les exigences de l'Etat?
3. Quelle forme ont pris les services de planification familiale? (intégrés? types de méthodes? etc.)
4. Le cas échéant, quelle aide extérieure serait nécessaire pour appliquer ce modèle dans un milieu différent?
5. De quelle façon a-t-on incité les ouvriers et la direction à prendre part à l'étude?
6. Qui serait bien placé pour le travail de motivation, dans le milieu dans lequel vous travaillez?
7. Auriez-vous conseillé à l'Usine de Bursa de poursuivre les prestations de services à l'issue de l'étude? En quoi le programme serait-il différent, quelles modifications pourraient ou devraient lui être apportées?

ETUDE DE CAS: USINE DE TEXTILES MERINOS DE BURSA

L'Usine de textiles mérinos de Bursa est l'une des plus anciennes entreprises textiles de Turquie. Elle est située à Bursa, ville d'un million d'habitants et important centre industriel. L'usine emploie environ 3 200 ouvriers, dont 800 femmes. L'usine se compose de cinq unités de production: tissage, filature, peignage, retordage, confection de vêtements. Toutes les unités emploient des femmes, à l'exception de l'unité de confection. L'usine a un horaire de 24 heures, avec trois équipes 8 h à 16 h, 16 h à 24 h, 0 h à 8 h. Les employés travaillent huit heures par jour et six jours par semaine. L'horaire des équipes change par roulement chaque semaine.

En 1981, l'Usine de Bursa a été invitée à participer à un programme de recherche sur la planification familiale, sous l'égide du Département Santé publique de l'Université de Hacettepe. L'usine avait été choisie en grande partie parce que ses dirigeants étaient disposés à coopérer en fournissant sur place un local pour la clinique de planification familiale, et en permettant à leurs ouvriers d'assister à des réunions d'information sur la planification familiale.

Le programme avait pour but d'accroître le recours aux contraceptifs modernes, et en particulier au DIU (favorisé par la politique de l'Etat). Les chercheurs voulaient déterminer si des déléguées syndicales, après une formation en planification familiale, réussiraient aussi bien que des vulgarisateurs sanitaires professionnels à inciter leurs collègues à utiliser des méthodes plus efficaces de contraception. La tâche des entreprises privées pour l'organisation et la promotion des services de planification familiale serait facilitée si les déléguées syndicales étaient chargées de la motivation, car les vulgarisateurs sanitaires spécialisés sont rares en Turquie, et leurs services sont onéreux.

Au début des travaux, une enquête de base a été effectuée auprès des femmes travaillant à l'usine pour faire le point de la situation en matière de contraception. Les résultats de l'enquête indiquaient qu'un nombre considérable d'ouvrières pratiquaient la contraception, mais que pour la plupart elles utilisaient des méthodes peu efficaces (retrait, spermicides). On relevait d'ailleurs dans ce groupe d'utilisatrices un taux élevé d'échec (d'où un grand nombre d'avortements).

44

Avant le démarrage des travaux de recherche, des services de planification familiale existaient déjà dans trois cliniques de planification familiale de la ville de Bursa, dépendant du Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale. Ces cliniques fournissent gratuitement des services à toutes les femmes. En outre les contraceptifs oraux sont en vente (sans ordonnance), ainsi que les préservatifs, dans les pharmacies de la ville. D'autre part les gynécologues fournissent des services de planification familiale aux femmes qui les consultent à titre privé. Dans le cadre de l'étude, une clinique de planification familiale a été établie à l'usine de Bursa, à côté de l'infirmierie et de la crèche de l'usine. Le choix de l'emplacement de la clinique a été déterminé par le fait que les ouvriers avaient l'habitude de se rendre dans cette partie de l'usine pour leurs consultations médicales ou pour la garde de leurs enfants. La clinique fournissait des DIU, des contraceptifs oraux et des condoms.

Les nouveaux services de planification familiale ont été organisés pour un groupe cible comprenant les 410 employées mariées (âgées de 15 à 49 ans) qui travaillaient dans les unités de peignage et de filature de l'usine. Les 410 femmes ont été divisées en trois groupes, selon l'équipe dans laquelle elles travaillaient. Un vulgarisateur sanitaire professionnel a été engagé pour inciter les femmes de l'un des trois groupes à utiliser des méthodes modernes de contraception. Pour ces femmes, le vulgarisateur sanitaire a organisé plusieurs séances d'information, en petits groupes. Pour le deuxième groupe de femmes, ce sont des déléguées syndicales qui ont fait le travail de motivation. Huit déléguées avaient été désignées par le syndicat pour devenir, après formation, agents de motivation en planification familiale. Il s'agissait de femmes qui étaient contremaîtres ou superviseurs à l'usine, et avaient été choisies pour leurs capacités de direction. La formation de ces déléguées s'est effectuée en quatre séances de deux heures, dirigées par le même vulgarisateur sanitaire qui organisait les séances d'information pour le premier groupe d'ouvrières. Quant aux femmes du troisième groupe, rien n'a été organisé pour les inciter à utiliser une méthode moderne de contraception, bien qu'elles aient été informées de l'existence d'une nouvelle clinique de planification familiale, et autorisées à en utiliser les services.

La formation s'effectuait principalement au moyen d'exposés, de discussions en groupe, et de projections d'une série de diapositives sur la planification familiale. En outre, des documents éducatifs ont été remis aux déléguées syndicales pour qu'elles s'en servent au cours de leurs conversations avec les

ouvrières. Les travaux de motivation effectués par les déléguées consistaient pour la plupart en entretiens individuels, avec discussion le cas échéant, pendant les heures de travail, principalement au moment des pauses ou lors de fêtes ou réunions d'entreprise

Une deuxième enquête a été effectuée 10 mois après la mise en route des travaux de motivation. Les résultats de l'enquête indiquaient que le recours aux contraceptifs avait augmenté dans l'ensemble, et en particulier l'utilisation des méthodes les plus efficaces. Le pourcentage de contraceptrices passait de 80 à 87% et, ce qui est plus important, le pourcentage des personnes utilisant les méthodes les plus efficaces passait de 23 à 49%. Ces augmentations peuvent être attribuées d'une part à la commodité de services de planification familiale installés à l'usine même, et d'autre part aux efforts d'éducation et de motivation. L'enquête a révélé par ailleurs que les déléguées syndicales obtenaient autant de résultats que les vulgarisateurs sanitaires lorsqu'elles incitaient les femmes à utiliser des méthodes contraceptives plus efficaces.

L'un des résultats importants de ce travail de recherche a été son impact sur les directeurs d'usines et sur les dirigeants de la Confédération des syndicats. Sur la base des résultats de l'étude, les dirigeants syndicaux ont décidé l'Administration de la Sécurité sociale à entreprendre l'organisation de services de planification familiale dans ses hôpitaux. D'autre part plusieurs propriétaires d'usines se sont décidés à établir des cliniques de planification familiale au sein de leurs entreprises. La Confédération elle-même, au siège, a ouvert une division chargée d'organiser des travaux de planification familiale. Au cours des trois années qui ont suivi le travail expérimental de l'usine de Bursa, 25 centres de planification familiale ont été ouverts dans 14 villes. Treize de ces centres distribuent des stérilets, des pilules et des condoms, quatre distribuent pilules et condoms, et huit fournissent uniquement des condoms. Dans un grand nombre de centres on a utilisé des délégués syndicaux, hommes ou femmes, pour le travail de promotion de la planification familiale.

Source: Organisation mondiale de la santé,
Programme spécial de recherche,
développement et formation à la
recherche en matière de
reproduction humaine.
Ankara, Turquie:
Université de Hacettepe, 1986.

46

Questions à discuter

1. Qu'est-ce qui a incité l'Usine textile de Bursa à instaurer des services de planification familiale d'entreprise? Qu'est-ce qui a incité le syndicat à poursuivre cette idée?
2. De quelle façon les services ont-ils satisfait les exigences de l'Usine de Bursa? les exigences des employés? les exigences du syndicat? les exigences de l'Etat?
3. Quelle forme ont pris les services de planification familiale? (intégrés? types de méthodes? etc.)
4. Le cas échéant, quelle aide extérieure serait nécessaire pour appliquer ce modèle dans un milieu différent?
5. De quelle façon a-t-on incité les ouvriers et la direction à prendre part à l'étude?
6. Qui serait bien placé pour le travail de motivation, dans le milieu dans lequel vous travaillez?
7. Auriez-vous conseillé à l'Usine de Bursa de poursuivre les prestations de services à l'issue de l'étude? En quoi le programme serait-il différent, quelles modifications pourraient ou devraient lui être apportées?

**DISCUSSION DES ÉTUDES DE CAS:
QUESTIONS À DISCUTER**

DISCUSSION DES ÉTUDES DE CAS

Lorsque vous demanderez aux petits groupes de présenter leur rapport sur le cas étudié, les questions ci-dessous pourront vous être utiles pour chercher à obtenir des réponses plus complètes aux questions figurant après chaque cas.

- a. Qu'est-ce qui a incité l'entreprise à instaurer des services de planification familiale d'entreprise?
- b. De quelle façon les services ont-ils satisfait les exigences de l'entreprise? les exigences des employés? les exigences de l'Etat? Comment l'entreprise a-t-elle calculé les besoins de services de contraception?
- c. Quelle méthode de base a été adoptée par l'entreprise pour l'établissement de services de planification familiale?
- d. Quelle forme ont pris les services de planification familiale? intégrés? indépendants? méthode unique? méthodes variées?
- e. Où l'entreprise s'est-elle adressée pour se faire aider en matière d'équipement? de fourniture de contraceptifs? de formation du personnel? d'assistance technique?
- f. De quelle façon a-t-on incité les ouvriers et la direction à participer?
- g. Quelle sorte de travaux de promotion a-t-il fallu entreprendre? De quelle autre façon la direction a-t-elle manifesté l'intérêt qu'elle prend aux nouveaux services?
- h. A votre avis, s'agissait-il ou non d'un bon investissement pour l'entreprise? Expliquez votre position.

RÉSULTATS À OBTENIR

L'un des résultats que l'on peut espérer d'une discussion des études de cas est l'énoncé d'un certain nombre de questions à considérer par la direction d'une entreprise privée au moment de prévoir l'organisation de services de planification familiale d'entreprise. La liste pourra comporter ce qui suit:

- o justification pour l'entreprise, avantages et incitations (questions a et b)
- o méthodes de travail (questions b et c)
- o rôles respectifs des services d'entreprise et des services d'Etat (question b)
- o calcul des besoins à satisfaire par les services (questions b, c et d)
- o gamme de services/intégration avec des services sanitaires existants (question d)
- o calcul des ressources nécessaires (questions b, c, d, e)
- o possibilités d'aide - financière, logistique et technique (question e)
- o besoins en IEC et motivation des employés (questions b, f et g)
- o rentabilité de l'investissement (question h).

ÉVALUATION

EXERCICE D'ÉVALUATION: SECTION II

On demande à chaque stagiaire d'écrire sur une feuille de papier un exposé succinct de ce que pourrait faire son entreprise pour organiser des services de planification familiale. Les stagiaires sont priés de s'exprimer avec simplicité et concision. Lorsqu'ils ont fini ce travail, le formateur demande à trois stagiaires de lire, chacun à son tour, ce qu'il a écrit. Le formateur affiche les trois exposés de façon que tout le monde puisse les lire. Il demande ensuite aux stagiaires de chercher les éléments communs aux trois exposés, et les souligne à mesure à l'aide d'un marqueur.

Ensuite, on demande aux membres du groupe s'ils ont quelque chose à ajouter, et on encourage les autres stagiaires à lire leur exposé au groupe. Les stagiaires sont tous priés de conserver leur texte, pour le relire à la fin de leur formation et voir s'ils désirent y ajouter quelque chose.

D'après le niveau général du travail des stagiaires, le formateur pourra juger de la qualité des textes fournis dans la présente section du module. Le formateur pourra mesurer:

- si les stagiaires savent tous rédiger un exposé
- si les textes rédigés sont basés sur les informations présentées dans la section
- si les stagiaires font preuve d'enthousiasme dans leur façon d'exposer leurs idées.

Durée: 20 minutes

EXERCICE D'ÉVALUATION: SECTION II

Veillez rédiger un bref exposé très simple, expliquant ce que pourrait faire votre entreprise, à votre avis, pour la promotion de la planification familiale et l'organisation de services de planification familiale d'entreprise.

DOCUMENTATION À CONSULTER:**Mode d'emploi de la documentation correspondant à cette section:**

Les deux listes ci-après contiennent des documents qui pourront servir aux formateurs pour la préparation des stages, et également aux stagiaires comme supplément d'information sur les sujets figurant à cette section du manuel. Bien que tous les articles soient recommandés, ceux de la première liste ont une importance particulière en ce qui concerne le rôle du secteur commercial dans l'instauration et la promotion de services de planification familiale d'entreprise

JSI. Family Planning Private Sector Programme, Annual Report 1985.
 Nairobi: Family Planning Private Sector Programme, JSI, 1985.

Ce document décrit les travaux entrepris auprès d'un certain nombre d'entreprises privées et d'organisations non gouvernementales kenyanes, pour les aider à ajouter des services de planification familiale aux services médicaux qu'elles possèdent déjà. Dans le cadre de cette section du manuel, on consultera en particulier les brèves études de cas portant sur 26 sous-projets, qui fournissent des exemples de réussites dans le domaine des organisations privées de planification familiale. Ces exemples aideront le formateur à rendre plus vivants, face à ses stagiaires, les éléments présentés ici. Les stagiaires pourront également lire ces études de cas pour y trouver des idées sur la façon de concevoir la planification familiale dans le cadre de leur propre entreprise.

Krystall, Eric. "Private Sector Family Planning", Populi, Vol. 12, n° 3, 1985, pp. 34-39.

Cet article explique les raisons invoquées pour la participation du secteur privé aux programmes de planification familiale, et se penche lui aussi sur le projet kenyan, comme modèle d'établissement de tels programmes. Ce texte fournira au formateur ou au stagiaire une brève argumentation logique en faveur de la participation du secteur privé à la planification, à la mise en place et à l'évaluation de services de planification familiale.

Population Crisis Committee. Toward Small Families: The Crucial Role of the Private Sector. Draper Fund Report, n° 25. Washington, D.C.: Population Crisis Committee, décembre 1986.

Ce numéro du Draper Fund Report traite du rôle indispensable à jouer par le secteur privé pour aider les pouvoirs publics à organiser leurs programmes démographiques nationaux. Le numéro contient des articles sur le rôle des sociétés industrielles privées et sur les travaux entrepris par les organisations non gouvernementales pour la mise au point et la réalisation de programmes novateurs de planification familiale.

Population Information Program. "Operations Research: Lessons for Policy and Programs." Population Reports. n° 31, série J, mai-juin 1986. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University.

Cette publication contient un exposé de 35 pages sur une approche scientifique permettant de perfectionner l'organisation des services de planification familiale en mesurant et en observant le comportement des usagers des services. Le texte explique en quoi consiste la recherche opérationnelle, et quels sont les résultats importants obtenus dans le monde entier. Le formateur et le stagiaire y trouveront un ensemble d'informations utiles sur divers sujets de recherche touchant à la planification familiale.

Autres références

BIT. Family Planning in Industry in the Asian Region: Part II. (Douze études de cas). Bangkok: BIT, 1977.

BIT. Inter-Country Seminar on Incentives for Family Planning/Family Welfare in the Industrial Sector. Bangkok. BIT, 1982.

BIT. Population Education: Its Place in Work-Related Training. Bangkok BIT, 1978.

BIT. Role of Employers' Organizations in Family Welfare Education and Family Planning Activities. Bangkok: BIT, 1982.

International Planned Parenthood Federation. Family Planning in Industry (Family Planning Review, n° 2). Londres: IPPF, 1974.

Kapoor, R.P. "Family Welfare Finds Success with Worker Groups" in Population, FNUAP, 1985.

Lynton, H.R. et R.P. Lynton. "The Case Method", in Lynton, R.P. et U. Pareek. Training for Development. West Hartford, CT: Kumarian Press, 1978, pp. 164-167.

Ndisi, M.A.O. "The Tripartite Approach to Population Questions", in African Sub-Regional Employers' Seminar on Population and Family Welfare Planning. Genève: BIT, 1973, pp. 93-97.

Salas, R. Reflections on Population (Section VI: Promotion of Knowledge and Implementation of Policies and Programmes). Elmsford, NY: Pergamon Press, 1984.

Banque mondiale. Family Planning Programs: An Evaluation of Experience (Section III: Development of Government Family Planning Programs) Washington, D.C.: Banque mondiale, 1979.

SECTION III

**AVANTAGES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
POUR L'EMPLOYEUR, POUR L'EMPLOYE ET POUR
LA NATION**

DUREE PREVUE: 1 heure 30 minutes

SECTION III: Avantages de la planification familiale pour l'employeur, pour l'employé et pour la nation

Cette section traite des avantages que les services de planification familiale apportent à l'employeur, à l'employé et à la nation, dans l'immédiat et aussi à plus longue échéance.

POUR LE FORMATEUR

Objectifs pour cette section:

A l'issue des travaux qui constituent cette section, les stagiaires auront accompli ce qui suit:

1. inventaire et discussion des avantages de la planification familiale, rapportés à la vie de l'usine et à celle du pays. Les catégories d'avantages sont les suivantes:

- o avantages économiques pour l'employeur et pour l'entreprise
- o avantages pour les organisations syndicales
- o avantages personnels de santé (pour l'employé et sa famille)
- o avantages d'ordre social pour la communauté et pour la nation

2. définition des divers avantages de la planification familiale, classement par ordre d'importance et différenciation entre les avantages immédiats et ceux qui mettent plus longtemps à se réaliser;

3. rédaction d'un énoncé des avantages de la planification familiale pour l'employeur, incorporation de ce texte dans une argumentation en faveur des services de planification familiale qu'ils envisagent d'organiser.

Justification:

Ayant acquis une connaissance précise des divers types d'avantages de la planification familiale, et ayant étudié ces avantages en termes économiques réels, les stagiaires se trouveront mieux préparés pour projeter et mettre en place des services de planification familiale d'entreprise.

57

DÉROULEMENT DES TRAVAUX

- o **Exposé d'introduction:
Avantages de la planification familiale**

Un exposé préliminaire sur les avantages de la planification familiale pour l'employeur et pour l'utilisateur des services est présenté aux stagiaires.

Durée: 30 minutes

- o **Calcul de la valeur des services
de planification familiale d'usine**

Les stagiaires étudient une liste récapitulative des coûts liés aux cas de grossesse, et apprennent à utiliser une feuille de calcul rapide pour établir la valeur des services de planification familiale d'usine.

Durée: 45 minutes

- o **Discussion en groupe: Liens existant entre
les avantages individuels et ceux qui concernent
l'employeur et la collectivité**

A l'issue d'une discussion en groupe, les stagiaires déterminent les liens directs existant entre les avantages de la planification familiale pour un employeur et ceux dont bénéficie l'utilisateur ainsi que la collectivité. Ce premier travail devrait amener les stagiaires à faire un pas de plus et à dégager encore d'autres avantages pour l'employeur, l'employé et la collectivité.

Durée: 20 minutes

- o **Rédaction individuelle d'un exposé des avantages
escomptés de l'organisation de services de
planification familiale dans une entreprise privée**

Les stagiaires rédigent un exposé des avantages que les employeurs et les employés peuvent escompter de l'instauration de services de planification familiale sur les lieux de travail.

Durée: 20 minutes

o **Evaluation**

Les stagiaires examinent et discutent, en petits groupes, les exposés rédigés au cours de l'exercice précédent.

Durée: 30 minutes

POUR LE FORMATEUR:

Vous trouverez aux pages qui suivent tous les textes nécessaires au formateur et au stagiaire pour les travaux de la section III.

EXPOSÉ:
AVANTAGES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

**AVANTAGES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
POUR L'EMPLOYEUR, POUR LES SYNDICATS,
POUR L'EMPLOYÉ ET POUR LA NATION**

Les services rendus par la planification familiale sont d'ordres divers. Dans de nombreux pays, les entreprises se sont aperçues que l'existence de services de planification familiale sur le lieu de travail se traduisait par une diminution des absences, une plus grande stabilité de main-d'oeuvre, et un meilleur esprit parmi les employés. De leur côté, les syndicats revendiquent fréquemment les services de planification familiale au nom du bien-être de leurs adhérents. Quant aux travailleurs eux-mêmes, il apparaît, d'après l'expérience de ces dernières années, qu'ils sont plus susceptibles de faire appel à la contraception lorsque les services sont facilement accessibles et lorsqu'ils voient des femmes et des hommes comme eux pratiquer la planification familiale.

Grâce à l'action modératrice qu'elle exerce sur l'accroissement démographique, la planification familiale orientée vers l'espacement des naissances et la limitation du nombre d'enfants présente des avantages directs pour l'employeur, pour les syndicats, pour les employés et pour la nation. Ces différents groupes ne sont pas nécessairement avantagés dans la même proportion, et chacun d'eux n'identifie pas forcément ses intérêts avec les avantages dont bénéficient les autres groupes. Cette section du manuel a pour but d'étudier les diverses sortes d'avantages dégagés de l'organisation de services de planification familiale sur les lieux de travail.

Selon le BIT (Bureau International du Travail), les employeurs et les associations patronales ont la responsabilité collective de protéger le milieu social qui leur fournit la possibilité de conduire leurs affaires dans leur propre intérêt et dans celui du pays. Ils sont tenus d'améliorer les conditions de travail et de prendre toutes mesures sociales nécessaires à la promotion du bien-être des travailleurs, y compris les mesures concernant le bien-être familial et les programmes de planification familiale.

Au Japon, certaines usines fournissaient déjà des services de planification familiale au cours des années cinquante. Dès 1960, 115 sociétés s'intéressaient à l'amélioration des conditions d'existence des ouvriers, dans le cadre du Mouvement Vie Nouvelle. En Inde, à la même époque, le plus important complexe industriel du pays, Tata Iron and Steel Company, entreprenait l'intégration de services de planification familiale dans son

- 61 -

programme de santé maternelle et infantile. En 1986, les services couvraient déjà 250 000 personnes au sein du complexe et dans les villages environnants, et 65% des couples de l'entreprise utilisaient des méthodes modernes de contraception. Le taux de natalité de la zone s'est abaissé à environ 28 pour mille, alors que la moyenne nationale est de 33 pour mille. (Draper Fund Report, 1986, p. 9).

Ces exemples, parmi d'autres, font apparaître un certain nombre d'avantages majeurs dérivant de la planification familiale. Il s'agit notamment, en ce qui concerne la direction de l'entreprise, de:

- o économie réalisée directement sur les temps de travail et la formation
- o gain de rentabilité réalisé lorsqu'un poste de travail est occupé sans interruption par la même personne
- o meilleur esprit d'entreprise, du fait que les employés apprécient le service offert par la direction.

Ces aspects, entre autres, ont été évoqués à la section II lors de la présentation de diapositives sur le Projet Planification familiale dans le secteur privé du Kenya, et dans l'étude de deux cas, l'un au Mexique et l'autre en Turquie. On trouvera aux pages qui suivent deux fiches pratiques grâce auxquelles les stagiaires découvriront d'autres avantages à dégager pour l'employeur, et s'exerceront à les calculer en connaissance de cause.

Comme nous l'avons vu déjà à la section II, grâce au cas étudié en Turquie, les avantages à retirer par les syndicats sont notamment:

- o meilleure qualité de vie pour les adhérents des syndicats
- o financements supplémentaires pour une participation syndicale
- o augmentation des avantages sociaux/médicaux dont bénéficient les adhérents
- o renforcement des syndicats grâce à de meilleurs rapports avec les adhérents, ceux-ci ayant une meilleure santé et moins de soucis.
- o augmentation du prestige des syndicats lorsque ceux-ci sont à l'origine des travaux de planification familiale.

Pour l'employé, la planification familiale présente les avantages suivants:

- o protection de la vie et de la santé des mères
- o protection de la vie et de la santé des enfants
- o avantages financiers pour le chef de famille

Selon une étude de 1986 (Draper Fund Report, p. 10), les programmes de planification familiale d'entreprise réduisent souvent de moitié la fréquence des cas de grossesse. La plupart des femmes employées manifestent le désir d'accéder à des services de planification familiale, car les grossesses non prévues menacent souvent leur sécurité d'emploi.

La documentation publiée par IMPACT, projet entrepris par l'organisme Population Reference Bureau, souligne le fait que la planification familiale "sauve des vies". La planification familiale apparaît comme un moyen efficace et peu coûteux de sauver des mères et des enfants en réduisant les décès liés à la maternité.

La mortalité maternelle est généralement exprimée en nombre annuel, pour 100 000 naissances, de décès féminins liés à la grossesse et à l'accouchement. Le Population Reference Bureau (1986) estime qu'environ un demi-million de femmes des pays en développement meurent chaque année de complications de la grossesse et de l'accouchement survenant dans un laps de temps déterminé (généralement 42 jours) après la fin de la grossesse. La Projection A indique les taux actuels de mortalité maternelle par région géographique.

On lira dans une autre partie de ce module (section V) que certaines méthodes contraceptives peuvent comporter un léger risque pour la santé. Il s'agit là d'un risque minime par comparaison avec le risque de mourir des suites d'une grossesse ou d'un accouchement. La Projection B compare, pour des femmes de deux catégories d'âge, le taux estimatif de mortalité liée à la grossesse ou à l'accouchement avec celui qui correspond aux effets secondaires de diverses méthodes contraceptives.

Projection A

MORTALITÉ MATERNELLE
DÉC/S POUR 100.000 NAISSANCES

	Moyenne estimée	Fourchette
AFRIQUE	258	78 à 1100
ASIE	310	5 à 700
EUROPE	21	4 à 28
AMÉRIQUE LATINE	112	8 à 418
AMÉRIQUE DU NORD	10	6 à 10

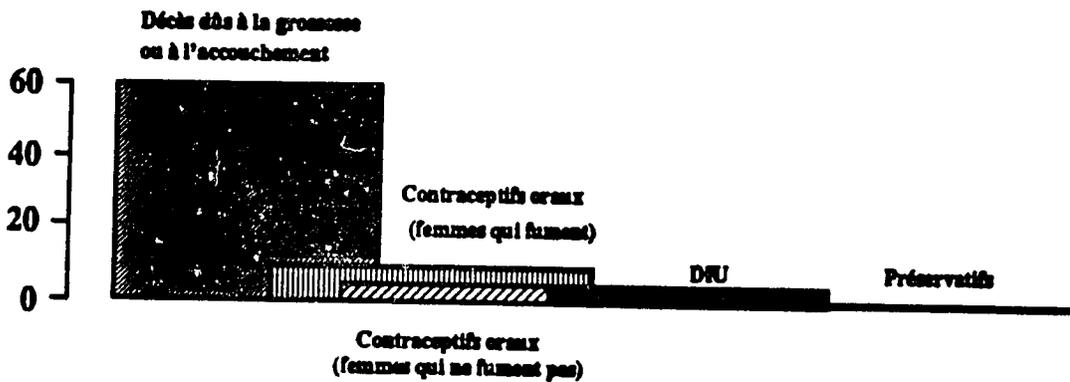
Source: Le planning familial sauve des vies
Projet IMPACT, 1986, p. 12

Projection B

“Bien que certaines méthodes de contraception puissent comporter un léger risque pour la santé, ce risque est minime comparé au risque de mourir des suites d’une grossesse ou d’un accouchement.”

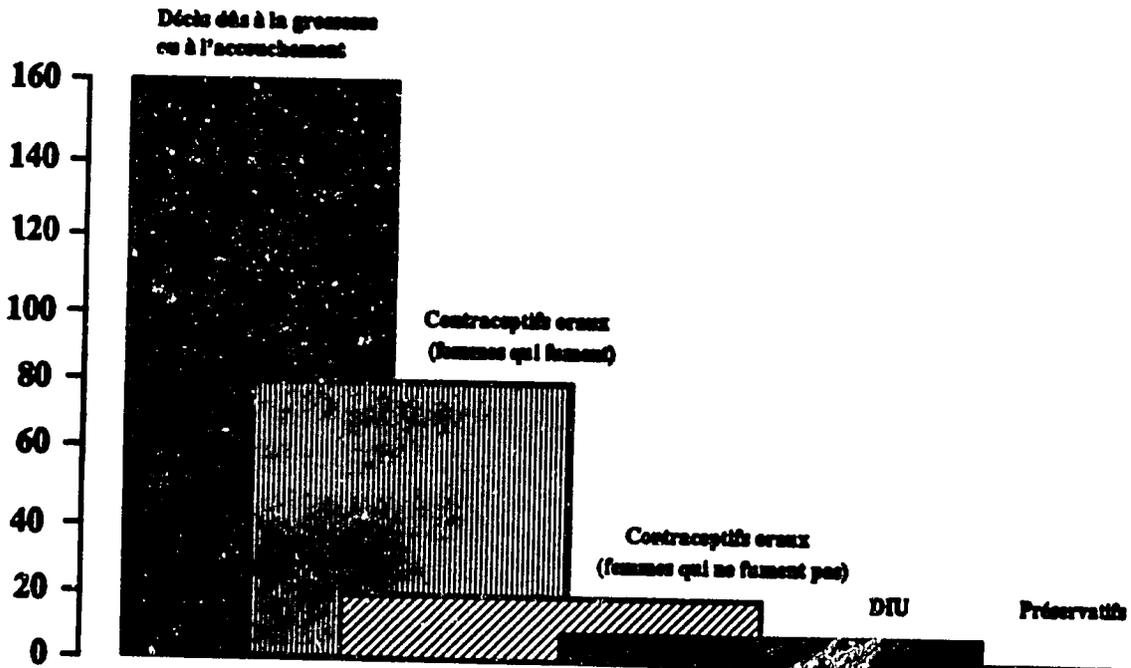
TAUX DE MORTALITÉ
(nombre de décès pour 100.000 femmes)

MOINS DE
35 ANS



35 ANS
OU PLUS

TAUX DE MORTALITÉ
(nombre de décès pour 100.000 femmes)



Comparaison, pour des femmes de deux catégories d'âge, du taux estimatif de mortalité liée à la grossesse ou à l'accouchement avec celui qui correspond aux effets secondaires de diverses méthodes contraceptives.

65

La documentation IMPACT (1986, p. 16) cite une étude basée sur les données de l'Enquête mondiale sur la fécondité, qui estimait que les décès maternels pourraient être réduits de près d'un tiers par an en moyenne. Ceci pourrait s'accomplir, selon l'étude citée, en prévenant les naissances chez les femmes qui ne veulent plus d'enfants mais ne pratiquent actuellement aucune méthode de planification familiale.

La réduction des risques liés à la maternité sera pour certaines femmes un avantage important à retirer de la planification familiale. Il s'agit des femmes appartenant aux groupes les plus vulnérables:

- femmes âgées de moins de 18 ans qui ne sont pas encore en état, du point de vue biologique ou du point de vue social, de mener à bien une grossesse et d'accoucher sans complication,
- femmes âgées de plus de 35 ans qui sont biologiquement moins bien équipées pour la grossesse et l'accouchement que des femmes de moins de 30 ans;
- mères qui conçoivent sans avoir eu assez de temps pour se remettre de la grossesse et de l'accouchement précédents.

La Projection C présente cinq importantes observations relatives à l'accès des femmes aux services de planification familiale et à leur utilisation des méthodes de contraception.

Projection C

La planification familiale dans les pays en voie de développement

A mesure que les méthodes modernes de contraception ont été introduites dans de nombreuses régions du tiers monde, des millions de femmes les ont adoptées et peuvent ainsi décider elles-mêmes quand elles auront leurs enfants. Il reste toutefois un grand nombre de personnes qui auraient besoin de services de planification familiale:

Beaucoup de femmes ont encore des grossesses trop rapprochées.

Beaucoup de femmes ne veulent plus avoir d'enfants et cependant n'utilisent aucune méthode efficace de contraception.

Dans certains pays, nombreuses sont les femmes qui ne connaissent aucun endroit où obtenir des services de planification familiale ou des produits contraceptifs.

S'il est vrai que certaines méthodes modernes de contraception ont parfois, mais rarement, des effets secondaires sérieux, elles ne constituent cependant pas pour la santé de la plupart des femmes une menace aussi grave que la grossesse et l'accouchement. Ceci est vrai dans les pays développés, où les taux de mortalité maternelle sont peu élevés. A plus forte raison, dans les pays en développement où les taux de mortalité maternelle sont infiniment plus élevés, bien des vies seront sauvées grâce à la pratique d'une contraception efficace.

SOURCE:

Maine, D. Family Planning: Its Impact on the Health of Women and Children. New York: The Center for Population and Family Health, Columbia University, 1982, p. 39

La planification familiale vient également en aide aux nouveaux-nés et aux jeunes enfants, qu'elle protège contre les risques dus aux faits suivants:

- les malformations congénitales sont plus fréquentes chez les enfants dont les mères sont âgées de moins de 18 ans ou de plus de 35 ans;
- les mères trop jeunes sont souvent dépourvues des moyens financiers et des connaissances pratiques nécessaires pour prendre soin de leurs enfants,
- lorsque les naissances sont très rapprochées, l'enfant né le premier est souvent affecté parce qu'il est allaité moins longtemps et sevré brusquement,
- la santé des nouveaux-nés et des jeunes enfants est souvent affectée par la mauvaise santé de leur mère.

La Projection D récapitule les observations les plus importantes en ce qui concerne la santé infantile et la planification familiale.

D'un point de vue plus large, la collectivité tout entière bénéficie d'un certain nombre d'avantages. Les avantages d'ordre social dérivant de la planification familiale sont, pour la communauté et pour la nation, les suivants:

- o l'amélioration de la santé des hommes, des femmes et des enfants aboutit à une main-d'œuvre plus productive;
- o une productivité accrue se traduit par une augmentation des bénéfices;
- o le nombre des grossesses involontaires diminue;
- o le nombre des grossesses d'adolescentes diminue;
- o il est plus facile de prévoir l'accroissement démographique et d'en comprendre l'évolution et la répartition, ce qui permet de faire des plans de développement plus réalistes.

Projection D

Santé infantile et planification familiale

Les chances de mettre au monde un enfant en bonne santé, qui puisse passer le cap des premières années et se développer normalement sont moindres lorsque:

les naissances sont très rapprochées dans la famille;

il y a déjà trois enfants ou plus dans la famille;

la mère est âgée de moins de 20 ans ou de plus de 35 ans à la naissance de l'enfant.

La planification familiale favorise la bonne santé des enfants parce qu'elle aide les femmes à espacer les naissances, à limiter le nombre de ses enfants, et à éviter de concevoir à un âge où elle s'exposerait à des risques. Dans les pays où les femmes sont nombreuses à pratiquer la planification familiale, les changements qui se sont produits dans le rythme des naissances ont contribué substantiellement au récent déclin de la mortalité infantile.

Source:

Maine, D. *Family Planning: Its Impact on the Health of Women and Children*. New York: The Center for Population and Family Health, Columbia University, 1982, p. 9.

**CALCUL DE LA VALEUR
DES PROGRAMMES
DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

**CALCUL DE LA VALEUR DES PROGRAMMES
DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

Dans cette partie de la section III, nous traiterons des méthodes de calcul de la valeur des programmes de planification familiale d'entreprise. Deux fiches pratiques sont fournies:

- o liste récapitulative des coûts liés aux cas de grossesse
- o feuille de calcul rapide de la valeur des services de planification familiale d'entreprise.

Ces deux documents ont été mis au point par le Programme Entreprise pour l'estimation de la rentabilité économique des programmes d'entreprise qu'il assiste.

(Le formateur devra utiliser les documents qui suivent - feuille de calcul rapide de la valeur des programmes de planification familiale d'entreprise, liste récapitulative des coûts liés aux cas de grossesse. Deux exemplaires sont insérés, l'un pour le formateur et l'autre pour les stagiaires.)

FICHE PRATIQUE I

LISTE RÉCAPITULATIVE DES COÛTS LIÉS AUX CAS DE GROSSESSE

Trois sortes de coûts sont liés aux cas de grossesse des employées et des femmes d'employés:

- o coût des congés de maternité
- o coût des services de santé maternelle et infantile
- o coût des primes aux familles nombreuses

Il y a en outre une catégorie de coûts se rapportant uniquement aux femmes qui sont elles-mêmes employées, en l'occurrence les pertes dues aux mouvements de personnel. Chacune des catégories est expliquée plus en détail ci-dessous.

COÛTS DE MATERNITÉ

nombre d'employées

x nbre moy. de congés maternité payés/par femme/par an

nombre moyen de naissances (mères FMP) par an

x coût des soins prénataux, grossesse et accouch^t par FMP par an

Les coûts pour chaque congé maternité sont:

- salaire hebdo. moy. x nbre de sem. congé payé x % payé employeur
- frais formation (remplacements, réintégration) ou heures suppl.
- perte de rendement due aux remplace^ts (diff. à évaluer/nuisance)
- frais comptables d'application des charges légales (nuisance)

COÛT DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

nombre d'employées ou femmes d'employés

x nbre moy. de grossesses payées/par femme/par an
x coût unitaire par grossesse

Le coût unitaire par grossesse se compose de:

- coûts prénataux (absences + soins médicaux)
- frais d'accouchement (services médicaux)
- coûts post-nataux (absences + soins médicaux)

COÛT DES PRIMES AUX FAMILLES NOMBREUSES

nombre d'employées ou femmes d'employés
x nombre moyen de naissances vivantes par an
x valeur de l'allocation familiale par enfant

COÛT DES MOUVEMENTS DE PERSONNEL

nombre d'employées
x pourcentage de licenciements dûs à grossesses/par an
x frais de recrutement, orientation et formation de remplaçants
x obligations d'indemnité de licenciement (variable selon pays)

Source: Programme Entreprise,
1986.

FICHE PRATIQUE II: CALCUL DE LA VALEUR DES
PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE
FEUILLE DE CALCUL RAPIDE

-
- NE = Nombre d'enfants à charge bénéficiant de serv. medic/sociaux
- FMP = Femmes mariées (employées ou à charge) en âge de procréer
- N = $NE + FMP$ = Nombre total de femmes et enfants bénéficiant de services médicaux/sociaux
- B = Nombre moyen de naissances par FMP par an
- D = Coûts grossesse, soins prénat./accouchement, par accouchement
- L = Congé maternité payé en moyenne par employée prenant son congé, par an
- M = $B(D + L)$ = Moyenne coûts de maternité par femme, par an
- C = Versements allocations familiales par enfant
- H = Coûts santé maternelle et infantile
- SMI = $(FMP \times M) + (NE \times C) + (N \times H)$ = Total coûts de santé maternelle et infantile
- P = Taux de prévalence escompté, NOUVEAUX utilisateurs
- BA = $FMP \times B \times P$ = Estimation nombre de naissances évitées
- DF = Nbre de femmes quittant leur emploi par suite grossesse
- T = Coût mouvements de personnel (indemnités, recrutement et nouvelles formations)
- CG = $(M \times B) + (DF \times T)$ = Total prévu pour frais grossesses
- ACP = Année-couple de protection
- C = Coût des méthodes contraceptives par ACP
- CC = $FMP \times P \times MC$ = Total prévu pour coût produits contraceptifs
- E = Coût équipement médical (rapporté à une année)
- I = Coût installations sanitaires (frais annuels pour locaux)
- V = Coût véhicules/unités mobiles (rapporté à une année)
- S = Frais de personnel pour une année
- IEC = Coût documents/services d'information et sensibilisation
- CT = $CC + E + I + V = S + IEC$ = Coût total exploitation d'un programme de planification familiale
- ET = $BA [(SMI + CG)/N] - CT$ = Economie totale prévue grâce au programme de planification familiale

FICHE PRATIQUE II
CALCUL DE LA VALEUR DES
PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE
FEUILLE DE CALCUL RAPIDE

NE	=	6 000
FMP	=	1 000
N	=	NE + FMP = 7 000
B	=	0,60
D	=	\$100
L	=	(trois mois de salaire) = \$300
M	=	B(D + L)
	=	0,60(100 + 300) = \$240
C	=	\$20 par enfant et par mois = \$240 par enfant et par an
H	=	\$150 par mère et enfant, par an
SMI	=	(FMP x M) + (NE x C) + (N x H)
	=	(1 000 x \$240) + (6 000 x \$240) + (7 000 x \$150)
	=	\$240 000 + \$1 440 000 + \$1 050 000 = \$2 730 000
P	=	(en pourcentage de FMP) =30%
BA	=	FMP x B x P
	=	(1 000 x 0,60 x 0,30)
	=	180
DF	=	150
T	=	\$300
CG	=	(M x B) + (DF x T)
	=	(\$240 x 0,60) + (150 x \$300)
	=	\$144 + \$45 000 = \$45 144
ACP	=	Année-couple de protection

MC =

<u>Méthode</u>	<u>Moy. des besoins</u> <u>par couple</u> <u>par an</u>	<u>Coût annuel*</u> <u>par couple</u>
Pilules	13 cycles	13 x \$0,19 = \$ 2,47
Condoms	120 condoms	120 x \$0,04 = \$ 4,80
DIU	0,4 unité de DIU	0,4 x \$1,00 = \$ 0,40
Injectables	quatre injections	4 x \$1,00 = \$ 4,00
Diaphragme	un	1 x \$3,50 = \$ 3,50
Mousse	cinq flacons	5 x \$1,00 = \$ 5,00
Gelée	trois tubes	3 x \$2,00 = \$ 6,00
Comprimés mousse	120 comp. par an	120 x 0,10 = \$12,00
** Minilaparotomie	1 intervention	1 x \$45,00 = \$45,00
** Vasectomie	1 intervention	1 x \$20,00 = \$20,00

*Le coût des produits est calculé d'après les prix de gros obtenus par l'USAID, et le prix variera selon votre source.

**Cette intervention est effectuée une seule fois dans la vie d'une personne. Les coûts seront par conséquent calculés à partir de la date de l'intervention jusqu'à la fin de la période reproductive. Exemple: la période reproductive d'une femme va de 15 ans à 44 ans; donc si elle a une minilaparotomie à l'âge de 30 ans, elle sera protégée pendant 14 ans; on divisera donc \$45 par 14, ce qui donne un coût de \$3,21 par an.

75

FICHE PRATIQUE II

CALCUL DE LA VALEUR DES
 PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE
 FEUILLE DE CALCUL RAPIDE

<u>Nombre d'utilisateurs</u> <u>prévu</u> (FMP x P) = (1 000 x 0,3) = 300		<u>Coût total annuel</u> <u>prévu</u> <u>pour les contraceptifs</u>	
Pilules	145	145 x 13 x 0,19 =	\$358,15
Condoms	85	85 x 120 x 0,04 =	\$408,00
DIU	52	52 x 0,4 x 1,00 =	\$ 20,80
Injectables	5	5 x 4 x 1,00 =	\$ 20,00
Diaphragme	5	5 x 1 x 3,50 =	\$ 17,50
Mousse	2	2 x 5 x 1,00 =	\$ 10,00
Gelée	4	4 x 3 x 2,00 =	\$ 24,00
Comprimés mousse	<u>2</u>	2 x 120 x 0,10 =	<u>\$ 24,00</u>
Total utilisateurs	300	Total	\$882,45

CC = FMP x P x C =

E = néant (don)

I = 10 m² à \$20 le m² = \$200 x 12 = \$2 400

V = néant (don)

S = \$20 000

IEC = néant (don)

CT = CC + E + I + V + S + IEC = Coût total d'exploitation
 d'un programme de planification familiale
 = (\$882,45 + 0 + \$2 400 + 0 + \$20 000 + 0) = \$23 282,45

ET = BA [(SMI + CG)/N] - CT
 = 180 [(\$2 730 000 + \$45 144)/7 000] - \$23 282,45
 = \$48 078,40

Ratio d'économie = avantages/coûts
 = \$71 360,84/\$23 282,45
 = \$3,07 d'économie pour chaque dollar investi

Source: Programme Entreprise,
 1988.

FICHE PRATIQUE I

LISTE RÉCAPITULATIVE DES COÛTS LIÉS AUX CAS DE GROSSESSE

Trois sortes de coûts sont liés aux cas de grossesse des employées et des femmes d'employés:

- o coût des congés de maternité
- o coût des services de santé maternelle et infantile
- o coût des primes aux familles nombreuses

Il y a en outre une catégorie de coûts se rapportant uniquement aux femmes qui sont elles-mêmes employées, en l'occurrence les pertes dues aux mouvements de personnel. Chacune des catégories est expliquée plus en détail ci-dessous.

COÛTS DE MATERNITÉ

nombre d'employées

x nbre moy. de congés maternité payés/par femme/par an

nombre moyen de naissances (mères FMP) par an

x coût des soins prénataux, grossesse et accouch^t par FMP par an

Les coûts pour chaque congé maternité sont:

- salaire hebdo. moy. x nbre de sem. congé payé x % payé employeur
- frais formation (remplacements, réintégration) ou heures suppl.
- perte de rendement due aux remplaç^{ts} (diff. à évaluer/nuisance)
- frais comptables d'application des charges légales (nuisance)

COÛT DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

nombre d'employées ou femmes d'employés

x nbre moy. de grossesses payées/par femme/par an

x coût unitaire par grossesse

Le coût unitaire par grossesse se compose de:

- coûts prénataux (absences + soins médicaux)
- frais d'accouchement (services médicaux)
- coûts post-nataux (absences + soins médicaux)

1

COÛT DES PRIMES AUX FAMILLES NOMBREUSES

nombre d'employées ou femmes d'employés
x nombre moyen de naissances vivantes par an
x valeur de l'allocation familiale par enfant

COÛT DES MOUVEMENTS DE PERSONNEL

nombre d'employées
x pourcentage de licenciements dûs à grossesses/par an
x frais de recrutement, orientation et formation de remplaçants
x obligations d'indemnité de licenciement (variable selon pays)

Source: Programme Entreprise,
1986.

FICHE PRATIQUE II: CALCUL DE LA VALEUR DES
PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE
FEUILLE DE CALCUL RAPIDE

- NE = Nombre d'enfants à charge bénéficiant de serv. médic./sociaux
- FMP = Femmes mariées (employées ou à charge) en âge de procréer
- N = $NE + FMP$ = Nombre total de femmes et enfants bénéficiant de services médicaux/sociaux
- B = Nombre moyen de naissances par FMP par an
- D = Coûts grossesse, soins prénat./accouchement, par accouchement
- L = Congé maternité payé en moyenne par employée prenant son congé, par an
- M = $B(D + L)$ = Moyenne coûts de maternité par femme, par an
- C = Versements allocations familiales par enfant
- H = Coûts santé maternelle et infantile
- SMI = $(FMP \times M) + (NE \times C) + (N \times H)$ = Total coûts de santé maternelle et infantile
- P = Taux de prévalence escompté, NOUVEAUX utilisateurs
- BA = $FMP \times B \times P$ = Estimation nombre de naissances évitées
- DF = Nbre de femmes quittant leur emploi par suite grossesse
- T = Coût mouvements de personnel (indemnités, recrutement et nouvelles formations)
- CG = $(M \times B) + (DF \times T)$ = Total prévu pour frais grossesses
- ACP = Année-couple de protection
- C = Coût des méthodes contraceptives par ACP
- CC = $FMP \times P \times MC$ = Total prévu pour coût produits contraceptifs
- E = Coût équipement médical (rapporté à une année)
- I = Coût installations sanitaires (frais annuels pour locaux)
- V = Coût véhicules/unités mobiles (rapporté à une année)
- S = Frais de personnel pour une année
- IEC = Coût documents/services d'information et sensibilisation
- CT = $CC + E + I + V = S + IEC$ = Coût total exploitation d'un programme de planification familiale
- ET = $BA [(SMI + CG)/N] - CT$ = Economie totale prévue grâce au programme de planification familiale

FICHE PRATIQUE II
CALCUL DE LA VALEUR DES
PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE
FEUILLE DE CALCUL RAPIDE

NE	=	6 000
FMP	=	1 000
N	=	NE + FMP = 7 000
B	=	0,60
D	=	\$100
L	=	(trois mois de salaire) = \$300
M	=	B(D + L)
	=	0,60(100 + 300) = \$240
C	=	\$20 par enfant et par mois = \$240 par enfant et par an
H	=	\$150 par mère et enfant, par an
SMI	=	(FMP x M) + (NE x C) + (N x H)
	=	(1 000 x \$240) + (6 000 x \$240) + (7 000 x \$150)
	=	\$240 000 + \$1 440 000 + \$1 050 000 = \$2 730 000
P	=	(en pourcentage de FMP) =30%
BA	=	FMP x B x P
	=	(1 000 x 0,60 x 0,30)
	=	180
DF	=	150
T	=	\$300
CG	=	(M x B) + (DF x T)
	=	(\$240 x 0,60) + (150 x \$300)
	=	\$144 + \$45 000 = \$45 144
ACP	=	Année-couple de protection

MC =

<u>Méthode</u>	<u>Moy. des besoins</u> <u>par couple</u> <u>par an</u>	<u>Coût annuel*</u> <u>par couple</u>
Pilules	13 cycles	13 x \$0,19 = \$ 2,47
Condoms	120 condoms	120 x \$0,04 = \$ 4,80
DIU	0,4 unité de DIU	0,4 x \$1,00 = \$ 0,40
Injectables	quatre injections	4 x \$1,00 = \$ 4,00
Diaphragme	un	1 x \$3,50 = \$ 3,50
Mousse	cinq flacons	5 x \$1,00 = \$ 5,00
Gelée	trois tubes	3 x \$2,00 = \$ 6,00
Comprimés mousse	120 comp. par an	120 x 0,10 = \$12,00
** Minilaparotomie	1 intervention	1 x \$45,00 = \$45,00
** Vasectomie	1 intervention	1 x \$20,00 = \$20,00

*Le coût des produits est calculé d'après les prix de gros obtenus par l'USAID, et le prix variera selon votre source.

**Cette intervention est effectuée une seule fois dans la vie d'une personne. Les coûts seront par conséquent calculés à partir de la date de l'intervention jusqu'à la fin de la période reproductive. Exemple: la période reproductive d'une femme va de 15 ans à 44 ans, donc si elle a une minilaparotomie à l'âge de 30 ans, elle sera protégée pendant 14 ans; on divisera donc \$45 par 14, ce qui donne un coût de \$3,21 par an.

FICHE PRATIQUE II

CALCUL DE LA VALEUR DES
 PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE
 FEUILLE DE CALCUL RAPIDE

<u>Nombre d'utilisateurs</u> <u>prévu</u> <u>(FMP x P) = (1 000 x 0,3) = 300</u>		<u>Coût total annuel</u> <u>prévu</u> <u>pour les contraceptifs</u>	
Pilules	145	145 x 13 x 0,19 =	\$358,15
Condoms	85	85 x 120 x 0,04 =	\$408,00
DIU	52	52 x 0,4 x 1,00 =	\$ 20,80
Injectables	5	5 x 4 x 1,00 =	\$ 20,00
Diaphragme	5	5 x 1 x 3,50 =	\$ 17,50
Mousse	2	2 x 5 x 1,00 =	\$ 10,00
Gelée	4	4 x 3 x 2,00 =	\$ 24,00
Comprimés mousse	<u>2</u>	2 x 120 x 0,10 =	<u>\$ 24,00</u>
Total utilisateurs	300	Total	\$882,45

CC = FMP x P x C =
 E = néant (don)
 I = 10 m² à \$20 le m² = \$200 x 12 = \$2 400
 V = néant (don)
 S = \$20 000
 IEC = néant (don)

CT = CC + E + I + V + S + IEC = Coût total d'exploitation
 d'un programme de planification familiale
 = (\$882,45 + 0 + \$2 400 + 0 + \$20 000 + 0) = \$23 282,45

ET = BA [(SMI + CG)/N] - CT
 = 180 [(\$2 730 000 + \$45 144)/7 000] - \$23 282,45
 = \$48 078,40

Ratio d'économie = avantages/coûts
 = \$71 360,84/\$23 282,45
 = \$3,07 d'économie pour chaque dollar investi

Source: Programme Entreprise,
 1988.

-91-

DISCUSSION EN GROUPE:
AVANTAGES POUR L'EMPLOYEUR

82

**DISCUSSION EN GROUPE:
AVANTAGES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE POUR L'EMPLOYEUR**

L'étude de cas résumée ci-après concerne une entreprise d'Afrique occidentale qui s'est efforcée de trouver une solution aux pertes de main-d'oeuvre que constituent les coûts de maternité. L'étude de cas est un complément intéressant de la discussion à laquelle a donné lieu l'exercice précédent. Vous lirez l'exposé du cas et réfléchirez ensuite aux quatre questions qui suivent.

Trouver une solution aux pertes de main-d'oeuvre

Une société d'Afrique occidentale désirait étudier de quelle façon l'existence de services de planification familiale pourrait contribuer à la productivité de son personnel. L'usine ne possédant aucune donnée objective permettant de comparer la productivité féminine et masculine, il a été décidé de considérer la productivité industrielle en tant que nombre d'heures de travail productif réellement effectué par une personne. Les heures de travail féminin perdues pour raisons de santé juste avant, pendant et après les congés de maternité ont été considérées comme une perte totale pour la productivité industrielle. Ayant entendu parler des bienfaits des services de planification familiale pour la santé du personnel féminin, la direction de l'usine désirait savoir dans quelle mesure il lui serait possible, grâce à l'organisation et à la promotion de ses propres services de planification familiale, de réduire les pertes de production industrielle dues aux heures de main-d'oeuvre féminine perdues.

Tout d'abord, la direction de l'usine a fait un examen approfondi de la législation du pays, pour déterminer les droits de ses employées en cas de maternité. Elle a ensuite calculé le montant des congés légaux de maternité (six semaines avant l'accouchement et six semaines après) et ajouté les jours de maladie à prévoir au cours de la grossesse et aussitôt après l'accouchement (un mois au total). L'estimation a conclu à une perte totale de temps de travail, pour chaque grossesse, égale à quatre mois soit 33 1/3 %, ou en d'autres termes à un pourcentage d'assiduité au travail équivalent à 66 2/3 %. L'étude a montré que, si un homme et une femme sont affectés au même poste, évalués d'après les mêmes critères et rémunérés de la même façon, la nécessité de remplacer la femme pendant une longue absence fait que l'homme a une productivité supérieure (temps passé au travail) et par conséquent coûte moins cher à employer que la femme.

La main-d'oeuvre de l'usine étant en grande majorité féminine (109 femmes pour 35 hommes), la direction de l'usine a décidé de venir en aide aux femmes en leur ouvrant des services de planification familiale. Dès que l'ouverture de la clinique a été approuvée, l'infirmière d'usine et deux employées ont été envoyées en stage pour une formation en planification familiale.

Au cours d'une réunion de la direction avec les représentants des ouvriers, il a été entendu que l'objectif principal de la clinique était d'améliorer l'état de santé des mères et de leurs bébés, et que les femmes désirant bénéficier des services devraient obtenir une autorisation de leur mari.

Depuis l'ouverture de la clinique, la direction a recueilli des données sur les heures perdues par la main-d'oeuvre féminine au cours des trois dernières années en raison des congés de maternité et des problèmes de santé survenant soit immédiatement avant ou après l'accouchement, soit au cours de la grossesse. Ces données seront comparées avec les chiffres correspondants obtenus pour les trois années suivantes, de façon à évaluer l'impact des nouveaux services sur le temps réel passé au travail.

QUESTIONS À DISCUTER:

1. L'action de cette société était-elle basée sur un motif légitime? Pourquoi?
2. Quelles personnes ont joué un rôle important dans le déroulement des opérations décrites ci-dessus? Quel était le rôle de chacun?
3. Pouvez-vous comparer les conclusions de cette société avec des éléments d'évaluation recueillis en quelque occasion par votre propre entreprise?
4. Pouvez-vous suggérer à cette société des moyens d'évaluer le produit de son investissement à plus brève échéance?

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Le formateur devra prendre certaines précautions lorsqu'il présentera des faits défavorables à la main-d'oeuvre féminine, lesquels pourraient conduire à des décisions discriminatoires (p.ex. d'embaucher uniquement des hommes ou de payer un salaire inférieur aux femmes. Bien des femmes sont embauchées avant tout en tant que main-d'oeuvre à bas prix.)]

TROUVER UNE SOLUTION AUX PERTES DE MAIN-D'OEUVRE

Une société d'Afrique occidentale désirait étudier de quelle façon l'existence de services de planification familiale pourrait contribuer à la productivité de son personnel. L'usine ne possédant aucune donnée objective permettant de comparer la productivité féminine et masculine, il a été décidé de considérer la productivité industrielle en tant que nombre d'heures de travail productif réellement effectué par une personne. Les heures de travail féminin perdues pour raisons de santé juste avant, pendant et après les congés de maternité ont été considérées comme une perte totale pour la productivité industrielle. Ayant entendu parler des bienfaits des services de planification familiale pour la santé du personnel féminin, la direction de l'usine désirait savoir dans quelle mesure il lui serait possible, grâce à l'organisation et à la promotion de ses propres services de planification familiale, de réduire les pertes de production industrielle dues aux heures de main-d'oeuvre féminine perdues.

Tout d'abord, la direction de l'usine a fait un examen approfondi de la législation du pays, pour déterminer les droits de ses employées en cas de maternité. Elle a ensuite calculé le montant des congés légaux de maternité (six semaines avant l'accouchement et six semaines après) et ajouté les jours de maladie à prévoir au cours de la grossesse et aussitôt après l'accouchement (un mois au total). L'estimation a conclu à une perte totale de temps de travail, pour chaque grossesse, égale à quatre mois soit 33 1/3 %, ou en d'autres termes à un pourcentage d'assiduité au travail égal à 66 2/3 %. L'étude a montré que, si un homme et une femme sont affectés au même poste, évalués d'après les mêmes critères et rémunérés de la même façon, la nécessité de remplacer la femme pendant une longue absence fait que l'homme a une productivité supérieure (temps passé au travail) et par conséquent coûte moins cher à employer que la femme.

La main-d'oeuvre de l'usine étant en grande majorité féminine (109 femmes pour 35 hommes), la direction de l'usine a décidé de venir en aide aux femmes en leur ouvrant des services de planification familiale. Dès que l'ouverture de la clinique a été approuvée, l'infirmière d'usine et deux employées ont été envoyées en stage pour une formation en planification familiale.

Au cours d'une réunion de la direction avec les représentants des ouvriers, il a été entendu que l'objectif principal de la clinique était d'améliorer l'état de santé des mères et de leurs bébés, et que les femmes désirant bénéficier des services devraient obtenir une autorisation de leur mari.

95

Depuis l'ouverture de la clinique, la direction a recueilli des données sur les heures perdues par la main-d'oeuvre féminine au cours des trois dernières années en raison des congés de maternité et des problèmes de santé survenant soit immédiatement avant ou après l'accouchement, soit au cours de la grossesse. Ces données seront comparées avec les chiffres correspondants obtenus pour les trois années suivantes, de façon à évaluer l'impact des nouveaux services sur le temps réel passé au travail.

QUESTIONS À DISCUTER:

1. L'action de cette société était-elle basée sur un motif légitime? Pourquoi?
2. Quelles personnes ont joué un rôle important dans le déroulement des opérations décrites ci-dessus? Quel était le rôle de chacun?
3. Pouvez-vous comparer les conclusions de cette société avec des éléments d'évaluation recueillis en quelque occasion par votre propre entreprise?
4. Pouvez-vous suggérer à cette société des moyens d'évaluer le produit de son investissement à plus brève échéance?

TRAVAIL INDIVIDUEL:

**RÉDACTION D'UN EXPOSÉ SUR LES
AVANTAGES ESCOMPTÉS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

RÉDACTION D'UN EXPOSÉ
SUR LES AVANTAGES ESCOMPTÉS
D'UN INVESTISSEMENT EN PLANIFICATION FAMILIALE

Dans cette section du module, nous avons examiné les avantages de la planification familiale sous trois aspects:

- o avantages pour l'employeur
- o avantages pour les syndicats
- o avantages individuels.

Pour terminer cette discussion, nous vous demandons de réfléchir à l'investissement que vous envisagez de faire pour organiser des services de planification familiale d'entreprise pour vos employés et leurs familles. Utilisant l'espace libre sur cette feuille, vous rédigerez un exposé succinct sur les bénéfices que vous pensez retirer de votre investissement. Vous vous efforcerez de définir ces bénéfices avec précision, et les énumérerez par ordre d'importance pour la direction de votre usine ou de votre plantation.

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

Les bénéfices que ma société retirera de son investissement dans l'organisation de services de planification familiale d'entreprise seront, d'après mes prévisions, les suivants:

48

RÉDACTION D'UN EXPOSÉ
SUR LES AVANTAGES ESCOMPTÉS
D'UN INVESTISSEMENT EN PLANIFICATION FAMILIALE

Dans cette section du module, nous avons examiné les avantages de la planification familiale sous trois aspects:

- o avantages pour l'employeur
- o avantages pour les syndicats
- o avantages individuels.

Pour terminer cette discussion, nous vous demandons de réfléchir à l'investissement que vous envisagez de faire pour organiser des services de planification familiale d'entreprise pour vos employés et leurs familles. Utilisant l'espace libre sur cette feuille, vous rédigerez un exposé succinct sur les bénéfices que vous pensez retirer de votre investissement. Vous vous efforcerez de définir ces bénéfices avec précision, et les énumérerez par ordre d'importance pour la direction de votre usine ou de votre plantation.

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

Les bénéfices que ma société retirera de son investissement dans l'organisation de services de planification familiale d'entreprise seront, d'après mes prévisions, les suivants:

EVALUATION

EXERCICE D'ÉVALUATION: SECTION III

Les stagiaires sont divisés en groupes de trois ou quatre, et on leur demande de conduire une discussion à partir de leurs exposés sur les avantages escomptés, rédigés pour l'exercice précédent. Chacun des groupes établit deux listes d'avantages - avantages pour les employeurs, avantages pour les employés. Toutes les listes sont copiées sous forme de tableaux que l'on affiche, après quoi le formateur anime une discussion ayant pour but de dégager les éléments communs à toutes les listes pour produire deux listes récapitulatives, l'une se rapportant aux employeurs et l'autre aux employés.

On pourra juger de la valeur formative de cette section en mesurant:

- o le niveau de participation aux activités en petits groupes et en séance plénière;
- o la façon dont les listes récapitulatives tiennent compte des informations fournies par cette section du manuel.

Durée: 30 minutes

DOCUMENTATION À CONSULTER:

Mode d'emploi de la documentation correspondant à cette section:

Les deux listes ci-après contiennent des documents qui pourront servir aux formateurs pour la préparation des stages, et également aux stagiaires comme supplément d'information sur les sujets figurant à cette section du manuel. Bien que tous les articles soient recommandés, ceux de la première liste ont une importance particulière en ce qui concerne les avantages de la planification familiale pour l'employeur, pour l'employé et/ou pour la nation.

Ainsworth, M. Family Planning Programs: The Client's Perspective. (World Bank Staff Working Papers Number 676). Washington, D.C.: World Bank, 1985.

Cette monographie explique le décalage entre la fécondité désirée et l'attitude vis-à-vis de la contraception, en distinguant les "coûts" objectifs et subjectifs de la régulation des naissances: coût des démarches pour s'informer sur la contraception et savoir où trouver les services; temps et argent pour se rendre à un centre; coût des difficultés provoquées par l'opposition du milieu à la contraception. Pour certains couples qui idéalement voudraient prévenir une naissance, tout cela représente un fardeau plus lourd à porter que le coût d'un enfant supplémentaire. L'Annexe B concerne plus particulièrement les avantages de la planification familiale pour la santé

Centers for Disease Control. Planification familiale: méthodes et pratique pour l'Afrique. (Chapitre 1: Health Benefits of Family Planning). Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control, 1983.

Le premier chapitre de ce livre présente un résumé très clair de l'incidence positive que la planification familiale et l'espacement des naissances peuvent avoir sur la santé des mères et des enfants, ainsi que sur les rapports entre époux. Cet exposé est facile à suivre, d'autant qu'il est accompagné de nombreux graphiques et tableaux.

Projet IMPACT. Le planning familial sauve des vies: une stratégie pour la survie maternelle et infanto-juvénile. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 1986.

Cette brochure traite des différentes façons dont le planning familial peut sauver la vie des femmes et des enfants. Cinq sujets sont abordés: espacement des naissances et survie de l'enfant; planning familial et survie maternelle; diminution des risques de la maternité; santé de la mère, santé du bébé; planning familial et coûts sanitaires. La brochure est utilement illustrée de nombreux graphiques et tableaux.

22

Maione, D. Family Planning: Its Impact on the Health of Women and Children. New York: The Center for Population and Family, Faculty of Medicine, Columbia University, 1981.

Ce document contient des explications claires et concises, accompagnées de nombreux graphiques et tableaux, sur les effets positifs de la planification familiale sur la santé des femmes et des enfants. S'appuyant sur des travaux de recherche scientifique, le document examine les risques de santé que comporte la grossesse pour les femmes de moins de 18 ans et de plus de 35 ans, pour celles qui ont plus de quatre enfants et pour celles dont les enfants naissent à des intervalles inférieurs à deux ans. On étudie également les rapports entre le nombre d'enfants et les soins reçus par ces enfants, du point de vue de la nutrition et de la santé en général.

Maine, D., Rosefield, A., M. Wallace. "Prevention of Maternal Deaths in Developing Countries: How Much Could Family Planning Help?" Communication présentée à l'Association américaine de Population, San Francisco, CA, 1986.

Cette étude, basée sur les données de l'Enquête mondiale sur la fécondité, fait observer notamment que les décès maternels pourraient être réduits de près d'un tiers en moyenne. Ceci pourrait s'accomplir en prévenant les naissances chez les femmes qui ne veulent plus d'enfants mais ne pratiquent actuellement aucune méthode de planification familiale. En permettant à un plus grand nombre de femmes d'accéder aux services de planification familiale, on contribuerait grandement à la réalisation d'un tel objectif.

Population Information Program. "Employment-Based Family Planning Programs" Population Reports (n° 34), septembre-octobre 1987. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University.

On trouvera dans ce numéro des renseignements récents sur les programmes de planification familiale d'entreprise. Les différentes sortes de services offertes sont expliquées, et on tente de projeter les coûts et avantages des services d'entreprise. Des conseils pratiques sont fournis en ce qui concerne la mise en place des services et les questions de promotion et de sensibilisation. Le numéro comprend également la description d'expériences réalisées dans plusieurs pays.

Population Information Program. "Healthier Mothers and Children Through Family Planning", Population Reports (n° 27), mai-juin 1984. Baltimore, MD: Population Information Program, John Hopkins University.

On trouvera dans ce numéro des renseignements similaires à ceux qui figurent dans l'étude de Maine citée plus haut, mais avec plus de détails. Des informations plus précises sont données sur le rapport entre le nombre d'enfants et l'espacement des naissances d'une part, et d'autre part la fréquence des maladies infectieuses, la croissance et le développement, les malformations congénitales, l'intelligence et la réussite scolaire. En outre une ample bibliographie est fournie.

World Federation of Public Health Associations. Family Planning for Maternal and Child Health: An Annotated Bibliography and Resource Directory. Washington, D.C.: WFPHA, 1986.

Cette brochure contient des résumés d'articles et de livres portant sur divers aspects de la planification familiale. Le premier chapitre, intitulé "L'impact de la planification familiale sur la santé maternelle et infantile", intéresse tout particulièrement cette section. Les trois derniers chapitres indiquent d'autres sources d'information bibliographique ainsi que des revues et associations professionnelles s'intéressant à la planification familiale. Les autres chapitres pourront utilement être consultés en liaison avec les sections suivantes du manuel.

Autres références

JSI. Family Planning Private Sector Programme. Annual Report, 1985. Nairobi, Kenya: Family Planning Private Sector Program, JSI, 1985.

Streegan, OMS. "Cost Benefits and Cost Effectiveness of Family Life and Family Planning Programmes in Hawaiian Philippine Company", in Family Planning in Industry in the Asian Region. Bangkok: BIT, 1979, pp. 140-156.

Sugathan, T.N. et al. "Impact of Family Planning Welfare Programmes in the Industrial Sector: An Estimate of Returns to Management", in Demography India 7(1-2):72-83, 1978.

SECTION IV

**DYNAMIQUE DEMOGRAPHIQUE, DEVELOPPEMENT
SOCIO-ECONOMIQUE ET SECTEUR COMMERCIAL**

DUREE PREVUE: 1 heure

SECTION IV: Dynamique démographique, développement socio-économique et secteur commercial

On étudie ici les effets de la dynamique démographique sur le développement socio-économique et sur le secteur commercial, pour aider les stagiaires à préparer une argumentation plus poussée en faveur de l'organisation de services privés de planification familiale.

POUR LE FORMATEUR**Objectifs pour cette section:**

A l'issue des travaux qui constituent cette section, les stagiaires:

1. seront en mesure de décrire les effets de taux élevés d'accroissement démographique sur le développement de leur pays et sur les perspectives de développement commercial, notamment en ce qui concerne leur propre entreprise;
2. auront rédigé une argumentation en faveur de l'inclusion de services de planification familiale dans leur entreprise.

Justification:

Lorsque les stagiaires comprendront comment la dynamique démographique affecte le développement socio-économique, et par suite le secteur commercial, leur volonté de promouvoir la planification familiale se trouvera renforcée, et leur donnera l'inspiration nécessaire pour rédiger une argumentation en faveur des services qu'ils prévoient d'instaurer dans leurs usines ou plantations.

DÉROULEMENT DES TRAVAUX

- o **Exercice de réflexion en groupe:**
Qu'entend-on par "dynamique démographique"?

Les stagiaires proposent le plus de réponses possible aux questions suivantes: "Qu'entend-on par 'dynamique démographique'?" et "En quoi la vitesse de croissance démographique concerne-t-elle mon entreprise?".

Durée: 10 minutes

- o **Exposé: Conséquences de la rapidité de l'accroissement démographique**

Les stagiaires prennent connaissance de problèmes démographiques actuels qui intéressent directement leur entreprise et leur participation à l'organisation de services de planification familiale pour les employés et leurs familles.

Durée: 20 minutes

- o **Evaluation: Rédaction d'une argumentation en faveur des services de planification familiale d'entreprise**

Les stagiaires rédigent une argumentation, en s'appuyant sur les exposés et discussions qui ont précédé: rôle du secteur privé dans la promotion de la planification familiale (Section II), avantages à retirer de la planification familiale (Section III), conséquences de la rapidité de l'accroissement démographique (Section IV).

Durée: 30 minutes

POUR LE FORMATEUR:

Vous trouverez aux pages qui suivent tous les textes nécessaires au formateur et au stagiaire pour les travaux de la section IV.

**EXERCICE DE RÉFLEXION EN GROUPE:
QU'ENTEND-ON PAR "DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE"?**

98'

**EXERCICE DE RÉFLEXION EN GROUPE:
QU'ENTEND-ON PAR "DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE"?**

Ce travail servira d'introduction à la discussion sur la dynamique démographique et sur les répercussions des grandes questions démographiques au niveau d'entreprises individuelles. Les stagiaires seront invités à répondre à deux questions:

- o Qu'entend-on par "dynamique démographique"?
- o En quoi la vitesse de croissance démographique me concerne-t-elle et concerne-t-elle mon entreprise?

Au début de la discussion, vous pourrez attirer l'attention des stagiaires sur le texte de la page ci-jointe, qui met en relief la vitesse à laquelle la population mondiale s'accroît. Cette feuille pourra être distribuée aux stagiaires, qu'elle amènera à penser à certains des mots-clés employés en démographie:

- taux d'accroissement démographique
- taux de fécondité
- taux de natalité
- taux de mortalité

Les réponses des stagiaires aux deux questions posées seront inscrites sur de grandes feuilles de papier et affichées à un endroit où tout le monde puisse les voir pendant le reste du stage. Au cours de la discussion, on s'efforcera de faire ressortir les liens qui existent entre les questions démographiques au niveau macro-économique et la réalité au niveau micro-économique.

POUR LE FORMATEUR:

On pourra également utiliser, au lieu du texte figurant ci-joint, des articles sur la démographie pris dans des journaux locaux ou nationaux, de façon à aider les stagiaires à faire le rapprochement entre les grandes questions de dynamique démographique et leurs répercussions réelles ou potentielles sur leurs employés, donc sur leurs entreprises.

DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE: En 30 secondes...

Les démographes sont bien placés, mieux peut-être qu'aucun autre groupe, pour ajouter encore une autre dimension à leurs travaux et concevoir le moyen, non seulement de communiquer avec leurs pairs, mais également de diffuser des informations sous une forme intelligible de façon que les gens soient touchés par les problèmes démographiques, ce qui signifie en réalité que tout le monde devrait comprendre les répercussions de la démographie sur la vie de tous les jours. (28 août 1973)

De même que la qualité du développement exige une connaissance sérieuse des ressources naturelles et autres, de même la planification du développement exige une connaissance sérieuse de la composition, de l'accroissement et des mouvements de la population. (21 mai 1975)

Rafael Salas, Directeur du Fonds
des Nations Unies pour les activités en
matière de Population

Pendant les 30 secondes que vous avez mis à lire les commentaires ci-dessus, quelque 129 enfants vivants sont venus au monde. Environ 50 personnes sont mortes pendant la même demiminute, et il s'ensuit pour le monde un accroissement net de 79 habitants. Ceci se traduit par plus de 83 millions de personnes supplémentaires, chaque année, sur une planète dont la population, au 1^{er} juillet 1986, était déjà estimée à 4 942 000 000 habitants.

L'"explosion démographique" - ou la surpopulation - n'est pas une catastrophe devant se produire à un moment précis de notre avenir. En réalité, il s'agit d'un événement qui se produit tranquillement de jour en jour, et qui s'est déjà fait sentir dans certaines parties du monde avec des résultats alarmants:

- o surpeuplement
- o épuisement des ressources
- o malnutrition chronique
- o famine.

Adaptation de:
Haupt et Kane. Population Handbook.
Washington, D.C.: Population
Reference Bureau, 1982/1986.

DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE: En 30 secondes...

Les démographes sont bien placés, mieux peut-être qu'aucun autre groupe, pour ajouter encore une autre dimension à leurs travaux et concevoir le moyen, non seulement de communiquer avec leurs pairs, mais également de diffuser des informations sous une forme intelligible de façon que les gens soient touchés par les problèmes démographiques, ce qui signifie en réalité que tout le monde devrait comprendre les répercussions de la démographie sur la vie de tous les jours. (28 août 1973)

De même que la qualité du développement exige une connaissance sérieuse des ressources naturelles et autres, de même la planification du développement exige une connaissance sérieuse de la composition, de l'accroissement et des mouvements de la population. (21 mai 1975)

Rafael Salas, Directeur du Fonds
des Nations Unies pour les activités en
matière de Population

Pendant les 30 secondes que vous avez mis à lire les commentaires ci-dessus, quelque 129 enfants vivants sont venus au monde. Environ 50 personnes sont mortes pendant la même demi-minute, et il s'ensuit pour le monde un accroissement net de 79 habitants. Ceci se traduit par plus de 83 millions de personnes supplémentaires, chaque année, sur une planète dont la population, au 1^{er} juillet 1986, était déjà estimée à 4 942 000 000 habitants.

L'"explosion démographique" - ou la surpopulation - n'est pas une catastrophe devant se produire à un moment précis de notre avenir. En réalité, il s'agit d'un événement qui se produit tranquillement de jour en jour, et qui s'est déjà fait sentir dans certaines parties du monde avec des résultats alarmants:

- o surpeuplement
- o épuisement des ressources
- o malnutrition chronique
- o famine.

Adaptation de:
Haupt et Kane. Population Handbook.
Washington, D.C.: Population
Reference Bureau, 1982/1986.

EXPOSÉ:

**CONSÉQUENCES DE LA RAPIDITÉ
DE L'ACCROISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE**

CONSÉQUENCES DE LA RAPIDITÉ DE L'ACCROISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE

La rapidité de l'accroissement démographique est un problème pour beaucoup de pays. L'expérience a montré qu'un accroissement démographique accéléré peut freiner le développement et réduire considérablement les possibilités d'améliorer le niveau de vie. C'est exactement ce qui se produit en Afrique sub-saharienne. Entre 1970 et 1982, le produit national brut et la population se sont accrus l'un et l'autre de 3% par an.

D'après les projections établies par la Banque mondiale, l'accroissement démographique devrait se poursuivre au taux de 3% en Afrique sub-saharienne jusqu'à la fin de ce siècle, la population passant de 460 millions d'habitants environ en 1985 à 730 millions en l'an 2000, et à 1,8 milliard en 2050. En Asie, le taux d'accroissement démographique est actuellement de 1,7 %, alors qu'il est de 2,3 % en Amérique latine et dans le Proche Orient. Il y a peu de chances que ces taux s'abaissent rapidement. Dans de nombreux pays on peut déjà constater les répercussions des taux élevés de croissance démographique sur l'éducation, les services sanitaires, le déclin de la production agricole et alimentaire, et l'environnement en général.

Lorsque ces problèmes se combinent avec une montée vertigineuse du nombre de chômeurs, et notamment des jeunes qui, à leur sortie de l'école, ne trouvent pas leur place dans l'économie du pays, on aboutit aux résultats que nous lisons chaque jour dans les journaux. Pour comprendre la dynamique démographique et les effets des taux élevés de croissance démographique sur l'économie nationale et locale dans laquelle votre entreprise exerce ses activités, vous devrez observer de plus près des cas particuliers.

Pourquoi la rapidité de l'accroissement démographique est-elle un problème?

La réponse à cette question intéresse tout autant le secteur privé que le secteur public. Il n'est pas nécessaire d'être économiste pour dire que le revenu par habitant s'élèvera à condition seulement que les habitants soient équipés pour faire un travail plus productif. Or la croissance économique ne dépend pas seulement des compétences et de la technologie. Il faut aussi que le capital santé, les ressources financières et les ressources naturelles s'accumulent à un rythme plus rapide que celui de la croissance démographique. Or ce n'est pas ce qui se passe dans un grand nombre de pays.

Non seulement l'accroissement démographique rapide ne s'accompagne pas, à court terme, d'une élévation du niveau économique par habitant, mais il peut en outre, à plus long terme, contribuer à l'abaissement du potentiel de développement économique et d'amélioration du niveau de vie. La rapidité de l'accroissement démographique contribue d'autre part.

- o à des taux élevés de mortalité maternelle et infantile,
- o à la poursuite de la dégradation de l'environnement, et d'une utilisation aberrante des ressources naturelles;
- o à une augmentation des charges qui pèsent sur les services éducatifs et sociaux;
- o à un rythme d'accroissement de la main-d'oeuvre qui est trop rapide pour permettre l'absorption de nouveaux travailleurs par aucun secteur - structuré ou non - de l'économie.

L'exposé qui précède permettra de se rendre compte que, face à l'accélération de l'accroissement démographique, il est indispensable de mettre en oeuvre une politique sociale et économique qui favorise plus activement le développement. Une telle politique devra prendre en considération l'attitude traditionnelle et les attitudes plus modernes vis-à-vis du planning familial et de la fécondité. Par ailleurs, les hommes d'Etat et les dirigeants du secteur privé ne devront pas se contenter de mots, s'ils veulent réellement parvenir à une réduction de la vitesse d'accroissement démographique.

D'où provient l'accélération de l'accroissement démographique?

L'Afrique sub-saharienne est la seule région du monde dans laquelle la croissance démographique n'ait pas fléchi. Dans les pays industrialisés, le rythme de croissance est en baisse depuis une vingtaine d'années. Dans certains pays l'accroissement démographique est inférieur à zéro. En Amérique latine le taux d'accroissement, qui plafonnait à 2,9 % en 1960, est actuellement descendu à 2,4 %. En Asie du Sud-Est, le taux est actuellement de 2,1 %. La Projection n° 1 montre les taux d'accroissement démographique pour certaines régions du monde au cours de la période 1950-1985.

L'accélération de l'accroissement démographique provient d'un abaissement de la mortalité non accompagné d'une baisse du taux de natalité. Au cours des trente dernières années, l'espérance de vie s'est élevée considérablement dans de nombreux pays. De grands progrès ont été accomplis pour la protection

de la vie des enfants. Au cours des années cinquante, selon un récent rapport de la Banque mondiale, il n'était pas rare de relever une espérance de vie inférieure à 40 ans, et des taux de mortalité infantile de 200 pour mille et plus. Dès le début des années quatre-vingt, ces chiffres avaient considérablement changé. On citait rarement des chiffres inférieurs à 45 ans pour l'espérance de vie, et les taux de mortalité infantile se situaient souvent au-dessous de 100.

La fécondité demeure élevée en Afrique. Dans la plupart des pays africains, le taux de fécondité est estimé à 6, parfois à 7, alors qu'il est de 2 à 4 en Chine et en Asie du Sud-Est. A une seule exception près - le cas du Zimbabwe (Banque mondiale, 1986) - on ne relève en Afrique aucun cas de déclin de la fécondité nationale.

A l'heure actuelle, le taux de couverture contraceptive est très faible en Afrique. Bien que ce taux varie d'un pays à l'autre, on peut dire qu'en moyenne 10% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisent un mode ou un autre de contraception pour espacer les naissances ou pour limiter le nombre de leurs grossesses.

Chaque fois que l'on constate un faible taux de couverture contraceptive en même temps qu'un abaissement du taux de mortalité - et surtout un abaissement du taux de mortalité infantile tel qu'il s'est produit au cours des dix dernières années dans la plupart des pays - le résultat final est l'accélération de l'accroissement démographique. A ce phénomène s'est ajouté également un déclin des méthodes traditionnelles de régulation des naissances telles que l'allaitement prolongé et la continence puerpérale. Il se peut donc que la modernisation elle-même ait entraîné un léger accroissement de la fécondité.

L'accroissement démographique est également affecté par les migrations d'un pays à un autre, par l'urbanisation et par la répartition de la population entre les diverses tranches d'âge. En Asie, la densité de la population tend à être élevée (42 à 600 habitants au kilomètre carré) par comparaison avec l'Afrique (1 à 200 habitants au kilomètre carré). Autrefois, les grandes migrations d'un pays d'Afrique à un autre étaient un moyen courant d'alléger la tension démographique. De nos jours il n'en est plus ainsi, et les augmentations naturelles de la population devront être absorbées à l'intérieur des frontières, comme cela se passe en Indonésie.

Nombreux sont les pays où la population est jeune, les enfants de moins de 15 ans constituant au moins 45% de la population dans plusieurs pays d'Afrique. Il s'ensuit qu'une

105

grande partie des ressources dont on dispose doit être consacrée à l'éducation et à la santé de ce groupe d'âge. Il s'ensuit également qu'une accélération de l'accroissement démographique est inévitable. Même au cas où le taux général de fécondité s'abaisserait immédiatement à 2,2 naissances par femme, la Banque mondiale estime que cent années s'écouleraient avant que la population africaine cesse de s'accroître.

Quelles sont les conséquences de l'accélération de l'accroissement démographique?

Les conséquences de l'accélération de l'accroissement démographique sont de deux sortes: effets de la fécondité sur la santé maternelle et infantile, effets de l'accélération démographique sur l'économie.

Fécondité. Généralement, il nous est plus facile de prendre conscience des conséquences de l'accélération démographique au niveau individuel et familial, en constatant les effets de la fécondité sur la santé maternelle et infantile. Les risques de maladie et de décès causés par la grossesse et l'accouchement demeurent très élevés. Comme l'indiquent clairement les exposés de la section III, les risques s'abaissent si la femme a mis au monde moins de cinq enfants, et si elle a ses enfants entre 20 et 35 ans. En outre les enfants courent beaucoup plus de risques s'ils naissent à moins de deux ans de distance, et si leur mère a moins de 20 ans ou plus de 35 ans à leur naissance.

A l'échelon familial, il est clair qu'une demande existe pour les services de planification familiale. Des enquêtes sur la couverture contraceptive ont été effectuées en Afrique depuis 1974, et donnent une idée du niveau actuel d'utilisation des services de planification familiale ainsi que de la demande existant pour ces services. En questionnant des femmes mariées âgées de 15 à 44 ans dans dix pays africains, on a constaté que 44% de ces femmes exprimaient le désir de retarder la naissance de leur prochain enfant, ou de ne plus avoir d'enfants. Par comparaison, le pourcentage était de 66% en Asie et dans le Moyen-Orient, et de 90% en Amérique latine et dans les Caraïbes.

Les enquêtes indiquent que la demande de services de planification familiale existe même dans les pays les plus pauvres de la région et dans les milieux ruraux où les femmes sont dépourvues d'instruction. Dans un pays dont 3% seulement des femmes sont alphabétisées, 54% d'entre elles voulaient retarder la prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants. Dans un autre pays, où 8% seulement des femmes vont au-delà de l'école primaire, une enquête de 1982 indiquait que 28% de ces femmes désiraient espacer ou limiter les futures grossesses.

En dépit du grand nombre de femmes qui, dans beaucoup de pays africains, déclarent leur désir d'espacer les naissances et qui voudraient avoir accès à des services de planification familiale, ces services sont encore à peu près inexistantes. Le moment est donc venu de trouver le moyen de faire disparaître ce décalage entre le désir des intéressées et les services de planification familiale qui leur sont offerts.

Economie. Les effets économiques d'un accroissement démographique accélérée portent sur la capacité d'une nation d'élever la production agricole par habitant, de sauvegarder ses ressources renouvelables et son environnement, d'accroître la productivité de l'emploi et de développer ses ressources humaines en perfectionnant ses services éducatifs et sanitaires.

Dans bien des pays, plus de 60% de la population active travaille dans l'agriculture. Pour cette raison, le succès ou l'échec d'une économie nationale est très souvent en liaison directe avec le succès ou l'échec de l'agriculture. Dans un pays où la répartition des bonnes terres ne coïncide pas toujours avec la répartition de la population, où les méthodes traditionnelles de culture sont prédominantes, et où la technologie en est encore à ses premiers pas, le potentiel de l'agriculture est limité. Si en outre le milieu écologique a subi des dégâts étendus, les habitants se trouvent à la merci des sécheresses et autres problèmes d'ordre climatique.

Les ressources sont de deux sortes - non renouvelables et renouvelables. Les premières peuvent arriver à épuisement, les dernières ont la possibilité de se reconstituer. Les unes et les autres sont affectées par la vitesse de l'accroissement démographique. Les premières existant en quantité limitée, leur exploitation excessive ou disproportionnée durant une certaine période du développement du pays aboutira à une insuffisance pour les futures générations. Dans le cas des ressources renouvelables, par contre, leur utilisation présente n'affectera pas nécessairement leur utilisation future, sauf si elles sont absorbées à un rythme plus rapide que celui de leur reconstitution. Bien entendu le risque d'utilisation excessive est plus grand lorsque la population s'accroît rapidement. Témoin la rareté du bois de chauffage en Afrique, et les hausses de prix considérables qui ont frappé ce produit au cours des vingt dernières années: il s'agit là du parfait exemple de ce qui se passe lorsque des ressources renouvelables sont exploitées à un rythme dépassant celui de leur reconstitution.

Dans certains pays, notamment en Asie et en Amérique latine, on a assisté à un déplacement graduel de la main-d'oeuvre agricole vers les autres secteurs de l'économie. En Amérique latine et dans certaines parties de l'Asie, ce mouvement avait

commencé au cours des années soixante. En Afrique, ceci ne se produira que bien après le début du siècle prochain. Dans les régions où ce déplacement de la main-d'oeuvre s'est produit, il a coïncidé avec une augmentation de productivité dans le secteur agricole, si bien que la transition s'est faite sans nuire au niveau de production.

Que faire? Que peut faire le secteur privé?

L'existence de services de planification familiale ne saurait certes suffire à résoudre les problèmes affrontés pour faire baisser la fécondité. Les responsables de programmes de planification familiale devront considérer à un certain nombre de facteurs, notamment:

- o la nécessité de modifier l'attitude masculine
- o la fonction économique importante que les enfants continuent à exercer, surtout en milieu rural
- o le rôle des femmes et la lenteur des progrès réalisés pour l'amélioration de leur situation et de leurs droits.

Les dirigeants nationaux et les professionnels de la planification familiale partagent généralement l'opinion que la fécondité s'abaissera une fois que l'essentiel du message de la planification familiale sera entendu, le message étant que toute personne peut régler sa propre fécondité sans mettre en péril son bien-être social ou économique. Nous devons absolument partir du principe, vérifié par les enquêtes sur la fécondité, qu'il existe chez les femmes un grand désir d'accéder à la planification familiale, et que ce désir est encore loin d'être satisfait par les programmes en existence.

Quel sera alors le rôle du secteur privé pour la fourniture de services de planification familiale? Plusieurs réponses sont possibles, dont certaines s'appuient sur la fonction traditionnelle du secteur privé en matière de services médicaux et d'avantages sociaux accordés aux employés. Beaucoup de nations ont compris depuis longtemps que l'Etat ne peut, et peut-être ne devrait pas être le seul à fournir des services médicaux et de planification familiale. Ceci est dû en partie à la constatation que, même lorsque l'Etat dispose d'abondantes ressources, ses possibilités sont limitées en ce qui concerne la sensibilisation et la diffusion.

EXERCICE D'ÉVALUATION

**RÉDACTION D'UNE ARGUMENTATION EN FAVEUR
DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

**EXERCICE D'ÉVALUATION:
RÉDACTION D'UNE ARGUMENTATION EN FAVEUR DE L'ORGANISATION
DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

L'une des premières démarches à effectuer, lorsque l'on prévoit d'organiser des services de planification familiale d'entreprise, est la rédaction d'un texte démontrant la raison d'être de ces services. On a vu à la section II de ce manuel quel est le rôle joué actuellement par le secteur commercial pour la promotion des services d'entreprise. A la section III, on vous a expliqué quels bénéfices pouvait rapporter au secteur privé son investissement dans l'organisation de services destinés aux employés des usines et des plantations. Grâce aux travaux de ces deux sections, vous avez donc pris connaissance d'un certain nombre d'aspects de la question.

A la fin de la section II, vous avez fait l'inventaire des questions se rapportant à l'organisation de services de planification familiale d'entreprise. Ces diverses questions seront traitées de façon plus approfondie dans les trois sections suivantes. Pour déterminer lesquelles de ces questions sont les plus importantes dans votre cas, et pour décider comment vous entendez les aborder, vous devrez considérer quels bénéfices vous prévoyez de retirer de votre investissement.

A la fin de la section III, vous avez rédigé un exposé des bénéfices que vous prévoyez de retirer d'un investissement dans l'organisation de services de planification familiale au sein de votre entreprise. Veuillez maintenant relire cet exposé, en vous demandant si l'exposé est aussi complet que vous le souhaitez. Lorsque vous aurez achevé cette tâche, vous passerez au paragraphe qui suit.

Vous allez maintenant rédiger un exposé des arguments qui justifient votre action, sur la base des liens entre les grandes questions de dynamique démographique et la micro-économie. Vous incorporerez dans votre argumentation:

- o un exposé général des problèmes que vous cherchez à résoudre en organisant des services de planification familiale sur les lieux de travail;
- o un exposé du rôle que jouera votre entreprise;
- o votre énoncé des bénéfices que vous prévoyez de retirer de votre investissement dans les services de planification familiale.

Vous rédigerez votre argumentation sur la feuille ci-jointe.

**EXERCICE D'ÉVALUATION:
RÉDACTION D'UNE ARGUMENTATION EN FAVEUR DE L'ORGANISATION
DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

L'une des premières démarches à effectuer, lorsque l'on prévoit d'organiser des services de planification familiale d'entreprise, est la rédaction d'un texte démontrant la raison d'être de ces services. On a vu à la section II de ce manuel quel est le rôle joué actuellement par le secteur commercial pour la promotion des services d'entreprise. A la section III, on vous a expliqué quels bénéfices pouvait rapporter au secteur privé son investissement dans l'organisation de services destinés aux employés des usines et des plantations. Grâce aux travaux de ces deux sections, vous avez donc pris connaissance d'un certain nombre d'aspects de la question.

A la fin de la section II, vous avez fait l'inventaire des questions se rapportant à l'organisation de services de planification familiale d'entreprise. Ces diverses questions seront traitées de façon plus approfondie dans les trois sections suivantes. Pour déterminer lesquelles de ces questions sont les plus importantes dans votre cas, et pour décider comment vous entendez les aborder, vous devrez considérer quels bénéfices vous prévoyez de retirer de votre investissement.

A la fin de la section III, vous avez rédigé un exposé des bénéfices que vous prévoyez de retirer d'un investissement dans l'organisation de services de planification familiale au sein de votre entreprise. Veuillez maintenant relire cet exposé, en vous demandant si l'exposé est aussi complet que vous le souhaitez. Lorsque vous aurez achevé cette tâche, vous passerez au paragraphe qui suit.

Vous allez maintenant rédiger un exposé des arguments qui justifient votre action, sur la base des liens entre les grandes questions de dynamique démographique et la micro-économie. Vous incorporerez dans votre argumentation:

- o un exposé général des problèmes que vous cherchez à résoudre en organisant des services de planification familiale sur les lieux de travail;
- o un exposé du rôle que jouera votre entreprise;
- o votre énoncé des bénéfices que vous prévoyez de retirer de votre investissement dans les services de planification familiale.

Vous rédigerez votre argumentation sur la feuille ci-jointe.

DOCUMENTATION À CONSULTER:**Mode d'emploi de la documentation correspondant à cette section:**

Les deux listes ci-après contiennent des documents qui pourront servir aux formateurs pour la préparation des stages, et également aux stagiaires comme supplément d'information sur les sujets figurant à cette section du manuel. Bien que tous les articles soient recommandés, ceux de la première liste fourniront des indications d'une grande utilité en ce qui concerne le rapport entre accroissement démographique et développement socio-économique, et la participation du secteur commercial.

Haupt, A. et T.T. Kane. Population Handbook. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 1980. (75 pp.)

Ce livre est un guide rapide pour l'usage du langage de la dynamique démographique. Un glossaire fournit la définition des termes les plus courants, avec traduction de chaque terme en espagnol et en français. On trouvera ici des indicateurs statistiques - taux de fécondité, période de doublement, taux de couverture et autres - non seulement avec leur définition mais aussi avec la formule à appliquer pour leur calcul, ainsi que des exemples.

BIT. Questions de gestion et de démographie. Genève: BIT, 1975.

Cette monographie étudie l'incidence des problèmes démographiques sur les employeurs et leurs entreprises. Elle indique de quelle façon les employeurs peuvent contribuer à la résolution des problèmes, tant par eux-mêmes que moyennant des discussions à trois et également en coopérant avec d'autres organismes.

Population Information Program. "Fertility and Family Planning Surveys: An Update". Population Reports, n° 8, série M, 1985. Baltimore, MD, Population Information Program, Johns Hopkins University.

Ce numéro résume les résultats de l'Enquête mondiale sur la fécondité et des Enquêtes de prévalence contraceptive portant sur près de 500 000 femmes du monde entier. Les résultats sont présentés par rubrique: connaissance de la planification familiale, recours à la planification familiale, accès à la planification familiale, niveaux de fécondité et tendances, mortalité infantile et mortalité des enfants de moins de cinq ans, mesures et programmes de politique démographique en vigueur. De nombreux tableaux fournissent des données pour les divers pays, et pourront servir à appuyer des exposés sur la dynamique démographique et son rapport avec d'autres éléments du développement.

Population Reference Bureau. World Population Data Sheet, 1986. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, 1986.

Ce tableau mural présente des données démographiques pour tous les pays membres des Nations Unies. D'un coup d'oeil, le formateur ou le stagiaire se rendra compte du rapport existant entre les taux d'accroissement démographique et autres indicateurs démographiques, d'une part, et d'autre part le PNB par habitant, l'espérance de vie, la mortalité infantile. Il est facile de constater l'incidence de la dynamique démographique sur la santé et sur le revenu.

Banque mondiale. Population Change and Economic Development. Londres: Oxford University Press, 1985.

Ce livre présente une étude générale des rapports entre les taux d'accroissement démographique et le développement économique. Le texte est accompagné de graphiques et de tableaux, qui pourront souvent être utiles pour présenter ces informations à des stagiaires. En annexe, les données provenant de tous les pays du monde sont résumées sous forme de statistiques.

_____. Population Growth and Policies in Sub-Saharan Africa. Washington, D.C.: Banque mondiale, 1986.

Cette étude de politique démographique préparée par la Banque mondiale fournit un cadre qui devrait aider les responsables des Etats africains à reconnaître les aspects complexes de la question démographique, et à mettre au point leur stratégie pour affronter les problèmes démographiques. Le rapport fournit un tableau assez clair de l'ampleur et des causes profondes de la rapidité d'accroissement démographique en Afrique, et constate qu'un accroissement démographique rapide n'est ni souhaitable ni nécessaire.

Autres références

Brown, L. State of the World. New York: Worldwatch Institute, 1984.

Harrison, P. et J. Rowley. Human Numbers, Human Needs: A People Handbook. New York: IPPF, 1984.

Maguire, E., S. Radloff et A. Allison. Population Policy Change in Africa. Washington, D.C.: Agency for International Development, Policy, Planning and Coordination, 1985.

SECTION V

**INTRODUCTION AUX TECHNIQUES DE CONTRACEPTION
ET A LA PROMOTION DES SERVICES DE
PLANIFICATION FAMILIALE**

DUREE PREVUE: 4 heures 10 minutes

SECTION V: Introduction aux techniques de contraception et à la promotion des services de planification familiale

On présente ici aux stagiaires des notions élémentaires concernant d'abord les techniques de contraception, et ensuite les travaux de promotion indispensables à l'organisation de services de planification familiale dans une entreprise.

POUR LE FORMATEUR

Objectifs pour cette section:

A l'issue des travaux qui constituent cette section, les stagiaires seront en mesure de:

1. expliquer en quoi consistent les principales méthodes traditionnelles et modernes de planification familiale ou d'espace-ment des naissances - y compris les méthodes naturelles - qui sont ou peuvent être utilisées dans la zone où ils travaillent. Il s'agit d'informations élémentaires sur le mode de fonctionnement des méthodes (locales (barrière), hormonales, DIU, chirurgicales), sur leurs avantages (par ex. santé, commodité, accessibilité), sur les risques (par ex. santé, milieu social), et sur les coûts relatifs (frais réels, coûts d'ordre social et familial);
2. discuter les rumeurs qui circulent à propos des méthodes modernes de contraception, et fournir les explications nécessaires pour anéantir ces rumeurs;
3. comprendre les divers facteurs à considérer pour donner des consignes aux responsables sanitaires chargés d'aider les consultants à choisir une méthode;
4. comprendre les divers facteurs médicaux, sociaux, culturels et économiques qui pourront entrer en jeu pour la sélection des méthodes à promouvoir dans leur situation particulière;
5. s'informer des dispositifs de promotion des services de planification familiale convenant à leur situation particulière;
6. faire l'inventaire des moyens dont ils disposeront et des concours extérieurs auxquels ils pourront faire appel pour la production de documents et travaux de promotion.

115

Justification:

Pour réussir dans l'organisation et la gestion de services de planification familiale d'entreprise, les directeurs d'usines et les responsables médicaux doivent comprendre quelles sont les options en matière de contraception, savoir quelle combinaison de services ils veulent offrir, et se renseigner sur les dispositifs existant pour la promotion des services de planification familiale. En se familiarisant avec ces divers aspects du travail, les directeurs d'usines et les responsables sanitaires seront à même d'estimer les moyens matériels, humains et financiers dont ils ont besoin pour organiser des prestations de services satisfaisantes dans le cadre d'une usine ou d'une plantation.

DÉROULEMENT DES TRAVAUX**o Introduction**

Avant le premier exposé, les stagiaires seront soumis à un bref pré-test.

Durée: 15 minutes

o Exposé: Introduction aux techniques de contraception

Les stagiaires acquièrent des notions fondamentales concernant les méthodes traditionnelles et les méthodes modernes de planification familiale, et discutent ensemble ces diverses méthodes. Les documents remis aux stagiaires expliquent chacune des méthodes, ainsi que les avantages et les risques.

Durée: 45 minutes

o Exposé: Facteurs à prendre en considération pour l'évaluation des méthodes modernes et traditionnelles d'espacement des naissances, ainsi que des méthodes permanentes de contraception

Les stagiaires prennent connaissance des facteurs qu'ils devront considérer pour décider de l'inclusion d'une méthode dans les services offerts par leur entreprise.

Durée. 20 minutes

- o **Exercice: Estimation de l'indice Année-Couple de Protection (ACP)**

Les stagiaires sont initiés à une méthode de mesure du rendement d'un services de planification familiale: l'indice ACP. Cette méthode traduit le rendement d'ensemble d'un service en unités de protection potentielle fournies par ce service.

Durée: 15 minutes

- o **Exercice: Post-test de sortie et discussion**

Durée: 15 minutes

- o **Exposé: Travail accompli par l'IEC pour la sensibilisation à la planification familiale**

Les stagiaires prennent connaissance du rôle de l'IEC pour la sensibilisation à la planification familiale, et étudient les diverses phases de l'organisation du travail d'IEC.

Durée. 30 minutes

- o **Etudes de cas: Comment se faire entendre - Diverses façons d'aborder l'IEC pour la promotion de la planification familiale**

Les trois cas étudiés permettent aux stagiaires de constater que les travaux de promotion IEC peuvent avoir des objectifs différents selon le milieu dans lequel sont proposés les services de planification familiale.

Durée: 1 heure

- o **Exposition de travaux de promotion IEC**

Présentation et discussion de travaux réalisés en IEC par d'autres projets. Ces travaux - art populaire, affiches, calendriers, brochures, journaux, messages radio, spots télévision - seront exposés et bien en vue pendant toute la durée du stage.

Durée: 30 minutes

o Evaluation

Les stagiaires discutent diverses questions relatives aux travaux de promotion IEC pour leurs entreprises: objectifs potentiels, choix des techniques d'IEC les plus appropriées étant donné leur situation, inventaire des moyens de travail existant dans le pays pour l'IEC, recherche de concours extérieurs, incidence sur le coût de la production IEC.

Durée: 20 minutes

POUR LE FORMATEUR:

L'expérience a montré que, pour cette section du module, il est souvent utile de diviser les stagiaires en deux groupes - personnel médical et non médical - lors des séances portant sur les techniques de contraception. De cette façon, l'exposé peut être fait sous forme de mise à jour pour le personnel médical, alors que le personnel non médical assiste à une introduction plus générale sur les techniques de contraception.

A titre facultatif, nous proposons un bref questionnaire à utiliser comme test (pré-test et post-test); ceci permettra de savoir si les stagiaires ont bien compris les explications sur les techniques de contraception. Le pré-test se déroulera au cours de la séance d'introduction. Le post-test doit normalement faire suite à l'exercice "Estimation de l'Année-Couple de Protection (ACP)". Les questions se rapportent directement aux notions présentées par les deux exposés.

PRE-POST-TEST
SUR LES MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE

1. Mme T dit: "J'ai lu dans le journal que les pilules rendent stérile."
Quelle est la meilleure réponse?
- () 1. C'est absolument faux. Ne vous fiez pas aux journaux.
 - () 2. Les pilules rendent souvent stérile.
 - (X) 3. La plupart des femmes peuvent avoir un enfant peu de temps après qu'elles ont cessé de prendre la pilule. Dans quelques cas très rares, des difficultés peuvent se présenter.

2. Qu'est-ce qui est vrai?
Le moment où la femme est le plus féconde (a le plus de chances de devenir enceinte) est:
- () 1. juste avant le début de ses règles.
 - () 2. juste après la fin de ses règles.
 - (X) 3. vers le milieu du cycle.

3. Les rumeurs partent quelquefois d'un fait réel, qui se transforme en rumeur parce que les gens exagèrent.

ECRIVEZ "fait" ou "rumeur" à côté des phrases ci-dessous.

Rumeur: Les pilules rendent les femmes stériles pour toujours.

Fait: Un très petit nombre de femmes ont des difficultés à devenir enceintes lorsqu'elles cessent de prendre la pilule.

4. L'allaitement est une méthode efficace pour éviter la grossesse, en particulier pendant les tout premiers mois qui suivent l'accouchement.

Qu'est-ce qui est vrai? (cochez une ou plusieurs phrases)

- (X) 1. Le principal avantage de l'allaitement est de mieux nourrir le bébé.
- (X) 2. A mesure que la femme continue d'allaiter, cette méthode de prévention de la grossesse perd de son efficacité.
- (X) 3. La femme risque de devenir enceinte une fois que ses règles sont revenues.

5. Quelles méthodes contraceptives peuvent être pratiquées sans danger pendant la période d'allaitement?
- 1. Condoms (préservatifs)
 - 2. Diaphragme
 - 3. Pilules contenant oestrogène et progestatif
 - 4. Mousse en comprimés vaginaux
6. Mme T en a assez des nausées matinales occasionnées par les pilules contraceptives. Ferait-elle bien de demander à son mari de prendre les pilules à sa place?
- Oui
 - Non
7. Le mari de Mme T dit que les condoms ne valent rien pour empêcher la grossesse. Quelle est la meilleure réponse?
- 1. Son mari a raison, car les condoms se déchirent souvent.
 - 2. Ils ont toutes sortes d'effets secondaires.
 - 3. Lorsqu'ils sont utilisés correctement, les condoms sont efficaces pour empêcher la grossesse, et de plus ils aident à prévenir la contagion des MST (maladies sexuellement transmises).
8. Les nouveaux DIU comme le T au cuivre (TCu 380A) sont plus efficaces pour la prévention des grossesses que les anciens modèles. Des deux affirmations ci-après, laquelle est exacte?
- On peut les laisser en place indéfiniment - pendant plus de cinq ans.
 - Ils provoquent généralement moins de pertes de sang que les anciens modèles.
9. En général, les interventions effectuées pour fournir à une femme la contraception permanente (stérilisation) sont: (Entourer la réponse correcte)
- plus / moins difficiles à réaliser, coûteuses et risquées que l'intervention masculine (vasectomie)
10. Dans votre pays, quel est à votre avis le moins dangereux pour une femme?
- avoir un enfant
 - prendre la pilule et ne pas être enceinte

PRE-TEST SUR LES MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE

1. Mme T dit: "J'ai lu dans le journal que les pilules rendent stérile."

Quelle est la meilleure réponse?

- () 1. C'est absolument faux. Ne vous fiez pas aux journaux.
() 2. Les pilules rendent souvent stérile.
() 3. La plupart des femmes peuvent avoir un enfant peu de temps après qu'elles ont cessé de prendre la pilule. Dans quelques cas très rares, des difficultés peuvent se présenter.

2. Qu'est-ce qui est vrai?

Le moment où la femme est le plus féconde (a le plus de chances de devenir enceinte) est:

- () 1. juste avant le début de ses règles.
() 2. juste après la fin de ses règles.
() 3. vers le milieu du cycle.

3. Les rumeurs partent quelquefois d'un fait réel, qui se transforme en rumeur parce que les gens exagèrent.

ECRIVEZ "fait" ou "rumeur" à côté des phrases ci-dessous.

_____ Les pilules rendent les femmes stériles pour toujours.

_____ Un très petit nombre de femmes ont des difficultés à devenir enceintes lorsqu'elles cessent de prendre la pilule.

4. L'allaitement est une méthode efficace pour éviter la grossesse, en particulier pendant les tout premiers mois qui suivent l'accouchement.

Qu'est-ce qui est vrai? (cochez une ou plusieurs phrases)

- () 1. Le principal avantage de l'allaitement est de mieux nourrir le bébé.
() 2. A mesure que la femme continue d'allaiter, cette méthode de prévention de la grossesse perd de son efficacité.
() 3. La femme risque de devenir enceinte une fois que ses règles sont revenues.

5. Quelles méthodes contraceptives peuvent être pratiquées sans danger pendant la période d'allaitement?
- 1. Condoms (préservatifs)
 - 2. Diaphragme
 - 3. Pilules contenant oestrogène et progestatif
 - 4. Mousse en comprimés vaginaux
6. Mme T en a assez des nausées matinales occasionnées par les pilules contraceptives. Ferait-elle bien de demander à son mari de prendre les pilules à sa place?
- Oui
 - Non
7. Le mari de Mme T dit que les condoms ne valent rien pour empêcher la grossesse. Quelle est la meilleure réponse?
- 1. Son mari a raison, car les condoms se déchirent souvent.
 - 2. Ils ont toutes sortes d'effets secondaires.
 - 3. Lorsqu'ils sont utilisés correctement, les condoms sont efficaces pour empêcher la grossesse, et de plus ils aident à prévenir la contagion des MST (maladies sexuellement transmises).
8. Les nouveaux DIU comme le T au cuivre (TCu 380A) sont plus efficaces pour la prévention des grossesses que les anciens modèles. Des deux affirmations ci-après, laquelle est exacte?
- On peut les laisser en place indéfiniment - pendant plus de cinq ans.
 - Ils provoquent généralement moins de pertes de sang que les anciens modèles.
9. En général, les interventions effectuées pour fournir à une femme la contraception permanente (stérilisation) sont:
(Entourer la réponse correcte)
- plus / moins difficiles à réaliser, coûteuses et risquées que l'intervention masculine (vasectomie)
10. Dans votre pays, quel est à votre avis le moins dangereux pour une femme?
- avoir un enfant
 - prendre la pilule et ne pas être enceinte

POST-TEST SUR LES MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE

1. Mme T dit: "J'ai lu dans le journal que les pilules rendent stérile."
Quelle est la meilleure réponse?
 - () 1. C'est absolument faux. Ne vous fiez pas aux journaux.
 - () 2. Les pilules rendent souvent stérile.
 - () 3. La plupart des femmes peuvent avoir un enfant peu de temps après qu'elles ont cessé de prendre la pilule. Dans quelques cas très rares, des difficultés peuvent se présenter.

2. Qu'est-ce qui est vrai?
Le moment où la femme est le plus féconde (a le plus de chances de devenir enceinte) est:
 - () 1. juste avant le début de ses règles.
 - () 2. juste après la fin de ses règles.
 - () 3. vers le milieu du cycle.

3. Les rumeurs partent quelquefois d'un fait réel, qui se transforme en rumeur parce que les gens exagèrent.

ECRIVEZ "fait" ou "rumeur" à côté des phrases ci-dessous.

_____ Les pilules rendent les femmes stériles pour toujours.

_____ Un très petit nombre de femmes ont des difficultés à devenir enceintes lorsqu'elles cessent de prendre la pilule.

4. L'allaitement est une méthode efficace pour éviter la grossesse, en particulier pendant les tout premiers mois qui suivent l'accouchement.
Qu'est-ce qui est vrai? (cochez une ou plusieurs phrases)
 - () 1. Le principal avantage de l'allaitement est de mieux nourrir le bébé.
 - () 2. A mesure que la femme continue d'allaiter, cette méthode de prévention de la grossesse perd de son efficacité.
 - () 3. La femme risque de devenir enceinte une fois que ses règles sont revenues.

5. Quelles méthodes contraceptives peuvent être pratiquées sans danger pendant la période d'allaitement?
- () 1. Condoms (préservatifs)
 - () 2. Diaphragme
 - () 3. Pilules contenant oestrogène et progestatif
 - () 4. Mousse en comprimés vaginaux
6. Mme T en a assez des nausées matinales occasionnées par les pilules contraceptives. Ferait-elle bien de demander à son mari de prendre les pilules à sa place?
- () Oui
 - () Non
7. Le mari de Mme T dit que les condoms ne valent rien pour empêcher la grossesse. Quelle est la meilleure réponse?
- () 1. Son mari a raison, car les condoms se déchirent souvent.
 - () 2. Ils ont toutes sortes d'effets secondaires.
 - () 3. Lorsqu'ils sont utilisés correctement, les condoms sont efficaces pour empêcher la grossesse, et de plus ils aident à prévenir la contagion des MST (maladies sexuellement transmises).
8. Les nouveaux DIU comme le T au cuivre (TCu 380A) sont plus efficaces pour la prévention des grossesses que les anciens modèles. Des deux affirmations ci-après, laquelle est exacte?
- () On peut les laisser en place indéfiniment - pendant plus de cinq ans.
 - () Ils provoquent généralement moins de pertes de sang que les anciens modèles.
9. En général, les interventions effectuées pour fournir à une femme la contraception permanente (stérilisation) sont: (Entourer la réponse correcte)
- plus / moins difficiles à réaliser, coûteuses et risquées que l'intervention masculine (vasectomie)
10. Dans votre pays, quel est à votre avis le moins dangereux pour une femme?
- () avoir un enfant
 - () prendre la pilule et ne pas être enceinte

EXPOSÉ:

INTRODUCTION AUX TECHNIQUES DE CONTRACEPTION

INTRODUCTION AUX TECHNIQUES DE CONTRACEPTION

Réflexions sur la planification familiale

Le désir et le besoin d'agir sur la fécondité remontent aux origines de l'humanité. Comme en témoignent des textes très anciens, il y a bien longtemps que les hommes ont connaissance de certains moyens élémentaires d'espacer les naissances et de prévoir combien d'enfants ils désirent. Par exemple, la pratique du retrait (coït interrompu) existe depuis des siècles, et elle est mentionnée dans la Bible (livre de la Genèse) comme une pratique intervenant au cours de la période de deux ans qui suit une naissance, ce qui fait supposer qu'il s'agit d'une méthode d'espacement des naissances.

Une sorte de fourreau, fait d'une étoffe de fil et destiné à envelopper le pénis au moment du rapport sexuel - un précurseur du condom - était décrit pour la première fois en 1564 par Gabriele Fallopio dans son traité "De morbo gallico". Les préservatifs en forme de fourreau pour le pénis servaient à l'origine à la protection contre les maladies vénériennes. Ce n'est qu'au 18ème siècle que le préservatif baptisé "condom", gaine souple généralement fabriquée à partir de membranes animales, entra dans la pratique courante comme moyen anticonceptionnel. Vers 1884, grâce à la vulcanisation du caoutchouc, on se trouva soudain en possession d'un produit peu coûteux qui donna un élan extraordinaire à la contraception. Aussi le préservatif masculin ou condom était-il, vers le milieu du vingtième siècle, le plus répandu des moyens employés pour l'espacement des naissances.

Le principe d'un niveau idéal de la population, et celui d'une préférence concernant le nombre d'enfants pour une famille, remontent également à l'antiquité. Les Grecs furent, semble-t-il, les premiers à envisager sérieusement le contrôle démographique. La plupart des anciens philosophes grecs estimaient que la stabilité de la population était très importante. Ils étaient partisans d'une réglementation légale de la reproduction, qui permet d'éviter la surpopulation et corrigeât la sous-population en stimulant la fécondité et l'immigration.

Après ce retour en arrière qui nous a fait voir certaines positions exprimées dans les temps anciens, nous passerons à l'époque moderne pour noter que les comportements varient fortement d'une société à une autre en ce qui concerne la façon dont s'exprime la sexualité. De nos jours encore, dans certaines parties du monde, la planification familiale demeure un sujet délicat. Dans la plupart des pays, heureusement, une évolution s'est produite au cours des trente dernières années

en ce qui concerne le nombre d'enfants souhaitable pour une famille, le type de mesures que peut prendre l'Etat pour promouvoir un tel objectif, et les méthodes à préconiser. Grâce au progrès scientifique et aux systèmes modernes de diffusion, il est maintenant reconnu que l'absence d'espacement des naissances et/ou de limitation du nombre d'enfants peuvent causer une détérioration de la santé de la mère, du nouveau-né, des jeunes enfants, et par conséquent de la famille et de la société tout entières.

En dépit du progrès des connaissances en matière de reproduction, de planification familiale et de sexualité, on constate que dans bien des pays la diffusion des informations n'a pas suivi. Par suite, il existe encore de nombreuses idées fausses, de nombreux mythes concernant la sécurité, l'efficacité et le mode d'action de la plupart des méthodes d'espacement des naissances. D'importants travaux d'éducation sont à faire dans les communautés pour faire disparaître ces rumeurs, et pour diffuser les notions les plus élémentaires concernant la santé.

Certaines idées fausses sont basées sur des faits rapportés incomplètement, ou partent de la constatation d'effets secondaires causés par une méthode et attribués ensuite à d'autres, voire à toutes les autres méthodes. Citons parmi ces "fausses perceptions": "on a l'impression d'être enceinte"; "cela nuit à la spontanéité"; "cela diminue le désir sexuel". Les premiers contraceptifs oraux (pilules), il est vrai, contenaient une dose beaucoup plus forte d'hormones sexuelles, et il arrivait couramment que les femmes se plaignent de modifications de leur comportement sexuel, ou de sensations rappelant la grossesse. Mais de nos jours, avec les nouvelles pilules microdosées, ces plaintes sont beaucoup plus rares.

Les contraceptifs oraux inspirent encore d'autres craintes, trois surtout: crainte qu'ils soient dangereux, qu'ils provoquent le cancer, et qu'ils créent une accumulation de sang dans l'utérus. Or de nombreuses études effectuées au cours de toutes ces années ont démontré assez clairement que les pilules microdosées, prises par des femmes en bonne santé, entraînent fort peu de risques de complications sérieuses. En fait le risque de complications médicales pour une femme en bonne santé qui prend la pilule est très inférieur aux risques attachés à la mise au monde d'un enfant. En ce qui concerne le cancer, rien n'a été découvert qui puisse indiquer une action nocive des contraceptifs oraux. Il faut enfin signaler le fait que, chez les femmes qui prennent la pilule, l'endomètre (muqueuse qui tapisse l'utérus) se développe moins que chez les femmes utilisant d'autres méthodes d'espacement des naissances. Cette muqueuse est normalement éliminée au moment des règles, et par

suite, les femmes qui prennent la pilule ayant une quantité moindre de la muqueuse, elles en ont moins à éliminer et ont donc des pertes moins abondantes.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Si vous le jugez nécessaire, vous mentionnerez d'autres mythes particulièrement répandus dans votre région au sujet des méthodes de planification familiale.]

**Types d'organisation actuellement adoptés
pour dispenser les services de planification familiale
dans les pays en voie de développement**

Les services de planification familiale peuvent être mis à la disposition des intéressés selon diverses formules plus ou moins originales. Certaines formules seront mieux accueillies dans certains milieux culturels et par certaines personnes. Parmi les facteurs qui entrent en jeu, il faut citer la distance à parcourir pour consulter les services, les traditions culturelles et croyances religieuses, et la facilité de recours aux services.

Il existe trois types principaux d'organisation des services de planification familiale:

1. Organisation au niveau de la communauté
2. Distribution commerciale
3. Consultation en clinique

1. Organisation au niveau de la communauté

Ce type d'organisation emploie généralement des aides bénévoles qui ont le sens des responsabilités communautaires et le désir de fournir des informations et des services importants à leur famille, à leurs amis et à leurs voisins. Ces bénévoles - le plus souvent des femmes bien que ceci ne soit pas une règle - reçoivent une formation concernant l'anatomie, la physiologie et les fonctions sexuelles. On leur apprend comment fonctionnent un certain nombre de méthodes traditionnelles et modernes d'espacement des naissances. Les bénévoles apprennent ensuite à partager ces nouvelles connaissances avec d'autres, et à répondre intelligemment aux questions qui seront posées. En outre ces bénévoles servent souvent de fournisseurs pour certains des produits nécessaires à la planification familiale, qu'ils ou elles vendent à des prix avantageux.

Il importe que ces aides bénévoles travaillent en liaison avec un professionnel des services de santé. Il peut s'agir d'une sage-femme, d'un médecin ou d'une infirmière travaillant

dans une clinique de planification familiale. Cette liaison aide les bénévoles à se tenir au courant, leur permet de donner des conseils appropriés en toute sécurité, et leur permet également de savoir où adresser les personnes en difficulté. Grâce aux services qu'ils ou elles rendent, ces bénévoles s'attirent généralement le respect de la communauté.

Des formules originales sont mises au point pour la mise à profit des ressources communautaires. Dans de nombreuses localités, des groupements d'adolescents sont chargés de répandre parmi les jeunes les informations concernant les risques des rapports sexuels pour les très jeunes, les méthodes d'espacement des naissances, l'anatomie des deux sexes et le fonctionnement de l'appareil génital. Les mêmes réseaux qui transportent les fausses informations peuvent être utilisés pour apporter aux jeunes des messages précieux sur la santé et pour faire disparaître les informations erronées, les rumeurs et les mythes.

Les programmes organisés au niveau de la communauté peuvent fonctionner en milieu urbain comme en milieu rural. Il s'agit parfois tout simplement d'entretiens individuels avec une voisine, ou du rassemblement d'un petit groupe auquel on communique des informations nouvelles. Comme les sujets abordés sont très personnels, les bénévoles doivent savoir respecter le caractère confidentiel des conversations. Le succès ou l'échec d'un programme dépend du climat de confiance et de discrétion créé par les bénévoles.

Dans certains cas les agents utilisés sont salariés, en tant qu'agents de promotion sanitaire ou agents de santé communautaire. Cette situation présente un avantage, car ces personnes sont souvent bien connues et honorées de la confiance de toute la communauté. L'inconvénient est que le responsable en question a fréquemment un grand nombre d'autres obligations, ce qui l'empêche de consacrer suffisamment de temps à la vulgarisation et aux services concernant l'espacement des naissances.

Certains programmes communautaires ont établi des liaisons intéressantes avec diverses activités sociales ou commerciales. En Thaïlande, par exemple, les personnes pratiquant l'espacement des naissances peuvent obtenir des réductions pour des dépenses courantes de divers ordres - coupes de cheveux par exemple, ou bien services de monte pour les éleveurs de porcs. Des échantillons gratuits de préservatifs sont également distribués dans les usines et lors de manifestations sportives, tandis que des feuilles d'information concernant les services d'espacement des naissances sont distribuées par des chauffeurs de taxis et autres.

La formule à retenir et les moyens à employer pour faire connaître les services varieront d'une communauté à l'autre et d'un milieu socio-culturel à l'autre. Lorsqu'on introduit un élément nouveau, il faut souvent agir avec prudence de façon à déterminer si le message présenté est bien adapté au milieu et s'il aura l'effet désiré.

2. Distribution commerciale

Dans les programmes de distribution commerciale, ce sont des points de vente au détail qui servent à dispenser les méthodes modernes d'espacement des naissances. Dans la plupart des pays la vente des contraceptifs oraux se fait exclusivement en pharmacie. Les produits nécessaires pour les méthodes locales - condoms, mousses, éponges et autres - sont vendus en des lieux divers: marchés à ciel ouvert, marchands ambulants, magasins, salons de coiffure et autres. Les professionnels de la vente trouvent toutes sortes d'endroits où placer les produits pour que les intéressés se les procurent facilement.

L'inconvénient des organisations commerciales est que le vendeur risque d'être influencé par l'attrait du gain. Il est indispensable que la publicité pour un produit soit accompagnée de mises en garde destinées aux personnes pour lesquelles il est contre-indiqué. Il faut en outre fournir des instructions claires pour l'usage de la méthode, et il faut que ces instructions soient rédigées dans la langue de l'utilisateur, ou soient illustrées de façon à être parfaitement claires pour une personne analphabète.

3. Consultations en clinique

C'est au sein de formations sanitaires ou cliniques fournissant des services divers que sont traditionnellement organisées les consultations de planification familiale. Les responsables sanitaires qui travaillent dans ces cliniques sont principalement des sages-femmes, des médecins et/ou des infirmières spécialisées en planification familiale. L'avantage des consultations ainsi organisées est qu'elles se trouvent souvent dans un centre de santé bien connu des familles de la zone environnante.

Les consultations fonctionnant en clinique sont en mesure d'offrir toutes les options, y compris les stérilets ou dispositifs intra-utérins (DIU) et la stérilisation. D'une façon générale, ces méthodes ne sont offertes ni par les programmes organisés au niveau de la communauté ni par les programmes commerciaux. Un autre avantage des consultations en clinique est

que le personnel est à la disposition des consultants pour répondre à leurs questions, intervenir en cas de complication, les aider à comprendre les instructions, leur fournir un soutien moral. Le principal inconvénient des consultations en clinique est qu'elles desservent exclusivement les personnes habitant les environs immédiats. En effet, si les consultants doivent parcourir de grandes distances pour s'approvisionner, ou passer de longues heures à attendre leur tour, un grand nombre d'entre eux cesseront de revenir à la consultation, et auront vraisemblablement recours à une méthode traditionnelle, ou bien n'utiliseront aucune méthode du tout.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous distribuerez le TABLEAU 1, intitulé "Caractéristiques des principaux types d'organisation des services de planification familiale", et passerez maintenant avec les stagiaires à l'examen de ce tableau.]

**Etude des méthodes modernes et traditionnelles
d'espacement des naissances/planification familiale**

La faculté pour toute personne de déterminer ses propres actions en matière de procréation, et de choisir de son plein gré parmi les méthodes d'espacement des naissances, est une importante liberté individuelle. Le nombre de méthodes entre lesquelles on pourra choisir variera d'un pays à l'autre en fonction du coût des diverses méthodes, de leur conformité avec les habitudes locales, et de la possibilité d'approvisionner avec régularité les produits nécessaires. Les industriels ont un grand rôle à jouer pour nous faciliter les tâches de production et de distribution des fournitures contraceptives. Il est souhaitable que les consultants aient le plus grand nombre de méthodes possible à leur disposition, ce qui leur permettra de choisir en fonction de leur préférence personnelle

Pour évaluer une méthode particulière d'espacement des naissances, il est nécessaire de trouver la réponse à un certain nombre de questions élémentaires, notamment:

- o Comment fonctionne la méthode?
- o Quelle est la manière correcte d'utiliser la méthode?
- o Quelle est l'efficacité de la méthode?
- o Quels sont les effets secondaires les plus courants de la méthode?
- o Quels sont les signes de danger que devront guetter les responsables sanitaires et le personnel de planification familiale?
- o Quels sont les cas de contre-indication de la méthode, ou en d'autres termes quelles sont les personnes qui ne devraient pas utiliser la méthode?

Les pages qui suivent fournissent des réponses à ces questions parmi d'autres. L'exposé a pour but:

1. de vous aider à mieux comprendre les différentes méthodes d'espacement des naissances, avec leurs avantages et leurs risques;
2. de vous aider à choisir les méthodes qui conviennent le mieux à vos consultants, qu'il s'agisse d'espacement des naissances ou de contraception permanente,
3. de vous donner les moyens nécessaires pour déterminer les méthodes qui figureront dans vos services, tenant compte le mieux possible des exigences et des ressources de votre programme.

Le plan de l'exposé est le suivant. tout d'abord, un bref rappel du processus qui aboutit à la grossesse, suit une description de chaque méthode, une explication de la façon dont cette méthode prévient la grossesse, et une discussion de son efficacité relative. Le texte se termine par un exposé des facteurs à prendre en compte pour la constitution de la gamme de méthodes d'espacement des naissances que l'on désirera promouvoir dans le cadre d'un programme donné.

Le processus qui aboutit à la grossesse

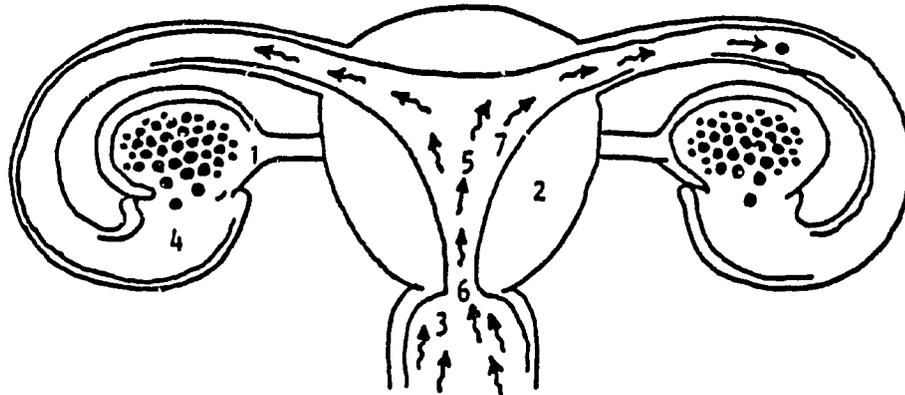
Pour prévenir une grossesse, il est nécessaire d'interrompre le processus qui y aboutit, ou d'éviter l'une ou l'autre des phases de ce processus: ovulation, fécondation, implantation. Pour vous aider à comprendre le fonctionnement des différentes méthodes d'espacement des naissances, nous vous rappellerons succinctement le processus qui mène à la grossesse.

Le corps de la femme, à partir de l'âge de 12 à 15 ans et jusqu'à l'âge de 45 à 50 ans, soit pendant 30 à 40 années environ, se prépare chaque mois en vue d'une grossesse. Ce processus cyclique des fonctions reproductives, appelé cycle menstruel, a une durée moyenne d'environ 29 jours pour la plupart des femmes, avec une fourchette normale allant de 25 à 36 jours. Le processus commence dans les ovaires (paire de glandes de couleur blanche et de forme aplatie, situées dans le bas-ventre). Chaque mois, dans l'un des ovaires, un ovule arrive à maturité à l'intérieur d'un petit sac appelé follicule (Figure 1 ci-dessous). Quand l'ovule est arrivé à maturité, vers le milieu du cycle menstruel (entre le douzième et le seizième jours), le follicule s'ouvre pour libérer l'ovule. Cette phase, appelée ovulation, est parfois accompagnée de pertes vaginales et de légères sensations douloureuses, qui peuvent durer quelques heures.

A sa sortie de l'ovaire, l'ovule est attiré dans l'une des deux trompes. Chaque trompe est d'une longueur d'environ 10 à 12 cm. Du côté de l'ovaire, l'extrémité de la trompe est en forme d'entonnoir, et pourvue de franges qui facilitent l'entrée de l'ovule dans la trompe. Une fois dans la trompe, l'ovule est propulsé en direction de l'utérus par les contractions de la trompe. Au cours du rapport sexuel, des spermatozoïdes entrent dans le vagin, franchissent le col de l'utérus, pénètrent dans la cavité utérine et de là dans les trompes. A la différence de l'ovule, les spermatozoïdes sont capables de se déplacer par eux-mêmes, et qui plus est "à contre-courant", c'est-à-dire dans la direction opposée à celle des contractions de la trompe. La fécondation, ou union de l'ovule et d'un spermatozoïde, a lieu dans l'une des trompes. L'ovule fécondé continue d'être propulsé le long de la trompe jusqu'à la partie supérieure de l'utérus.

133

FIGURE 1



- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Ovaires | 5. Cavité utérine |
| 2. Utérus (matrice) | 6. Col (entrée) de l'utérus |
| 3. Vagin | 7. Endomètre |
| 4. Trompes de Fallope (ou trompes utérines) | |

La cavité de l'utérus est tapissée d'une muqueuse appelée endomètre. Au moment de l'ovulation, une hormone est sécrétée - la progestérone - qui augmente l'afflux de sang vers l'utérus. Ainsi gonflé de sang, l'endomètre s'épaissit et se ramollit, se préparant à recevoir l'ovule fécondé. Un fois que l'ovule fécondé est entré dans la partie supérieure de la cavité utérine, il s'attache à l'endomètre. Poursuivant sa croissance, il s'implante dans la paroi de l'utérus et prend le nom d'embryon. L'implantation se produit généralement 4 ou 5 jours environ après l'ovulation, et constitue le début de la période intra-utérine de la grossesse.

Si l'ovule n'est pas fécondé, l'endomètre n'est plus nécessaire et, environ 12 à 15 jours après l'ovulation, soit à peu près 25 à 35 jours après le début du cycle, il est lentement éliminé de l'utérus par le col de l'utérus et le vagin. Ce processus de rejet de l'endomètre est appelé menstruation. L'ovule non fécondé se désintègre et est éliminé avec l'écoulement menstruel.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous vous reporterez au TABLEAU 2, intitulé "Taux d'échec des méthodes d'espacement des naissances et de contraception permanente pendant la première année", lorsque vous aborderez les pages qui suivent.]

Efficacité de la contraception

L'efficacité des diverses méthodes d'espacement des naissances dépend à la fois de la méthode et de la personne qui l'utilise. C'est pourquoi les taux d'efficacité sont généralement indiqués sous deux formes. Les expressions "efficacité méthode" et "efficacité utilisateur" (ou "échec imputable à la méthode" et "échec imputable à l'utilisateur") sont employées en vue de distinguer entre les grossesses survenant lorsque la méthode est utilisée correctement (échec imputable à la méthode) et celles qui surviennent lorsque la méthode est utilisée de façon incorrecte (échec imputable à l'utilisateur). Pour toutes les méthodes d'espacement des naissances, l'efficacité "méthode" est toujours supérieure à l'efficacité "utilisateur", cependant cette dernière correspond plus exactement à ce qui est susceptible de se produire dans la réalité quotidienne. Etant donné cette différence, vous devrez absolument savoir de quel taux il est question chaque fois que vous lirez ou entendrez un exposé sur ce sujet. Par exemple, il ne serait pas juste de comparer deux méthodes en prenant l'efficacité "utilisateur" pour l'une et l'efficacité "méthode" pour l'autre.

Il est difficile de déterminer avec exactitude l'efficacité de diverses méthodes d'espacement des naissances, en raison du grand nombre de facteurs qui peuvent faire échouer la contraception. Toutefois nous présentons au Tableau 2, intitulé "Taux d'échec des méthodes d'espacement des naissances et de contraception permanente pendant la première année", des estimations modérées pour chacun des deux taux. Les chiffres figurant dans la première colonne, "Taux d'échec le plus bas constaté", sont assez proches du taux d'efficacité "méthode" (la statistique étant basée sur un groupe de personnes ayant toutes utilisé la méthode "correctement et systématiquement"). De même les taux d'échec indiqués dans la deuxième colonne sont proches du taux d'efficacité "utilisateur" parce que l'utilisateur moyen aura, selon les cas, utilisé correctement ou incorrectement la méthode.

Parmi les diverses méthodes réversibles qui existent, l'efficacité théorique des contraceptifs oraux oestro-progestatifs n'est surpassée que par celle des progestatifs à action prolongée (injectables ou implants). Comme l'indique le tableau, le taux d'efficacité "méthode" pour les contraceptifs oraux est supérieur à 99% (soit moins d'1 grossesse sur 100 femmes utilisant correctement et systématiquement la méthode pendant la première année); toutefois le taux d'échec "utilisateur" réel est plus élevé (de 1 à 8). De plus, il se peut que dans les pays en développement les taux d'échec soient encore plus élevés que ceux indiqués au Tableau 2.

Il faut citer également plusieurs facteurs qui jouent un rôle en ce qui concerne l'efficacité d'une méthode donnée:

- Les échecs contraceptifs, en particulier dans le cas d'une méthode pratiquée au moment du rapport sexuel, sont plus susceptibles de se produire chez les couples cherchant à retarder une grossesse désirée, que chez ceux qui désirent éviter absolument toute grossesse.
- Les femmes qui sont plus âgées, appartiennent à une catégorie sociale plus élevée et possèdent une meilleure instruction tendent à avoir plus de succès dans l'emploi des méthodes de contraception que les femmes jeunes, pauvres et peu instruites.

Taux de continuation

Quoi qu'il en soit, la valeur totale d'une méthode d'espacement des naissances pour le couple (ou groupe de couples) qui l'utilise est basée non seulement sur l'efficacité réelle (constatée), mais également sur la durée de la période pendant laquelle le ou les couples utilisent la méthode (ce qu'on appelle "taux de continuation"). Pour calculer ce taux, on utilise des méthodes actuarielles comme celle du "tableau de la vie". Comme dans le cas de l'efficacité utilisateur, les taux de continuation varient considérablement d'une méthode à l'autre et d'un pays à l'autre. Ils tendent tout naturellement à être moins élevés dans les pays en développement et chez les personnes jeunes, pauvres et peu instruites. Dans certaines zones d'Asie méridionale et d'Afrique, le taux de continuation à 50% (c'est-à-dire la durée pendant laquelle 50% des utilisateurs continuent à pratiquer la méthode) est seulement de 3 à 6 mois pour les pilules, les condoms et les spermicides vaginaux, de 7 à 9 mois seulement pour les DIU, et d'environ un an pour les contraceptifs injectables. Lorsque la méthode est employée pour éviter toute grossesse ultérieure, et pas seulement pour l'espacement des naissances, les conseillers doivent s'efforcer d'encourager les consultants à poursuivre leur pratique de la méthode. Pour limiter le nombre d'enfants d'une famille, il est de loin préférable d'adopter une méthode moins efficace, mais qui sera utilisée correctement, bien tolérée et pratiquée pendant de longues périodes, plutôt qu'une méthode plus efficace que l'on utilisera sporadiquement et brièvement!

On voit d'après l'exposé ci-dessus qu'il y a beaucoup de variables à considérer - au-delà de l'efficacité de la méthode particulière envisagée - pour aider un couple à choisir la

126

méthode qui lui convient le mieux. De plus, comme les statistiques permettent de le constater, aucune méthode d'espacement des naissances, quelle que soit son efficacité, ne peut promettre de bons résultats si elle n'est pas pratiquée correctement, systématiquement et pendant une longue période.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Avant d'aborder le paragraphe suivant, vous examinerez le TABLEAU 3, intitulé "Mortalité liée à l'usage des contraceptifs dans les pays développés et en développement".]

Risques et avantages des contraceptifs

Dans les pays industrialisés, après plus de vingt années de recherche, il est encore difficile de comparer avec précision les risques de la pratique d'une méthode réversible de contraception avec ceux d'une grossesse et d'un accouchement. Par contre, dans les pays en développement, où la mortalité maternelle liée à la grossesse est de 10 à 20 fois plus élevée que dans les pays industrialisés, le risque attaché à la pratique d'une méthode moderne quelle qu'elle soit - même dans le cas d'une femme de plus de 35 ans, fumeuse, qui prend la pilule - est beaucoup moindre que le risque lié à la grossesse (Tableau 3). En fait, comme on le voit au Tableau 3, dans les pays en développement plus de décès maternels sont entraînés par l'échec de la contraception, dû à l'emploi de méthodes peu efficaces comme le condom, que par les dangers des stérilets ou des contraceptifs oraux! Il est clair que dans la plupart des pays en développement, tant qu'on ne parviendra pas à une réduction importante de la mortalité maternelle, la pratique des méthodes modernes de contraception demeurera beaucoup moins dangereuse que la grossesse et l'accouchement. En outre, la pratique de méthodes fiables d'espacement des naissances va au-delà de la prévention des naissances non désirées et de la charge économique et affective qu'elles représentent. Elle supprime également la crainte de la grossesse, dont la présence constante nuit parfois aux relations conjugales. Enfin l'utilisation des contraceptifs, en augmentant l'intervalle entre les naissances et en réduisant le nombre total de grossesses d'une femme, est souvent en elle-même à l'origine d'une meilleure santé maternelle, et, si la mère travaille, d'une diminution du nombre d'heures perdues.

Méthodes réversibles

1. Abstinence

Dans certaines sociétés les adultes pratiquent l'abstinence de façon intermittente, ou de façon suivie pendant certaines périodes. Par exemple, certaines traditions imposent une période d'abstinence après la naissance d'un enfant. Ceci donne le temps à la mère et à l'enfant de prendre des forces, sans avoir à redouter l'arrivée d'un nouveau nourrisson qui oblige à sevrer le premier prématurément. Par ailleurs, les couples traversent souvent des périodes d'abstinence lors de séparations dues à leur travail, à leurs études ou à des retraites spirituelles.

Dans certaines parties du monde, où le problème de la grossesse chez les adolescentes ou les femmes non mariées se pose fréquemment, il est de plus en plus courant d'entreprendre des campagnes encourageant les jeunes à dire "non" à l'activité sexuelle. Une grossesse survenant lorsque la personne ou la famille n'y est pas préparée crée de graves difficultés. Dans certains cas la réputation de la jeune fille est perdue. Très souvent celle-ci est dans l'impossibilité de poursuivre sa formation, et se trouve face à un avenir plus limité. Dans les pays industrialisés, les jeunes mères et leurs enfants sont plus ou moins condamnés à la pauvreté, et à être constamment assistés, financièrement et médicalement, par l'Etat et/ou par des organismes privés. Or cette sorte d'assistance est très onéreuse pour la société.

La pratique de l'abstinence présente de très nets avantages: elle n'exige aucun matériel, aucun système d'approvisionnement et de distribution, aucune précaution d'utilisation à signaler, et elle ne coûte rien. En outre, l'abstinence est la seule méthode qui obtienne 100% de résultats pour la prévention de la grossesse.

2. Allaitement

L'allaitement continue d'être couramment pratiqué dans la plupart des sociétés, en particulier dans celles qui tendent à respecter les traditions. Dans certains pays, comme le Bangladesh, l'Inde et les pays d'Afrique équatoriale, une grande partie des mères allaitent pendant une période de plus de douze mois. En Amérique latine les chiffres sont moins élevés, mais on trouve encore un nombre considérable de femmes qui allaitent pendant plus de six mois. La principale raison d'allaiter, pour les femmes de ces régions, a trait à la nutrition de l'enfant.

130

Cependant les mères - et également les responsables de services de planification familiale - ont peu à peu compris que l'allaitement protège contre la grossesse, au début de la période puerpérale, aussi efficacement que les méthodes modernes de contraception. D'après une étude effectuée récemment au Mexique, moins de 4% des mères qui donnaient le sein "à volonté" avaient recommencé à ovuler dans les trois mois suivant l'accouchement. Toutefois la fonction anticonceptionnelle de l'allaitement diminue avec le temps. Plus le temps qui s'écoule avant le "retour de couches" (retour des règles) est long, moins la femme peut se fier uniquement à l'allaitement comme moyen de contraception.

Etant donné les différences régionales constatées dans la pratique de l'allaitement, les consignes à observer en ce qui concerne l'allaitement et la contraception varieront en fonction des habitudes particulières de la région considérée. Mais on peut dire que, d'une façon générale, une fois que les règles sont revenues, que le bébé n'est plus nourri exclusivement au sein, ou qu'il dort toute la nuit (ce qui indique une diminution de la fréquence d'allaitement), la mère court un plus grand risque de concevoir et fera bien de commencer à pratiquer la contraception.

Lorsque l'on conseille la contraception à une mère qui allaite, il faut faire très attention au choix de la méthode. Dans la plupart des cas, une femme peut combiner l'allaitement avec une autre méthode comme le condom, le diaphragme, les mousses en comprimés vaginaux, les pilules contenant uniquement des progestatifs ou les progestatifs à action prolongée (injectables ou implants), sans nuire à la production de lait ou à la santé de son enfant, et sans risquer une interruption due à une grossesse imprévue.

3. Coït interrompu (retrait)

Cette méthode traditionnelle est pratiquée depuis fort longtemps dans certaines régions d'Europe, d'Afrique et d'Asie. La méthode consiste, pour l'homme, à retirer le pénis du vagin avant éjaculation, tout en faisant attention de ne pas éjaculer sur les organes génitaux externes de la femme (muqueuses entourant l'entrée du vagin), ni même à proximité.

Comme méthode d'espacement des naissances, le retrait présente un certain nombre d'avantages. Il n'exige aucun matériel, ne produit aucun effet secondaire, et ne coûte rien. Mais l'inconvénient le plus remarquable est que les taux d'échec se situent entre 16 et 23% au cours de la première année. Cette forte proportion d'échecs est due à plusieurs facteurs. L'une

des raisons majeures est que le pénis laisse parfois échapper, juste avant l'éjaculation, une petite quantité de sperme, contenant suffisamment de spermatozoïdes pour provoquer une grossesse. Autre raison. le fait que la plupart des hommes sont incapables de se contrôler suffisamment pour appliquer cette méthode. La plupart du temps, lorsque l'homme est sur le point d'éjaculer, il éprouve un besoin accru de pénétrer davantage, et par conséquent il ne parvient pas à se retirer avant que l'éjaculation se produise.

Pour améliorer l'efficacité "utilisateur" de cette méthode, on peut la combiner avec d'autres méthodes, par exemple contraceptifs vaginaux (mousses, comprimés) à utiliser vers le milieu du cycle (du 9ème au 20ème jour) - époque de fécondité maximum pour la plupart des femmes. Il convient enfin de rappeler que le retrait, bien qu'il ne soit pas parmi les méthodes les plus efficaces, est de très loin préférable à l'absence de toute méthode, entraînant un taux d'échec d'environ 90 échecs pour 100 années-femme (périodes d'une année de vie féminine).

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Des spécimens des contraceptifs décrits ci-après devront être mis à la disposition des stagiaires, qui pourront les regarder et les manipuler. Le choix des méthodes représentées dépendra vraisemblablement des possibilités d'approvisionnement local. Le tableau intitulé "Guide des méthodes contraceptives modernes", qui indique l'efficacité, le mode d'emploi etc., sera également remis. Vous vous reporterez aussi au TABLEAU 4 intitulé "Produits contraceptifs fournis par l'AID", qui indique le nom courant des produits et leur prix unitaire.]

4. Prise de conscience de la fécondité ou planning familial naturel

Les méthodes d'espacement des naissances basées sur une prise de conscience de la fécondité (continence périodique) suscitent actuellement de plus en plus d'intérêt. Ce sont des méthodes qui n'exigent ni matériel ni médicament: rien à avaler, rien à mettre en place. Par contre, l'apprentissage correct de ces méthodes demande beaucoup de temps et exige un gros effort de la part du couple.

Les méthodes naturelles de planification familiale s'appuient sur trois postulats biologiques. premièrement, l'ovule ne peut être fécondé que durant les 12 à 48 heures qui suivent l'ovulation; deuxièmement, les spermatozoïdes ne peuvent féconder un ovule que pendant 48 heures environ après le rapport

sexuel; enfin, l'ovulation se produit généralement 12 à 16 jours (14 + 2 jours) avant le début des règles suivantes. Si ces trois postulats sont exacts, le contact sexuel ne pourrait théoriquement aboutir à une grossesse que pendant 96 heures environ de chaque mois: les 48 heures qui précèdent la libération de l'ovule et les 48 heures qui suivent. Par conséquent, si l'on évite d'avoir des rapports sexuels pendant cette période critique, la probabilité d'une grossesse devrait être réduite.

En pratique, toutefois, c'est pendant plus de 96 heures (quatre jours) que les rapports doivent être évités. En effet il n'existe actuellement aucune méthode absolument sûre pour prédire quand l'ovulation se produira - même chez des femmes ayant normalement un cycle régulier. Pour les femmes dont le cycle est irrégulier, les prévisions sont encore plus difficiles. En outre les spermatozoïdes peuvent, dans certains cas, rester actifs plus de 48 heures après le rapport sexuel.

Les couples qui décident de pratiquer la planification familiale naturelle (continence périodique) ont le choix entre trois méthodes. calendrier, température basale, glaire cervicale. Selon la méthode retenue, on utilise un indicateur biologique différent pour estimer le moment de l'ovulation, dans le but d'éviter le risque de conception. La moins efficace des trois méthodes est celle du calendrier, pour laquelle on constate de 14 à 47 échecs pour 100 femmes utilisant la méthode pendant une année. Pour obtenir de meilleurs résultats, la femme peut enregistrer quotidiennement sa température basale (prise le matin) pendant toute la durée du cycle. Chez la plupart des femmes qui ovulent, la température basale s'élève de plusieurs dixièmes de degré juste après l'ovulation (24-48 heures) et reste à ce niveau jusqu'au début des règles suivantes. Si le couple s'abstient d'avoir des rapports sexuels depuis le début des règles jusqu'à 48 heures au moins après l'élévation de la température, soit vraisemblablement deux jours après l'ovulation, l'ovule ne devrait plus pouvoir être fécondé. (A noter que pour les couples inféconds la méthode de la température basale peut être utilisée pour calculer à quel moment il faut tenter de concevoir.) Lorsque la méthode de la température basale est utilisée correctement et avec régularité pour déterminer les jours de continence périodique, le plus faible taux d'échec constaté est de 1 à 7% - résultat de loin supérieur à ceux de la méthode du calendrier.

La troisième méthode de planification familiale naturelle est relativement récente, et se base sur les modifications qu'une femme peut détecter dans la nature et la quantité des mucosités ou glaires sécrétées juste avant l'ovulation. On

pensait à l'origine que cette méthode obtiendrait de meilleurs résultats que celle de la température basale, mais si l'on en croit de récentes statistiques la réalité est différente, car les taux de grossesse varient entre 1 et 30 pour 100 femmes au cours de la première année.

L'inconvénient majeur des méthodes de planification familiale, outre le temps à passer pour apprendre à les utiliser correctement, est le nombre de jours pendant lesquels le couple doit renoncer aux rapports sexuels - entre un tiers à la moitié des jours du mois, soit 10 à 15 jours par mois!

5. Mousses vaginales, comprimés, ovules et éponges

Ces produits contiennent tous une substance spermicide, le plus souvent nonoxynol 9, qui immobilise ou détruit les spermatozoïdes. Du fait qu'ils constituent également une barrière mécanique pour les spermatozoïdes, ils doivent être placés dans le vagin avant le rapport sexuel. Les mousses sont fournies en flacons atomiseurs, et peuvent aussi être insérées dans le vagin au moyen d'un applicateur en plastique. Les ovules spermicides et les comprimés vaginaux sont introduits manuellement dans le vagin, et se dissolvent lorsqu'ils entrent en contact avec les sécrétions vaginales. Il n'existe aucune étude sérieuse permettant de comparer l'efficacité des divers types de spermicides vaginaux. Lorsqu'ils sont utilisés seuls, on cite des taux d'échec avoisinant en moyenne 10 à 18%, mais si leur action est associée à celle du condom, on peut faire baisser considérablement ces taux d'échec - 1 à 7%. Des études de laboratoire ont montré que les spermicides fournissent une certaine protection contre les maladies sexuellement transmises (MST), comme la blennorragie, l'infection à chlamydia et la syphilis. Les effets réels obtenus par les utilisateurs sont moins convaincants. Par ailleurs on a constaté que les spermicides peuvent détruire le virus du sida, et par conséquent il est possible que l'emploi de spermicides vaginaux ainsi que de condoms lubrifiés avec des spermicides aide à prévenir la transmission du sida.

Depuis peu, un nouveau moyen de diffusion de la substance spermicide dans le vagin a été breveté sous le nom d'"éponge vaginale-Today". Il s'agit d'un disque souple de 5 centimètres de diamètre, fait de polyuréthane et imprégné de nonoxynol 9. Pour activer le produit, on humecte l'éponge juste avant de l'introduire dans le vagin. Il n'y a qu'une taille d'éponge, la même pour toutes les femmes, donc aucune mesure à prendre, aucune consultation nécessaire. En outre l'éponge est en vente libre et peut se trouver dans un magasin où l'on vend des condoms et d'autres spermicides vaginaux. L'éponge protège

pendant un maximum de vingt-quatre heures, quel que soit le nombre de contacts sexuels pendant cette période. A la différence d'autres spermicides qui doivent être renouvelés pour chaque acte sexuel, l'éponge n'a pas besoin d'être changée, cependant il faut la laisser en place pendant au moins six heures après le dernier contact, pour s'assurer que tous les spermatozoïdes sont détruits. L'éponge ne sert qu'une fois, après quoi on la jette.

Le taux d'échec de l'éponge vaginale est en gros le même que pour les autres spermicides vaginaux, et légèrement plus élevé que pour le diaphragme. Les effets secondaires des spermicides vaginaux sont tout au plus, chez certaines personnes, une irritation passagère du vagin ou du pénis. Les comprimés et les ovules vaginaux provoquent tous une sensation de chaleur dans le vagin au moment où ils se dissolvent.

6. Diaphragme

Le diaphragme est une sorte de capuchon en caoutchouc qui peut avoir de 6 à 10 cm de diamètre. Lorsqu'il est inséré correctement dans le vagin, le diaphragme recouvre le col de l'utérus et empêche mécaniquement les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus. Pour obtenir une meilleure efficacité, il est indispensable d'employer le diaphragme en association avec un spermicide. Après le rapport sexuel, le diaphragme doit être laissé en place pendant au moins 6 heures. Une fois retiré, le diaphragme doit être lavé avec de l'eau propre, et séché à l'air. (Dans les régions où l'on manque d'eau, ceci pourra faire obstacle à l'emploi du diaphragme.) Entretenu avec soin, un diaphragme peut durer plusieurs années. Le diaphragme doit être prescrit individuellement pour chaque femme d'après les mesures prises par un praticien de planification familiale qualifié. Lorsque le diaphragme est bien mis, il ne cause aucun désagrément ni à la femme ni à son partenaire, qui normalement ne remarquent pas sa présence.

Le taux d'échec "méthode" le plus faible qui ait été constaté pour le diaphragme accompagné de spermicide est de 2,4 %, mais les taux "utilisateur" s'élèvent couramment jusqu'à 25%.

7. Condoms (préservatifs)

Les condoms, appelés aussi préservatifs, ont la forme d'un doigt de gant et sont faits de caoutchouc. L'homme ou la femme déroule le condom et l'enfile sur le pénis en érection, avant l'acte sexuel et avant tout contact entre le pénis et la région du vagin. La fonction du condom est d'empêcher le sperme éjaculé

et les spermatozoïdes qu'il contient de franchir le col de l'utérus. Pour éviter que le sperme ne s'échappe du condom après éjaculation, l'homme doit serrer le condom contre la base du pénis avant de se retirer.

Lorsque le condom est utilisé correctement et systématiquement par des couples dûment motivés, on relève des taux de grossesse parfois très bas, jusqu'à 2 pour 100 années-femme (périodes d'une année de vie féminine). Les taux d'échec "utilisateur" se situent couramment entre 3 et 15. Comme indiqué plus haut, le taux d'efficacité "utilisateur" s'élève si l'action du condom est associée à celle d'une autre méthode locale, notamment spermicides vaginaux, mousses ou comprimés. L'emploi du condom n'entraîne aucun effet secondaire sérieux. Il est rare que la matière dont est fait le condom provoque une réaction, chez l'homme ou chez la femme.

Les condoms présentent un avantage supplémentaire, en l'occurrence leur capacité reconnue de s'opposer à la transmission des maladies sexuellement transmises (MST). Selon certaines études, l'utilisation consciencieuse du condom, en particulier associé à un spermicide vaginal, peut réduire de 80% environ la transmission du virus du sida.

8. La pilule, ou contraceptif oral

Depuis le début des années soixante, les pilules contraceptives, ou contraceptifs oraux, sont en vente dans le monde entier. Près de 100 millions de femmes prennent actuellement la pilule en vue d'espacer la naissance de leurs enfants. La méthode de la pilule, ou méthode orale d'espacement des naissances, consiste à prendre régulièrement une pilule, tous les jours au même moment de la journée.

Il y a deux façons très simples de prendre les pilules par cycle de 21 jours ou par cycle de 28 jours. Lorsque les pilules sont prescrites pour 21 jours, la femme prend une pilule chaque jour pendant trois semaines (21 jours), et pendant la semaine suivante elle ne prend rien. Ce cycle est ensuite répété: trois semaines avec pilule, une semaine sans. Lorsque les pilules sont prescrites pour 28 jours, la femme prend tout d'abord 21 pilules actives, et ensuite 7 pilules ne contenant aucune substance active (placebo). Selon ce système, la femme prend une pilule tous les jours de l'année. Certaines personnes préfèrent le système de 28 jours, qu'elles trouvent plus facile à retenir.

Il existe deux types seulement de contraceptifs oraux, les contraceptifs oestro-progestatifs et les contraceptifs contenant uniquement des progestatifs. Les contraceptifs oestro-progestatifs contiennent à la fois oestrogène et progestérone - les deux hormones sexuelles normalement sécrétées par les ovaires de la femme. Ces hormones, sous la forme produite naturellement par l'organisme, ne pourraient agir par voie buccale, et par conséquent c'est une version synthétique des deux hormones qui est contenue, selon un dosage précis, dans les pilules.

Les pilules oestro-progestatives préviennent la grossesse de trois façons au moins. Premièrement - et c'est le plus important - l'oestrogène et le progestatif agissent l'un et l'autre pour empêcher les ovaires de produire et de libérer un ovule (ovulation). Deuxièmement, le progestatif modifie la glaire cervicale, ce qui contribue à empêcher les spermatozoïdes de franchir le col de l'utérus pour passer à l'intérieur de l'utérus. Troisièmement, les deux hormones entravent le développement de l'endomètre (la muqueuse qui tapisse l'utérus) de sorte que, même si un ovule est libéré et fécondé, il ne pourra s'implanter. Les pilules contenant exclusivement des progestatifs (parfois appelées minipilules), du fait qu'elles sont dépourvues d'oestrogène et contiennent environ trois fois moins de progestatif, ne bloquent pas l'ovulation (libération d'un ovule) d'une façon systématique comme le font les autres pilules. D'une façon générale, cependant, les mécanismes qui préviennent la grossesse sont les mêmes pour la minipilule que pour la pilule oestro-progestative.

Comme toute méthode d'espacement des naissances, celle des contraceptifs oraux ne va pas sans quelques inconvénients. En vue de réduire au minimum le nombre et la gravité des effets secondaires, les quantités d'oestrogène et de progestatif contenues dans les pilules oestro-progestatives ont été réduites peu à peu, au cours de ces dernières années. On est ainsi parvenu, sans diminuer l'efficacité de la méthode, à une réduction considérable des effets secondaires.

Avec ces nouvelles pilules microdosées, les effets secondaires ressentis sont moins nombreux et moins sérieux qu'ils ne l'étaient précédemment. Il arrive encore que certaines femmes se plaignent, les premiers temps, de pertes entre les règles, de nausées, ou d'avoir grossi, ou d'avoir les seins trop sensibles. Ces symptômes disparaissent souvent au bout de deux ou trois mois. Les effets secondaires plus sérieux, très rares dans tous les cas (moins de 1 à 10 sur 100 000 utilisatrices) sont les suivants: thromboses, hypertension, troubles de la vésicule biliaire, crises cardiaques, tumeurs du foie. Les risques de problèmes graves augmentent si la femme est âgée de

plus de 35 ans et si d'autres problèmes de santé existent déjà, par exemple hypertension, poids supérieur de 25% ou plus à la normale, tabac (plus de 15 cigarettes par jour).

Le taux d'échec imputable à la méthode est, pour les contraceptifs oestro-progestatifs, inférieur à une grossesse pour 100 années-femme (périodes d'une année de vie féminine) pendant la première année. Pour la minipilule (pilule sans oestrogène) le taux, légèrement plus élevé, est de 1 à 2,5 %. Mais pour l'un et l'autre type de contraceptif oral, le taux "utilisatrice" est considérablement plus élevé (2 à 5%), et varie selon que la personne prend la pilule plus ou moins correctement et régulièrement. Dans les pays en développement, le taux d'échec "utilisatrice" est vraisemblablement plus élevé encore. Par exemple, une enquête nationale effectuée aux Philippines en 1976 relevait 8 grossesses pour 100 années-femme pendant la première année d'utilisation de la pilule, 9,2 pendant la deuxième année et 5,1 pendant la troisième. Dans plusieurs pays d'Asie méridionale on a constaté des taux d'échec allant jusqu'à 11 à 25%.

Par ailleurs, il est possible que les contraceptifs oraux agissent sur la lactation, pour cette raison il est conseillé aux femmes qui allaitent de choisir soit une méthode de contraception non hormonale, soit la minipilule sans oestrogène, soit les progestatifs à action prolongée (injectables ou implants).

9. Progestatifs injectables, action prolongée

Dans plus de 80 pays du monde, on utilise des injections cycliques de progestérone (l'une des deux hormones sexuelles féminines) préparée synthétiquement, comme contraceptif à action prolongée. Au moyen d'une seule injection, on peut prévenir la grossesse pendant une durée de deux à trois mois, selon la quantité et le type de progestatif utilisé: Depo-Provera (acétate de médroxyprogestérone) ou NET-EN (éнанthate de noréthindrone). Avant de recevoir des injections de progestatifs à action prolongée, la femme devra être examinée avec soin par un praticien qualifié.

Les contraceptifs injectables, contenant un progestatif similaire à celui des contraceptifs oraux, ont une action contraceptive et des effets secondaires similaires à ceux décrits plus haut. Toutefois, du fait qu'ils ne contiennent pas d'oestrogène, le risque est sans doute légèrement moindre en ce qui concerne les problèmes sérieux - accidents cardiaques ou cérébrovasculaires. En outre, à la différence des pilules oestro-progestatives, injectables et implants semblent n'avoir PAS D'ACTION sur la lactation.

Les femmes qui utilisent les contraceptifs injectables peuvent dans certains cas (10 à 15%) avoir des pertes très légères en dehors des règles, et 40% d'entre elles cesseront d'être réglées (aménorrhée). Ces inconvénients n'ont rien de grave, et si on rassure les femmes à cet égard, la grande majorité d'entre elles (plus de 90%) continueront à pratiquer cette méthode.

10. Implants de progestatifs, action prolongée

Il existe une nouvelle méthode d'injection des progestatifs à action prolongée, qui est actuellement à l'essai dans plusieurs pays. Le nouveau produit, vendu sous la marque NORPLANT, comporte six petits tubes en plastique souple, non biodégradables, remplis de levonorgestrel, hormone de la famille des progestatifs. Les implants sont posés sous la peau de la partie interne du bras de la femme. L'hormone est libérée lentement et régulièrement, le dosage journalier étant à peu près constant, et la contraception est assurée pour une période allant jusqu'à cinq années. Le système NORPLANT, mis au point par le Population Council, a été mis à l'essai sur plus de 44 000 femmes dans 31 pays différents. Le système s'est avéré extrêmement efficace et sans danger, et a suscité des réactions favorables chez les utilisatrices. Dès 1987, un système NORPLANT de 6 capsules était homologué pour la vente dans sept pays - Finlande, Suède, Indonésie, Thaïlande, Equateur, République dominicaine, Colombie.

Les implants NORPLANT fournissent une protection à peu près absolue contre la grossesse. Pendant les cinq années qui suivent l'insertion des six capsules NORPLANT, les chances de grossesse sont inférieures à une pour 100 femmes par an. Le processus de prévention de la grossesse par le système NORPLANT n'est pas encore parfaitement compris. Tout comme les autres contraceptifs contenant uniquement des progestatifs, les implants NORPLANT semblent agir à plusieurs niveaux. Le système supprime l'ovulation pour la moitié au moins des cycles menstruels. Puis, même lorsque l'ovulation se produit, le levonorgestrel épaissit et réduit la glaire cervicale, ce qui empêche les spermatozoïdes de la traverser facilement pour pénétrer dans l'utérus et féconder les ovules. En outre, le levonorgestrel supprime le développement cyclique de l'endomètre chez plus de 50% des utilisatrices. Les effets secondaires, risques et avantages du système NORPLANT sont similaires à ceux qui ont été mentionnés pour les autres progestatifs à action prolongée.

11. Le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)

Le stérilet ou DIU est un petit dispositif souple qui est posé dans l'utérus par un praticien qualifié. Le dispositif est fait de plastique, qui peut être recouvert de fil de cuivre (TCu 380A) ou imprégné d'une hormone progestative. Il existe des modèles de DIU de différentes tailles et de différentes formes. Ils sont tous munis d'un "fil" de plastique qui traverse le col de l'utérus et dont l'extrémité se trouve dans la partie supérieure du vagin. Le processus de prévention de la grossesse par le DIU n'est pas encore parfaitement compris. Certains pensent que la présence du DIU accélère la mobilité tubaire, de sorte que l'ovule fécondé parvient dans l'utérus alors que l'endomètre n'est pas encore prêt à le recevoir, et que par suite l'implantation n'a pas lieu.

L'adjonction d'une substance métallique (cuivre) ou hormonale (progestérone) augmente l'efficacité du DIU. Encore une fois, il faut noter que l'action de ces dispositifs à adjuvant métallique ou hormonal n'est pas parfaitement comprise.

La pose d'un stérilet ne peut être effectuée que par un professionnel de la santé, après examen gynécologique. La pose NE SERA PAS EFFECTUÉE dans les cas suivants grossesse confirmée ou soupçonnée, toute anomalie de l'utérus créant une distorsion de la cavité utérine, inflammation pelvienne aiguë, écoulement vaginal d'origine inconnue, apparence de malignité - résultat douteux du test de Papanicolaou par exemple - vaginite ou métrite persistante. La pose du DIU est délicate, le risque à éviter étant la perforation et le passage du DIU à travers la paroi utérine. Même lorsque la pose est faite CORRECTEMENT, il arrive que la femme éprouve des sensations désagréables et/ou des douleurs dans le bas-ventre pendant un jour ou deux. Après cela elle ne devrait plus remarquer la présence du stérilet, et ni la femme ni l'homme ne sentiront cette présence durant les rapports sexuels. Une fois le DIU posé, la femme est protégée contre la grossesse et n'a plus besoin d'aucune autre méthode contraceptive.

Les stérilets qui sont entièrement en plastique peuvent être laissés en place pendant plusieurs années, si le responsable médical n'y voit aucune contre-indication. Les DIU au cuivre ou à la progestérone doivent être remplacés à intervalles réguliers. Bien des femmes gardent leur stérilet pendant de nombreuses années. Lorsque l'utilisatrice désire changer de méthode de contraception ou souhaite avoir un enfant, le DIU doit être retiré par un praticien qualifié.

En ce qui concerne l'efficacité, le DIU se place, de l'avis général, au troisième rang - juste après la pilule et les contraceptifs injectables - parmi les méthodes réversibles d'espacement des naissances. Le taux d'échec "méthode" relevé pour les anciens modèles de DIU, comme la boucle de Lippes, est de 1,5 %, avec un taux "utilisateur" plus élevé, soit 3 à 5%. Pour les nouveaux DIU au cuivre (TCu 380A), plus perfectionnés, le taux d'échec "méthode" s'abaisse jusqu'à 1% et au-dessous. A la différence des contraceptifs oraux et des méthodes pratiquées au moment du rapport sexuel (condoms, diaphragme, spermicides), pour lesquels il y a souvent une grande différence entre le taux d'échec "méthode" et le taux d'échec "utilisateur", dans le cas du DIU les deux taux sont beaucoup plus proches

Etant donné que l'utilisation d'un stérilet s'accompagne d'un léger risque d'infection pelvienne, laquelle pourrait entraîner l'infécondité, ce dispositif n'est recommandé qu'à partir d'un certain âge, lorsque la femme se trouve en situation stable et estime avoir un nombre d'enfants suffisant.

Contraception permanente

12. Contraception chirurgicale volontaire (CCV)

Pour les couples qui ne désirent plus d'enfants, la contraception chirurgicale volontaire (stérilisation) de l'homme ou de la femme est une méthode extrêmement efficace. Cependant la stérilisation ne saurait en aucun cas être considérée comme réversible, et il importe donc qu'un couple soit bien sûr de sa décision avant de franchir ce pas.

Stérilisation masculine

L'opération stérilisante masculine est appelée vasectomie. L'intervention est très simple, se fait sous anesthésie locale, dure 10 minutes environ, et ne présente aucun danger si elle est effectuée par un praticien expérimenté ayant la formation nécessaire. Il s'agit tout d'abord de trouver dans le scrotum le petit conduit ou canal déférent par lequel les spermatozoïdes passent de chacun des testicules dans le canal urétral du pénis. Après quoi on pratique la résection des canaux, dont on prélève un petit segment (généralement un peu plus d'un centimètre).

L'intervention sert uniquement à empêcher les spermatozoïdes de pénétrer dans la substance éjaculée (sperme). Elle n'affecte en rien la production des spermatozoïdes ou la production d'hormone mâle (testostérone) par les testicules. Dans la plupart des cas l'homme est en mesure de reprendre son travail le jour même de l'intervention, tout au plus légèrement incommodé au niveau du scrotum, avec parfois un peu d'enflure.

Au bout d'une semaine environ l'homme est parfaitement rétabli et en mesure de parvenir à l'orgasme, d'éjaculer (le volume de l'éjaculation restant le même) et de jouir pleinement de ses rapports sexuels. Après l'opération, les testicules continuent à produire des spermatozoïdes, qui maintenant sont réabsorbés au lieu d'être éjaculés. Le seul défaut à signaler est que l'homme ne devient stérile (incapable de provoquer une grossesse) qu'après une période durant parfois six semaines. En effet il reste des spermatozoïdes dans le canal, au-dessous du niveau de la résection (ou du blocage), pendant une période pouvant aller jusqu'à 6 ou 8 semaines, ou jusqu'à ce que tous ces spermatozoïdes aient été éjaculés (soit 6 à 10 éjaculations). Par conséquent le couple devra utiliser le condom ou une autre méthode de contraception jusqu'à vérification, sur examen d'un spécimen de sperme au microscope, que ce dernier ne contient aucun spermatozoïde

Le taux d'échec de la vasectomie est d'environ 1 pour 1 000. Théoriquement, l'opération est réversible, c'est-à-dire qu'il est possible de rattacher les deux tronçons de chaque canal déférent, mais il s'agit d'une opération très délicate, (vasovasotomie) très onéreuse (500 à 2 000 dollars) et qui souvent ne réussit pas. Il importe donc que tout homme décidant de se soumettre à la vasectomie considère sa décision comme définitive.

Stérilisation féminine

Alors que l'appareil génital de l'homme est externe, celui de la femme - utérus, trompes et ovaires - est enfermé dans la cavité abdominale. Par suite, les interventions mises au point pour la stérilisation féminine sont plus compliquées, plus onéreuses et moins dépourvues de risques que la vasectomie. Les deux types d'opération les plus couramment pratiqués sont:

1. Minilaparotomie
2. Occlusion des trompes par laparoscopie

La minilaparotomie est une opération qui consiste à pratiquer une petite incision (2 à 3 centimètres) dans la paroi abdominale, juste au-dessus du pubis. On pénètre ensuite dans la cavité abdominale pour isoler les trompes utérines, dont on fait soit la résection et ligature (méthode Pomeroy) soit la ligature (anneaux de Fallope). Effectuée par un praticien qualifié, l'intervention dure environ 15 à 20 minutes. Elle se fait sous anesthésie locale, et on donne des calmants légers pour éviter les douleurs abdominales. Généralement la femme peut rentrer chez elle 2 à 4 heures après l'opération, et reprendre la plupart de ses activités au bout de 24 heures ou 48 heures. En quelques jours - jusqu'à une semaine dans certains cas - elle est complètement rétablie.

L'occlusion des trompes par laparoscopie consiste à insérer un petit endoscope métallique dans l'abdomen de la femme, au moyen d'une toute petite incision (un centimètre environ) juste au-dessous du nombril. Le chirurgien examine la cavité abdominale éclairée par l'endoscope pour trouver les trompes, qu'il isole et dont il effectue le blocage au moyen d'une ligature élastique (anneau de Falope) ou d'une pince. On peut également réaliser l'occlusion des trompes par électrocautérisation.

La laparoscopie présente deux sortes d'avantages par rapport à la minilaparotomie:

1. intervention moins douloureuse
2. rétablissement plus rapide.

Les principaux inconvénients de la laparoscopie sont les suivants:

1. matériel très onéreux (4 000 à 6 000 dollars par appareil de laparoscopie. Par contre, les nécessaires de minilaparotomie coûtent moins de 200 dollars);
2. appareils difficiles à maintenir en état de marche, réparations coûteuses;
3. intervention exigeant, pour être effectuée sans danger, que le chirurgien possède des compétences et une expérience beaucoup plus grandes que pour la minilaparotomie.

Après ligature des trompes, par l'une ou l'autre méthode, les ovaires continuent à produire les hormones sexuelles en quantité normale, la femme est réglée normalement et elle prend le même plaisir aux rapports sexuels qu'avant l'opération. Ajoutons que la ligature des trompes n'a aucune incidence sur l'âge de la ménopause (retour d'âge).

Dans le cas de la minilaparotomie comme dans celui de la laparoscopie, les taux d'échec sont très peu élevés (moins de 1%). Comme pour toute intervention chirurgicale, il y a un risque mineur d'infection de la plaie (2 à 5%) et, plus rarement (moins de 0,5 %) d'infection abdominale ou pelvienne sérieuse. Le taux de mortalité le plus bas qui ait été relevé pour l'une ou l'autre intervention est d'environ 1 cas sur 100 000, mais on a parfois signalé des taux atteignant 10 à 16.

La possibilité existe de pratiquer l'opération inverse et de "rattacher" les trompes, mais il s'agit d'une opération très délicate, qui se fait sous anesthésie générale (la patiente est endormie) et qui coûte très cher (2 000 à 7 000 dollars dans un pays industrialisé). Les chances de succès sont encore moindres que pour la correction de l'opération stérilisante masculine. Il convient donc de répéter que, pour l'homme comme pour la femme, le choix de la stérilisation devra toujours être considéré comme une décision définitive

EXPOSÉ:

**FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION
POUR L'ÉVALUATION DES MÉTHODES MODERNES ET TRADITIONNELLES
D'ESPACEMENT DES NAISSANCES ET DE CONTRACEPTION PERMANENTE**

**Facteurs à prendre en considération
pour l'évaluation des méthodes modernes et traditionnelles
d'espacement des naissances et de contraception permanente**

L'organisation de services d'espacement des naissances sur le lieu de travail oblige à prendre en considération un certain nombre de questions importantes. De tels services sont extrêmement utiles aux employés, qui, s'ils n'existaient pas, seraient peut-être dans l'impossibilité de se rendre à une consultation en raison de leur horaire de travail et de leurs obligations familiales. Ayant accès sans difficulté à ces services, les employés sont encouragés à poursuivre la pratique des méthodes qu'ils ont déjà adoptées. Les responsables sanitaires sont à leur disposition pour répondre à leurs questions, discuter leurs problèmes, ou les reapprovisionner en produits. Les employés sont ainsi encouragés à se préoccuper davantage de leur santé et à prendre en charge l'organisation de leur vie personnelle. D'autre part, les visites à une clinique d'entreprise réduisent le nombre d'heures de travail perdues. Il est évident que l'employé et l'employeur sont l'un et l'autre bénéficiaires.

Pour obtenir les meilleurs résultats possibles, il faudra prêter une grande attention à certains aspects de l'organisation. La planification familiale est une affaire personnelle, qui de plus touche au plus intime de la personne. Les consultations doivent donc avoir lieu dans un lieu tranquille et isolé du public, et les responsables doivent avoir une formation particulière. Aucun consultant ne devra se sentir contraint de choisir l'une ou l'autre des méthodes proposées. Certains employés désireront peut-être s'informer simplement des options qui existent, pour réfléchir tranquillement avant de décider s'ils veulent participer ou non.

Il est important de prévoir l'organisation de façon que les responsables sanitaires soient disponibles aux heures où les employés peuvent se libérer de leurs obligations professionnelles pour faire appel aux conseils ou aux prestations du personnel de la clinique. Lorsque les services sont bien organisés pour offrir un soutien permanent aux consultants, les taux de continuation (nombre de personnes qui poursuivent la pratique de leur méthode) sont beaucoup plus élevés, et les usagers des services sont plus satisfaits.

Il est très important de donner aux couples le choix entre diverses options, car la situation varie selon les cas. Si les personnes ont la possibilité de choisir librement et facilement, elles feront plus vite un premier choix, quitte à en faire un second en cas d'insatisfaction.

Pour décider quelles méthodes offrir dans votre clinique, vous devrez prendre certains facteurs en considération. Est-ce que d'autres services existent dans la localité? De quelle façon pourriez-vous coopérer avec ces services existants? Vos responsables sanitaires sont-ils qualifiés pour les prestations correspondant à toutes les méthodes? Y a-t-il des méthodes qui ne peuvent être envisagées dans votre localité, en raison de traditions religieuses, de rumeurs ou d'autres problèmes particuliers d'ordre socio-culturel? Est-ce que l'inclusion, au départ, de telle ou telle méthode aurait une incidence négative sur l'accueil réservé à votre nouveau programme?

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Lorsque vous aborderez les pages qui suivent, vous vous reporterez au tableau inclus ci-après, intitulé "Guide des méthodes contraceptives modernes". Ce tableau est publié par le Population Crisis Committee, Washington, D.C.]

Sélection du type de contraceptifs oraux
et des quantités à stocker

Il existe actuellement plus de 30 marques de contraceptifs oraux (CO) aux Etats-Unis, et près de 100 dans l'ensemble du monde. Pour décider combien de marques fournir, et lesquelles, on étudiera plusieurs catégories de faits:

1. Les contraceptifs oraux diffèrent par leur composition, et le degré d'efficacité est lié:
 - au type et à la quantité d'oestrogène que contient chaque pilule
 - au type et à la quantité de progestatif que contient chaque pilule

2. Caractéristiques du groupe de personnes à servir, notamment:
 - âge
 - état de santé général (degré de malnutrition)
 - facteurs de risque (tabac, hypertension etc.)
 - niveau d'instruction
 - situation socio-économique
 - proportion d'hommes et de femmes parmi les employés
 - qui a droit aux services médicaux de la société/plantation? (conjoint? enfants?)

3. Organisation matérielle du service: capacité de stockage et d'approvisionnement:

- Nombre de marques de contraceptifs oraux que l'organisation est sûre de pouvoir stocker et réapprovisionner régulièrement.

4. Formation et expérience du personnel sanitaire:

- Les responsables sont-ils capables de donner des instructions précises aux consultantes pour plusieurs marques et types différents (dose fixe, multiphase, minipilule sans oestrogène), et pour différentes méthodes de prise des pilules.

5. Coût des CO (programmes subventionnés/non subventionnés)

- Le coût unitaire (plaquette de 21 ou 28 pilules) est de 0,27 dollar (programme subventionné), mais le prix de vente au consommateur dans un pays industrialisé se situe entre 10 et 15 dollars la plaquette (non subventionné)

La plupart des éléments ci-dessus étant traités ailleurs dans ce module, nous ne les aborderons pas ici. Les pages qui suivent traitent des aspects pharmacologiques à considérer pour la sélection des types de contraceptifs oraux à stocker.

Composition et efficacité

Le but recherché, lorsqu'on donne un contraceptif oral à une femme, est de choisir celui qui aura le maximum d'efficacité (c'est-à-dire le minimum de risque d'échec) et qui aura d'autre part le moins possible d'effets secondaires et de problèmes sérieux. Les contraceptifs oraux oestro-progestatifs, qu'ils soient à dose fixe ou multiphase, contiennent toujours l'une des deux formules d'oestrogène synthétique, et l'une des dix formules de progestatifs existant. Heureusement ces dix formules ne sont pas toutes en vente dans tous les pays. La dose d'oestrogène contenue dans les pilules va de 20 à 100 microgrammes (mcg), alors que la quantité de progestatif va de 0,15 à 10 milligrammes (mg). A l'heure actuelle, toutefois, la plupart des contraceptifs oraux oestro-progestatifs contiennent au maximum 1 mg de progestatif. Par contre, les CO sans oestrogène ne contiennent que 0,08 à 0,5 mg de l'hormone progestative, soit une quantité se situant entre le dixième et la moitié de celle contenue dans les CO oestro-progestatifs.

L'effet contraceptif des pilules oestro-progestatives est produit à la fois par l'oestrogène et par le progestatif. Si la femme conçoit alors qu'elle prend des contraceptifs oraux, l'échec peut être imputable à la méthode (efficacité insuffisante), à l'utilisatrice (si elle a oublié de prendre sa pilule), ou à d'autres facteurs, par exemple état nutritionnel de la personne ou absorption concomitante d'autres médicaments. Le taux général d'échec résulte de toutes ces causes réunies. Dans les pays où l'état de santé général (état nutritionnel) des femmes est satisfaisant, la plupart des études ne relèvent aucune différence statistique entre le taux d'échec général des contraceptifs oraux oestro-progestatifs à 50 mcg d'oestrogène et celui des CO ne contenant que 30 à 35 mcg (2 à 2,5 grossesses pour 100 femmes pratiquant correctement et systématiquement la méthode pendant la première année). Pour les contraceptifs oraux oestro-progestatifs ne contenant que 20 mcg d'oestrogène le taux d'échec est plus élevé, soit 3 à 5. Ceci est dû, semble-t-il, au fait que l'action des pilules à dose faible ne se prolonge pas (c'est-à-dire que, si la femme oublie de prendre une pilule, elle aura plus de chances de devenir enceinte avec la pilule à 20 mcg qu'avec celle à 30-50 mcg).

Dans les pays en développement, le taux d'échec général, même pour les pilules oestro-progestatives à dose intermédiaire, est considérablement plus élevé que dans les pays développés. Par exemple, une enquête nationale effectuée en 1976 aux Philippines relevait 8 grossesses pour 100 années-femme (périodes d'une année de vie féminine) au cours de la première année d'utilisation, 9,2 au cours de la deuxième année et 5,1 au cours de la troisième. Dans plusieurs pays du Sud de l'Asie on a observé des taux d'échec "utilisatrice" atteignant 11 à 25%. Les taux d'échec plus élevés constatés dans les pays en développement sont dus principalement à deux raisons: l'irrégularité de prise des pilules et la mauvaise nutrition. La plupart des femmes de ces pays n'ont jamais eu l'occasion de suivre des traitements leur demandant de prendre une pilule tous les jours, et ne comprennent pas que le traitement fait moins d'effet si l'on saute un jour. Selon les études effectuées par l'OMS, le nombre d'utilisatrices qui ne prennent pas leur pilule régulièrement va dans certaines régions jusqu'à 53%.

La mauvaise nutrition de la contraceptrice est également un facteur qui nuit à l'efficacité des CO. Des études comparatives effectuées dans cinq pays industrialisés et onze pays en développement ont montré des différences, à l'échelon national et à l'échelon individuel, dans l'absorption des hormones contenues dans la pilule et dans la façon dont ces hormones sont stockées par l'organisme. Celui des femmes mal nourries absorbe et retient moins d'hormones du fait qu'elles manquent de tissus adipeux. Par conséquent, pour la plupart des femmes

habitant des pays où règne la malnutrition et où la diarrhée chronique est courante, il est préférable d'utiliser un contraceptif oral à dosage intermédiaire (au moins 30 mcg d'oestrogène) plutôt que la pilule microdosée (20 mcg seulement).

Compte tenu de ce qui précède, on trouvera ci-après des conseils concernant le choix du type et du nombre des différents contraceptifs oraux à fournir:

1. Programme offrant un petit nombre de services

- se limitant aux méthodes mécaniques d'espacement des naissances, aux spermicides vaginaux et aux contraceptifs oraux;
- dont les responsables se contentent de fournir des conseils sur les méthodes, n'effectuent pas d'exams gynécologiques, et adressent les consultants à d'autres services pour tous problèmes occasionnés par les méthodes.

Recommandations

- Pilule oestro-progestative (type à dosage fixe) contenant 30 à 50 mcg d'oestrogène et 0,15 à 1 mg de progestatif. (NOTE: si les finances le permettent, si l'approvisionnement ne pose pas de problème et si l'on dispose de personnel qualifié, il pourra être bon de stocker deux marques différentes de contraceptifs oraux à dosage intermédiaire (par exemple Noriday et Lo-femenal); de cette façon on pourra donner le choix à la consultante, et on pourra également passer d'une marque à l'autre au cas où des effets secondaires mineurs seraient constatés).
- Minipilule sans oestrogène. (NOTE: ne pas commencer par cette pilule dans le cas de consultantes nouvelles et n'allaitant pas).

Préparations conseillées

<u>Marque</u>	<u>Oestrogène</u>	<u>mcg</u>	<u>Progestatif</u>	<u>mg</u>
<u>Oestro-progestatifs</u>				
Noriday	mestranol	50	noréthindrone	1
Lo-femenal	ethinyl estradiol	30	norgestrel	0,3
Norminest	ethinyl estradiol	35	noréthindrone	0,5
<u>Progestatif seul</u>				
Nor Q.D.	-		noréthindrone	0,35
Ovrette	-		norgestrel	0,075

157

2. Programme offrant des services intermédiaires

- se limitant aux méthodes mécaniques d'espacement des naissances, aux spermicides vaginaux, aux contraceptifs oraux, aux injectables et aux DIU (pose et retrait).
- dont les responsables fournissent des conseils (toutes méthodes d'espacement des naissances), effectuent des examens gynécologiques, traitent la plupart des problèmes occasionnés par les méthodes, et renvoient à d'autres services pour pose et retrait de DIU, NORPLANT (si le produit existe localement) et CCV.

Recommandations

- Pilule oestro-progestative (type à dosage fixe) contenant 30 à 50 mcg d'oestrogène et 0,15 à 1 mg de progestatif. (NOTE: si les finances le permettent, si l'approvisionnement ne pose pas de problème et si l'on dispose de personnel qualifié, il pourra être bon de stocker deux marques différentes de contraceptifs oraux à dosage intermédiaire (par exemple Noriday et Lo-femenal); de cette façon on pourra donner le choix à la consultante, et on pourra également passer d'une marque à l'autre au cas où des effets secondaires mineurs seraient constatés).
- Minipilule sans oestrogène. (NOTE: ne pas commencer par cette pilule dans le cas de consultantes nouvelles et n'allaitant pas).
- Contraceptif injectable, progestatif à action prolongée

Préparations conseillées

<u>Marque</u>	<u>Oestrogène</u>	<u>mcg</u>	<u>Progestatif</u>	<u>mg</u>
<u>Oestro-progestatifs</u>				
Noriday	mestranol	50	norethindrone	1
Lo-femenal	ethinyl estradiol	30	norgestrel	0,3
Norminest	ethinyl estradiol	35	norethindrone	0,5
<u>Progestatif seul</u>				
Ovrette	-		norgestrel	0,075
<u>Contraceptifs injectables</u>				
Depo-Provera	-		acétate de médroxyprogestérone	150
Norethindrone enanthate (NET-EN)	-		énanthate de noréthindrone	200

- DIU: nous recommandons le stérilet le plus perfectionné ou "T au cuivre" (TCu 380A).

[NOTE: Le Depo-Provera (150 mg) est donné à raison d'une injection intramusculaire tous les 3 mois, et l'énanthate de noréthindrone (200 mg) à raison d'une intramusculaire tous les 2 mois.]

3. Programme offrant une gamme complète de services

- portant sur toutes les méthodes d'espacement des naissances et de contraception permanente,
- dont les responsables sont pleinement qualifiés et peuvent traiter tous les problèmes ou complications occasionnés par les méthodes.

Recommandations

- contraceptifs oraux oestro-progestatifs, minipilules sans oestrogène, contraceptifs injectables, NORPLANT (si le produit existe localement).
- DIU (TCu 380A).

Préparations conseillées

Les mêmes que pour les services intermédiaires, plus NORPLANT.

En résumé, il n'y a aucune raison de stocker plus d'une, ou tout au plus deux "marques" de CO oestro-progestatifs (30 à 50 mcg d'oestrogène), une minipilule sans oestrogène et un contraceptif injectable, quelle que soit la taille des services de planification familiale. En fait, si l'on a en stock plusieurs marques de pilules oestro-progestatives, on aboutit simplement à une grande confusion pour le personnel et pour les consultantes, tout en compliquant les problèmes d'organisation et d'approvisionnement. Le bureau de Washington de l'USAID a décidé récemment de cesser la fourniture des contraceptifs oraux oestro-progestatifs à 50 mcg d'oestrogène (Femenal). Les CO à dosage d'oestrogène de 50 mcg ou plus comportent des risques accrus de complications graves et d'effets secondaires très gênants comme les nausées et l'oedème cyclique. En outre, ils n'ont pas une efficacité supérieure à celle des oestro-progestatifs à dose intermédiaire. Il est rare que l'on doive conseiller une pilule à dosage élevé. Quant aux contraceptifs oraux oestro-progestatifs microdosés (20 mcg d'oestrogène), nous avons déjà indiqué les raisons pour lesquelles nous ne les recommandons pas, en nous basant sur les considérations suivantes:

1. Les pilules microdosées sont moins bien tolérées et moins efficaces dans les pays où règne la malnutrition et où la diarrhée chronique est courante.
2. Les pilules microdosées provoquent plus souvent des effets secondaires désagréables - pertes de sang au cours du cycle de pilules, absence de tout écoulement menstruel, même minime, au cours des 7 jours sans pilule ou avec pilule "placebo".
3. Le taux général d'échec des pilules à faible dose d'oestrogène, même dans les pays développés, est plus élevé que celui des pilules à dose intermédiaire (30 à 35 mcg d'oestrogène), et n'est pas moins élevé que celui des minipilules sans oestrogène.

Comment choisir la méthode qui convient le mieux au consultant

Les directives figurant ci-après permettront d'aider les consultants à choisir la méthode de planification familiale qui leur convient. Pour chaque catégorie de consultant, les méthodes recommandées sont énumérées en ordre décroissant. Il s'agit toutefois de recommandations de principe, et les solutions proposées ne devront pas être considérées comme les seules possibles; dans certains cas, il pourra en exister de meilleures. Lorsque vous aiderez des consultants à choisir une méthode d'espacement des naissances ou de contraception permanente, vous devrez toujours tenir compte de leurs appréhensions et de leurs aspirations, tout en mesurant objectivement leur capacité de comprendre et d'utiliser correctement la ou les méthodes envisagées.

Groupe A. Couples désirant uniquement espacer les naissances

Exemples:

- o jeunes couples souhaitant retarder la première grossesse
- o couples souhaitant régler l'espacement entre une grossesse récente et la suivante.

Recommandations:

1. Contraceptifs oraux oestro-progestatifs, dosage fixe, cycle de 21 ou 28 pilules
2. Condom plus spermicide vaginal
3. Diaphragme (si le produit existe localement) plus spermicide vaginal
4. Planification familiale naturelle (PFN) - méthode de la température ou méthode de la glaire cervicale
5. Retrait plus spermicide vaginal

Observations:

Dans certains pays en développement on est peu enclin à recommander les contraceptifs oraux aux couples sans enfants ou ayant moins de deux enfants de moins de 5 ans. Ceci est dû en partie à la croyance erronée que les contraceptifs oraux peuvent nuire à la fécondité future, et aussi en grande partie à des aspects socio-culturels. Dans certains pays, les contraceptifs injectables et le NORPLANT sont actuellement utilisés comme méthode d'espacement des naissances pour les couples ayant au moins un enfant.

Groupe B. Couples ayant au moins deux enfants, dont le dernier né âgé de 5 ans ou plus, et qui veulent pratiquer la contraception (ne désirent plus d'enfants) mais ne veulent pas d'une méthode permanente (contraception chirurgicale volontaire ou CCV)

Exemples:

- o couples opposés à la CCV
- o couples ne pouvant bénéficier de la CCV en raison de leur âge (la limite d'âge varie d'un pays à l'autre, il faudra donc se reporter aux règlements sanitaires locaux)
- o couples non préparés psychologiquement à la CCV.

Recommandations:

1. Progestatif injectable à action prolongée (si le produit existe localement) ou implant sous-cutané NORPLANT
2. Contraceptifs oraux (oestro-progestatifs)
3. DIU (TCu 380A)
4. Méthodes mécaniques (condom ou, s'il existe localement, diaphragme) avec spermicide
5. PFN (méthode de la température ou méthode de la glaire)

Observations:

Les progestatifs à action prolongée (injectables et implants) sont extrêmement efficaces et bien tolérés. On signale en outre que le risque d'anémie par déperdition de fer est réduit, et que pendant la première année d'utilisation il se produit une augmentation de poids (1 à 2,5 kg) réelle (il ne s'agit pas d'oedème, enflure des jambes etc.). **A RETENIR:** La fécondité ne sera rétablie que 3 à 4 mois après la dernière injection de Depo-Provera (DMPA) ou 2 à 3 mois après la dernière injection d'éнанthane de noréthindrone (NET-EN). Ceci correspond au temps que met l'organisme à éliminer la dernière dose de DMPA ou de NET-EN. Par contre, si l'on utilise les implants de progestatifs, l'effet anticonceptionnel cesse dès que l'implant est retiré.

Groupe C. Couples estimant que leur famille est au complet, et désirant un mode de contraception permanent

Recommandations:

1. Stérilisation masculine (vasectomie)
2. Stérilisation féminine (minilaparotomie ou occlusion des trompes par laparoscopie)

Observations:

Toutes choses égales d'ailleurs (accessibilité et qualité des services, etc.) la vasectomie est une opération plus simple et plus facilement pratiquée, moins dangereuse et moins coûteuse que les deux opérations féminines. En outre, dans le cas extrême d'une catastrophe familiale (perte de certains ou de tous les enfants par suite d'accident ou de maladie), la vasectomie peut être corrigée plus facilement et avec plus de chances de succès.

Le choix entre minilaparotomie et laparoscopie se fera en fonction de la situation locale. Il se peut même que dans certains pays on préfère d'autres techniques, comme la ligature des trompes par voie vaginale par exemple.

La minilaparotomie et la laparoscopie sont deux techniques qui ne sont recommandées qu'à une certaine distance de la grossesse (plus de 10 ou 12 semaines après la dernière grossesse et le dernier accouchement). La technique de la ligature des trompes à la suite de l'accouchement diffère quelque peu de celle de la minilaparotomie (notamment parce que l'incision est pratiquée plus haut sur l'abdomen, l'utérus étant encore dilaté).

Groupe D. Couples/consultants ayant des problèmes particuliers

Exemples:

- o femmes qui allaitent
- o cas de contre-indication des contraceptifs oraux, ou possibilité que leur utilisation entraîne une aggravation des risques
- o couple désirant uniquement espacer les naissances.

Recommandations:

1. Condom ou diaphragme plus spermicide vaginal
 2. Minipilule sans oestrogène
 3. PFN (méthode de la température ou méthode de la glaire)
 4. Spermicide vaginal seul
 5. Retrait, avec spermicide
- o couple désirant une contraception définitive (plus de grossesses), mais non préparé à adopter une méthode permanente

Recommandations:

1. DIU (TCu 380A)
 2. Minipilule sans oestrogène
 3. Injectable ou implant
 4. Condom ou diaphragme avec spermicide
 5. PFN (méthode de la température ou méthode de la glaire)
- o couple désirant la contraception permanente

Recommandations:

1. Vasectomie
2. Stérilisation féminine (après évaluation de l'état de santé et traitement des problèmes médicaux éventuels, si le traitement est possible)

**Groupe E. couples pour lesquels le DIU est contre-indiqué,
ou pourrait entraîner une aggravation des risques**

- o couples désirant une contraception définitive
(plus de grossesses), mais non préparés
à adopter la CCV

Recommandations:

1. Progestatif injectable à action prolongée (si le produit existe localement) ou implant sous-cutané NORPLANT
2. Contraceptifs oraux (oestro-progestatifs)
3. Condom ou (s'il existe localement) diaphragme, avec spermicide
4. PFN (méthode de la température ou méthode de la glaire)

Observations:

Les cas où le DIU est contre-indiqué, ou peut entraîner une aggravation des risques, sont les suivants:

- antécédents: inflammation pelvienne aiguë, endométrite, infection puerpérale ou complication de césarienne
- infection vaginale/cervicale persistante
- pertes de sang vaginales/utérines non diagnostiquées
- résultat anormal du test de Papanicolaou
- culture ou analyse ayant un résultat positif pour MST: gonorrhée, chlamydia, mycoplasma
- partenaires sexuels multiples.

ESTIMATION DE L'ANNÉE-COUPLE DE PROTECTION (ACP)

[POUR LE FORMATEUR: Cet exercice sera inclus si l'expérience et la formation des stagiaires le permettent.]

Les systèmes statistiques des services de planification familiale fournissent souvent des renseignements peu exacts pour le calcul du nombre d'"usagers actifs" des services, nombre très important pour évaluer les résultats obtenus par un programme. Nous exposerons ici une autre méthode de mesure des résultats d'un programme de planification familiale: l'indice ACP, qui traduit le rendement d'ensemble d'un service en unités de protection potentielle fournies par ce service.

L'indice ACP fournit un moyen de déterminer la protection contraceptive totale offerte par différentes méthodes délivrées par un programme donné pendant une période donnée. Une ACP est égale à 12 mois-couple de protection, qui peuvent se répartir de toutes sortes de façons: 1 couple pratiquant la régulation des naissances pendant 1 année, 12 couples pratiquant la régulation des naissances pendant 1 mois chacun, etc. Par conséquent, 12 000 ACP de contraceptifs oraux délivrés aux usagers suffiront à satisfaire les besoins contraceptifs de 12 000 couples pendant un an, ou de 24 000 couples pendant six mois, etc. L'indice ACP indique donc quelle durée de protection contraceptive peut éventuellement résulter des quantités de contraceptifs délivrés.

[POUR LE FORMATEUR: Le texte des deux pages qui suivent sera distribué aux stagiaires. Il faudra d'abord étudier avec soin, avec les stagiaires, les indications fournies par la première page, après quoi on demandera aux stagiaires de compléter le tableau de la deuxième page.]

Exercice: Estimation de l'Année-Couple de Protection (ACP)

En pratique, le processus d'estimation de l'indice ACP comporte trois étapes.

1. A partir des fiches de stock, on relève les quantités de produits délivrés pour chaque méthode pendant la période considérée. Pour le présent exercice, on suppose ces renseignements connus (voir problème-type à la page suivante, colonne 2).
2. Ensuite, on détermine, pour chaque méthode, la quantité de produits nécessaire pour fournir une ACP. Ceci variera d'un pays à l'autre, d'un programme à l'autre, et d'une région à l'autre. En pratique, le directeur du programme calculera ces chiffres lui-même à partir d'études effectuées localement. Pour le problème-type, on utilisera les estimations suivantes:
 - a. Il faut 13 cycles de contraceptifs oraux (gaspillage non compris) pour protéger un couple contre le risque de grossesse pendant une année.
 - b. En moyenne, les couples utilisent 120 condoms par an.
 - c. En moyenne, un stérilet reste en place pendant 2,5 années environ. La consommation moyenne annuelle est donc de 1 divisé par 2,5 = 0,4 unité (DIU).
 - d. En moyenne, un tube de crème, de gelée ou de mousse fournit 3 mois de protection. Il faut donc 4 unités pour fournir une ACP.
 - e. En moyenne, un tube de Neo-Sampon (20 comprimés) fournit 2 mois de protection. Il faut donc 6 unités pour fournir une ACP.
 - f. Chaque injection contraceptive fournit 3 mois de protection, donc 4 injections fournissent une ACP.
3. Pour calculer le nombre d'ACP pour chaque méthode, on divise tout simplement la quantité de produits délivrés pour chaque méthode contraceptive par la quantité utilisée par un couple en une année, cette dernière constituant le facteur de conversion.

PROBLÈME-TYPE:

Déterminer le nombre d'ACP correspondant à chaque méthode.

Méthode contraceptive (1)	Quantité délivrée (2)	Nombre moyen néces- saire par couple par an (3)	Résultats en ACP (4)=(2)/(3)
Pilule	290 416	13 cycles =	22 340
Condom	193 596	120 unités =	1 613
DIU	540	0,4 unités =	1 350
Crème (y compris avec diaphragmes)	1 116	4 tubes =	279
Neo-Sampon	2 491	6 tubes =	415
Injection	9 260	4 injections =	<u>2 315</u>
		TOTAL	28 312

Source: CDC. Logistical Guidelines for Family
 Planning Programs. Atlanta:
 Center for Health Promotion and
 Education Division of Reproductive
 Health, juin 1985.

TABLEAU 1: CARACTERISTIQUES DES PRINCIPAUX TYPES
D'ORGANISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
I. COMMUNAUTAIRE		
On recrute des aides bénévoles, en général des villageoises, qui se chargent de l'éducation de leurs voisins, et distribuent les produits à utiliser pour le planning familial. Ces bénévoles reçoivent une formation de base: notions élémentaires de planning familial, mode d'emploi de chaque méthode, contre-indications et effets négatifs, techniques élémentaires de tenue d'un système de collecte de données. Le travail des bénévoles est supervisé par un médecin, une sage-femme ou une infirmière de planification familiale, qui se charge de régler tous problèmes éventuels.	<p>Les usagers peuvent obtenir méthodes et produits à moins de frais.</p> <p>Plus commode pour les consultants, qui évitent les longs déplacements.</p> <p>Les produits sont distribués par une personne connue qui a la confiance de l'utilisateur.</p> <p>Il est facile de se rendre chez les mères peu après l'accouchement.</p> <p>Le suivi est plus facile.</p> <p>Les usagers se sentent constamment soutenus et encouragés par les bénévoles.</p>	<p>Le lancement du programme coûte cher à l'utilisateur</p> <p>Pas de gamme complète de prestations de santé maternelle et infantile/ planification familiale.</p> <p>Pas d'accès direct à des responsables médicaux pour la résolution des problèmes.</p> <p>Résistance de certains professionnels sanitaires vis-à-vis des bénévoles.</p> <p>La discrétion n'est pas toujours assurée à l'utilisateur.</p> <p>L'utilisateur ne fait pas toujours confiance aux personnes n'ayant pas de formation médicale.</p>
II. DISTRIBUTION COMMERCIALE		
L'idée de la distribution commerciale s'est greffée sur le fait que, dans les zones trop isolées pour avoir accès aux soins médicaux, on constatait cependant la présence de divers produits de consommation sur le marché de détail. Donc, si d'autres fournitures parviennent jusqu'à ces zones reculées, pourquoi pas les produits contraceptifs? Dans la plupart des pays la distribution commerciale des contraceptifs oraux est limitée aux pharmacies. Par contre les contraceptifs "locaux" sont vendus un peu partout: magasins d'alimentation, marchés, marchands ambulants.	<p>Peut atteindre des zones reculées que n'atteignent pas les autres programmes.</p> <p>Pas de longs déplacements pour les usagers.</p> <p>Les distributeurs sont attirés par les gains à réaliser.</p> <p>Le public est bien informé des produits en vente.</p> <p>Pas de queue à faire pour obtenir les produits.</p> <p>Discrétion assurée à l'utilisateur.</p> <p>Distribution souvent peu onéreuse pour l'Etat.</p> <p>Réapprovisionnement des points de vente généralement régulier.</p>	<p>Les usagers doivent se rendre à une clinique lorsque survient un problème.</p> <p>Le démarrage d'un programme est parfois coûteux.</p> <p>Pas de gamme complète de services.</p> <p>La promotion publicitaire des contraceptifs s'attire parfois des critiques.</p> <p>Les services officiels de santé publique n'ont aucun contrôle sur le système de réapprovisionnement.</p>

TABLEAU 1 (suite)

DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
<p>III. CONSULTATION EN CLINIQUE</p> <p>L'organisation d'une consultation en clinique est une bonne façon de procéder si l'on dispose de personnel sanitaire, et si les usagers habitent à proximité de la clinique. Avec une certaine supervision médicale, des infirmières (ou infirmiers) et sages-femmes pourvues de la formation nécessaire examinent les femmes, prescrivent les méthodes de planification familiale qui conviennent, et règlent les problèmes éventuels.</p>	<p>Les usagers consultent des professionnels de la santé à chaque visite. Les problèmes peuvent être détectés et traités lors de la visite. Un changement de méthode contraceptive peut s'effectuer sans délai à la clinique. Frais de démarrage peu élevés s'il existe déjà des services de santé maternelle et infantile (SMI). Gamme de services plus complète.</p>	<p>Les consultants sont surtout des personnes du voisinage. Le suivi ne peut s'effectuer que si l'utilisateur revient à la consultation. L'infirmier ou la sage-femme ne connaît pas toujours bien le consultant. Les consultants sont censés venir de leur propre initiative. Les consultants doivent parfois faire de longues queues. Il se peut que le médecin ou l'infirmier soit un homme, ce qui n'est pas admis par les femmes dans certains milieux.</p>
<p>a) CONSULTATION DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET PLANIFICATION FAMILIALE</p> <p>Au départ, le type d'organisation combinant la santé maternelle et infantile avec la planification familiale est celui que préfèrent de nombreux Etats africains, parce que les mères se procurent au même endroit divers services apparentés, d'où plus de continuité dans les soins, et aussi parce que le planning familial y est offert comme moyen d'espacement des naissances lié à la santé de la mère et de ses enfants, et non comme mesure de "réglementation de la fécondité".</p>	<p>Permet de contacter un grand nombre de mères venant pour d'autres prestations. Les consultantes peuvent s'adresser aux consultations de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie dans le même établissement que pour la planification familiale. En théorie, la transition est plus aisée entre les suites de l'accouchement et le planning familial, et vice versa. Une consultante redoutant le jugement de la société envers le contrôle des naissances peut venir au dispensaire sans révéler le but de sa visite. C'est un moyen d'affirmer que la planification familiale est un élément important de la santé des femmes et des enfants.</p>	<p>On ne s'occupe des consultants en planning familial qu'après avoir traité les problèmes de santé maternelle et infantile. Les responsables sont souvent en nombre insuffisant et surchargés de travail. L'administration est plus compliquée, surtout si les fiches de service et de réapprovisionnement pour la planification familiale ne sont pas intégrées dans l'organisation générale de la consultation SMI. Les responsables, souvent non spécialisés en planification familiale, ne savent pas toujours s'adapter à l'intégration des services de planification familiale</p>

TABLEAU 1 (suite)

DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
<p>b) PLANIFICATION FAMILIALE UNIQUEMENT Les consultations consacrées uniquement à la planification familiale sont établies le plus souvent dans des zones urbaines ou dans des villages importants où existe une demande pour les contraceptifs.</p>	<p>Les responsables sont des spécialistes qui sont plus dévoués à la cause de la planification familiale. On dispose de plus de temps à passer avec chaque con- sultant pour les conseils et l'éducation. En général, le nombre de responsables est mieux proportionné au nombre de consultants en planifica- tion familiale. Les responsables qui ont une formation spécialisée en planification fami- liale obtiennent souvent de meilleurs résultats. Les femmes célibataires sans enfants sont plus à l'aise dans ce genre de service.</p>	<p>Les consultants doivent être bien motivés pour venir d'eux-mêmes à la consultation de plani- fication familiale Ne facilite pas la tran- sition entre la période de l'accouchement et le moment où la femme a besoin de prestations de planification fami- liale, ou d'une nou- velle série de visites prénatales Les femmes doivent se rendre ailleurs pour les autres services de santé. Les consultations ne présentent pas pour les mères l'attrait de prestations supplémen- taires.</p>

Source: CDC. Family Planning Methods
 and Practice: Africa.
 1983, pp. 283-284.

TABLEAU 2: TAUX D'ÉCHEC DES MÉTHODES D'ESPACEMENT
DES NAISSANCES ET DE CONTRACEPTION PERMANENTE
PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE

Méthode	Tau d'échec le plus bas constaté* (%)	Taux d'échec chez l'utilisateur moyen** (%)
Stérilisation tubaire (femmes)	0,2	0,2-1
Vasectomie (hommes)	0,15	0,5-1
Progestatif injectable	0,25	1
Pilules oestro-progestatives	0,5	1-8
Pilules à progestatif seul	1	3-10
DIU (TCu 380A)	1-3	1-5
Condom	1-2	3-15
Diaphragme (avec spermicide)	2	4-25
Eponge (avec spermicide)	11	15-30
Mousses, crèmes gelées, ovules vaginaux	3-5	10-30
Retrait	16	23
Techniques de prise de conscience de la fécondité (température basale, méthode de la glaire, calendrier, "rythme")	1-50	10-30
Hasard (aucune méthode de régulation)	35-90	90+

*Sert à terminer la phrase suivante: "Parmi 100 utilisateurs qui commencent l'année en pratiquant une méthode donnée et qui la pratiquent correctement et systématiquement, le taux d'échec le plus bas constaté est _____."

**Sert à terminer la phrase suivante: "Parmi 100 utilisateurs moyens qui commencent l'année en pratiquant une méthode donnée, le nombre de grossesses survenant avant la fin de l'année sera _____."

Source: Contraceptive Technology,
1986-1987, 13^{ème} édition révisée,
p. 102.

TABLEAU 3: MORTALITÉ LIÉE A L'USAGE DES CONTRACEPTIFS
DANS LES PAYS DEVELOPPÉS ET EN DÉVELOPPEMENT

Méthode et situation de l'utilisateur	Nbre de grossesses	Nbre de décès maternels	Nbre de décès liés à la méthode
	(pour 100 000 femmes fécondes, à risque ¹)		
PAYS DÉVELOPPÉS			
Pas de méthode			
Moins de 35 ans	60 000	12	0
35 ans et plus	40 000	22	0
Contraceptifs oraux			
NF ² moins de 35 ans	3 000	0,6	1
F ³ moins de 35 ans	3 000	0,6	10
NF 35 ans et plus	2 000	1,1	15
F 35 ans et plus	2 000	1,1	48
DIU			
Moins de 35 ans	5 000	1	1
35 ans et plus	3 000	1,8	2
Condoms, diaphragme etc.			
Moins de 35 ans	14 000	2,8	0
35 ans et plus	7 000	5,6	0
PAYS EN DÉVELOPPEMENT			
Pas de méthode			
Moins de 35 ans	60 000	60	0
35 ans et plus	40 000	160	0
Contraceptifs oraux			
NF moins de 35 ans	12 000	12	1
F moins de 35 ans	12 000	12	1
NF 35 ans et plus	6 000	24	15
F 35 ans et plus	6 000	24	48
DIU			
Moins de 35 ans	8 000	8	2
35 ans et plus	3 000	12	4
Condoms, diaphragme etc.			
Moins de 35 ans	20 000	20	0
35 ans et plus	10 000	40	0

¹Non compris les femmes stérilisées, ou allaitant et non réglées.

²NF = non fumeuses - ³F = fumeuses.

Source: Tietze et Lewit, International Journal of Gynecology and Obstetrics. 16:456, 1979.

TABLEAU 4: PRODUITS CONTRACEPTIFS FOURNIS PAR L'AID

<u>PRODUIT</u>	<u>QUANTITÉ FOURNIE</u>	<u>COÛT UNITAIRE</u>
<u>MOUSSE CONTRACEPTIVE</u>		
EMKO	3 douzaines	\$17,04/douzaine
<u>CONTRACEPTIFS ORAUX</u>		
LO-FEMENAL 0,3 mg norgestrel 0,03 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "DAME BLEUE")	1 200 cycles mensuels	\$ 0,13/cycle
OVRETTE (MINIPILULE A PROGESTATIF) 0,075 mg norgestrel (EMBALLAGE "DAME ROSE")	1 200 cycles de 28 pilules	\$ 0,13/cycle
NORIDAY 1+50 FE 1 mg noréthindrone 0,05 mg mestranol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
NORMINEST FE 0,5 mg noréthindrone 0,035 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
NORQUEST 1 mg noréthindrone 0,035 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
<u>DIU</u>		
MODÈLE TCu 380A	200 unités	\$ 0,95/unité

174

TABLEAU 4: PRODUITS CONTRACEPTIFS FOURNIS PAR L'AND

<u>PRODUIT</u>	<u>QUANTITÉ FOURNIE</u>	<u>COÛT UNITAIRE</u>
<u>MOUSSE CONTRACEPTIVE</u>		
EMKO	3 douzaines	\$17,04/douzaine
<u>CONTRACEPTIFS ORAUX</u>		
LO-FEMENAL 0,3 mg norgestrel 0,03 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "DAME BLEUE")	1 200 cycles mensuels	\$ 0,13/cycle
OVRETTE (MINIPILULE A PROGESTATIF) 0,075 mg norgestrel (EMBALLAGE "DAME ROSE")	1 200 cycles de 28 pilules	\$ 0,13/cycle
NORIDAY 1+50 FE 1 mg noréthindrone 0,05 mg mestranol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
NORMINEST FE 0,5 mg noréthindrone 0,035 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
NORQUEST 1 mg noréthindrone 0,035 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
<u>DIU</u>		
MODÈLE TCu 380A	200 unités	\$ 0,95/unité

175

TABLEAU 4 page 2

<u>PRODUIT</u>	<u>QUANTITÉ FOURNIE</u>	<u>COÛT UNITAIRE</u>
<u>MOUSSE EN COMPRIMÉS VAGINAUX</u>		
CONCEPTROL	4 800 unités	\$ 0,095/unité
<u>CONDOMS</u>		
	6 000 pièces	\$ 4,24/100 pièces
49 mm couleur (Sultan)		
49 mm RAJA (rouge seulement)		
52 mm couleur Tahiti		
52 mm couleur (Sultan)		
52 mm non couleur (Sultan)		
52 mm couleur Panther		
52 mm non couleur Panther		
52 mm couleur, sans marque (fabriqué aux USA)		
52 mm non couleur, sans marque (fabriqué aux USA)		
52 mm couleur Blue & Gold Coin		
52 mm non couleur Majestic ULTRA THIN		

EXPOSÉ:

INTRODUCTION AUX TECHNIQUES DE CONTRACEPTION

INTRODUCTION AUX TECHNIQUES DE CONTRACEPTION

Réflexions sur la planification familiale

Le désir et le besoin d'agir sur la fécondité remonte aux origines de l'humanité. Comme en témoignent des textes très anciens, il y a bien longtemps que les hommes ont connaissance de certains moyens élémentaires d'espacer les naissances et de prévoir combien d'enfants ils désirent. Par exemple, la pratique du retrait (coït interrompu) existe depuis des siècles, et elle est mentionnée dans la Bible (livre de la Genèse) comme une pratique intervenant au cours de la période de deux ans qui suit une naissance, ce qui fait supposer qu'il s'agit d'une méthode d'espacement des naissances.

Une sorte de fourreau, fait d'une étoffe de fil et destiné à envelopper le pénis au moment du rapport sexuel - un précurseur du condom - était décrit pour la première fois en 1564 par Gabriele Fallopio dans son traité "De morbo gallico". Les préservatifs en forme de fourreau pour le pénis servaient à l'origine à la protection contre les maladies vénériennes. Ce n'est qu'au 18ème siècle que le préservatif baptisé "condom", gaine souple généralement fabriquée à partir de membranes animales, entra dans la pratique courante comme moyen anticonceptionnel. Vers 1884, grâce à la vulcanisation du caoutchouc, on se trouva soudain en possession d'un produit peu coûteux qui donna un élan extraordinaire à la contraception. Aussi le préservatif masculin ou condom était-il, vers le milieu du vingtième siècle, le plus répandu des moyens employés pour l'espacement des naissances.

Le principe d'un niveau idéal de la population, et celui d'une préférence concernant le nombre d'enfants pour une famille, remontent également à l'antiquité. Les Grecs furent, semble-t-il, les premiers à envisager sérieusement le contrôle démographique. La plupart des anciens philosophes grecs estimaient que la stabilité de la population était très importante. Ils étaient partisans d'une réglementation légale de la reproduction, qui permet d'éviter la surpopulation et corrigeât la sous-population en stimulant la fécondité et l'immigration.

Après ce retour en arrière qui nous a fait voir certaines positions exprimées dans les temps anciens, nous passerons à l'époque moderne pour noter que les comportements varient fortement d'une société à une autre en ce qui concerne la façon dont s'exprime la sexualité. De nos jours encore, dans certaines parties du monde, la planification familiale demeure un sujet délicat. Dans la plupart des pays, heureusement, une évolution s'est produite au cours des trente dernières années

178

en ce qui concerne le nombre d'enfants souhaitable pour une famille, le type de mesures que peut prendre l'Etat pour promouvoir un tel objectif, et les méthodes à préconiser. Grâce au progrès scientifique et aux systèmes modernes de diffusion, il est maintenant reconnu que l'absence d'espacement des naissances et/ou de limitation du nombre d'enfants peuvent causer une détérioration de la santé de la mère, du nouveau-né, des jeunes enfants, et par conséquent de la famille et de la société tout entières.

En dépit du progrès des connaissances en matière de reproduction, de planification familiale et de sexualité, on constate que dans bien des pays la diffusion des informations n'a pas suivi. Par suite, il existe encore de nombreuses idées fausses, de nombreux mythes concernant la sécurité, l'efficacité et le mode d'action de la plupart des méthodes d'espacement des naissances. D'importants travaux d'éducation sont à faire dans les communautés pour faire disparaître ces rumeurs, et pour diffuser les notions les plus élémentaires concernant la santé.

Certaines idées fausses sont basées sur des faits rapportés incomplètement, ou partent de la constatation d'effets secondaires causés par une méthode et attribués ensuite à d'autres, voire à toutes les autres méthodes. Citons parmi ces "fausses perceptions": "on a l'impression d'être enceinte"; "cela nuit à la spontanéité"; "cela diminue le désir sexuel". Les premiers contraceptifs oraux (pilules), il est vrai, contenaient une dose beaucoup plus forte d'hormones sexuelles, et il arrivait couramment que les femmes se plaignent de modifications de leur comportement sexuel, ou de sensations rappelant la grossesse. Mais de nos jours, avec les nouvelles pilules microdosées, ces plaintes sont beaucoup plus rares.

Les contraceptifs oraux inspirent encore d'autres craintes, trois surtout: crainte qu'ils soient dangereux, qu'ils provoquent le cancer, et qu'ils créent une accumulation de sang dans l'utérus. Or de nombreuses études effectuées au cours de toutes ces années ont démontré assez clairement que les pilules microdosées, prises par des femmes en bonne santé, entraînent fort peu de risques de complications sérieuses. En fait le risque de complications médicales pour une femme en bonne santé qui prend la pilule est très inférieur aux risques attachés à la mise au monde d'un enfant. En ce qui concerne le cancer, rien n'a été découvert qui puisse indiquer une action nocive des contraceptifs oraux. Il faut enfin signaler le fait que, chez les femmes qui prennent la pilule, l'endomètre (muqueuse qui tapisse l'utérus) se développe moins que chez les femmes utilisant d'autres méthodes d'espacement des naissances. Cette muqueuse est normalement éliminée au moment des règles, et par

suite, les femmes qui prennent la pilule ayant une quantité moindre de la muqueuse, elles en ont moins à éliminer et ont donc des pertes moins abondantes.

**Types d'organisation actuellement adoptés
pour dispenser les services de planification familiale
dans les pays en voie de développement**

Les services de planification familiale peuvent être mis à la disposition des intéressés selon diverses formules plus ou moins originales. Certaines formules seront mieux accueillies dans certains milieux culturels et par certaines personnes. Parmi les facteurs qui entrent en jeu, il faut citer la distance à parcourir pour consulter les services, les traditions culturelles et croyances religieuses, et la facilité de recours aux services.

Il existe trois types principaux d'organisation des services de planification familiale:

1. Organisation au niveau de la communauté
2. Distribution commerciale
3. Consultation en clinique

1. Organisation au niveau de la communauté

Ce type d'organisation emploie généralement des aides bénévoles qui ont le sens des responsabilités communautaires et le désir de fournir des informations et des services importants à leur famille, à leurs amis et à leurs voisins. Ces bénévoles - le plus souvent des femmes bien que ceci ne soit pas une règle - reçoivent une formation concernant l'anatomie, la physiologie et les fonctions sexuelles. On leur apprend comment fonctionnent un certain nombre de méthodes traditionnelles et modernes d'espacement des naissances. Les bénévoles apprennent ensuite à partager ces nouvelles connaissances avec d'autres, et à répondre intelligemment aux questions qui seront posées. En outre ces bénévoles servent souvent de fournisseurs pour certains des produits nécessaires à la planification familiale, qu'ils ou elles vendent à des prix avantageux.

Il importe que ces aides bénévoles travaillent en liaison avec un professionnel des services de santé. Il peut s'agir d'une sage-femme, d'un médecin ou d'une infirmière travaillant

127

dans une clinique de planification familiale. Cette liaison aide les bénévoles à se tenir au courant, leur permet de donner des conseils appropriés en toute sécurité, et leur permet également de savoir où adresser les personnes en difficulté. Grâce aux services qu'ils ou elles rendent, ces bénévoles s'attirent généralement le respect de la communauté.

Des formules originales sont mises au point pour la mise à profit des ressources communautaires. Dans de nombreuses localités, des groupements d'adolescents sont chargés de répandre parmi les jeunes les informations concernant les risques des rapports sexuels pour les très jeunes, les méthodes d'espacement des naissances, l'anatomie des deux sexes et le fonctionnement de l'appareil génital. Les mêmes réseaux qui transportent les fausses informations peuvent être utilisés pour apporter aux jeunes des messages précieux sur la santé et pour faire disparaître les informations erronées, les rumeurs et les mythes.

Les programmes organisés au niveau de la communauté peuvent fonctionner en milieu urbain comme en milieu rural. Il s'agit parfois tout simplement d'entretiens individuels avec une voisine, ou du rassemblement d'un petit groupe auquel on communique des informations nouvelles. Comme les sujets abordés sont très personnels, les bénévoles doivent savoir respecter le caractère confidentiel des conversations. Le succès ou l'échec d'un programme dépend du climat de confiance et de discrétion créé par les bénévoles.

Dans certains cas les agents utilisés sont salariés, en tant qu'agents de promotion sanitaire ou agents de santé communautaire. Cette situation présente un avantage, car ces personnes sont souvent bien connues et honorées de la confiance de toute la communauté. L'inconvénient est que le responsable en question a fréquemment un grand nombre d'autres obligations, ce qui l'empêche de consacrer suffisamment de temps à la vulgarisation et aux services concernant l'espacement des naissances.

Certains programmes communautaires ont établi des liaisons intéressantes avec diverses activités sociales ou commerciales. En Thaïlande, par exemple, les personnes pratiquant l'espacement des naissances peuvent obtenir des réductions pour des dépenses courantes de divers ordres - coupes de cheveux par exemple, ou bien services de monte pour les éleveurs de porcs. Des échantillons gratuits de préservatifs sont également distribués dans les usines et lors de manifestations sportives, tandis que des feuilles d'information concernant les services d'espacement des naissances sont distribuées par des chauffeurs de taxis et autres.

La formule à retenir et les moyens à employer pour faire connaître les services varieront d'une communauté à l'autre et d'un milieu socio-culturel à l'autre. Lorsqu'on introduit un élément nouveau, il faut souvent agir avec prudence de façon à déterminer si le message présenté est bien adapté au milieu et s'il aura l'effet désiré.

2. Distribution commerciale

Dans les programmes de distribution commerciale, ce sont des points de vente au détail qui servent à dispenser les méthodes modernes d'espacement des naissances. Dans la plupart des pays la vente des contraceptifs oraux se fait exclusivement en pharmacie. Les produits nécessaires pour les méthodes locales - condoms, mousses, éponges et autres - sont vendus en des lieux divers marchés à ciel ouvert, marchands ambulants, magasins, salons de coiffure et autres. Les professionnels de la vente trouvent toutes sortes d'endroits où placer les produits pour que les intéressés se les procurent facilement.

L'inconvénient des organisations commerciales est que le vendeur risque d'être influencé par l'attrait du gain. Il est indispensable que la publicité pour un produit soit accompagnée de mises en garde destinées aux personnes pour lesquelles il est contre-indiqué. Il faut en outre fournir des instructions claires pour l'usage de la méthode, et il faut que ces instructions soient rédigées dans la langue de l'utilisateur, ou soient illustrées de façon à être parfaitement claires pour une personne analphabète.

3. Consultations en clinique

C'est au sein de formations sanitaires ou cliniques fournissant des services divers que sont traditionnellement organisées les consultations de planification familiale. Les responsables sanitaires qui travaillent dans ces cliniques sont principalement des sages-femmes, des médecins et/ou des infirmières spécialisées en planification familiale. L'avantage des consultations ainsi organisées est qu'elles se trouvent souvent dans un centre de santé bien connu des familles de la zone environnante.

Les consultations fonctionnant en clinique sont en mesure d'offrir toutes les options, y compris les stérilets ou dispositifs intra-utérins (DIU) et la stérilisation. D'une façon générale, ces méthodes ne sont offertes ni par les programmes organisés au niveau de la communauté ni par les programmes commerciaux. Un autre avantage des consultations en clinique est

que le personnel est à la disposition des consultants pour répondre à leurs questions, intervenir en cas de complication, les aider à comprendre les instructions, leur fournir un soutien moral. Le principal inconvénient des consultations en clinique est qu'elles desservent exclusivement les personnes habitant les environs immédiats. En effet, si les consultants doivent parcourir de grandes distances pour s'approvisionner, ou passer de longues heures à attendre leur tour, un grand nombre d'entre eux cesseront de revenir à la consultation, et auront vraisemblablement recours à une méthode traditionnelle, ou bien n'utiliseront aucune méthode du tout.

**Etude des méthodes modernes et traditionnelles
d'espacement des naissances/planification familiale**

La faculté pour toute personne de déterminer ses propres actions en matière de procréation, et de choisir de son plein gré parmi les méthodes d'espacement des naissances, est une importante liberté individuelle. Le nombre de méthodes entre lesquelles on pourra choisir variera d'un pays à l'autre en fonction du coût des diverses méthodes, de leur conformité avec les habitudes locales, et de la possibilité d'approvisionner avec régularité les produits nécessaires. Les industriels ont un grand rôle à jouer pour nous faciliter les tâches de production et de distribution des fournitures contraceptives. Il est souhaitable que les consultants aient le plus grand nombre de méthodes possible à leur disposition, ce qui leur permettra de choisir en fonction de leur préférence personnelle.

Pour évaluer une méthode particulière d'espacement des naissances, il est nécessaire de trouver la réponse à un certain nombre de questions élémentaires, notamment:

- o Comment fonctionne la méthode?
- o Quelle est la manière correcte d'utiliser la méthode?
- o Quelle est l'efficacité de la méthode?
- o Quels sont les effets secondaires les plus courants de la méthode?
- o Quels sont les signes de danger que devront guetter les responsables sanitaires et le personnel de planification familiale?
- o Quels sont les cas de contre-indication de la méthode, ou en d'autres termes quelles sont les personnes qui ne devraient pas utiliser la méthode?

Les pages qui suivent fournissent des réponses à ces questions parmi d'autres. L'exposé a pour but:

1. de vous aider à mieux comprendre les différentes méthodes d'espacement des naissances, avec leurs avantages et leurs risques;
2. de vous aider à choisir les méthodes qui conviennent le mieux à vos consultants, qu'il s'agisse d'espacement des naissances ou de contraception permanente;
3. de vous donner les moyens nécessaires pour déterminer les méthodes qui figureront dans vos services, tenant compte le mieux possible des exigences et des ressources de votre programme.

Le plan de l'exposé est le suivant: tout d'abord, un bref rappel du processus qui aboutit à la grossesse; suit une description de chaque méthode, une explication de la façon dont cette méthode prévient la grossesse, et une discussion de son efficacité relative. Le texte se termine par un exposé des facteurs à prendre en compte pour la constitution de la gamme de méthodes d'espacement des naissances que l'on désirera promouvoir dans le cadre d'un programme donné.

Le processus qui aboutit à la grossesse

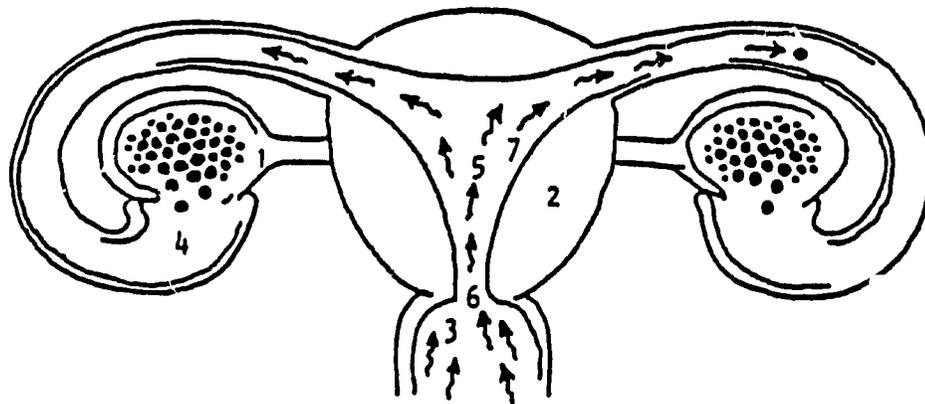
Pour prévenir une grossesse, il est nécessaire d'interrompre le processus qui y aboutit, ou d'éviter l'une ou l'autre des phases de ce processus: ovulation, fécondation, implantation. Pour vous aider à comprendre le fonctionnement des différentes méthodes d'espacement des naissances, nous vous rappellerons succinctement le processus qui mène à la grossesse.

Le corps de la femme, à partir de l'âge de 12 à 15 ans et jusqu'à l'âge de 45 à 50 ans, soit pendant 30 à 40 années environ, se prépare chaque mois en vue d'une grossesse. Ce processus cyclique des fonctions reproductives, appelé cycle menstruel, a une durée moyenne d'environ 29 jours pour la plupart des femmes, avec une fourchette normale allant de 25 à 36 jours. Le processus commence dans les ovaires (paire de glandes de couleur blanche et de forme aplatie, situées dans le bas-ventre). Chaque mois, dans l'un des ovaires, un ovule arrive à maturité à l'intérieur d'un petit sac appelé follicule (Figure 1 ci-dessous). Quand l'ovule est arrivé à maturité, vers le milieu du cycle menstruel (entre le douzième et le seizième jours), le follicule s'ouvre pour libérer l'ovule. Cette phase, appelée ovulation, est parfois accompagnée de pertes vaginales et de légères sensations douloureuses, qui peuvent durer quelques heures.

A sa sortie de l'ovaire, l'ovule est attiré dans l'une des deux trompes. Chaque trompe est d'une longueur d'environ 10 à 12 cm. Du côté de l'ovaire, l'extrémité de la trompe est en forme d'entonnoir, et pourvue de franges qui facilitent l'entrée de l'ovule dans la trompe. Une fois dans la trompe, l'ovule est propulsé en direction de l'utérus par les contractions de la trompe. Au cours du rapport sexuel, des spermatozoïdes entrent dans le vagin, franchissent le col de l'utérus, pénètrent dans la cavité utérine et de là dans les trompes. A la différence de l'ovule, les spermatozoïdes sont capables de se déplacer par eux-mêmes, et qui plus est "à contre-courant", c'est-à-dire dans la direction opposée à celle des contractions de la trompe. La fécondation, ou union de l'ovule et d'un spermatozoïde, a lieu dans l'une des trompes. L'ovule fécondé continue d'être propulsé le long de la trompe jusqu'à la partie supérieure de l'utérus.

185

FIGURE 1



- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Ovaires | 5. Cavité utérine |
| 2. Utérus (matrice) | 6. Col (entrée) de l'utérus |
| 3. Vagin | 7. Endomètre |
| 4. Trompes de Fallope (ou trompes utérines) | |

La cavité de l'utérus est tapissée d'une muqueuse appelée endomètre. Au moment de l'ovulation, une hormone est sécrétée - la progestérone - qui augmente l'afflux de sang vers l'utérus. Ainsi gonflé de sang, l'endomètre s'épaissit et se ramollit, se préparant à recevoir l'ovule fécondé. Un fois que l'ovule fécondé est entré dans la partie supérieure de la cavité utérine, il s'attache à l'endomètre. Poursuivant sa croissance, il s'implante dans la paroi de l'utérus et prend le nom d'embryon. L'implantation se produit généralement 4 ou 5 jours environ après l'ovulation, et constitue le début de la période intra-utérine de la grossesse.

Si l'ovule n'est pas fécondé, l'endomètre n'est plus nécessaire et, environ 12 à 15 jours après l'ovulation, soit à peu près 25 à 35 jours après le début du cycle, il est lentement éliminé de l'utérus par le col de l'utérus et le vagin. Ce processus de rejet de l'endomètre est appelé menstruation. L'ovule non fécondé se désintègre et est éliminé avec l'écoulement menstruel.

Efficacité de la contraception

L'efficacité des diverses méthodes d'espacement des naissances dépend à la fois de la méthode et de la personne qui l'utilise. C'est pourquoi les taux d'efficacité sont généralement indiqués sous deux formes. Les expressions "efficacité méthode" et "efficacité utilisateur" (ou "échec imputable à la méthode" et "échec imputable à l'utilisateur") sont employées en vue de distinguer entre les grossesses survenant lorsque la méthode est utilisée correctement (échec imputable à la méthode) et celles qui surviennent lorsque la méthode est utilisée de façon incorrecte (échec imputable à l'utilisateur). Pour toutes les méthodes d'espacement des naissances, l'efficacité "méthode" est toujours supérieure à l'efficacité "utilisateur", cependant cette dernière correspond plus exactement à ce qui est susceptible de se produire dans la réalité quotidienne. Etant donné cette différence, vous devrez absolument savoir de quel taux il est question chaque fois que vous lirez ou entendrez un exposé sur ce sujet. Par exemple, il ne serait pas juste de comparer deux méthodes en prenant l'efficacité "utilisateur" pour l'une et l'efficacité "méthode" pour l'autre.

Il est difficile de déterminer avec exactitude l'efficacité de diverses méthodes d'espacement des naissances, en raison du grand nombre de facteurs qui peuvent faire échouer la contraception. Toutefois nous présentons au Tableau 2, intitulé "Taux d'échec des méthodes d'espacement des naissances et de contraception permanente pendant la première année", des estimations modérées pour chacun des deux taux. Les chiffres figurant dans la première colonne, "Taux d'échec le plus bas constaté", sont assez proches du taux d'efficacité "méthode" (la statistique étant basée sur un groupe de personnes ayant toutes utilisé la méthode "correctement et systématiquement"). De même les taux d'échec indiqués dans la deuxième colonne sont proches du taux d'efficacité "utilisateur" parce que l'utilisateur moyen aura, selon les cas, utilisé correctement ou incorrectement la méthode.

Parmi les diverses méthodes réversibles qui existent, l'efficacité théorique des contraceptifs oraux oestro-progestatifs n'est surpassée que par celle des progestatifs à action prolongée (injectables ou implants). Comme l'indique le tableau, le taux d'efficacité "méthode" pour les contraceptifs oraux est supérieur à 99% (soit moins d'1 grossesse sur 100 femmes utilisant correctement et systématiquement la méthode pendant la première année); toutefois le taux d'échec "utilisateur" réel est plus élevé (de 1 à 8). De plus, il se peut que dans les pays en développement les taux d'échec soient encore plus élevés que ceux indiqués au Tableau 2.

Il faut citer également plusieurs facteurs qui jouent un rôle en ce qui concerne l'efficacité d'une méthode donnée:

- Les échecs contraceptifs, en particulier dans le cas d'une méthode pratiquée au moment du rapport sexuel, sont plus susceptibles de se produire chez les couples cherchant à retarder une grossesse désirée, que chez ceux qui désirent éviter absolument toute grossesse.
- Les femmes qui sont plus âgées, appartiennent à une catégorie sociale plus élevée et possèdent une meilleure instruction tendent à avoir plus de succès dans l'emploi des méthodes de contraception que les femmes jeunes, pauvres et peu instruites.

Taux de continuation

Quoi qu'il en soit, la valeur totale d'une méthode d'espacement des naissances pour le couple (ou groupe de couples) qui l'utilise est basée non seulement sur l'efficacité réelle (constatée), mais également sur la durée de la période pendant laquelle le ou les couples utilisent la méthode (ce qu'on appelle "taux de continuation"). Pour calculer ce taux, on utilise des méthodes actuarielles comme celle du "tableau de la vie". Comme dans le cas de l'efficacité utilisateur, les taux de continuation varient considérablement d'une méthode à l'autre et d'un pays à l'autre. Ils tendent tout naturellement à être moins élevés dans les pays en développement et chez les personnes jeunes, pauvres et peu instruites. Dans certaines zones d'Asie méridionale et d'Afrique, le taux de continuation à 50% (c'est-à-dire la durée pendant laquelle 50% des utilisateurs continuent à pratiquer la méthode) est seulement de 3 à 6 mois pour les pilules, les condoms et les spermicides vaginaux, de 7 à 9 mois seulement pour les DIU, et d'environ un an pour les contraceptifs injectables. Lorsque la méthode est employée pour éviter toute grossesse ultérieure, et pas seulement pour l'espacement des naissances, les conseillers doivent s'efforcer d'encourager les consultants à poursuivre leur pratique de la méthode. Pour limiter le nombre d'enfants d'une famille, il est de loin préférable d'adopter une méthode moins efficace, mais qui sera utilisée correctement, bien tolérée et pratiquée pendant de longues périodes, plutôt qu'une méthode plus efficace que l'on utilisera sporadiquement et brièvement!

On voit d'après l'exposé ci-dessus qu'il y a beaucoup de variables à considérer - au-delà de l'efficacité de la méthode particulière envisagée - pour aider un couple à choisir la

méthode qui lui convient le mieux. De plus, comme les statistiques permettent de le constater, aucune méthode d'espacement des naissances, quelle que soit son efficacité, ne peut promettre de bons résultats si elle n'est pas pratiquée correctement, systématiquement et pendant une longue période.

Risques et avantages des contraceptifs

Dans les pays industrialisés, après plus de vingt années de recherche, il est encore difficile de comparer avec précision les risques de la pratique d'une méthode réversible de contraception avec ceux d'une grossesse et d'un accouchement. Par contre, dans les pays en développement, où la mortalité maternelle liée à la grossesse est de 10 à 20 fois plus élevée que dans les pays industrialisés, le risque attaché à la pratique d'une méthode moderne quelle qu'elle soit - même dans le cas d'une femme de plus de 35 ans, fumeuse, qui prend la pilule - est beaucoup moindre que le risque lié à la grossesse (Tableau 3). En fait, comme on le voit au Tableau 3, dans les pays en développement plus de décès maternels sont entraînés par l'échec de la contraception, dû à l'emploi de méthodes peu efficaces comme le condom, que par les dangers des stérilets ou des contraceptifs oraux. Il est clair que dans la plupart des pays en développement, tant qu'on ne parviendra pas à une réduction importante de la mortalité maternelle, la pratique des méthodes modernes de contraception demeurera beaucoup moins dangereuse que la grossesse et l'accouchement. En outre, la pratique de méthodes fiables d'espacement des naissances va au-delà de la prévention des naissances non désirées et de la charge économique et affective qu'elles représentent. Elle supprime également la crainte de la grossesse, dont la présence constante nuit parfois aux relations conjugales. Enfin l'utilisation des contraceptifs, en augmentant l'intervalle entre les naissances et en réduisant le nombre total de grossesses d'une femme, est souvent en elle-même à l'origine d'une meilleure santé maternelle, et, si la mère travaille, d'une diminution du nombre d'heures perdues.

Méthodes réversibles

1. Abstinence

Dans certaines sociétés les adultes pratiquent l'abstinence de façon intermittente, ou de façon suivie pendant certaines périodes. Par exemple, certaines traditions imposent une période d'abstinence après la naissance d'un enfant. Ceci donne le temps à la mère et à l'enfant de prendre des forces, sans avoir à redouter l'arrivée d'un nouveau nourrisson qui oblige à sevrer le premier prématurément. Par ailleurs, les couples traversent souvent des périodes d'abstinence lors de séparations dues à leur travail, à leurs études ou à des retraites spirituelles.

Dans certaines parties du monde, où le problème de la grossesse chez les adolescentes ou les femmes non mariées se pose fréquemment, il est de plus en plus courant d'entreprendre des campagnes encourageant les jeunes à dire "non" à l'activité sexuelle. Une grossesse survenant lorsque la personne ou la famille n'y est pas préparée crée de graves difficultés. Dans certains cas la réputation de la jeune fille est perdue. Très souvent celle-ci est dans l'impossibilité de poursuivre sa formation, et se trouve face à un avenir plus limité. Dans les pays industrialisés, les jeunes mères et leurs enfants sont plus ou moins condamnés à la pauvreté, et à être constamment assistés, financièrement et médicalement, par l'Etat et/ou par des organismes privés. Or cette sorte d'assistance est très onéreuse pour la société.

La pratique de l'abstinence présente de très nets avantages: elle n'exige aucun matériel, aucun système d'approvisionnement et de distribution, aucune précaution d'utilisation à signaler, et elle ne coûte rien. En outre, l'abstinence est la seule méthode qui obtienne 100% de résultats pour la prévention de la grossesse.

2. Allaitement

L'allaitement continue d'être couramment pratiqué dans la plupart des sociétés, en particulier dans celles qui tendent à respecter les traditions. Dans certains pays, comme le Bangladesh, l'Inde et les pays d'Afrique équatoriale, une grande partie des mères allaitent pendant une période de plus de douze mois. En Amérique latine les chiffres sont moins élevés, mais on trouve encore un nombre considérable de femmes qui allaitent pendant plus de six mois. La principale raison d'allaiter, pour les femmes de ces régions, a trait à la nutrition de l'enfant.

Cependant les mères - et également les responsables de services de planification familiale - ont peu à peu compris que l'allaitement protège contre la grossesse, au début de la période puerpérale, aussi efficacement que les méthodes modernes de contraception. D'après une étude effectuée récemment au Mexique, moins de 4% des mères qui donnaient le sein "à volonté" avaient recommencé à ovuler dans les trois mois suivant l'accouchement. Toutefois la fonction anticonceptionnelle de l'allaitement diminue avec le temps. Plus le temps qui s'écoule avant le "retour de couches" (retour des règles) est long, moins la femme peut se fier uniquement à l'allaitement comme moyen de contraception.

Etant donné les différences régionales constatées dans la pratique de l'allaitement, les consignes à observer en ce qui concerne l'allaitement et la contraception varieront en fonction des habitudes particulières de la région considérée. Mais on peut dire que, d'une façon générale, une fois que les règles sont revenues, que le bébé n'est plus nourri exclusivement au sein, ou qu'il dort toute la nuit (ce qui indique une diminution de la fréquence d'allaitement), la mère court un plus grand risque de concevoir et fera bien de commencer à pratiquer la contraception.

Lorsque l'on conseille la contraception à une mère qui allaite, il faut faire très attention au choix de la méthode. Dans la plupart des cas, une femme peut combiner l'allaitement avec une autre méthode comme le condom, le diaphragme, les mousses en comprimés vaginaux, les pilules contenant uniquement des progestatifs ou les progestatifs à action prolongée (injectables ou implants), sans nuire à la production de lait ou à la santé de son enfant, et sans risquer une interruption due à une grossesse imprévue.

3. Coït interrompu (retrait)

Cette méthode traditionnelle est pratiquée depuis fort longtemps dans certaines régions d'Europe, d'Afrique et d'Asie. La méthode consiste, pour l'homme, à retirer le pénis du vagin avant éjaculation, tout en faisant attention de ne pas éjaculer sur les organes génitaux externes de la femme (muqueuses entourant l'entrée du vagin), ni même à proximité.

Comme méthode d'espacement des naissances, le retrait présente un certain nombre d'avantages. Il n'exige aucun matériel, ne produit aucun effet secondaire, et ne coûte rien. Mais l'inconvénient le plus remarquable est que les taux d'échec se situent entre 16 et 23% au cours de la première année. Cette forte proportion d'échecs est due à plusieurs facteurs. L'une

des raisons majeures est que le pénis laisse parfois échapper, juste avant l'éjaculation, une petite quantité de sperme, contenant suffisamment de spermatozoïdes pour provoquer une grossesse. Autre raison le fait que la plupart des hommes sont incapables de se contrôler suffisamment pour appliquer cette méthode. La plupart du temps, lorsque l'homme est sur le point d'éjaculer, il éprouve un besoin accru de pénétrer davantage, et par conséquent il ne parvient pas à se retirer avant que l'éjaculation se produise.

Pour améliorer l'efficacité "utilisateur" de cette méthode, on peut la combiner avec d'autres méthodes, par exemple contraceptifs vaginaux (mousses, comprimés) à utiliser vers le milieu du cycle (du 9ème au 20ème jour) - époque de fécondité maximum pour la plupart des femmes. Il convient enfin de rappeler que le retrait, bien qu'il ne soit pas parmi les méthodes les plus efficaces, est de très loin préférable à l'absence de toute méthode, entraînant un taux d'échec d'environ 90 échecs pour 100 années-femme (périodes d'une année de vie féminine).

4. Prise de conscience de la fécondité ou planning familial naturel

Les méthodes d'espacement des naissances basées sur une prise de conscience de la fécondité (continence périodique) suscitent actuellement de plus en plus d'intérêt. Ce sont des méthodes qui n'exigent ni matériel ni médicament: rien à avaler, rien à mettre en place. Par contre, l'apprentissage correct de ces méthodes demande beaucoup de temps et exige un gros effort de la part du couple.

Les méthodes naturelles de planification familiale s'appuient sur trois postulats biologiques: premièrement, l'ovule ne peut être fécondé que durant les 12 à 48 heures qui suivent l'ovulation; deuxièmement, les spermatozoïdes ne peuvent féconder un ovule que pendant 48 heures environ après le rapport

sexuel; enfin, l'ovulation se produit généralement 12 à 16 jours (14 + 2 jours) avant le début des règles suivantes. Si ces trois postulats sont exacts, le contact sexuel ne pourrait théoriquement aboutir à une grossesse que pendant 96 heures environ de chaque mois: les 48 heures qui précèdent la libération de l'ovule et les 48 heures qui suivent. Par conséquent, si l'on évite d'avoir des rapports sexuels pendant cette période critique, la probabilité d'une grossesse devrait être réduite.

En pratique, toutefois, c'est pendant plus de 96 heures (quatre jours) que les rapports doivent être évités. En effet il n'existe actuellement aucune méthode absolument sûre pour prédire quand l'ovulation se produira - même chez des femmes ayant normalement un cycle régulier. Pour les femmes dont le cycle est irrégulier, les prévisions sont encore plus difficiles. En outre les spermatozoïdes peuvent, dans certains cas, rester actifs plus de 48 heures après le rapport sexuel.

Les couples qui décident de pratiquer la planification familiale naturelle (continence périodique) ont le choix entre trois méthodes: calendrier, température basale, glaire cervicale. Selon la méthode retenue, on utilise un indicateur biologique différent pour estimer le moment de l'ovulation, dans le but d'éviter le risque de conception. La moins efficace des trois méthodes est celle du calendrier, pour laquelle on constate de 14 à 47 échecs pour 100 femmes utilisant la méthode pendant une année. Pour obtenir de meilleurs résultats, la femme peut enregistrer quotidiennement sa température basale (prise le matin) pendant toute la durée du cycle. Chez la plupart des femmes qui ovulent, la température basale s'élève de plusieurs dixièmes de degré juste après l'ovulation (24-48 heures) et reste à ce niveau jusqu'au début des règles suivantes. Si le couple s'abstient d'avoir des rapports sexuels depuis le début des règles jusqu'à 48 heures au moins après l'élévation de la température, soit vraisemblablement deux jours après l'ovulation, l'ovule ne devrait plus pouvoir être fécondé. (A noter que pour les couples inféconds la méthode de la température basale peut être utilisée pour calculer à quel moment il faut tenter de concevoir.) Lorsque la méthode de la température basale est utilisée correctement et avec régularité pour déterminer les jours de continence périodique, le plus faible taux d'échec constaté est de 1 à 7% - résultat de loin supérieur à ceux de la méthode du calendrier.

La troisième méthode de planification familiale naturelle est relativement récente, et se base sur les modifications qu'une femme peut détecter dans la nature et la quantité des mucosités ou glaires sécrétées juste avant l'ovulation. On

pensait à l'origine que cette méthode obtiendrait de meilleurs résultats que celle de la température basale, mais si l'on en croit de récentes statistiques la réalité est différente, car les taux de grossesse varient entre 1 et 30 pour 100 femmes au cours de la première année.

L'inconvénient majeur des méthodes de planification familiale, outre le temps à passer pour apprendre à les utiliser correctement, est le nombre de jours pendant lesquels le couple doit renoncer aux rapports sexuels - entre un tiers à la moitié des jours du mois, soit 10 à 15 jours par mois!

5. Mousses vaginales, comprimés, ovules et éponges

Ces produits contiennent tous une substance spermicide, le plus souvent nonoxynol 9, qui immobilise ou détruit les spermatozoïdes. Du fait qu'ils constituent également une barrière mécanique pour les spermatozoïdes, ils doivent être placés dans le vagin avant le rapport sexuel. Les mousses sont fournies en flacons atomiseurs, et peuvent aussi être insérées dans le vagin au moyen d'un applicateur en plastique. Les ovules spermicides et les comprimés vaginaux sont introduits manuellement dans le vagin, et se dissolvent lorsqu'ils entrent en contact avec les sécrétions vaginales. Il n'existe aucune étude sérieuse permettant de comparer l'efficacité des divers types de spermicides vaginaux. Lorsqu'ils sont utilisés seuls, on cite des taux d'échec avoisinant en moyenne 10 à 18%, mais si leur action est associée à celle du condom, on peut faire baisser considérablement ces taux d'échec - 1 à 7%. Des études de laboratoire ont montré que les spermicides fournissent une certaine protection contre les maladies sexuellement transmises (MST), comme la blennorragie, l'infection à chlamydia et la syphilis. Les effets réels obtenus par les utilisateurs sont moins convaincants. Par ailleurs on a constaté que les spermicides peuvent détruire le virus du sida, et par conséquent il est possible que l'emploi de spermicides vaginaux ainsi que de condoms lubrifiés avec des spermicides aide à prévenir la transmission du sida.

Depuis peu, un nouveau moyen de diffusion de la substance spermicide dans le vagin a été breveté sous le nom d'"éponge vaginale-Today". Il s'agit d'un disque souple de 5 centimètres de diamètre, fait de polyuréthane et imprégné de nonoxynol 9. Pour activer le produit, on humecte l'éponge juste avant de l'introduire dans le vagin. Il n'y a qu'une taille d'éponge, la même pour toutes les femmes, donc aucune mesure à prendre, aucune consultation nécessaire. En outre l'éponge est en vente libre et peut se trouver dans un magasin où l'on vend des condoms et d'autres spermicides vaginaux. L'éponge protège

pendant un maximum de vingt-quatre heures, quel que soit le nombre de contacts sexuels pendant cette période. A la différence d'autres spermicides qui doivent être renouvelés pour chaque acte sexuel, l'éponge n'a pas besoin d'être changée, cependant il faut la laisser en place pendant au moins six heures après le dernier contact, pour s'assurer que tous les spermatozoïdes sont détruits. L'éponge ne sert qu'une fois, après quoi on la jette.

Le taux d'échec de l'éponge vaginale est en gros le même que pour les autres spermicides vaginaux, et légèrement plus élevé que pour le diaphragme. Les effets secondaires des spermicides vaginaux sont tout au plus, chez certaines personnes, une irritation passagère du vagin ou du pénis. Les comprimés et les ovules vaginaux provoquent tous une sensation de chaleur dans le vagin au moment où ils se dissolvent.

6. Diaphragme

Le diaphragme est une sorte de capuchon en caoutchouc qui peut avoir de 6 à 10 cm de diamètre. Lorsqu'il est inséré correctement dans le vagin, le diaphragme recouvre le col de l'utérus et empêche mécaniquement les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus. Pour obtenir une meilleure efficacité, il est indispensable d'employer le diaphragme en association avec un spermicide. Après le rapport sexuel, le diaphragme doit être laissé en place pendant au moins 6 heures. Une fois retiré, le diaphragme doit être lavé avec de l'eau propre, et séché à l'air. (Dans les régions où l'on manque d'eau, ceci pourra faire obstacle à l'emploi du diaphragme.) Entretenu avec soin, un diaphragme peut durer plusieurs années. Le diaphragme doit être prescrit individuellement pour chaque femme d'après les mesures prises par un praticien de planification familiale qualifié. Lorsque le diaphragme est bien mis, il ne cause aucun désagrément ni à la femme ni à son partenaire, qui normalement ne remarquent pas sa présence.

Le taux d'échec "méthode" le plus faible qui ait été constaté pour le diaphragme accompagné de spermicide est de 2,4 %, mais les taux "utilisateur" s'élèvent couramment jusqu'à 25%.

7. Condoms (préservatifs)

Les condoms, appelés aussi préservatifs, ont la forme d'un doigt de gant et sont faits de caoutchouc. L'homme ou la femme déroule le condom et l'enfile sur le pénis en érection, avant l'acte sexuel et avant tout contact entre le pénis et la région du vagin. La fonction du condom est d'empêcher le sperme éjaculé

et les spermatozoïdes qu'il contient de franchir le col de l'utérus. Pour éviter que le sperme ne s'échappe du condom après éjaculation, l'homme doit serrer le condom contre la base du pénis avant de se retirer.

Lorsque le condom est utilisé correctement et systématiquement par des couples dûment motivés, on relève des taux de grossesse parfois très bas, jusqu'à 2 pour 100 années-femme (périodes d'une année de vie féminine). Les taux d'échec "utilisateur" se situent couramment entre 3 et 15. Comme indiqué plus haut, le taux d'efficacité "utilisateur" s'élève si l'action du condom est associée à celle d'une autre méthode locale, notamment spermicides vaginaux, mousses ou comprimés. L'emploi du condom n'entraîne aucun effet secondaire sérieux. Il est rare que la matière dont est fait le condom provoque une réaction, chez l'homme ou chez la femme.

Les condoms présentent un avantage supplémentaire, en l'occurrence leur capacité reconnue de s'opposer à la transmission des maladies sexuellement transmises (MST). Selon certaines études, l'utilisation consciencieuse du condom, en particulier associé à un spermicide vaginal, peut réduire de 80% environ la transmission du virus du sida.

8. La pilule, ou contraceptif oral

Depuis le début des années soixante, les pilules contraceptives, ou contraceptifs oraux, sont en vente dans le monde entier. Près de 100 millions de femmes prennent actuellement la pilule en vue d'espacer la naissance de leurs enfants. La méthode de la pilule, ou méthode orale d'espacement des naissances, consiste à prendre régulièrement une pilule, tous les jours au même moment de la journée.

Il y a deux façons très simples de prendre les pilules: par cycle de 21 jours ou par cycle de 28 jours. Lorsque les pilules sont prescrites pour 21 jours, la femme prend une pilule chaque jour pendant trois semaines (21 jours), et pendant la semaine suivante elle ne prend rien. Ce cycle est ensuite répété: trois semaines avec pilule, une semaine sans. Lorsque les pilules sont prescrites pour 28 jours, la femme prend tout d'abord 21 pilules actives, et ensuite 7 pilules ne contenant aucune substance active (placebo). Selon ce système, la femme prend une pilule tous les jours de l'année. Certaines personnes préfèrent le système de 28 jours, qu'elles trouvent plus facile à retenir.

Il existe deux types seulement de contraceptifs oraux, les contraceptifs oestro-progestatifs et les contraceptifs contenant uniquement des progestatifs. Les contraceptifs oestro-progestatifs contiennent à la fois oestrogène et progestérone - les deux hormones sexuelles normalement sécrétées par les ovaires de la femme. Ces hormones, sous la forme produite naturellement par l'organisme, ne pourraient agir par voie buccale, et par conséquent c'est une version synthétique des deux hormones qui est contenue, selon un dosage précis, dans les pilules.

Les pilules oestro-progestatives préviennent la grossesse de trois façons au moins. Premièrement - et c'est le plus important - l'oestrogène et le progestatif agissent l'un et l'autre pour empêcher les ovaires de produire et de libérer un ovule (ovulation). Deuxièmement, le progestatif modifie la glaire cervicale, ce qui contribue à empêcher les spermatozoïdes de franchir le col de l'utérus pour passer à l'intérieur de l'utérus. Troisièmement, les deux hormones entravent le développement de l'endomètre (la muqueuse qui tapisse l'utérus) de sorte que, même si un ovule est libéré et fécondé, il ne pourra s'implanter. Les pilules contenant exclusivement des progestatifs (parfois appelées minipilules), du fait qu'elles sont dépourvues d'oestrogène et contiennent environ trois fois moins de progestatif, ne bloquent pas l'ovulation (libération d'un ovule) d'une façon systématique comme le font les autres pilules. D'une façon générale, cependant, les mécanismes qui préviennent la grossesse sont les mêmes pour la minipilule que pour la pilule oestro-progestative.

Comme toute méthode d'espacement des naissances, celle des contraceptifs oraux ne va pas sans quelques inconvénients. En vue de réduire au minimum le nombre et la gravité des effets secondaires, les quantités d'oestrogène et de progestatif contenues dans les pilules oestro-progestatives ont été réduites peu à peu, au cours de ces dernières années. On est ainsi parvenu, sans diminuer l'efficacité de la méthode, à une réduction considérable des effets secondaires.

Avec ces nouvelles pilules microdosées, les effets secondaires ressentis sont moins nombreux et moins sérieux qu'ils ne l'étaient précédemment. Il arrive encore que certaines femmes se plaignent, les premiers temps, de pertes entre les règles, de nausées, ou d'avoir grossi, ou d'avoir les seins trop sensibles. Ces symptômes disparaissent souvent au bout de deux ou trois mois. Les effets secondaires plus sérieux, très rares dans tous les cas (moins de 1 à 10 sur 100 000 utilisatrices) sont les suivants: thromboses, hypertension, troubles de la vésicule biliaire, crises cardiaques, tumeurs du foie. Les risques de problèmes graves augmentent si la femme est âgée de

plus de 35 ans et si d'autres problèmes de santé existent déjà, par exemple hypertension, poids supérieur de 25% ou plus à la normale, tabac (plus de 15 cigarettes par jour).

Le taux d'échec imputable à la méthode est, pour les contraceptifs oestro-progestatifs, inférieur à une grossesse pour 100 années-femme (périodes d'une année de vie féminine) pendant la première année. Pour la minipilule (pilule sans oestrogène) le taux, légèrement plus élevé, est de 1 à 2,5 %. Mais pour l'un et l'autre type de contraceptif oral, le taux "utilisatrice" est considérablement plus élevé (2 à 5%), et varie selon que la personne prend la pilule plus ou moins correctement et régulièrement. Dans les pays en développement, le taux d'échec "utilisatrice" est vraisemblablement plus élevé encore. Par exemple, une enquête nationale effectuée aux Philippines en 1976 relevait 8 grossesses pour 100 années-femme pendant la première année d'utilisation de la pilule, 9,2 pendant la deuxième année et 5,1 pendant la troisième. Dans plusieurs pays d'Asie méridionale on a constaté des taux d'échec allant jusqu'à 11 à 25%.

Par ailleurs, il est possible que les contraceptifs oraux agissent sur la lactation; pour cette raison il est conseillé aux femmes qui allaitent de choisir soit une méthode de contraception non hormonale, soit la minipilule sans oestrogène, soit les progestatifs à action prolongée (injectables ou implants).

9. Progestatifs injectables, action prolongée

Dans plus de 80 pays du monde, on utilise des injections cycliques de progestérone (l'une des deux hormones sexuelles féminines) préparées synthétiquement, comme contraceptif à action prolongée. Au moyen d'une seule injection, on peut prévenir la grossesse pendant une durée de deux à trois mois, selon la quantité et le type de progestatif utilisé: Depo-Provera (acétate de médroxyprogestérone) ou NET-EN (éнанthate de noréthindrone). Avant de recevoir des injections de progestatifs à action prolongée, la femme devra être examinée avec soin par un praticien qualifié.

Les contraceptifs injectables, contenant un progestatif similaire à celui des contraceptifs oraux, ont une action contraceptive et des effets secondaires similaires à ceux décrits plus haut. Toutefois, du fait qu'ils ne contiennent pas d'oestrogène, le risque est sans doute légèrement moindre en ce qui concerne les problèmes sérieux - accidents cardiaques ou cérébrovasculaires. En outre, à la différence des pilules oestro-progestatives, injectables et implants semblent n'avoir PAS D'ACTION sur la lactation.

Les femmes qui utilisent les contraceptifs injectables peuvent dans certains cas (10 à 15%) avoir des pertes très légères en dehors des règles, et 40% d'entre elles cesseront d'être réglées (aménorrhée). Ces inconvénients n'ont rien de grave, et si on rassure les femmes à cet égard, la grande majorité d'entre elles (plus de 90%) continueront à pratiquer cette méthode.

10. Implants de progestatifs, action prolongée

Il existe une nouvelle méthode d'injection des progestatifs à action prolongée, qui est actuellement à l'essai dans plusieurs pays. Le nouveau produit, vendu sous la marque NORPLANT, comporte six petits tubes en plastique souple, non biodégradables, remplis de levonorgestrel, hormone de la famille des progestatifs. Les implants sont posés sous la peau de la partie interne du bras de la femme. L'hormone est libérée lentement et régulièrement, le dosage journalier étant à peu près constant, et la contraception est assurée pour une période allant jusqu'à cinq années. Le système NORPLANT, mis au point par le Population Council, a été mis à l'essai sur plus de 44 000 femmes dans 31 pays différents. Le système s'est avéré extrêmement efficace et sans danger, et a suscité des réactions favorables chez les utilisatrices. Dès 1987, un système NORPLANT de 6 capsules était homologué pour la vente dans sept pays - Finlande, Suède, Indonésie, Thaïlande, Equateur, République dominicaine, Colombie.

Les implants NORPLANT fournissent une protection à peu près absolue contre la grossesse. Pendant les cinq années qui suivent l'insertion des six capsules NORPLANT, les chances de grossesse sont inférieures à une pour 100 femmes par an. Le processus de prévention de la grossesse par le système NORPLANT n'est pas encore parfaitement compris. Tout comme les autres contraceptifs contenant uniquement des progestatifs, les implants NORPLANT semblent agir à plusieurs niveaux. Le système supprime l'ovulation pour la moitié au moins des cycles menstruels. Puis, même lorsque l'ovulation se produit, le levonorgestrel épaissit et réduit la glaire cervicale, ce qui empêche les spermatozoïdes de la traverser facilement pour pénétrer dans l'utérus et féconder les ovules. En outre, le levonorgestrel supprime le développement cyclique de l'endomètre chez plus de 50% des utilisatrices. Les effets secondaires, risques et avantages du système NORPLANT sont similaires à ceux qui ont été mentionnés pour les autres progestatifs à action prolongée.

11. Le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)

Le stérilet ou DIU est un petit dispositif souple qui est posé dans l'utérus par un praticien qualifié. Le dispositif est fait de plastique, qui peut être recouvert de fil de cuivre (TCu 380A) ou imprégné d'une hormone progestative. Il existe des modèles de DIU de différentes tailles et de différentes formes. Ils sont tous munis d'un "fil" de plastique qui traverse le col de l'utérus et dont l'extrémité se trouve dans la partie supérieure du vagin. Le processus de prévention de la grossesse par le DIU n'est pas encore parfaitement compris. Certains pensent que la présence du DIU accélère la mobilité tubaire, de sorte que l'ovule fécondé parvient dans l'utérus alors que l'endomètre n'est pas encore prêt à le recevoir, et que par suite l'implantation n'a pas lieu.

L'adjonction d'une substance métallique (cuivre) ou hormonale (progestérone) augmente l'efficacité du DIU. Encore une fois, il faut noter que l'action de ces dispositifs à adjuvant métallique ou hormonal n'est pas parfaitement comprise.

La pose d'un stérilet ne peut être effectuée que par un professionnel de la santé, après examen gynécologique. La pose NE SERA PAS EFFECTUÉE dans les cas suivants: grossesse confirmée ou soupçonnée, toute anomalie de l'utérus créant une distorsion de la cavité utérine, inflammation pelvienne aiguë, écoulement vaginal d'origine inconnue, apparence de malignité - résultat douteux du test de Papanicolaou par exemple - vaginite ou métrite persistante. La pose du DIU est délicate, le risque à éviter étant la perforation et le passage du DIU à travers la paroi utérine. Même lorsque la pose est faite CORRECTEMENT, il arrive que la femme éprouve des sensations désagréables et/ou des douleurs dans le bas-ventre pendant un jour ou deux. Après cela elle ne devrait plus remarquer la présence du stérilet, et ni la femme ni l'homme ne sentiront cette présence durant les rapports sexuels. Une fois le DIU posé, la femme est protégée contre la grossesse et n'a plus besoin d'aucune autre méthode contraceptive.

Les stérilets qui sont entièrement en plastique peuvent être laissés en place pendant plusieurs années, si le responsable médical n'y voit aucune contre-indication. Les DIU au cuivre ou à la progestérone doivent être remplacés à intervalles réguliers. Bien des femmes gardent leur stérilet pendant de nombreuses années. Lorsque l'utilisatrice désire changer de méthode de contraception ou souhaite avoir un enfant, le DIU doit être retiré par un praticien qualifié.

200

En ce qui concerne l'efficacité, le DIU se place, de l'avis général, au troisième rang - juste après la pilule et les contraceptifs injectables - parmi les méthodes réversibles d'espace-ment des naissances. Le taux d'échec "méthode" relevé pour les anciens modèles de DIU, comme la boucle de Lippes, est de 1,5 %, avec un taux "utilisateur" plus élevé, soit 3 à 5%. Pour les nouveaux DIU au cuivre (TCu 380A), plus perfectionnés, le taux d'échec "méthode" s'abaisse jusqu'à 1% et au-dessous. A la différence des contraceptifs oraux et des méthodes pratiquées au moment du rapport sexuel (condoms, diaphragme, spermicides), pour lesquels il y a souvent une grande différence entre le taux d'échec "méthode" et le taux d'échec "utilisateur", dans le cas du DIU les deux taux sont beaucoup plus proches.

Etant donné que l'utilisation d'un stérilet s'accompagne d'un léger risque d'infection pelvienne, laquelle pourrait entraîner l'infécondité, ce dispositif n'est recommandé qu'à partir d'un certain âge, lorsque la femme se trouve en situation stable et estime avoir un nombre d'enfants suffisant.

Contraception permanente

12. Contraception chirurgicale volontaire (CCV)

Pour les couples qui ne désirent plus d'enfants, la contraception chirurgicale volontaire (stérilisation) de l'homme ou de la femme est une méthode extrêmement efficace. Cependant la stérilisation ne saurait en aucun cas être considérée comme réversible, et il importe donc qu'un couple soit bien sûr de sa décision avant de franchir ce pas.

Stérilisation masculine

L'opération stérilisante masculine est appelée vasectomie. L'intervention est très simple, se fait sous anesthésie locale, dure 10 minutes environ, et ne présente aucun danger si elle est effectuée par un praticien expérimenté ayant la formation nécessaire. Il s'agit tout d'abord de trouver dans le scrotum le petit conduit ou canal déférent par lequel les spermatozoïdes passent de chacun des testicules dans le canal urétral du pénis. Après quoi on pratique la résection des canaux, dont on prélève un petit segment (généralement un peu plus d'un centimètre).

L'intervention sert uniquement à empêcher les spermatozoïdes de pénétrer dans la substance éjaculée (sperme). Elle n'affecte en rien la production des spermatozoïdes ou la production d'hormone mâle (testostérone) par les testicules. Dans la plupart des cas l'homme est en mesure de reprendre son travail le jour même de l'intervention, tout au plus légèrement incommodé au niveau du scrotum, avec parfois un peu d'enflure.

Au bout d'une semaine environ l'homme est parfaitement rétabli et en mesure de parvenir à l'orgasme, d'éjaculer (le volume de l'éjaculation restant le même) et de jouir pleinement de ses rapports sexuels. Après l'opération, les testicules continuent à produire des spermatozoïdes, qui maintenant sont réabsorbés au lieu d'être éjaculés. Le seul défaut à signaler est que l'homme ne devient stérile (incapable de provoquer une grossesse) qu'après une période durant parfois six semaines. En effet il reste des spermatozoïdes dans le canal, au-dessous du niveau de la résection (ou du blocage), pendant une période pouvant aller jusqu'à 6 ou 8 semaines, ou jusqu'à ce que tous ces spermatozoïdes aient été éjaculés (soit 6 à 10 éjaculations). Par conséquent le couple devra utiliser le condom ou une autre méthode de contraception jusqu'à vérification, sur examen d'un spécimen de sperme au microscope, que ce dernier ne contient aucun spermatozoïde.

Le taux d'échec de la vasectomie est d'environ 1 pour 1 000. Théoriquement, l'opération est réversible, c'est-à-dire qu'il est possible de rattacher les deux tronçons de chaque canal déférent, mais il s'agit d'une opération très délicate, (vasovasotomie) très onéreuse (500 à 2 000 dollars) et qui souvent ne réussit pas. Il importe donc que tout homme décidant de se soumettre à la vasectomie considère sa décision comme définitive.

Stérilisation féminine

Alors que l'appareil génital de l'homme est externe, celui de la femme - utérus, trompes et ovaires - est enfermé dans la cavité abdominale. Par suite, les interventions mises au point pour la stérilisation féminine sont plus compliquées, plus onéreuses et moins dépourvues de risques que la vasectomie. Les deux types d'opération les plus couramment pratiqués sont:

1. Minilaparotomie
2. Occlusion des trompes par laparoscopie

La minilaparotomie est une opération qui consiste à pratiquer une petite incision (2 à 3 centimètres) dans la paroi abdominale, juste au-dessus du pubis. On pénètre ensuite dans la cavité abdominale pour isoler les trompes utérines, dont on fait soit la résection et ligature (méthode Pomeroy) soit la ligature (anneaux de Fallope). Effectuée par un praticien qualifié, l'intervention dure environ 15 à 20 minutes. Elle se fait sous anesthésie locale, et on donne des calmants légers pour éviter les douleurs abdominales. Généralement la femme peut rentrer chez elle 2 à 4 heures après l'opération, et reprendre la plupart de ses activités au bout de 24 heures ou 48 heures. En quelques jours - jusqu'à une semaine dans certains cas - elle est complètement rétablie.

L'occlusion des trompes par laparoscopie consiste à insérer un petit endoscope métallique dans l'abdomen de la femme, au moyen d'une toute petite incision (un centimètre environ) juste au-dessous du nombril. Le chirurgien examine la cavité abdominale éclairée par l'endoscope pour trouver les trompes, qu'il isole et dont il effectue le blocage au moyen d'une ligature élastique (anneau de Fallope) ou d'une pince. On peut également réaliser l'occlusion des trompes par électrocautérisation.

La laparoscopie présente deux sortes d'avantages par rapport à la minilaparotomie:

1. intervention moins douloureuse
2. rétablissement plus rapide.

Les principaux inconvénients de la laparoscopie sont les suivants:

1. matériel très onéreux (4 000 à 6 000 dollars par appareil de laparoscopie. Par contre, les nécessaires de minilaparotomie coûtent moins de 200 dollars);
2. appareils difficiles à maintenir en état de marche, réparations coûteuses;
3. intervention exigeant, pour être effectuée sans danger, que le chirurgien possède des compétences et une expérience beaucoup plus grandes que pour la minilaparotomie.

Après ligature des trompes, par l'une ou l'autre méthode, les ovaires continuent à produire les hormones sexuelles en quantité normale, la femme est réglée normalement et elle prend le même plaisir aux rapports sexuels qu'avant l'opération. Ajoutons que la ligature des trompes n'a aucune incidence sur l'âge de la ménopause (retour d'âge).

Dans le cas de la minilaparotomie comme dans celui de la laparoscopie, les taux d'échec sont très peu élevés (moins de 1%). Comme pour toute intervention chirurgicale, il y a un risque mineur d'infection de la plaie (2 à 5%) et, plus rarement (moins de 0,5 %) d'infection abdominale ou pelvienne sérieuse. Le taux de mortalité le plus bas qui ait été relevé pour l'une ou l'autre intervention est d'environ 1 cas sur 100 000, mais on a parfois signalé des taux atteignant 10 à 16.

La possibilité existe de pratiquer l'opération inverse et de "rattacher" les trompes, mais il s'agit d'une opération très délicate, qui se fait sous anesthésie générale (la patiente est endormie) et qui coûte très cher (2 000 à 7 000 dollars dans un pays industrialisé). Les chances de succès sont encore moindres que pour la correction de l'opération stérilisante masculine. Il convient donc de répéter que, pour l'homme comme pour la femme, le choix de la stérilisation devra toujours être considéré comme une décision définitive.

EXPOSÉ:

**FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION
POUR L'ÉVALUATION DES MÉTHODES MODERNES ET TRADITIONNELLES
D'ESPACEMENT DES NAISSANCES ET DE CONTRACEPTION PERMANENTE**

205

**Facteurs à prendre en considération
pour l'évaluation des méthodes modernes et traditionnelles
d'espacement des naissances et de contraception permanente**

L'organisation de services d'espacement des naissances sur le lieu de travail oblige à prendre en considération un certain nombre de questions importantes. De tels services sont extrêmement utiles aux employés, qui, s'ils n'existaient pas, seraient peut-être dans l'impossibilité de se rendre à une consultation en raison de leur horaire de travail et de leurs obligations familiales. Ayant accès sans difficulté à ces services, les employés sont encouragés à poursuivre la pratique des méthodes qu'ils ont déjà adoptées. Les responsables sanitaires sont à leur disposition pour répondre à leurs questions, discuter leurs problèmes, ou les réapprovisionner en produits. Les employés sont ainsi encouragés à se préoccuper davantage de leur santé et à prendre en charge l'organisation de leur vie personnelle. D'autre part, les visites à une clinique d'entreprise réduisent le nombre d'heures de travail perdues. Il est évident que l'employé et l'employeur sont l'un et l'autre bénéficiaires.

Pour obtenir les meilleurs résultats possibles, il faudra prêter une grande attention à certains aspects de l'organisation. La planification familiale est une affaire personnelle, qui de plus touche au plus intime de la personne. Les consultations doivent donc avoir lieu dans un lieu tranquille et isolé du public, et les responsables doivent avoir une formation particulière. Aucun consultant ne devra se sentir contraint de choisir l'une ou l'autre des méthodes proposées. Certains employés désireront peut-être s'informer simplement des options qui existent, pour réfléchir tranquillement avant de décider s'ils veulent participer ou non.

Il est important de prévoir l'organisation de façon que les responsables sanitaires soient disponibles aux heures où les employés peuvent se libérer de leurs obligations professionnelles pour faire appel aux conseils ou aux prestations du personnel de la clinique. Lorsque les services sont bien organisés pour offrir un soutien permanent aux consultants, les taux de continuation (nombre de personnes qui poursuivent la pratique de leur méthode) sont beaucoup plus élevés, et les usagers des services sont plus satisfaits.

Il est très important de donner aux couples le choix entre diverses options, car la situation varie selon les cas. Si les personnes ont la possibilité de choisir librement et facilement, elles feront plus vite un premier choix, quitte à en faire un second en cas d'insatisfaction.

Pour décider quelles méthodes offrir dans votre clinique, vous devrez prendre certains facteurs en considération. Est-ce que d'autres services existent dans la localité? De quelle façon pourriez-vous coopérer avec ces services existants? Vos responsables sanitaires sont-ils qualifiés pour les prestations correspondant à toutes les méthodes? Y a-t-il des méthodes qui ne peuvent être envisagées dans votre localité, en raison de traditions religieuses, de rumeurs ou d'autres problèmes particuliers d'ordre socio-culturel? Est-ce que l'inclusion, au départ, de telle ou telle méthode aurait une incidence négative sur l'accueil réservé à votre nouveau programme?

Sélection du type de contraceptifs oraux
et des quantités à stocker

Il existe actuellement plus de 30 marques de contraceptifs oraux (CO) aux Etats-Unis, et près de 100 dans l'ensemble du monde. Pour décider combien de marques fournir, et lesquelles, on étudiera plusieurs catégories de faits:

1. Les contraceptifs oraux diffèrent par leur composition, et le degré d'efficacité est lié:
 - au type et à la quantité d'oestrogène que contient chaque pilule
 - au type et à la quantité de progestatif que contient chaque pilule

2. Caractéristiques du groupe de personnes à servir, notamment:
 - âge
 - état de santé général (degré de malnutrition)
 - facteurs de risque (tabac, hypertension etc.)
 - niveau d'instruction
 - situation socio-économique
 - proportion d'hommes et de femmes parmi les employés
 - qui a droit aux services médicaux de la société/plantation? (conjoint? enfants?)

3. Organisation matérielle du service: capacité de stockage et d'approvisionnement:

- Nombre de marques de contraceptifs oraux que l'organisation est sûre de pouvoir stocker et réapprovisionner régulièrement.

4. Formation et expérience du personnel sanitaire:

- Les responsables sont-ils capables de donner des instructions précises aux consultantes pour plusieurs marques et types différents (dose fixe, multiphase, minipilule sans oestrogène), et pour différentes méthodes de prise des pilules.

5. Coût des CO (programmes subventionnés/non subventionnés)

- Le coût unitaire (plaquette de 21 ou 28 pilules) est de 0,27 dollar (programme subventionné), mais le prix de vente au consommateur dans un pays industrialisé se situe entre 10 et 15 dollars la plaquette (non subventionné)

Le plupart des éléments ci-dessus étant traités ailleurs dans ce module, nous ne les aborderons pas ici. Les pages qui suivent traitent des aspects pharmacologiques à considérer pour la sélection des types de contraceptifs oraux à stocker.

Composition et efficacité

Le but recherché, lorsqu'on donne un contraceptif oral à une femme, est de choisir celui qui aura le maximum d'efficacité (c'est-à-dire le minimum de risque d'échec) et qui aura d'autre part le moins possible d'effets secondaires et de problèmes sérieux. Les contraceptifs oraux oestro-progestatifs, qu'ils soient à dose fixe ou multiphase, contiennent toujours l'une des deux formules d'oestrogène synthétique, et l'une des dix formules de progestatifs existant. Heureusement ces dix formules ne sont pas toutes en vente dans tous les pays. La dose d'oestrogène contenue dans les pilules va de 20 à 100 microgrammes (mcg), alors que la quantité de progestatif va de 0,15 à 10 milligrammes (mg). A l'heure actuelle, toutefois, la plupart des contraceptifs oraux oestro-progestatifs contiennent au maximum 1 mg de progestatif. Par contre, les CO sans oestrogène ne contiennent que 0,08 à 0,5 mg de l'hormone progestative, soit une quantité se situant entre le dixième et la moitié de celle contenue dans les CO oestro-progestatifs.

L'effet contraceptif des pilules oestro-progestatives est produit à la fois par l'oestrogène et par le progestatif. Si la femme conçoit alors qu'elle prend des contraceptifs oraux, l'échec peut être imputable à la méthode (efficacité insuffisante), à l'utilisatrice (si elle a oublié de prendre sa pilule), ou à d'autres facteurs, par exemple état nutritionnel de la personne ou absorption concomitante d'autres médicaments. Le taux général d'échec résulte de toutes ces causes réunies. Dans les pays où l'état de santé général (état nutritionnel) des femmes est satisfaisant, la plupart des études ne relèvent aucune différence statistique entre le taux d'échec général des contraceptifs oraux oestro-progestatifs à 50 mcg d'oestrogène et celui des CO ne contenant que 30 à 35 mcg (2 à 2,5 grossesses pour 100 femmes pratiquant correctement et systématiquement la méthode pendant la première année). Pour les contraceptifs oraux oestro-progestatifs ne contenant que 20 mcg d'oestrogène le taux d'échec est plus élevé, soit 3 à 5. Ceci est dû, semble-t-il, au fait que l'action des pilules à dose faible ne se prolonge pas (c'est-à-dire que, si la femme oublie de prendre une pilule, elle aura plus de chances de devenir enceinte avec la pilule à 20 mcg qu'avec celle à 30-50 mcg).

Dans les pays en développement, le taux d'échec général, même pour les pilules oestro-progestatives à dose intermédiaire, est considérablement plus élevé que dans les pays développés. Par exemple, une enquête nationale effectuée en 1976 aux Philippines relevait 8 grossesses pour 100 années-femme (périodes d'une année de vie féminine) au cours de la première année d'utilisation, 9,2 au cours de la deuxième année et 5,1 au cours de la troisième. Dans plusieurs pays du Sud de l'Asie on a observé des taux d'échec "utilisatrice" atteignant 11 à 25%. Les taux d'échec plus élevés constatés dans les pays en développement sont dus principalement à deux raisons: l'irrégularité de prise des pilules et la mauvaise nutrition. La plupart des femmes de ces pays n'ont jamais eu l'occasion de suivre des traitements leur demandant de prendre une pilule tous les jours, et ne comprennent pas que le traitement fait moins d'effet si l'on saute un jour. Selon les études effectuées par l'OMS, le nombre d'utilisatrices qui ne prennent pas leur pilule régulièrement va dans certaines régions jusqu'à 53%.

La mauvaise nutrition de la contracceptrice est également un facteur qui nuit à l'efficacité des CO. Des études comparatives effectuées dans cinq pays industrialisés et onze pays en développement ont montré des différences, à l'échelon national et à l'échelon individuel, dans l'absorption des hormones contenues dans la pilule et dans la façon dont ces hormones sont stockées par l'organisme. Celui des femmes mal nourries absorbe et retient moins d'hormones du fait qu'elles manquent de tissus adipeux. Par conséquent, pour la plupart des femmes

habitant des pays où règne la malnutrition et où la diarrhée chronique est courante, il est préférable d'utiliser un contraceptif oral à dosage intermédiaire (au moins 30 mcg d'oestrogène) plutôt que la pilule microdosée (20 mcg seulement).

ESTIMATION DE L'ANNÉE-COUPLE DE PROTECTION (ACP)

Les systèmes statistiques des services de planification familiale fournissent souvent des renseignements peu exacts pour le calcul du nombre d'"usagers actifs" des services, nombre très important pour évaluer les résultats obtenus par un programme. Nous exposerons ici une autre méthode de mesure des résultats d'un programme de planification familiale: l'indice ACP, qui traduit le rendement d'ensemble d'un service en unités de protection potentielle fournies par ce service.

L'indice ACP fournit un moyen de déterminer la protection contraceptive totale offerte par différentes méthodes délivrées par un programme donné pendant une période donnée. Une ACP est égale à 12 mois-couple de protection, qui peuvent se répartir de toutes sortes de façons: 1 couple pratiquant la régulation des naissances pendant 1 année, 12 couples pratiquant la régulation des naissances pendant 1 mois chacun, etc. Par conséquent, 12 000 ACP de contraceptifs oraux délivrés aux usagers suffiront à satisfaire les besoins contraceptifs de 12 000 couples pendant un an, ou de 24 000 couples pendant six mois, etc. L'indice ACP indique donc quelle durée de protection contraceptive peut éventuellement résulter des quantités de contraceptifs délivrés.

Exercice: Estimation de l'Année-Couple de Protection (ACP)

En pratique, le processus d'estimation de l'indice ACP comporte trois étapes:

1. A partir des fiches de stock, on relève les quantités de produits délivrés pour chaque méthode pendant la période considérée. Pour le présent exercice, on suppose ces renseignements connus (voir problème-type à la page suivante, colonne 2).
2. Ensuite, on détermine, pour chaque méthode, la quantité de produits nécessaire pour fournir une ACP. Ceci variera d'un pays à l'autre, d'un programme à l'autre, et d'une région à l'autre. En pratique, le directeur du programme calculera ces chiffres lui-même à partir d'études effectuées localement. Pour le problème-type, on utilisera les estimations suivantes:
 - a. Il faut 13 cycles de contraceptifs oraux (gaspillage non compris) pour protéger un couple contre le risque de grossesse pendant une année.
 - b. En moyenne, les couples utilisent 120 condoms par an.
 - c. En moyenne, un stérilet reste en place pendant 2,5 années environ. La consommation moyenne annuelle est donc de 1 divisé par 2,5 = 0,4 unité (DIU).
 - d. En moyenne, un tube de crème, de gelée ou de mousse fournit 3 mois de protection. Il faut donc 4 unités pour fournir une ACP.
 - e. En moyenne, un tube de Neo-Sampoon (20 comprimés) fournit 2 mois de protection. Il faut donc 6 unités pour fournir une ACP.
 - f. Chaque injection contraceptive fournit 3 mois de protection, donc 4 injections fournissent une ACP.
3. Pour calculer le nombre d'ACP pour chaque méthode, on divise tout simplement la quantité de produits délivrés pour chaque méthode contraceptive par la quantité utilisée par un couple en une année, cette dernière constituant le facteur de conversion.

PROBLÈME-TYPE:

Déterminer le nombre d'ACP correspondant à chaque méthode.

Méthode contraceptive (1)	Quantité délivrée (2)	Nombre moyen néces- saire par couple par an (3)	Résultats en ACP (4)=(2)/(3)
Pilule	290 416	13 cycles =	22 340
Condom	193 596	120 unités =	1 613
DIU	540	0,4 unités =	1 350
Crème (y compris avec diaphragmes)	1 116	4 tubes =	279
Neo-Sampoon	2 491	6 tubes =	415
Injection	9 260	4 injections =	<u>2 315</u>
		TOTAL	28 312

Source: CDC. Logistical Guidelines for Family
 Planning Programs. Atlanta:
 Center for Health Promotion and
 Education Division of Reproductive
 Health, juin 1985.

TABLEAU 1: CARACTERISTIQUES DES PRINCIPAUX TYPES
D'ORGANISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
I. COMMUNAUTAIRE		
<p>On recrute des aides bénévoles, en général des villageoises, qui se chargent de l'éducation de leurs voisins, et distribuent les produits à utiliser pour le planning familial. Ces bénévoles reçoivent une formation de base: notions élémentaires de planning familial, mode d'emploi de chaque méthode, contre-indications et effets négatifs, techniques élémentaires de tenue d'un système de collecte de données. Le travail des bénévoles est supervisé par un médecin, une sage-femme ou une infirmière de planification familiale, qui se charge de régler tous problèmes éventuels.</p>	<p>Les usagers peuvent obtenir méthodes et produits à moins de frais. Plus commode pour les consultants, qui évitent les longs déplacements. Les produits sont distribués par une personne connue qui a la confiance de l'utilisateur. Il est facile de se rendre chez les mères peu après l'accouchement. Le suivi est plus facile. Les usagers se sentent constamment soutenus et encouragés par les bénévoles.</p>	<p>Le lancement du programme coûte cher à l'utilisateur Pas de gamme complète de prestations de santé maternelle et infantile/ planification familiale. Pas d'accès direct à des responsables médicaux pour la résolution des problèmes. Résistance de certains professionnels sanitaires vis-à-vis des bénévoles. La discrétion n'est pas toujours assurée à l'utilisateur. L'utilisateur ne fait pas toujours confiance aux personnes n'ayant pas de formation médicale.</p>
II. DISTRIBUTION COMMERCIALE		
<p>L'idée de la distribution commerciale s'est greffée sur le fait que, dans les zones trop isolées pour avoir accès aux soins médicaux, on constatait cependant la présence de divers produits de consommation sur le marché de détail. Donc, si d'autres fournitures parviennent jusqu'à ces zones reculées, pourquoi pas les produits contraceptifs? Dans la plupart des pays la distribution commerciale des contraceptifs oraux est limitée aux pharmacies. Par contre les contraceptifs "locaux" sont vendus un peu partout: magasins d'alimentation, marchés, marchands ambulants.</p>	<p>Peut atteindre des zones reculées que n'atteignent pas les autres programmes. Pas de longs déplacements pour les usagers. Les distributeurs sont attirés par les gains à réaliser. Le public est bien informé des produits en vente. Pas de queue à faire pour obtenir les produits. Discrétion assurée à l'utilisateur. Distribution souvent peu onéreuse pour l'Etat. Réapprovisionnement des points de vente généralement régulier.</p>	<p>Les usagers doivent se rendre à une clinique lorsque survient un problème. Le démarrage d'un programme est parfois coûteux. Pas de gamme complète de services. La promotion publicitaire des contraceptifs s'attire parfois des critiques. Les services officiels de santé publique n'ont aucun contrôle sur le système de réapprovisionnement.</p>

TABLEAU 1 (suite)

DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
<p>III. CONSULTATION EN CLINIQUE</p> <p>L'organisation d'une consultation en clinique est une bonne façon de procéder si l'on dispose de personnel sanitaire, et si les usagers habitent à proximité de la clinique. Avec une certaine supervision médicale, des infirmières (ou infirmiers) et sages-femmes pourvues de la formation nécessaire examinent les femmes, prescrivent les méthodes de planification familiale qui conviennent, et règlent les problèmes éventuels.</p>	<p>Les usagers consultent des professionnels de la santé à chaque visite. Les problèmes peuvent être détectés et traités lors de la visite. Un changement de méthode contraceptive peut s'effectuer sans délai à la clinique. Frais de démarrage peu élevés s'il existe déjà des services de santé maternelle et infantile (SMI). Gamme de services plus complète.</p>	<p>Les consultants sont surtout des personnes du voisinage. Le suivi ne peut s'effectuer que si l'utilisateur revient à la consultation. L'infirmier ou la sage-femme ne connaît pas toujours bien le consultant. Les consultants sont censés venir de leur propre initiative. Les consultants doivent parfois faire de longues queues. Il se peut que le médecin ou l'infirmier soit un homme, ce qui n'est pas admis par les femmes dans certains milieux.</p>
<p>a) CONSULTATION DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET PLANIFICATION FAMILIALE</p> <p>Au départ, le type d'organisation combinant la santé maternelle et infantile avec la planification familiale est celui que préfèrent de nombreux Etats africains, parce que les mères se procurent au même endroit divers services apparentés, d'où plus de continuité dans les soins, et aussi parce que le planning familial y est offert comme moyen d'espacement des naissances lié à la santé de la mère et de ses enfants, et non comme mesure de "réglementation de la fécondité".</p>	<p>Permet de contacter un grand nombre de mères venant pour d'autres prestations. Les consultantes peuvent s'adresser aux consultations de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie dans le même établissement que pour la planification familiale. En théorie, la transition est plus aisée entre les suites de l'accouchement et le planning familial, et vice versa. Une consultante redoutant le jugement de la société envers les naissances peut venir au dispensaire sans révéler le but de sa visite. C'est un moyen d'affirmer que la planification familiale est un élément important de la santé des femmes et des enfants.</p>	<p>On ne s'occupe des consultants en planning familial qu'après avoir traité les problèmes de santé maternelle et infantile. Les responsables sont souvent en nombre insuffisant et surchargés de travail. L'administration est plus compliquée, surtout si les fiches de service et de réapprovisionnement pour la planification familiale ne sont pas intégrées dans l'organisation générale de la consultation SMI. Les responsables, souvent non spécialisés en planification familiale, ne savent pas toujours s'adapter à l'intégration des services de planification familiale.</p>

TABLEAU 1 (suite)

DESCRIPTION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
<p>b) PLANIFICATION FAMILIALE UNIQUEMENT Les consultations consacrées uniquement à la planification familiale sont établies le plus souvent dans des zones urbaines ou dans des villages importants où existe une demande pour les contraceptifs.</p>	<p>Les responsables sont des spécialistes qui sont plus dévoués à la cause de la planification familiale. On dispose de plus de temps à passer avec chaque consultant pour les conseils et l'éducation. En général, le nombre de responsables est mieux proportionné au nombre de consultants en planification familiale. Les responsables qui ont une formation spécialisée en planification familiale obtiennent souvent de meilleurs résultats. Les femmes célibataires sans enfants sont plus à l'aise dans ce genre de service.</p>	<p>Les consultants doivent être bien motivés pour venir d'eux-mêmes à la consultation de planification familiale Ne facilite pas la transition entre la période de l'accouchement et le moment où la femme a besoin de prestations de planification familiale, ou d'une nouvelle série de visites prénatales. Les femmes doivent se rendre ailleurs pour les autres services de santé. Les consultations ne présentent pas pour les mères l'attrait de prestations supplémentaires.</p>

Source: CDC. Family Planning Methods and Practice: Africa. 1983, pp. 283-284.

215

TABLEAU 2: TAUX D'ÉCHEC DES MÉTHODES D'ESPACEMENT
DES NAISSANCES ET DE CONTRACEPTION PERMANENTE
PENDANT LA PREMIÈRE ANNÉE

Méthode	Taux d'échec le plus bas constaté* (%)	Taux d'échec chez l'utilisateur moyen** (%)
Stérilisation tubaire (femmes)	0,2	0,2-1
Vasectomie (hommes)	0,15	0,5-1
Progestatif injectable	0,25	1
Pilules oestro-progestatives	0,5	1-8
Pilules à progestatif seul	1	3-10
DIU (TCu 380A)	1-3	1-5
Condom	1-2	3-15
Diaphragme (avec spermicide)	2	4-25
Eponge (avec spermicide)	11	15-30
Mousses, crèmes, gelées, ovules vaginaux	3-5	10-30
Retrait	16	23
Techniques de prise de conscience de la fécondité (température basale, méthode de la glaire, calendrier, "rythme")	1-50	10-30
Hasard (aucune méthode de régulation)	35-90	90+

*Sert à terminer la phrase suivante: "Parmi 100 utilisateurs qui commencent l'année en pratiquant une méthode donnée et qui la pratiquent correctement et systématiquement, le taux d'échec le plus bas constaté est _____."

**Sert à terminer la phrase suivante: "Parmi 100 utilisateurs moyens qui commencent l'année en pratiquant une méthode donnée, le nombre de grossesses survenant avant la fin de l'année sera _____."

Source: Contraceptive Technology,
1986-1987, 13ème édition révisée,
p. 102.

TABLEAU 3: MORTALITÉ LIÉE A L'USAGE DES CONTRACEPTIFS
DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS ET EN DÉVELOPPEMENT

Méthode et situation de l'utilisateur	Nbre de grossesses (pour 100 000 femmes fécondes, à risque ¹)	Nbre de décès maternels	Nbre de décès liés à la méthode
PAYS DÉVELOPPÉS			
Pas de méthode			
Moins de 35 ans	60 000	12	0
35 ans et plus	40 000	22	0
Contraceptifs oraux			
NF ² moins de 35 ans	3 000	0,6	1
F ³ moins de 35 ans	3 000	0,6	10
NF 35 ans et plus	2 000	1,1	15
F 35 ans et plus	2 000	1,1	48
DIU			
Moins de 35 ans	5 000	1	1
35 ans et plus	3 000	1,8	2
Condoms, diaphragme etc.			
Moins de 35 ans	14 000	2,8	0
35 ans et plus	7 000	5,6	0
PAYS EN DÉVELOPPEMENT			
Pas de méthode			
Moins de 35 ans	60 000	60	0
35 ans et plus	40 000	160	0
Contraceptifs oraux			
NF moins de 35 ans	12 000	12	1
F moins de 35 ans	12 000	12	1
NF 35 ans et plus	6 000	24	15
F 35 ans et plus	6 000	24	48
DIU			
Moins de 35 ans	8 000	8	2
35 ans et plus	3 000	12	4
Condoms, diaphragme etc.			
Moins de 35 ans	20 000	20	0
35 ans et plus	10 000	40	0

¹Non compris les femmes stérilisées, ou allaitant et non réglées.

²NF = non fumeuses - ³F = fumeuses.

Source: Tietze et Lewit, International Journal of Gynecology and Obstetrics. 16:456, 1979.

217

TABLEAU 4: PRODUITS CONTRACEPTIFS FOURNIS PAR L'AID

<u>PRODUIT</u>	<u>QUANTITÉ FOURNIE</u>	<u>COÛT UNITAIRE</u>
<u>MOUSSE CONTRACEPTIVE</u>		
EMKO	3 douzaines	\$17,04/douzaine
<u>CONTRACEPTIFS ORAUX</u>		
LO-FEMENAL 0,3 mg norgestrel 0,03 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "DAME BLEUE")	1 200 cycles mensuels	\$ 0,13/cycle
OVRETTE (MINIPILULE A PROGESTATIF) 0,075 mg norgestrel (EMBALLAGE "DAME ROSE")	1 200 cycles de 28 pilules	\$ 0,13/cycle
NORIDAY 1+50 FE 1 mg noréthindrone 0,05 mg mestranol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
NORMINEST FE 0,5 mg noréthindrone 0,035 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
NORQUEST 1 mg noréthindrone 0,035 mg ethinyl estradiol 75 mg fumarate ferreux (EMBALLAGE "MARKETING SOCIAL" UNIQUEMENT)	1 200 cycles mensuels	\$ 0,27/cycle
<u>DIU</u>		
MODÈLE TCu 380A	200 unités	\$ 0,95/unité

TABLEAU 4: page 2

<u>PRODUIT</u>	<u>QUANTITÉ FOURNIE</u>	<u>COÛT UNITAIRE</u>
<u>MOUSSE EN COMPRIMÉS VAGINAUX</u>		
CONCEPTROL	4 800 unités	\$ 0,095/unité
<u>CONDOMS</u>		
	6 000 pièces	\$ 4,24/100 pièces
49 mm couleur (Sultan)		
49 mm RAJA (rouge seulement)		
52 mm couleur Tahiti		
52 mm couleur (Sultan)		
52 mm non couleur (Sultan)		
52 mm couleur Panther		
52 mm non couleur Panther		
52 mm couleur, sans marque (fabriqué aux USA)		
52 mm non couleur, sans marque (fabriqué aux USA)		
52 mm couleur Blue & Gold Coin		
52 mm non couleur Majestic ULTRA THIN		

EXPOSÉ:

**STRATÉGIES D'INFORMATION, ÉDUCATION ET COMMUNICATION
POUR LA SENSIBILISATION À LA PLANIFICATION FAMILIALE**

STRATÉGIES D'INFORMATION, ÉDUCATION ET COMMUNICATION POUR LA SENSIBILISATION À LA PLANIFICATION FAMILIALE

Le principe des travaux d'IEC (Information, Communication et Education) est très simple: il ne suffit pas d'organiser des services de planification familiale et de disposer des informations nécessaires, encore faut-il que le public accepte les informations et vienne consulter. Les travaux d'IEC ont donc pour but d'obtenir que le plus grand nombre possible de personnes aient recours aux services qui leur permettront, grâce à des produits approvisionnés avec régularité, de pratiquer une contraception efficace et sans danger. Les responsables de l'IEC s'efforcent de susciter la demande pour ce que les services de planification familiale ont à offrir - tout en s'assurant que les services seront bien en mesure de répondre à la demande

Par communication, on entend un échange d'informations, d'idées et d'attitudes. La notion d'échange, ou de communication dans les deux sens, est à la base de tous travaux de sensibilisation à la planification familiale. Qu'il s'agisse d'un échange entre deux personnes ou avec un groupe plus nombreux, le succès de la communication dépend à la fois de la personne qui la transmet et de celle qui la reçoit. Le "feedback", ou réaction en retour, est un élément capital du processus, et aide la personne qui a transmis le message à comprendre si celui-ci a été bien reçu et compris.

Pour communiquer au public les informations concernant la planification familiale, on peut faire appel soit aux moyens de communication de masse, soit à l'art de la communication en tête à tête. Dans le cadre d'un programme de planification familiale d'entreprise, l'une et l'autre méthode pourront être mises à profit. Si les travaux entrepris dans une usine peuvent être rattachés à un programme national, les réalisations d'IEC au niveau de l'usine pourront servir à renforcer localement le message national. Toutefois c'est la communication en tête à tête qui sera le plus facilement à la portée des responsables travaillant en usine.

Organisation des travaux d'IEC

Comme l'indique le sigle IEC, les messages et documents concernant la planification familiale ont la triple fonction d'informer, d'éduquer et de communiquer. Il importe d'informer les consultants sur les divers moyens à leur disposition pour la contraception, de les instruire sur la façon de pratiquer les méthodes, et de les aider à décider par eux-mêmes quelle sorte de méthode ils préfèrent adopter. Les services devront toujours être organisés en fonction des exigences de leurs usagers.

Dans le cadre d'un programme de planification familiale d'usine, les travaux d'IEC devront, pour aider leur organisation à obtenir de meilleurs résultats des prestations de services et des systèmes de distribution, poursuivre au moins quatre objectifs:

- o renseigner les employés sur la planification familiale;
- o convaincre les employés et leurs conjoints des avantages de la planification familiale d'un point de vue personnel et du point de vue de la société,
- o susciter assez d'intérêt chez les employés pour qu'ils fassent un choix bien informé et apprennent à pratiquer correctement les méthodes de planification familiale,
- o faire évoluer l'attitude des employés vis-à-vis de la planification familiale, et les aider à expliquer à d'autres personnes qu'il est important de faire appel à la planification familiale.

Il est indispensable que les travaux d'IEC soient bien organisés à l'avance, qu'ils communiquent clairement leur message et qu'ils soient étudiés en fonction d'un public bien défini. On trouvera aux pages qui suivent des renseignements de base sur l'organisation des travaux d'IEC, la sélection des agents de sensibilisation IEC pour les programmes d'usine, et l'utilisation de groupes représentatifs pour orienter la rédaction des textes et la préparation des activités IEC

Dans la plupart des programmes de planification familiale, l'un des objectifs essentiels est de réaliser ou de promouvoir des changements de comportement. On peut citer au moins six stratégies distinctes - bien qu'elles se chevauchent en maintes occasions - employées en IEC au cours des vingt-cinq dernières années:

- o Utilisation des filières traditionnelles du secteur médical et de celui des communications: sages-femmes traditionnelles, art populaire, médecine traditionnelle;
- o Marketing social/création de demande. application des théories et techniques de marketing aux apports nouveaux de la planification familiale,
- o Education démographique: informer les jeunes des aspects démographiques de la planification familiale;

- o Utilisation des mass media: radio, télévision, journaux, publications diverses;
- o Intégration de la planification familiale et de la planification démographique avec les autres aspects du développement;
- o Recours à des facteurs d'incitation et de dissuasion: incitations à l'adoption et à la diffusion des méthodes, incitations individuelles et collectives, incitations pécuniaires et autres.

Notre intention est d'examiner ici ce qui constitue le travail de préparation des messages, textes et matériels d'IEC.

Le Service de communications en matière de population (Population Communications Service ou PCS), dans le cadre du Programme d'information en matière de population de l'Université Johns Hopkins, a mis au point un guide général pour l'organisation de travaux de communication en matière de population. Bien que le guide soit conçu pour des campagnes nationales, les éléments qu'il comporte s'appliquent aussi bien aux travaux d'IEC d'une portée plus limitée, comme ceux des programmes d'entreprise.

L'organisation et la préparation d'une campagne d'IEC comporte d'une façon générale les étapes suivantes:

1. Etude préalable
 - examen du public potentiel
 - bilan des programmes d'IEC existants ou, s'il n'y a pas d'exemples, observation de travaux accomplis ailleurs dans des situations similaires
 - inventaire des organismes susceptibles d'apporter leur concours
 - évaluation des moyens dont on dispose pour la communication
2. Elaboration de la campagne
 - choix des objectifs de la campagne d'IEC
 - sélection du public à atteindre
 - mise au point des messages
 - sélection des supports
 - prévision d'un travail de renforcement au niveau interpersonnel
 - rédaction d'un plan d'action

3. Mise au point, essais préalables et révision
 - conception de messages de planification familiale
 - essais préalables face au public
 - mise au point des messages/textes et réalisations techniques
 - essais préalables face au public
 - révision

4. Exécution
 - exécution du plan d'action
 - suivi de la production
 - mesure de l'impact

5. Etude critique et refonte des projets
 - analyse de l'impact général
 - refonte des projets de travaux pour l'avenir

6. Etablissement d'un dispositif durable
 - prévisions de longue durée
 - adaptation aux fluctuations des exigences du public

Le guide met en relief un certain nombre de principes fondamentaux de la communication:

1. Obtenir l'appui et la participation des autorités et des personnalités locales.
2. Consulter un grand nombre de personnes représentant divers secteurs d'activité (médecins, éducateurs, responsables sanitaires etc.)
3. Se tenir en contact avec les responsables des services de planification familiale, pour une meilleure coordination entre la campagne et les services existants, et pour la mise en commun de ressources et d'idées.
4. Diviser le public prévu en groupes distincts, et se tenir en contact avec chaque groupe.
5. Elaborer des messages qui soient compatibles avec le point de vue religieux de votre public en ce qui concerne la planification familiale, qui mettent en relief les avantages personnels à retirer de la planification familiale, et qui puissent attirer et retenir l'attention des intéressés.

6. Faire l'essai préalable des messages de planification familiale et des textes et matériels auxiliaires face au public pour lequel ils sont conçus, et être prêts à apporter les modifications nécessaires.
7. Avoir recours à diverses filières interpersonnelles pour le renforcement des messages et stratégies de planification familiale.
8. Informer les responsables des services de planification familiale, et les faire participer activement à l'utilisation de la documentation et des matériels IEC.
9. Fournir la formation nécessaire aux personnes qui utiliseront les messages et autres réalisations d'IEC.
10. Assurer le suivi de la production et faire les corrections nécessaires, toujours dans le sens d'un meilleur impact sur le public.
11. Poursuivre la distribution des documents aux usagers des services, après la mise en place définitive de ces services.

Lorsqu'on organisera une campagne IEC pour promouvoir un programme de planification familiale d'usine, il faudra décider quelles méthodes de communication adopter. Ce choix devra être fait en fonction de la nature du message de planification familiale à communiquer, de la situation locale et de la situation de l'entreprise, des moyens dont on disposera, et enfin des caractéristiques du public. Il y a essentiellement trois types de communication IEC à envisager: contacts individuels, travaux de groupe et campagnes utilisant les mass media.

Contacts individuels: les entretiens pourront avoir lieu pendant ou après les heures de travail, un "agent de sensibilisation" ou un responsable de planification familiale s'adressant directement à un employé. La méthode individuelle est souvent un excellent moyen de faire participer et coopérer certains membres du public ciblé, pour les amener à pratiquer la planification familiale. Cette formule individualisée d'IEC protège le caractère confidentiel de tous les recours aux services de planification familiale. En outre, pour ces entretiens en tête à tête on pourra se contenter de documents très simples.

225

Travaux de groupe: un seul agent de sensibilisation peut transmettre le message de planification familiale à un plus grand nombre de personnes, peut utiliser une séance pour démontrer l'emploi d'une méthode particulière de planification familiale, et répondre aux questions relatives aux méthodes de contraception.

Campagnes utilisant les mass media: les supports les plus utiles dans le cadre d'une usine sont les affiches, les imprimés et les manifestations d'art populaire, chants et pièces de théâtre par exemple. Les réalisations d'une telle envergure offrent la possibilité d'informer les employés sans la moindre contrainte et de leur présenter la planification familiale sous une forme divertissante. D'autre part les campagnes de mass media serviront à faire accepter la planification familiale et à lui donner une place légitime dans la société, notamment grâce aux témoignages d'utilisateurs satisfaits et à l'approbation de personnalités locales influentes et de dirigeants d'entreprises.

Quelles que soient les méthodes adoptées ou les travaux d'IEC entrepris, leur succès, ainsi que le succès des services de planification familiale à promouvoir, dépendra en grande partie du degré de participation des employés à la mise au point et à la diffusion des messages concernant la planification familiale. Lorsqu'on organise un volet IEC pour un programme de planification familiale en usine, il faut se rappeler que:

- o les employés constituent la majeure partie des ressources dont on dispose pour le développement du programme. Le succès du programme de planification familiale sera étroitement lié au soutien et à la participation des employés,
- o il est normal que les employés prennent part aux décisions concernant des programmes qui ont pour but de modifier leur existence. Pour le travail d'IEC, les employés devront être considérés comme des partenaires plutôt que comme un groupe cible.
- c il est souhaitable que les employés travaillent eux-mêmes à la création de documents d'IEC, et prennent une part active aux divers travaux et aux manifestations organisées. Venant de collègues, leur message aura souvent, sur les personnes ayant une situation comparable à la leur, beaucoup plus d'influence que s'il venait du patron ou du chef de service;

- o il est possible que des documents IEC ou autres travaux de vulgarisation aient déjà été réalisés dans les environs. Les responsables des services de planification familiale d'usine devront se renseigner sur ce qui existe, vérifier si les réalisations communiquent convenablement le message de planification familiale, et s'informer sur la possibilité de les employer pour leur programme.

Sélection et formation d'agents de motivation des employés

Non seulement il faudra mettre au point des stratégies et des textes d'IEC, mais en outre, après avoir choisi avec soin les personnes chargées de communiquer avec les employés et leurs familles, sur le lieu de travail, pour promouvoir la planification familiale, il importera de donner à ces personnes la formation appropriée. Les pages qui suivent s'inspirent d'un ouvrage intitulé "Population Welfare Education for Workers: A Resource Book for Trainers" (Comment initier les travailleurs aux problèmes démographiques conseils et documents pour les formateurs) (BIT, Bangkok, 1980). On y trouvera des indications utiles pour la sélection et la formation d'agents bénévoles de motivation des ouvriers et employés, ainsi qu'un inventaire des qualités du "communicateur".

Agents bénévoles de motivation des travailleurs

Les agents bénévoles de motivation des travailleurs sont souvent un élément primordial des services de planification familiale d'entreprise et des travaux d'IEC. Les agents de motivation, qui sont eux-mêmes des travailleurs ordinaires, représentent souvent pour leurs camarades l'occasion unique du contact personnel qui sera déterminant pour faire comprendre à ces personnes la nécessité d'avoir une famille peu nombreuse et par suite d'adopter une méthode de planification familiale. En tant que membres de la communauté, les agents bénévoles de motivation des travailleurs font partie du réseau de communication propre à cette communauté. En tant que collègues, ces personnes peuvent diffuser les messages de planification familiale au cours de simples conversations, pendant les heures de travail, au cours des pauses, pendant le trajet à la sortie du travail, ou lorsqu'ils sont rentrés chez eux.

La tâche de l'agent bénévole de motivation est un travail spécialisé, qui exige des talents particuliers de communication. Il s'agit souvent de rendre visite à domicile à des camarades d'usine, de mettre ces personnes à leur aise, d'orienter la conversation vers les questions de vie familiale, et d'encourager un changement de comportement parfois éloigné des croyances et pratiques traditionnelles, dans un domaine généralement considéré comme personnel et intime.

L'un des éléments les plus importants pour le succès d'un agent bénévole de motivation est l'enthousiasme dont il ou elle fait preuve. Ces personnes doivent absolument se passionner pour ce qu'elles font et être socialement engagées. Les agents bénévoles de motivation seront généralement recrutés parmi les personnes qui ont beaucoup d'amis et s'entendent bien avec leurs collègues. Il importera également qu'ils (ou elles) soient du même âge et du même sexe que les personnes qu'ils chercheront à motiver, et que leur niveau d'instruction soit similaire. Ils devront être capables de s'entretenir avec les autres sur un pied d'égalité, sans se montrer supérieurs, et de se mettre à la portée des ouvriers et de leurs problèmes.

L'expérience a montré qu'il peut être utile, pour obtenir de meilleurs résultats d'un programme de motivation par agents bénévoles, d'offrir des primes ou autres avantages constituant une incitation. Il est évident que l'on ne demandera pas à un agent bénévole de prendre à sa charge les frais de mise en place d'un programme de travail. Il sera donc parfois nécessaire d'allouer des remboursements de frais. Dans certains cas, les

responsables offrent même des primes aux bénévoles, dans d'autres cas on se contente de remettre des récompenses honorifiques. Dans d'autres programmes, des voyages d'étude ont été proposés en prime. En résumé, lorsque l'enthousiasme et l'engagement personnel sont renforcés par une forme ou une autre d'incitation, on obtient souvent des résultats excellents. Par contre si aucune incitation n'est prévue, l'enthousiasme risque fort de s'affaiblir avec le temps.

Qualités du "communicateur"

Pour qu'un spécialiste de la communication ait du succès, il faut qu'il appartienne à la communauté desservie par l'organisation, et qu'il ait l'approbation de cette communauté. Le communicateur doit avoir une personnalité lui permettant non seulement de s'identifier avec le groupe de travailleurs, mais encore de discuter individuellement avec chacun sur un pied d'égalité.

La communication n'a aucun sens si le communicateur n'établit pas un dialogue. Il est vital que le communicateur se considère comme un membre du groupe. A l'enseignement, il préférera l'échange d'idées, à la conférence, il substituera la discussion, et à la prédication, le débat. Il importe que le communicateur ne soit pas seulement maître de son message, mais qu'il soit en plus capable de répondre en connaissance de cause aux arguments qui lui seront opposés. En fait, il aura toutes chances d'obtenir plus de conversions en s'opposant avec force aux arguments des autres qu'en présentant le message qu'il aura préparé lui-même. Ceci sera valable aussi bien lorsqu'il participera à une discussion en groupe que lors de conversations en tête à tête avec des camarades d'usine.

Il ne faut jamais tenter d'imposer des notions à un groupe, car seul un libre échange d'idées et d'opinions pourra entraîner la conviction.

La tâche essentielle du communicateur est d'aider chaque travailleur à prendre conscience de ses capacités d'initiative et à comprendre qu'il est en mesure d'améliorer ses conditions d'existence et son propre bien-être. Tout homme, toute femme possède des dons de créativité, ainsi que des connaissances et une expérience personnelle qui lui seront précieuses pour son propre perfectionnement et pour l'amélioration de la société qui l'entoure.

La formation d'un "communicateur" ou agent de motivation, dans le cadre des travaux de promotion IEC, comporte trois phases successives. Au cours de la première phase, la personne apprend à se libérer de ses idées préconçues et de ses préjugés. Durant la deuxième phase, il s'agit de se rapprocher du groupe, d'écouter attentivement les opinions et les idées des autres. Enfin la troisième phase est celle où l'agent de motivation commence à accomplir sa mission s'étant bien pénétré de la façon de penser des autres, il est prêt à s'engager avec eux sur la voie du changement.

Agents bénévoles de motivation des travailleurs

Les agents bénévoles de motivation des travailleurs sont souvent un élément primordial des services de planification familiale d'entreprise et des travaux d'IEC. Les agents de motivation, qui sont eux-mêmes des travailleurs ordinaires, représentent souvent pour leurs camarades l'occasion unique du contact personnel qui sera déterminant pour faire comprendre à ces personnes la nécessité d'avoir une famille peu nombreuse et par suite d'adopter une méthode de planification familiale. En tant que membres de la communauté, les agents bénévoles de motivation des travailleurs font partie du réseau de communication propre à cette communauté. En tant que collègues, ces personnes peuvent diffuser les messages de planification familiale au cours de simples conversations, pendant les heures de travail, au cours des pauses, pendant le trajet à la sortie du travail, ou lorsqu'ils sont rentrés chez eux.

La tâche de l'agent bénévole de motivation est un travail spécialisé, qui exige des talents particuliers de communication. Il s'agit souvent de rendre visite à domicile à des camarades d'usine, de mettre ces personnes à leur aise, d'orienter la conversation vers les questions de vie familiale, et d'encourager un changement de comportement parfois éloigné des croyances et pratiques traditionnelles, dans un domaine généralement considéré comme personnel et intime.

L'un des éléments les plus importants pour le succès d'un agent bénévole de motivation est l'enthousiasme dont il ou elle fait preuve. Ces personnes doivent absolument se passionner pour ce qu'elles font et être socialement engagées. Les agents bénévoles de motivation seront généralement recrutés parmi les personnes qui ont beaucoup d'amis et s'entendent bien avec leurs collègues. Il importera également qu'ils (ou elles) soient du même âge et du même sexe que les personnes qu'ils chercheront à motiver, et que leur niveau d'instruction soit similaire. Ils devront être capables de s'entretenir avec les autres sur un pied d'égalité, sans se montrer supérieurs, et de se mettre à la portée des ouvriers et de leurs problèmes.

L'expérience a montré qu'il peut être utile, pour obtenir de meilleurs résultats d'un programme de motivation par agents bénévoles, d'offrir des primes ou autres avantages constituant une incitation. Il est évident que l'on ne demandera pas à un agent bénévole de prendre à sa charge les frais de mise en place d'un programme de travail. Il sera donc parfois nécessaire d'allouer des remboursements de frais. Dans certains cas, les

responsables offrent même des primes aux bénévoles, dans d'autres cas on se contente de remettre des récompenses honorifiques. Dans d'autres programmes, des voyages d'étude ont été proposés en prime. En résumé, lorsque l'enthousiasme et l'engagement personnel sont renforcés par une forme ou une autre d'incitation, on obtient souvent des résultats excellents. Par contre si aucune incitation n'est prévue, l'enthousiasme risque fort de s'affaiblir avec le temps.

D'après:

BIT. Population Welfare Education for Workers: A Resource Book for Trainers. Bangkok: BIT, 1980, p. 56.

Qualités du "communicateur"

Pour qu'un spécialiste de la communication ait du succès, il faut qu'il appartienne à la communauté desservie par l'organisation, et qu'il ait l'approbation de cette communauté. Le communicateur doit avoir une personnalité lui permettant non seulement de s'identifier avec le groupe de travailleurs, mais encore de discuter individuellement avec chacun sur un pied d'égalité.

La communication n'a aucun sens si le communicateur n'établit pas un dialogue. Il est vital que le communicateur se considère comme un membre du groupe. A l'enseignement, il préférera l'échange d'idées; à la conférence, il substituera la discussion, et à la prédication, le débat. Il importe que le communicateur ne soit pas seulement maître de son message, mais qu'il soit en plus capable de répondre en connaissance de cause aux arguments qui lui seront opposés. En fait, il aura toutes chances d'obtenir plus de conversions en s'opposant avec force aux arguments des autres qu'en présentant le message qu'il aura préparé lui-même. Ceci sera valable aussi bien lorsqu'il participera à une discussion en groupe que lors de conversations en tête à tête avec des camarades d'usine.

Il ne faut jamais tenter d'imposer des notions à un groupe, car seul un libre échange d'idées et d'opinions pourra entraîner la conviction.

La tâche essentielle du communicateur est d'aider chaque travailleur à prendre conscience de ses capacités d'initiative et à comprendre qu'il est en mesure d'améliorer ses conditions d'existence et son propre bien-être. Tout homme, toute femme possède des dons de créativité, ainsi que des connaissances et une expérience personnelle qui lui seront précieuses pour son propre perfectionnement et pour l'amélioration de la société qui l'entoure.

La formation d'un "communicateur" ou agent de motivation, dans le cadre des travaux de promotion IEC, comporte trois phases successives. Au cours de la première phase, la personne apprend à se libérer de ses idées préconçues et de ses préjugés. Durant la deuxième phase, il s'agit de se rapprocher du groupe, d'écouter attentivement les opinions et les idées des autres. Enfin la troisième phase est celle où l'agent de motivation commence à accomplir sa mission: s'étant bien pénétré de la façon de penser des autres, il est prêt à s'engager avec eux sur la voie du changement.

D'après: BIT. Population Welfare Education for Workers: A Resource Book for Trainers. Bangkok: BIT, 1980.

**STRATÉGIES D'INFORMATION, ÉDUCATION ET COMMUNICATION
POUR LA SENSIBILISATION À LA PLANIFICATION FAMILIALE
(RÉSUMÉ)**

- o Les travaux d'IEC ont pour but de développer au maximum le recours à la contraception.
- o Les travaux d'IEC agissent à la fois sur le plan de l'éducation et sur celui de la promotion.
- o La préparation des travaux d'IEC peut être, selon le cas, très élaborée ou très simple, mais elle devra toujours comporter:

étude des connaissances, attitudes et pratiques du public visé;

inventaire des moyens dont on dispose pour l'IEC;

participation et soutien de personnalités locales influentes, de directeurs d'usines, et/ou de dirigeants syndicaux;

projet bien conçu, avec définition des objectifs, mise au point des messages et rédaction d'un plan d'action;

- essai préalable et révision des messages et des réalisations, en fonction des réactions du public;
- suivi de la production et contrôle de l'impact des messages et des réalisations sur le public;
- contrôles périodiques ayant pour but de mesurer l'efficacité et l'impact des messages.

ÉTUDES DE CAS:

Cas n° 1:

Réalisation de documents et travaux d'IEC polyvalents

Cas n° 2:

Musique populaire et responsabilité sociale

Cas n° 3:

**Comment attirer le type de clientèle qui fera un usage prolongé
des méthodes temporaires de contraception**

RÉALISATION DE DOCUMENTS ET TRAVAUX D'IEC POLYVALENTS

Bien souvent les affiches, brochures et autres travaux de vulgarisation réalisés pour la promotion de la planification familiale sont conçus pour être utilisés dans plusieurs pays différents et par des personnes appartenant à des milieux socio-culturels différents. Une telle stratégie peut certes réduire le coût de fabrication, mais elle peut aussi affaiblir l'effet produit par les réalisations; il arrive que des messages conçus au sein d'un certain milieu socio-culturel ne soient pas compris dans un autre milieu. Au cours de travaux entrepris au Kenya, des responsables IEC, des dirigeants d'entreprises privées et des responsables sanitaires se sont aperçus que les documents éducatifs dont ils disposaient ne correspondaient pas, soit à la mentalité du pays soit à celle des groupes de population que l'on visait plus particulièrement. Le problème semblait se poser avant tout dans les zones rurales, où les dessins abstraits et les messages généralisés ("Une famille peu nombreuse est une famille heureuse") conçus pour des populations urbaines demeuraient souvent incompris par une grande partie de la population rurale.

Pour remédier au problème, des fonds ont été obtenus d'une organisation non gouvernementale pour la préparation de nouvelles réalisations. Le premier travail à accomplir était la mise au point de messages adaptés au milieu socio-culturel. Dans ce but, on a organisé un séminaire réunissant des représentants de divers organismes qui fournissent des services de planification familiale au Kenya. La tâche suivante était la sélection d'artistes dont les oeuvres serviraient de base aux affiches de planification familiale. Des artistes kenyans ou installés au Kenya ont été invités à soumettre des échantillons de leur travail. Après une sélection basée sur ces échantillons, quinze artistes locaux ont été invités à assister à un séminaire d'une journée. Des informations leur ont été communiquées sur la situation démographique du Kenya, ainsi que sur la politique démographique du pays et les programmes en vigueur. On leur a également exposé les liens existant entre la planification familiale et les autres aspects du développement. Les artistes ont étudié d'une part les caractéristiques des personnes auxquelles leurs réalisations devaient être présentées, et d'autre part les textes et travaux de vulgarisation existants. Les artistes ont également examiné, et le cas échéant modifié les messages "planification familiale et développement" qui avaient été rédigés lors d'un précédent séminaire.

Vers la fin du séminaire, on a remis une documentation aux artistes en leur demandant de préparer des projets et des ébauches. Ces projets ont ensuite fait l'objet d'une discussion, et des alternatives ont été suggérées. Deux semaines plus tard, un deuxième atelier a eu lieu. Entre temps, les artistes avaient préparé plus de 60 affiches et tableaux, qui ont été exposés, discutés et modifiés. Ces affiches et tableaux ont alors été transportés sur les lieux de huit différents services privés de planification familiale, où ils ont été mis à l'essai. Les essais préalables avaient pour but d'obtenir la réponse aux questions suivantes:

1. Clarté du contenu de l'affiche: dans quelle mesure le public ciblé comprend-il le thème et le message?
2. Valeur du thème et du message: l'affiche traite-t-elle d'un sujet en rapport avec les exigences, les problèmes et les intérêts de la personne interrogée, et de sa communauté?
3. Conformité socio-culturelle. l'affiche risque-t-elle en quelque manière, de par les questions abordées ou les termes employés, de heurter des sentiments, de provoquer des résistances, ou d'aller à l'encontre de la réalité?
4. Pouvoir d'attraction: L'affiche a-t-elle plu ou déplu aux personnes interrogées? Ces personnes ont-elles suggéré des modifications?

Sur la base des résultats de l'essai préalable, plusieurs des travaux ont été retenus, dont on a ensuite tiré des affiches de vulgarisation/promotion de la planification familiale. Ces affiches ont été distribuées à diverses cliniques de planification familiale, privées et publiques, dans tout le Kenya.

QUESTIONS À DISCUTER

1. Quels messages de planification familiale seraient susceptibles d'être bien accueillis dans la zone où est située votre entreprise? Quels types de messages seraient à éviter?

2. Connaissez-vous des personnes ou organismes auxquels vous pourriez avoir recours pour vous aider à promouvoir les activités de planification familiale dans votre entreprise?

3. Quelles sont les activités artistiques les plus courantes dans votre région? peinture? théâtre? musique?

4. Connaissez-vous des documents ou travaux de promotion qui aient été réalisés par les services publics de planification familiale de votre région? S'agit-il de travaux que votre société pourrait utiliser, et savez-vous comment vous pourriez vous les procurer?

MUSIQUE POPULAIRE ET RESPONSABILITÉ SOCIALE* ·

Dans la plupart des pays d'Amérique latine on constate, comme dans le reste du monde, une recrudescence des cas de grossesse parmi les adolescentes. Il y a lieu de s'en alarmer pour diverses raisons: les enfants mis au monde par des adolescentes sont exposés à des risques accrus pour leur santé et leur développement; la maternité présente plus de dangers pour une adolescente que pour une femme ayant atteint sa vingtième année, la naissance d'un enfant limite immédiatement les possibilités d'instruction et de formation pour l'adolescente; il est rare qu'une adolescente ait les moyens financiers d'élever un enfant, enfin, les enfants ainsi mis au monde bénéficient rarement d'une situation de famille stable.

Diverses théories ont été avancées pour expliquer le grand nombre de grossesses parmi les adolescentes. Certains pensent que les media (radio, télévision, magazines, journaux, publicité) font, plus ou moins subtilement, une sorte de promotion des activités sexuelles pour les jeunes, sans toutefois adresser à ces derniers le moindre message concernant les responsabilités découlant de l'acte sexuel. Pour contrebalancer cette influence, le PCS (Population Communications Services) et la société FFI (Fuentes y Fomento Intercontinentales), entreprise mexicaine de marketing, ont pris une initiative intéressante. Ces deux organismes ont mis au point, sur le thème "amour et responsabilité", une campagne de musique pop utilisant divers media, laquelle suscite actuellement un grand intérêt dans onze pays d'Amérique latine.

Le programme complet de la campagne est présenté sous la forme suivante un disque 45 tours contenant deux chansons qui encouragent les jeunes à faire preuve de responsabilité dans leur vie sexuelle, une bande vidéo pour chaque chanson, deux spots télévision pour chaque chanson, deux spots radio pour chaque chanson, une affiche de grande taille, et une documentation de presse contenant des photos, des diapositives couleur, les paroles des chansons, et un communiqué de presse. Cet ensemble a été distribué à des stations de radio et de télévision, à des journaux et à des magazines dans toute la région. Pour le lancement du projet, on avait organisé des conférences de presse et des visites de musiciens auprès des stations de radio et de télévision, avec distribution gratuite de disques et publication de bulletins mensuels d'information. Le succès du projet est attesté par le fait que les chansons

*Source: "The Power of Popular Music", People 13 (2), 11-12, 1986.

sont très souvent sur les ondes, car elles plaisent aux jeunes auditeurs des stations de radio.

L'un des éléments les plus importants pour la réussite du projet a été la participation de deux chanteurs qui étaient populaires, étaient disponibles et s'intéressaient au projet. A l'issue d'une longue recherche, le choix s'est porté sur deux chanteurs très aimés des jeunes dans toute la région, et dont l'image se prêtait bien à la promotion du comportement socialement responsable. Une fois les artistes choisis, on est passé à la composition des paroles et de la musique des chansons, puis à la production des enregistrements audio et vidéo, des spots télévision, et des divers imprimés et documents nécessaires au marketing.

Il s'agit donc d'un projet complexe et de grande envergure, qui cependant est rentable parce qu'il livre un produit présentant un attrait certain pour la "clientèle" visée (les adolescents), donc assuré de passer "gratuitement" sur les ondes plus facilement que s'il s'agissait d'un message présenté de façon moins séduisante. Les personnes qui ont travaillé à ce programme disent en avoir tiré les enseignements suivants : choisissez toujours le support le mieux adapté au public que vous désirez atteindre, faites appel au meilleur des ressources humaines et matérielles à votre disposition, de façon à obtenir un produit de qualité supérieure, un produit de qualité supérieure sera remarqué et aura droit aux faveurs du secteur commercial, qui absorbera les frais et donnera une plus vaste diffusion aux messages concernant la responsabilité sociale, utilisez le support qui touchera le public le plus vaste, de façon à répartir le coût sur le plus grand nombre de personnes possible.

QUESTIONS À DISCUTER :

1. Quelle est la fonction principale du projet décrit dans cette étude de cas?
2. De quelle façon pourrez-vous adapter à votre propre stratégie d'IEC les enseignements dégagés de ce projet à grande échelle?
3. Quelles sources possibles de documents promotionnels existent dans votre région? Comment vous y prendrez-vous pour les découvrir et pour en tirer parti?

**COMMENT ATTIRER LE TYPE DE CLIENTÈLE QUI FERA UN USAGE PROLONGÉ
DES MÉTHODES TEMPORAIRES DE CONTRACEPTION***

Au Nepal, la société CRS (Nepal CRS Company Pvt. Ltd.) utilise un réseau de magasins de détail pour la distribution de plusieurs types de condoms, de mousses contraceptives, de comprimés vaginaux et de pilules contraceptives. Depuis sa fondation en 1978, la société a solidement établi et entretenu un réseau comprenant plus de 80% des magasins de détail du pays. Le système de distribution fonctionne extrêmement bien, et les produits sont constamment en stock dans les magasins. La société CRS a également réalisé des campagnes de communication et de publicité pour sensibiliser le public aux produits CRS.

En dépit du succès de sa distribution, la société CRS éprouve une certaine difficulté à attirer le type de clientèle susceptible de faire un usage prolongé des méthodes temporaires de contraception, elle constate malheureusement des taux d'abandon élevés pour la plupart des méthodes. La direction de la société s'est donc rendu compte que le programme ne pourrait suivre son cours si l'on ne cherchait pas à connaître les réactions du consommateur face aux types de produits vendus, à leurs caractéristiques, aux méthodes adoptées pour la commercialisation, et aux stratégies publicitaires. Pour obtenir cette sorte d'information, plusieurs techniques ont été suggérées, notamment enquêtes auprès des usagers actuels, enquêtes auprès des usagers potentiels, entretiens individuels avec des usagers actuels et/ou potentiels, entretiens avec des détaillants.

La société a engagé un spécialiste des études de marché, qui a recommandé une étude portant sur une série de groupes représentatifs. Il s'agit d'une technique d'étude qualitative du marché qui représente l'un des moyens les plus puissants de collecte d'informations utiles et actuelles sur l'attitude des consommateurs. La méthode consiste essentiellement à interroger un groupe composé de 6 à 8 personnes appartenant à la tranche de consommateurs étudiée, par exemple jeunes mères,

***NOTE POUR LE FORMATEUR:** Bien que le cas étudié ici ne concerne pas un programme de planification familiale d'entreprise, les méthodes de recherche adoptées par cette société de distribution pourraient fort bien s'appliquer à la mise au point de travaux d'IEC pour la planification familiale au sein d'une entreprise.

membres masculins d'une communauté, autorités médicales. Des questions sont préparées à l'avance pour une discussion générale sur le thème de la recherche, et la discussion est dirigée par un animateur expérimenté qui pose diverses questions convergeant vers le même thème, et aide le groupe à rester dans le cadre prévu. Un animateur habile peut dégager de son groupe une abondance d'informations. Le groupe se réunit généralement pendant une heure ou deux, en un lieu commode pour tous et offrant suffisamment de confort. On enregistre la discussion soit en prenant des notes manuellement, soit sur bande magnétique.

Sous la direction du consultant engagé, plusieurs personnes ont reçu la formation nécessaire pour animer les groupes représentatifs. Etant donné la nature délicate du sujet à discuter, on a choisi des femmes pour l'animation de groupes féminins, et des hommes pour l'animation de groupes masculins. Les résultats suivants ont été enregistrés pour la première série de réunions, organisées avec différents groupes de membres masculins de communautés.

1. Les participants montraient tous beaucoup d'hésitation à discuter le sujet.
2. D'une façon générale, les participants identifiaient la planification familiale à la stérilisation, et environ la moitié des personnes présentes ignoraient tout des méthodes temporaires de contraception.
3. La plupart des participants étaient familiers avec la notion de planification familiale et de réduction du nombre d'enfants.
4. Plusieurs participants ont déclaré que la planification familiale était une chose dont on devait se préoccuper après avoir mis au monde tous les enfants que la famille désirait, la meilleure chose à faire alors étant de stériliser l'homme ou la femme. La notion de planification familiale pour les jeunes couples soulevait en général peu d'intérêt.
5. La moitié environ des participants avaient entendu parler de la principale marque de condoms distribuée par CRS, mais seuls quelques-uns disaient en avoir fait usage.
6. Aucun des participants n'a mentionné un usage régulier de méthodes temporaires de contraception.

QUESTIONS À DISCUTER:

1. Comment votre entreprise pourrait-elle utiliser la méthode des groupes représentatifs pour promouvoir l'usage des contraceptifs?
2. Comment les renseignements obtenus au cours de la première série d'entretiens pourraient-ils être utilisés par la direction et par les organisateurs du programme pour prendre des décisions concernant l'IEC?
3. Si l'on utilisait une technique de recherche différente (une enquête par exemple), obtiendrait-on des renseignements d'une différente sorte?

RÉALISATION DE DOCUMENTS ET TRAVAUX D'IEC POLYVALENTS

Bien souvent les affiches, brochures et autres travaux de vulgarisation réalisés pour la promotion de la planification familiale sont conçus pour être utilisés dans plusieurs pays différents et par des personnes appartenant à des milieux socio-culturels différents. Une telle stratégie peut certes réduire le coût de fabrication, mais elle peut aussi affaiblir l'effet produit par les réalisations, il arrive que des messages conçus au sein d'un certain milieu socio-culturel ne soient pas compris dans un autre milieu. Au cours de travaux entrepris au Kenya, des responsables IEC, des dirigeants d'entreprises privées et des responsables sanitaires se sont aperçus que les documents éducatifs dont ils disposaient ne correspondaient pas, soit à la mentalité du pays soit à celle des groupes de population que l'on visait plus particulièrement. Le problème semblait se poser avant tout dans les zones rurales, où les dessins abstraits et les messages généralisés ("Une famille peu nombreuse est une famille heureuse") conçus pour des populations urbaines demeuraient souvent incompris par une grande partie de la population rurale.

Pour remédier au problème, des fonds ont été obtenus d'une organisation non gouvernementale pour la préparation de nouvelles réalisations. Le premier travail à accomplir était la mise au point de messages adaptés au milieu socio-culturel. Dans ce but, on a organisé un séminaire réunissant des représentants de divers organismes qui fournissent des services de planification familiale au Kenya. La tâche suivante était la sélection d'artistes dont les oeuvres serviraient de base aux affiches de planification familiale. Des artistes kenyans ou installés au Kenya ont été invités à soumettre des échantillons de leur travail. Après une sélection basée sur ces échantillons, quinze artistes locaux ont été invités à assister à un séminaire d'une journée. Des informations leur ont été communiquées sur la situation démographique du Kenya, ainsi que sur la politique démographique du pays et les programmes en vigueur. On leur a également exposé les liens existant entre la planification familiale et les autres aspects du développement. Les artistes ont étudié d'une part les caractéristiques des personnes auxquelles leurs réalisations devaient être présentées, et d'autre part les textes et travaux de vulgarisation existants. Les artistes ont également examiné, et le cas échéant modifié les messages "planification familiale et développement" qui avaient été rédigés lors d'un précédent séminaire.

Vers la fin du séminaire, on a remis une documentation aux artistes en leur demandant de préparer des projets et des ébauches. Ces projets ont ensuite fait l'objet d'une discussion, et des alternatives ont été suggérées. Deux semaines plus tard, un deuxième atelier a eu lieu. Entre temps, les artistes avaient préparé plus de 60 affiches et tableaux, qui ont été exposés, discutés et modifiés. Ces affiches et tableaux ont alors été transportés sur les lieux de huit différents services privés de planification familiale, où ils ont été mis à l'essai. Les essais préalables avaient pour but d'obtenir la réponse aux questions suivantes:

1. Clarté du contenu de l'affiche: dans quelle mesure le public ciblé comprend-il le thème et le message?
2. Valeur du thème et du message: l'affiche traite-t-elle d'un sujet en rapport avec les exigences, les problèmes et les intérêts de la personne interrogée, et de sa communauté?
3. Conformité socio-culturelle: l'affiche risque-t-elle en quelque manière, de par les questions abordées ou les termes employés, de heurter des sentiments, de provoquer des résistances, ou d'aller à l'encontre de la réalité?
4. Pouvoir d'attraction: L'affiche a-t-elle plu ou déplu aux personnes interrogées? Ces personnes ont-elles suggéré des modifications?

Sur la base des résultats de l'essai préalable, plusieurs des travaux ont été retenus, dont on a ensuite tiré des affiches de vulgarisation/promotion de la planification familiale. Ces affiches ont été distribuées à diverses cliniques de planification familiale, privées et publiques, dans tout le Kenya.

QUESTIONS À DISCUTER

1. Quels messages de planification familiale seraient susceptibles d'être bien accueillis dans la zone où est située votre entreprise? Quels types de messages seraient à éviter?

2. Connaissez-vous des personnes ou organismes auxquels vous pourriez avoir recours pour vous aider à promouvoir les activités de planification familiale dans votre entreprise?

3. Quelles sont les activités artistiques les plus courantes dans votre région? peinture? théâtre? musique?

4. Connaissez-vous des documents ou travaux de promotion qui aient été réalisés par les services publics de planification familiale de votre région? S'agit-il de travaux que votre société pourrait utiliser, et savez-vous comment vous pourriez vous les procurer?

MUSIQUE POPULAIRE ET RESPONSABILITÉ SOCIALE*

Dans la plupart des pays d'Amérique latine on constate, comme dans le reste du monde, une recrudescence des cas de grossesse parmi les adolescentes. Il y a lieu de s'en alarmer pour diverses raisons: les enfants mis au monde par des adolescentes sont exposés à des risques accrus pour leur santé et leur développement, la maternité présente plus de dangers pour une adolescente que pour une femme ayant atteint sa vingtième année; la naissance d'un enfant limite immédiatement les possibilités d'instruction et de formation pour l'adolescente; il est rare qu'une adolescente ait les moyens financiers d'élever un enfant; enfin, les enfants ainsi mis au monde bénéficient rarement d'une situation de famille stable.

Diverses théories ont été avancées pour expliquer le grand nombre de grossesses parmi les adolescentes. Certains pensent que les media (radio, télévision, magazines, journaux, publicité) font, plus ou moins subtilement, une sorte de promotion des activités sexuelles pour les jeunes, sans toutefois adresser à ces derniers le moindre message concernant les responsabilités découlant de l'acte sexuel. Pour contrebalancer cette influence, le PCS (Population Communications Services) et la société FFI (Fuentes y Fomento Intercontinentales), entreprise mexicaine de marketing, ont pris une initiative intéressante. Ces deux organismes ont mis au point, sur le thème "amour et responsabilité", une campagne de musique pop utilisant divers media, laquelle suscite actuellement un grand intérêt dans onze pays d'Amérique latine.

Le programme complet de la campagne est présenté sous la forme suivante: un disque 45 tours contenant deux chansons qui encouragent les jeunes à faire preuve de responsabilité dans leur vie sexuelle, une bande vidéo pour chaque chanson, deux spots télévision pour chaque chanson, deux spots radio pour chaque chanson, une affiche de grande taille, et une documentation de presse contenant des photos, des diapositives couleur, les paroles des chansons, et un communiqué de presse. Cet ensemble a été distribué à des stations de radio et de télévision, à des journaux et à des magazines dans toute la région. Pour le lancement du projet, on avait organisé des conférences de presse et des visites de musiciens auprès des stations de radio et de télévision, avec distribution gratuite de disques et publication de bulletins mensuels d'information. Le succès du projet est attesté par le fait que les chansons

*Source: "The Power of Popular Music", People 13 (2), 11-12, 1986.

sont très souvent sur les ondes, car elles plaisent aux jeunes auditeurs des stations de radio.

L'un des éléments les plus importants pour la réussite du projet a été la participation de deux chanteurs qui étaient populaires, étaient disponibles et s'intéressaient au projet. A l'issue d'une longue recherche, le choix s'est porté sur deux chanteurs très aimés des jeunes dans toute la région, et dont l'image se prêtait bien à la promotion du comportement socialement responsable. Une fois les artistes choisis, on est passé à la composition des paroles et de la musique des chansons, puis à la production des enregistrements audio et vidéo, des spots télévision, et des divers imprimés et documents nécessaires au marketing

Il s'agit donc d'un projet complexe et de grande envergure, qui cependant est rentable parce qu'il livre un produit présentant un attrait certain pour la "clientèle" visée (les adolescents), donc assuré de passer "gratuitement" sur les ondes plus facilement que s'il s'agissait d'un message présenté de façon moins séduisante. Les personnes qui ont travaillé à ce programme disent en avoir tiré les enseignements suivants: choisissez toujours le support le mieux adapté au public que vous désirez atteindre, faites appel au meilleur des ressources humaines et matérielles à votre disposition, de façon à obtenir un produit de qualité supérieure, un produit de qualité supérieure sera remarqué et aura droit aux faveurs du secteur commercial, qui absorbera les frais et donnera une plus vaste diffusion aux messages concernant la responsabilité sociale, utilisez le support qui touchera le public le plus vaste, de façon à répartir le coût sur le plus grand nombre de personnes possible.

QUESTIONS À DISCUTER:

1. Quelle est la fonction principale du projet décrit dans cette étude de cas?
2. De quelle façon pourrez-vous adapter à votre propre stratégie d'IEC les enseignements dégagés de ce projet à grande échelle?
3. Quelles sources possibles de documents promotionnels existent dans votre région? Comment vous y prendrez-vous pour les découvrir et pour en tirer parti?

**COMMENT ATTIRER LE TYPE DE CLIENTÈLE QUI FERA UN USAGE PROLONGÉ
DES MÉTHODES TEMPORAIRES DE CONTRACEPTION***

Au Nepal, la société CRS (Nepal CRS Company Pvt. Ltd.) utilise un réseau de magasins de détail pour la distribution de plusieurs types de condoms, de mousses contraceptives, de comprimés vaginaux et de pilules contraceptives. Depuis sa fondation en 1978, la société a solidement établi et entretenu un réseau comprenant plus de 80% des magasins de détail du pays. Le système de distribution fonctionne extrêmement bien, et les produits sont constamment en stock dans les magasins. La société CRS a également réalisé des campagnes de communication et de publicité pour sensibiliser le public aux produits CRS.

En dépit du succès de sa distribution, la société CRS éprouve une certaine difficulté à attirer le type de clientèle susceptible de faire un usage prolongé des méthodes temporaires de contraception, elle constate malheureusement des taux d'abandon élevés pour la plupart des méthodes. La direction de la société s'est donc rendu compte que le programme ne pourrait suivre son cours si l'on ne cherchait pas à connaître les réactions du consommateur face aux types de produits vendus, à leurs caractéristiques, aux méthodes adoptées pour la commercialisation, et aux stratégies publicitaires. Pour obtenir cette sorte d'information, plusieurs techniques ont été suggérées, notamment enquêtes auprès des usagers actuels, enquêtes auprès des usagers potentiels, entretiens individuels avec des usagers actuels et/ou potentiels, entretiens avec des détaillants.

La société a engagé un spécialiste des études de marché, qui a recommandé une étude portant sur une série de groupes représentatifs. Il s'agit d'une technique d'étude qualitative du marché qui représente l'un des moyens les plus puissants de collecte d'informations utiles et actuelles sur l'attitude des consommateurs. La méthode consiste essentiellement à interroger un groupe composé de 6 à 8 personnes appartenant à la tranche de consommateurs étudiée, par exemple jeunes mères,

membres masculins d'une communauté, autorités médicales. Des questions sont préparées à l'avance pour une discussion générale sur le thème de la recherche, et la discussion est dirigée par un animateur expérimenté qui pose diverses questions convergeant vers le même thème, et aide le groupe à rester dans le cadre prévu. Un animateur habile peut dégager de son groupe une abondance d'informations. Le groupe se réunit généralement pendant une heure ou deux, en un lieu commode pour tous et offrant suffisamment de confort. On enregistre la discussion soit en prenant des notes manuellement, soit sur bande magnétique.

Sous la direction du consultant engagé, plusieurs personnes ont reçu la formation nécessaire pour animer les groupes représentatifs. Etant donné la nature délicate du sujet à discuter, on a choisi des femmes pour l'animation de groupes féminins, et des hommes pour l'animation de groupes masculins. Les résultats suivants ont été enregistrés pour la première série de réunions, organisées avec différents groupes de membres masculins de communautés.

1. Les participants montraient tous beaucoup d'hésitation à discuter le sujet.
2. D'une façon générale, les participants identifiaient la planification familiale à la stérilisation, et environ la moitié des personnes présentes ignoraient tout des méthodes temporaires de contraception.
3. La plupart des participants étaient familiers avec la notion de planification familiale et de réduction du nombre d'enfants.
4. Plusieurs participants ont déclaré que la planification familiale était une chose dont on devait se préoccuper après avoir mis au monde tous les enfants que la famille désirait, la meilleure chose à faire alors étant de stériliser l'homme ou la femme. La notion de planification familiale pour les jeunes couples soulevait en général peu d'intérêt.
5. La moitié environ des participants avaient entendu parler de la principale marque de condoms distribuée par CRS, mais seuls quelques-uns disaient en avoir fait usage.
6. Aucun des participants n'a mentionné un usage régulier de méthodes temporaires de contraception.

- 250

QUESTIONS À DISCUTER:

1. Comment votre entreprise pourrait-elle utiliser la méthode des groupes représentatifs pour promouvoir l'usage des contraceptifs?
2. Comment les renseignements obtenus au cours de la première série d'entretiens pourraient-ils être utilisés par la direction et par les organisateurs du programme pour prendre des décisions concernant l'IEC?
3. Si l'on utilisait une technique de recherche différente (une enquête par exemple), obtiendrait-on des renseignements d'une différente sorte?

ÉVALUATION

EXERCICE D'ÉVALUATION: SECTION V

On demande à chaque stagiaire de réfléchir aux réalisations d'IEC exposées pendant la durée de l'atelier, pour décider quelle sorte de réalisation pourrait convenir le mieux pour son entreprise. Le stagiaire est invité à indiquer par écrit quels objectifs il chercherait à atteindre au moyen de l'IEC, comment les réalisations seraient utilisées, quand et par qui. Ensuite les stagiaires font un exposé oral de ce qu'ils ont écrit. Puis le formateur anime une discussion portant sur les sources à explorer pour se procurer d'autres travaux de vulgarisation, et sur les questions de prix de revient qui se poseraient si chaque entreprise produisait tout ce dont elle a besoin.

On pourra juger de la valeur formative de cette section en constatant si chaque stagiaire est capable:

- o d'énoncer un objectif qui corresponde bien aux travaux d'IEC qu'il ou elle aura choisis;
- o de désigner une personne ayant les qualifications nécessaires pour communiquer à l'aide de ces travaux;
- o d'indiquer convenablement à quel moment et de quelle façon les travaux seront utilisés.

Durée: 20 minutes

DOCUMENTATION À CONSULTER:**Mode d'emploi de la documentation correspondant à cette section:**

Les deux listes ci-après contiennent des documents qui pourront servir aux formateurs pour la préparation des stages, et également aux stagiaires comme supplément d'information sur les sujets figurant à cette section du manuel. Bien que tous les articles soient recommandés, ceux de la première liste contiennent d'importantes informations complémentaires concernant les techniques de contraception et la promotion de la planification familiale à l'aide des travaux d'Information, Education et Communication (IEC).

Techniques de contraception

Centers for Disease Control. Planification familiale: méthodes et pratique pour l'Afrique (Deuxième partie: Ce qu'il faut savoir pour obtenir de bons résultats avec les contraceptifs - Troisième partie: Techniques de contraception). Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 1983.

La deuxième partie du livre présente un aperçu général de la physiologie du cycle menstruel et de la grossesse, et indique les critères généraux à considérer pour choisir un moyen contraceptif. On y trouvera la réponse aux questions les plus couramment posées. Le chapitre concernant le choix d'un contraceptif est d'une présentation logique et simple.

La troisième partie du livre présente et examine rapidement chacune des méthodes les plus courantes de contraception. Les avantages et les effets secondaires de chaque méthode sont expliqués, en général assez succinctement.

Hatcher, et al. Contraceptive Technology 1986-1987. 13^{ème} édition. New York: Irvington Publishers, 1986.

Depuis de nombreuses années, ce livre est utilisé aux Etats-Unis comme référence générale sur les méthodes de planification familiale. Il contient des chapitres traitant de la plupart des éléments d'un programme de planification familiale, ainsi que des renseignements précis sur chacune des méthodes de contraception. Ici l'information sur les méthodes de contraception est traitée à un niveau plus spécialisé que dans le livre cité ci-dessus, avec plus de détails et plus de termes techniques

253

Population Information Program. "Oral Contraceptives in the 1980s." Population Reports, n° 6, série A, 1982. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University. (Existe en français)

Ce numéro traite des contraceptifs oraux, et notamment des taux d'utilisation dans différents pays, de l'action physiologique des produits utilisés, de leurs effets secondaires, des risques et avantages divers.

_____. "Update on condoms - Products, Protection, Promotion". Population Reports, n° 6, série H, 1982. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University. (Existe en français)

Ce numéro traite de l'une des méthodes de contraception les plus faciles, les moins dangereuses et les plus efficaces, et qui présente en outre l'avantage de prévenir la transmission de plusieurs maladies. Divers sujets sont traités: efficacité, protection contre les maladies, mode d'emploi, distribution, étude du marché et promotion, fabrication et contrôle qualité.

_____. "After Contraception: Dispelling Rumors About Later Childbearing" Population Reports, n° 28, série J, 1984. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University. (Existe en français)

Ce numéro porte sur les effets des méthodes contraceptives modernes sur les maternités futures. Contraceptifs oraux et injectables, condoms, spermicides et DIU, autant de méthodes temporaires sur lesquelles des mythes se sont créés. Les recherches effectuées sur la contraception et la fécondité sont ici examinées sérieusement, et on suggère des façons d'éviter les complications qui pourraient nuire à la fécondité. Le numéro contient un exposé général sur les causes de l'infécondité, et un chapitre sur la lutte contre les rumeurs.

Porter, C.W., Waife, R.S. et H.R. Holtrop. The Health Providers' Guide to Contraception (Edition internationale). Chestnut Hill, Massachusetts The Pathfinder Fund, 1983.

Ce livre porte sur l'ensemble des aspects de la contraception non chirurgicale - conseil et éducation, méthodes de contraception, questions de santé liées à la contraception. L'ouvrage a servi de guide à des centaines de projets pour l'organisation de services de planification familiale à travers le monde. Le texte est rendu plus intéressant et plus facile à comprendre par les illustrations - dessins, tableaux et graphiques - qui l'accompagnent.

Information, Education et Communication

Centers for Disease Control. Planification familiale: méthodes et pratique pour l'Afrique (Quatrième partie: Le fonctionnement des services de planification familiale). Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 1983.

Cette partie du livre contient quatre chapitres portant sur les aspects humains et matériels des tâches quotidiennes de ceux qui fournissent des services de planification familiale. Certains chapitres intéresseront particulièrement les formateurs et les stagiaires: organisation des contacts entre consultants et responsables, intégration de la planification familiale avec d'autres services sanitaires, comment préserver le caractère volontaire de la planification familiale. Chacun des sujets est traité avec simplicité dans un bref chapitre.

Elkamel, F. Developing Communication Strategies and Programs: A Systematic Approach. Le Caire, Egypte: The Center for Development Communication, 1986.

Ce manuel est un guide pour l'organisation et la réalisation de programmes de communication et de marketing social. La méthode est expliquée logiquement, pas à pas; des aide-mémoire et autres outils de travail sont insérés dans les chapitres ou figurent en annexe. Ces outils de travail pourront servir aux formateurs à titre d'exemples, et les stagiaires pourront les prendre comme modèles à adapter à leur propre situation. Le manuel, rédigé avec clarté et précision, est d'une consultation facile.

Favin, M. Health Education. Genève, Suisse: Fédération Mondiale des Associations de Santé Publique, 1986.

Cette étude fait le point des divers aspects de l'éducation sanitaire, avec des chapitres sur les méthodes, les moyens de communication, les documents éducatifs, les travaux préparatoires et l'organisation, la modification des comportements. On trouvera dans les annexes une bibliographie commentée, ainsi qu'une liste de revues, des résumés de projets, et une liste d'organismes s'intéressant à l'éducation sanitaire. Le livre contient des encarts consacrés à des procédés ou à des techniques particulières de vulgarisation sanitaire.

152

Gillespie, R. A Manual on Evaluation of Population Communication Programmes
Paris: Unesco, 1981.

Ce manuel fournit des directives très simples pour l'évaluation des programmes de communication en matière de population. Certains chapitres portent sur l'essai préalable des documents et réalisations, sur l'évaluation des campagnes de mass media, des travaux accomplis sur le terrain, et d'autres aspects des programmes de communication. Il y a également des chapitres sur le choix des objectifs prioritaires et sur l'organisation d'une évaluation. On trouvera dans les annexes des exemples de questionnaires, ainsi que des formulaires d'enregistrement qui pourront servir aux stagiaires.

Green, Cynthia. "Making Messages Matter", in People: IPPF Review of Population and Development, Volume 13, n° 2, 1986, pp. 5-8.
(Existe en français)

Cet article fournit des conseils pour la réussite d'un programme de communications en planification familiale. Il précise chaque étape décisive du travail d'organisation, et indique des enseignements tirés de l'expérience. On pourra s'inspirer de cet article pour un exposé de stage, ou même le distribuer aux stagiaires; il pourra servir de modèle pour la mise au point de travaux de communication.

Maine, D. et R. MacNamara. Birth Spacing and Child Survival. New York. Center for Population and Family Health, Columbia University, 1985.

Cette publication sera un auxiliaire précieux pour l'enseignement, grâce aux informations qu'elle fournit sur le rapport entre l'espacement des naissances et la santé infantile. Elle pourra servir de modèle pour la production de documents IEC à utiliser par de petits groupes, voire par une personne seule. En stage, on tirera parti de cette publication soit pour des exercices, soit pour montrer des exemples de réalisations d'IEC.

BIT. Population and Family Welfare Education for Workers: A Resource Book for Trainers. Bangkok: BIT, 1980. (64 pp.)

Cette brochure présente un ensemble de documentation sur la planification familiale, destiné aux employés et ouvriers. Les documents pourront être utilisés comme exemples par les formateurs, ou bien distribués directement à des travailleurs; les documents pourront être adaptés à diverses situations. La brochure pourra également constituer une lecture utile pour les responsables d'un projet d'éducation des employés.

Trade Union Leader's Compendium on Family Welfare in Organized Industry. Bangkok: BIT.

Cette brochure a été rédigée pour fournir aux dirigeants syndicaux des informations générales relatives au rôle de leurs organisations dans les activités d'aide familiale organisées au sein d'une entreprise. La planification familiale n'est que l'un des aspects traités, mais les questions générales abordées sont importantes pour la planification familiale. La brochure pourra être utilisée dans le cadre d'un programme de formation de dirigeants syndicaux, ou présentée aux directeurs d'entreprises pour leur faire prendre conscience de leur rôle en planification familiale.

Population Communication Services. Basic Processes and Principles for Population/Family Planning Communications. Baltimore, MD: PSC, Population Information Program, Johns Hopkins University, n.d.

Cette brochure résume les principes de base et les travaux exigés pour communiquer clairement des messages IEC à un public bien défini. Les six phases du processus sont: étude, élaboration, mise au point, essais préalables et révision; exécution, suivi et évaluation, étude critique et refonte, établissement d'un dispositif durable.

Autres références

Techniques de contraception

Chen, E. Evaluation for an Incentive Program for Factory Workers in Taipei City. Taipei, Taiwan: Family Planning Promotion Center, 1974.

Favin, M., W. Stinson, E. Bradford et R. Clay. Family Planning for Maternal and Child Health: An Annotated Bibliography and Resource Directory. Washington, D.C.: World Federation of Public Health Associations, 1986.

Landry, E.G. et al. Contraceptive Distribution in St. Lucia. Washington, D.C.: AID, 1986.

McVeigh, K.M. Family Planning in a Pro-Natalist Environment: The Case of the Bolivian Industrialist Project. Non publié: 1985.

Population Crisis Committee. Issues in Contraceptive Development. Washington, D.C.: Population Crisis Committee, 1985.

Population Information Program. "Sources of Population and Family Planning Assistance". Population Reports, n° 26, série J. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University, 1983.
(Existe en français)

- _____. "Vasectomy - Safe and Simple". Population Reports, n° 4, série D 1983. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University. (Existe en français)
- _____. "New Developments in Vaginal Contraception", Population Reports, n° 7, série H, 1984. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University. (Existe en français)
- _____. "IUDs: an Appropriate Contraceptive for Many Women", Population Reports, n° 4, série B, 1982. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University. (Existe en français)
- _____. "Minilaparotomy and Laparoscopy: Safe, Effective and Widely Used", Population Reports, n° 9, série C, 1985. Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University. (Existe en français)
- Porter, C.W. et R.S. Waife. Intrauterine Devices: Current Perspectives (2ème édition). Chestnut Hill, MA: The Pathfinder Fund, 1982.
- Porter, C.W. et al. Oral Contraceptives: A Guide for Programs and Clinics (4ème édition). Chestnut Hill, MA: The Pathfinder Fund, 1982.

Information, Education et Communication

- Ainsworth, Martha. Family Planning Programs: The Clients' Perspective. Etudes de la Banque mondiale, n° 676. Washington, D.C.: World Bank, 1984.
- Bogue, D.J. A Training Manual for Interpersonal Communication. Chicago: Social Development Center, University of Chicago.
- Coleman, Patrick. "The power of popular music", in People: IPPF Review of Population and Development, Volume 13, n° 2, 1986, pp. 11-12. (Existe en français)
- Enterprise Program. Programming Considerations for Family Planning Services and Commodities Planning. Washington, D.C.: JSI, Enterprise Program, 1986. Non publié.
- Feliciano, G.D. et al. Problems and Approaches in Communicating Family Planning to Factory Workers. Non publié, 1976.
- Idurply, C. "Visual Communication Training for Family Planning Workers", in Development Communication Report, Hiver 1986.
- BIT. In-Plant Population Education: An Asian Handbook. Bangkok: BIT, 1977.
- International Planned Parenthood Federation. "Community Participation in Family Planning". London: IPPF, 1982.

Lee, J.H. "Worker Communicators, Vital Change Agents in Factory-Based Programmes", in Labor and Population Activities in Asia and the Pacific. N° 16. Bangkok: BIT, 1984.

Saunders, L., Ed. IEC Strategies: Their Role in Promoting Behavior Change in Family and Population Planning. Honolulu, Hawaii: East-West Communication Institute, East-West Center, 1977.

Smith, W.A. "Social Marketing: Two Ways to Improve Health Delivery". Washington, D.C.: Academy for Educational Development, Inc., 1984.

Viravaidya, Mechai. "Humor and fun is half the battle", in People: IPPF Review of Population and Development, Volume 13, n° 2, 1986, pp. 3-4. (Existe en français)

Westinghouse Health Systems. Contraceptive Prevalence Survey. Model Questionnaire. Columbia, MD: Westinghouse Health Systems, n.d.

SECTION VI

**MISE AU POINT ET EXECUTION D'UN PROJET DE SERVICES
DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE,
GESTION ET EVALUATION DES SERVICES**

DUREE PREVUE: 5 heures

SECTION VI: Mise au point et exécution d'un projet de services de planification familiale d'entreprise, gestion et évaluation des services

On fait ici l'inventaire des décisions à prévoir par la direction d'une usine lors de la mise au point d'un projet de services de planification familiale d'entreprise. On passe ensuite aux différentes tâches qui constituent la mise en place, la gestion et l'évaluation des services de planification familiale.

POUR LE FORMATEUR

Objectifs pour cette section:

A l'issue des travaux qui constituent cette section, les stagiaires seront en mesure de:

1. appliquer une méthode de détermination des besoins/désirs de leur groupe d'employés en matière de services de planification familiale,
2. trouver quels sont les membres de leur communauté et/ou de leur usine qui joueront obligatoirement un grand rôle dans l'organisation de services de planification familiale, et déterminer s'il convient de constituer un comité spécial pour faciliter l'élaboration et l'exécution du projet;
3. déterminer quelle formule conviendra le mieux pour l'organisation des services de planification familiale, compte tenu des besoins/désirs du groupe à servir, ainsi que des services médicaux et de planification familiale existant par ailleurs dans la région, et des moyens dont dispose l'entreprise;
4. décider de la gamme de services à offrir en fonction des besoins/désirs du groupe à servir, ainsi que des possibilités d'accès à d'autres services dans la région, du personnel spécialisé dont on disposera, des possibilités d'approvisionnement des contraceptifs, et des ressources de l'entreprise,
5. déterminer s'il est nécessaire de créer, pour la bonne marche du programme de planification familiale, un dispositif spécial de tenue des dossiers qui facilite l'accès aux informations pour les tâches de suivi et d'évaluation;

6. décider du volume de travail à accomplir en matière de promotion pour obtenir que les services de planification familiale soient suffisamment utilisés,
7. faire un bilan des ressources qui seront nécessaires pour la mise au point, le lancement et la gestion future des services de planification familiale. Il s'agit des ressources humaines, des locaux, des équipements, matériels et fournitures divers, et de la documentation IEC. Les stagiaires seront également en mesure de prévoir si ces ressources peuvent se trouver au sein de leur entreprise ou s'il faudra faire appel à des concours extérieurs;
8. utiliser des techniques simples pour le calcul du nombre de responsables de planification familiale et du volume d'équipement, de fournitures et de produits en fonction de la gamme de méthodes à offrir dans le cadre de l'entreprise, et en fonction de la couverture contraceptive visée pour le groupe à servir,
9. mettre au point une organisation des services de planification familiale qui permette d'effectuer le suivi et l'évaluation de façon continue. Le type d'organisation adopté dépendra du type de services fournis et du mode de consultation (sur place ou avec renvoi à d'autres services, consultation dans le cadre d'un service de santé maternelle et infantile ou bien service indépendant),
10. s'informer des techniques d'évaluation permettant de mesurer l'efficacité des prestations de planification familiale offertes, ainsi que de l'organisation mise en place pour fournir ces prestations au groupe ciblé.

Justification:

La réussite des services de planification familiale organisés au sein d'une entreprise ou d'une plantation est liée à un certain nombre de décisions à prendre par la direction avant le lancement des services. En déterminant à l'avance les niveaux de décision, les renseignements nécessaires pour la prise de décisions, et les ressources indispensables pour l'application des décisions, on aura beaucoup plus de chances d'aboutir à des services de planification familiale bien adaptés aux besoins et désirs du groupe à servir.

264

DÉROULEMENT DES TRAVAUX**o Introduction**

Introduction aux questions d'organisation pratique dont les directeurs d'usines et les responsables sanitaires devront être informés: quelles questions poser, où se procurer les renseignements et les concours dont ils auront besoin pour la préparation et la mise en place de services de planification familiale en usine ou dans des plantations.

Durée: 10 minutes

o Définition du processus de mise au point et d'exécution d'un projet de services de planification familiale en usine ou au sein d'une plantation.

Les stagiaires étudient les divers éléments dont peut se composer un service de planification familiale, et les principales tâches et décisions intervenant pour la mise au point et l'exécution d'un projet de services de planification familiale d'entreprise. A partir de la liste de tâches proposées, que les stagiaires pourront compléter à leur gré, on examinera les moyens administratifs (humains et matériels) nécessaires à l'organisation de services de planification familiale. Les tâches sont réparties en sept catégories: prestations de services, gestion, formation, IEC, gestion des produits, évaluation, questions relatives aux coûts.

Durée. 45 minutes

o Exposé: Etude du public auquel vous vous adressez, sélection de la gamme de services à offrir

Les stagiaires étudient les divers aspects de l'étude des besoins des usagers, et apprennent comment les informations recueillies peuvent être traduites en décisions préliminaires concernant la formule de prestations de services et la gamme de méthodes de planification familiale à offrir au public ciblé.

Durée: 1 heure

265

o **Evaluation de la nécessité d'intégrer ou non les services**

On examine ici diverses questions auxquelles il faudra répondre pour décider si la planification familiale doit être intégrée dans un service médical existant déjà dans l'entreprise, ou s'il est préférable de créer un service de planification familiale indépendant sur le lieu de travail. Un tel choix s'appuiera sur les décisions préliminaires concernant le public ciblé, la formule adoptée pour les prestations de services, et la gamme de services à offrir.

Durée: 30 minutes

o **Détermination du personnel nécessaire**

Les décisions concernant le personnel nécessaire et les descriptions de postes découlent logiquement des objectifs fixés par une entreprise pour ses services de planification familiale, du public à servir, de la formule adoptée pour les prestations de services, de la gamme de méthodes à offrir aux usagers, et du fait que les services doivent ou non être intégrés avec des services médicaux existants. Des exemples de descriptions de postes sont présentés, provenant d'une clinique organisée au sein d'une entreprise asiatique et consacrée uniquement à la planification familiale.

Durée. 45 minutes

o **Prévision des quantités de produits nécessaires**

On examine les méthodes à employer pour prévoir les taux de couverture, et les principales techniques d'estimation des quantités de contraceptifs nécessaires. On explique le rapport entre le travail de prévision des quantités nécessaires et le choix de la formule de prestations de services et de la gamme de services à offrir.

Durée: 45 minutes

o **Mobilier et équipement médical indispensables**

On présente une liste de mobilier, de matériel médical et de fournitures indispensables.

Durée: 30 minutes

o **Plan et organisation des locaux, entreposage et tenue des stocks de contraceptifs**

On explique ici comment le plan des locaux est décidé en fonction de plusieurs facteurs: intégration de la planification familiale avec d'autres services sanitaires, formule adoptée pour les prestations de services, gamme de services à offrir, budget accordé aux services de planification familiale. Les techniques de base pour l'entreposage et la tenue des stocks de contraceptifs sont exposées aux stagiaires.

Durée: 30 minutes

o **Tenue des dossiers et évaluation**

On montre tout d'abord l'importance d'un contrôle permettant de comparer les résultats des services de planification familiale avec les prévisions. Les stagiaires étudient ensuite divers formulaires d'enregistrement et d'évaluation. On présente des spécimens de formulaires qui pourraient être adoptés pour le suivi des résultats et de la qualité des services organisés au sein d'une entreprise.

Durée: 45 minutes

o **Evaluation**

Les stagiaires évaluent l'utilité, pour l'organisation de services dans leur entreprise, de la liste des tâches et décisions qui a été étudiée ici.

Durée: 20 minutes

POUR LE FORMATEUR:

Vous trouverez aux pages qui suivent la série complète des documents destinés au formateur et aux stagiaires. D'une façon générale, ces textes et formulaires sont fournis à titre d'exemple, et devront être adaptés par chaque stagiaire en fonction des exigences particulières de l'entreprise dans laquelle il travaille.

INTRODUCTION

**QUESTIONS D'ORGANISATION PRATIQUE POUR L'INSTAURATION DE
SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

Nous passons ici aux aspects plus purement pratiques de l'organisation, de la gestion et de l'évaluation de services de planification familiale au sein d'une usine ou d'une plantation. Il s'agira principalement d'une série de tâches essentielles, non seulement pour l'organisation préalable mais également pour l'exécution même des prestations de services.

L'exposé qui suit tient compte de certains éléments admis au départ. Avant tout, nous supposons que les stagiaires, en tant que dirigeants d'une entreprise privée ou responsables de services médicaux existant dans une entreprise privée, ont déjà pris la décision d'envisager sérieusement l'organisation de services de planification familiale à l'intention de leurs employés. Nous avons également admis que l'entreprise est disposée à considérer toute la gamme des options qui existent pour l'organisation des services et pour les méthodes contraceptives à proposer. En outre, nous partons du principe que les services de planification familiale doivent être conçus en fonction des besoins de contraception des employés et de leurs familles, et que la direction s'engage à laisser les employés libres de choisir les méthodes de contraception qu'ils dési-
reront utiliser.

L'ordre adopté pour les travaux prévus à cette section du manuel correspond à l'énumération des tâches et décisions présentée dans le cadre de l'exercice qui suit. Les sujets abordés successivement seront:

- o définition du processus de mise au point et d'exécution d'un projet de services au sein d'une entreprise
- o étude du public ciblé et sélection de la gamme de services à offrir
- o évaluation de la nécessité d'intégrer ou non la planification familiale avec des services sanitaires existants
- o détermination des besoins de personnel et rédaction des descriptions de postes
- o prévision des quantités de produits nécessaires
- o mobilier, équipement et fournitures indispensables pour une clinique
- o plan et organisation des locaux, entreposage des stocks de contraceptifs
- o tenue des dossiers et évaluation.

DÉFINITION DU PROCESSUS DE MISE AU POINT ET D'EXÉCUTION
D'UN PROJET DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE
EN USINE OU AU SEIN D'UNE PLANTATION

**DÉFINITION DU PROCESSUS DE MISE AU POINT ET D'EXÉCUTION
D'UN PROJET DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE
EN USINE OU AU SEIN D'UNE PLANTATION**

Il s'agit ici d'expliquer aux stagiaires quels sont les divers éléments dont peut se composer un service de planification familiale, et ensuite d'examiner une série de tâches à envisager pour la préparation et l'administration de services de planification familiale d'entreprise. La liste ci-jointe, intitulée "Inventaire des tâches/décisions à prévoir pour l'organisation de services de planification familiale d'entreprise", ne prétend pas être exhaustive, mais elle contient toutes les tâches considérées comme les plus importantes.

Adoptant un ordre logique qui pourra dans bien des cas être repris par les stagiaires eux-mêmes dans leurs travaux, nous avons ici groupé les tâches sous deux rubriques principales:

- o I - Le groupe d'usagers et les services à offrir
- o II - Moyens nécessaires pour l'exécution.

En étudiant avec vos stagiaires l'inventaire des tâches et décisions, vous devrez souvent vous reporter aux travaux présentés aux sections précédentes du manuel. A mesure que se succèdent les travaux du stage, les cadres de direction et les responsables sanitaires qui y prennent part devront parvenir à une parfaite compréhension du rapport entre la justification et les objectifs établis pour les services qu'ils se proposent d'offrir, et les décisions qu'ils prendront en ce qui concerne les usagers à servir, la formule de prestations de services à adopter, la gamme de services à offrir, et les moyens nécessaires pour la réalisation de services de planification familiale bien organisés et efficaces. Vous trouverez également ici, à l'usage des stagiaires, une liste type des frais entraînés par l'organisation de programmes de planification familiale d'entreprise.

VOLETS D'UN SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Avant d'aborder l'étude des tâches et décisions intervenant pour l'établissement et la gestion d'un service de planification familiale d'entreprise, il sera bon d'énumérer et d'examiner les divers éléments ou volets dont pourra se composer un tel service.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous utiliserez un bloc-note géant ou un tableau noir pour afficher la liste de huit volets.]

1. Fourniture de contraceptifs
2. Conseil et éducation sur la santé familiale
3. Analyses et tests (notamment détection des maladies sexuellement transmises - frottis vaginaux, tests hémoglobine et VDRL, analyses d'urine)
4. Examens médicaux complets (avec test de Papanicolaou etc.) et reconstitution des antécédents en planification familiale
5. Evaluation de grossesse (y compris tests de détection)
6. Cas d'infécondité: détection et conseil
7. Orientation vers d'autres services
8. Détection des groupes à risque

Il n'y pas lieu d'aborder ici en détail ces divers volets, qui sont traités par ailleurs. Mais il importe de rappeler que la tâche des services de planification familiale ne se limite pas à la fourniture de contraceptifs et de leur mode d'emploi.

INVENTAIRE DES TÂCHES/DÉCISIONS À PRÉVOIR
POUR L'ORGANISATION DE SERVICES
DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE

I. LE GROUPE D'USAGERS ET LES SERVICES À OFFRIR

Tâches

Décisions

- a. Etudier le groupe de population à servir (enquêtes de prévalence; enquêtes sur connaissances, attitudes et pratiques, groupes représentatifs, dossiers médicaux de l'entreprise). Décider quels seront les usagers.
- b. Examiner l'organisation et la fréquence d'utilisation des services médicaux existant au sein de l'entreprise.
- c. Examiner diverses formules de prestations de services de planification familiale, en fonction du groupe à servir et des possibilités d'adaptation au milieu de travail.
- d. Rechercher des concours, localement ou à l'échelon national, en matière de planification familiale.
- Décider quelle formule sera utilisée, avec quelle gamme de services.
- Décider si les services de planification familiale seront intégrés dans des services de santé existant, ou bien seront indépendants.

II. MOYENS NÉCESSAIRES POUR L'EXÉCUTION

Gestion

1. Constituer une équipe, au sein de l'entreprise, pour la gestion des services de planification familiale.
2. Réfléchir aux concours qui pourraient être nécessaires pour la mise au point de l'organisation des services de planification familiale.

Décider qui sera chargé de la gestion, et quels concours extérieurs pourraient être nécessaires.

Prévision des nombres d'usagers

1. Estimer de façon réaliste le nombre d'usagers à prévoir au départ, mois par mois.
2. Estimer comment le nombre d'usagers évoluera avec le temps. (P.ex. accroissement constant suivi d'un plateau, variations saisonnières etc.)
3. Estimer la ventilation des diverses méthodes adoptées.

Décider des prévisions mensuelles/trimestrielles à établir pour le nombre d'usagers par méthode, pour la première année du programme.

Organisation des services

1. Déterminer le personnel et les qualifications nécessaires pour les prestations de planification familiale figurant dans la formule et la gamme de méthodes retenues.
2. Examiner les compétences/capacités du personnel actuel des services médicaux.
3. Déterminer les lacunes.

Décider les descriptions de postes et les modalités de recrutement.

Décider où et comment le personnel recevra la formation nécessaire pour les services de planification familiale.

Fonctionnement de la clinique

1. Estimer les locaux nécessaires, en fonction de la formule adoptée, de la gamme de services et du nombre d'usagers estimé.
2. Examiner des locaux existants, actuellement exploités par d'autres.

Décider le plan des locaux et les heures d'ouverture de la clinique.

Equipement et fournitures

1. Faire l'inventaire des fournitures et de l'équipement utilisés par les services médicaux.
2. Déterminer le personnel, l'équipement et les fournitures nécessaires en fonction de la formule adoptée et de la gamme de services.
3. Trouver, sur place ou dans le reste du pays, des sources d'approvisionnement en équipement et fournitures.
4. Evaluer les modalités actuelles d'approvisionnement et de tenue des stocks.

Décider quels matériels acheter, de quelle façon se feront l'approvisionnement, l'entreposage et la tenue des stocks, et qui devra en rendre compte.

Approvisionnement des contraceptifs

1. Trouver des sources d'approvisionnement pour les contraceptifs. Calculer les délais de livraison à escompter.
2. Estimer les besoins en fonction des nombres d'usagers prévus et de la gamme de méthodes.
3. Etablir un système d'entreposage et de contrôle des stocks.

Décider où se fera l'approvisionnement, et comment seront passées les commandes

Décider le système de tenue des stocks.

IEC

1. Se renseigner sur les documents et travaux réalisés par d'autres groupements, sur place ou dans le reste du pays.
2. Examiner le rôle potentiel des agents de motivation et de vulgarisation.

Décider le volume de travail d'IEC pour le démarrage.

Evaluation et tenue des dossiers

1. Se renseigner sur les techniques actuellement utilisées par les services médicaux pour rendre compte de leurs travaux.
2. Examiner les techniques proposées pour le compte rendu des travaux des services de planification familiale.
3. Découvrir les lacunes existant dans les techniques actuellement utilisées.

Décider quelles techniques utiliser; qui rendra compte et avec quelle fréquence, à qui seront fournis les comptes rendus.

278

INVENTAIRE DES TÂCHES/DÉCISIONS À PRÉVOIR
POUR L'ORGANISATION DE SERVICES
DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE

I. LE GROUPE D'USAGERS ET LES SERVICES À OFFRIR

Tâches

Décisions

- a. Etudier le groupe de population à servir (enquêtes de prévalence; enquêtes sur connaissances, attitudes et pratiques; groupes représentatifs; dossiers médicaux de l'entreprise). Décider quels seront les usagers.
- b. Examiner l'organisation et la fréquence d'utilisation des services médicaux existant au sein de l'entreprise.
- c. Examiner diverses formules de prestations de services de planification familiale, en fonction du groupe à servir et des possibilités d'adaptation au milieu de travail.
- d. Rechercher des concours, localement ou à l'échelon national, en matière de planification familiale.
- Décider quelle formule sera utilisée, avec quelle gamme de services.
- Décider si les services de planification familiale seront intégrés dans des services de santé existant, ou bien seront indépendants.

II. MOYENS NÉCESSAIRES POUR L'EXÉCUTION

Gestion

1. Constituer une équipe, au sein de l'entreprise, pour la gestion des services de planification familiale.
2. Réfléchir aux concours qui pourraient être nécessaires pour la mise au point de l'organisation des services de planification familiale.

Décider qui sera chargé de la gestion, et quels concours extérieurs pourraient être nécessaires.

Prévision des nombres d'utilisateurs

1. Estimer de façon réaliste le nombre d'utilisateurs à prévoir au départ, mois par mois.
2. Estimer comment le nombre d'utilisateurs évoluera avec le temps. (P.ex. accroissement constant suivi d'un plateau, variations saisonnières etc.)
3. Estimer la ventilation des diverses méthodes adoptées.

Décider des prévisions mensuelles/trimestrielles à établir pour le nombre d'utilisateurs par méthode, pour la première année du programme.

Organisation des services

1. Déterminer le personnel et les qualifications nécessaires pour les prestations de planification familiale figurant dans la formule et la gamme de méthodes retenues.
2. Examiner les compétences/capacités du personnel actuel des services médicaux.
3. Déterminer les lacunes.

Décider les descriptions de postes et les modalités de recrutement.

Décider où et comment le personnel recevra la formation nécessaire pour les services de planification familiale.

Fonctionnement de la clinique

1. Estimer les locaux nécessaires, en fonction de la formule adoptée, de la gamme de services et du nombre d'utilisateurs estimés.
2. Examiner des locaux existants, actuellement exploités par d'autres.

Décider le plan des locaux et les heures d'ouverture de la clinique.

Equipement et fournitures

1. Faire l'inventaire des fournitures et de l'équipement utilisés par les services médicaux.
2. Déterminer le personnel, l'équipement et les fournitures nécessaires en fonction de la formule adoptée et de la gamme de services.
- 3 Trouver, sur place ou dans le reste du pays, des sources d'approvisionnement en équipement et fournitures.
4. Evaluer les modalités actuelles d'approvisionnement et de tenue des stocks.

Décider quels matériels acheter, de quelle façon se feront l'approvisionnement, l'entreposage et la tenue des stocks, et qui devra en rendre compte.

Approvisionnement des contraceptifs

1. Trouver des sources d'approvisionnement pour les contraceptifs. Calculer les délais de livraison à escompter.
2. Estimer les besoins en fonction des nombres d'utilisateurs prévus et de la gamme de méthodes.
3. Etablir un système d'entreposage et de contrôle des stocks.

Décider où se fera l'approvisionnement, et comment seront passées les commandes

Décider le système de tenue des stocks.

IEC

1. Se renseigner sur les documents et travaux réalisés par d'autres groupements, sur place ou dans le reste du pays.
2. Examiner le rôle potentiel des agents de motivation et de vulgarisation.

Décider le volume de travail d'IEC pour le démarrage.

Evaluation et tenue des dossiers

1. Se renseigner sur les techniques actuellement utilisées par les services médicaux pour rendre compte de leurs travaux.
2. Examiner les techniques proposées pour le compte rendu des travaux des services de planification familiale.
3. Découvrir les lacunes existant dans les techniques actuellement utilisées.

Décider quelles techniques utiliser, qui rendra compte et avec quelle fréquence, à qui seront fournis les comptes rendus.

**LISTE TYPE DES FRAIS RELATIFS AUX
PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

Personnel

Médecins - Généralistes
 - Gynécologues/obstétriciens
Infirmiers, infirmières sages-femmes
Agents de motivation
Conseillers
Assistant(e) social(e)
Employés de bureau
Heures de travail perdues par les employés (si les consultations
ont lieu pendant les heures de travail)

Locaux

Loyer
Electricité, eau, téléphone
Unités mobiles/véhicules (carburant, lubrifiants, entretien)

Equipement et fournitures

Matériel médical pour:
- examens
- méthodes chirurgicales de contraception
- pose de DIU
- visites de contrôle
Matériel de bureau

Produits

Achats
Entreposage
Gestion des stocks

IEC

Documentation achetée
Documentation et travaux réalisés par le service
Activités de sensibilisation ou d'information
Formations diverses (personnel)
Formations diverses (usagers)

**LISTE TYPE DES FRAIS RELATIFS AUX
PROGRAMMES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

Personnel

Médecins - Généralistes
 - Gynécologues/obstétriciens
Infirmiers, infirmières sages-femmes
Agents de motivation
Conseillers
Assistant(e) social(e)
Employés de bureau
Heures de travail perdues par les employés (si les consultations
ont lieu pendant les heures de travail)

Locaux

Loyer
Electricité, eau, téléphone
Unités mobiles/véhicules (carburant, lubrifiants, entretien)

Equipement et fournitures

Matériel médical pour:
- examens
- méthodes chirurgicales de contraception
- pose de DIU
- visites de contrôle
Matériel de bureau

Produits

Achats
Entreposage
Gestion des stocks

IEC

Documentation achetée
Documentation et travaux réalisés par le service
Activités de sensibilisation ou d'information
Formations diverses (personnel)
Formations diverses (usagers)

285

EXPOSÉ:

**ÉTUDE DU PUBLIC AUQUEL VOUS VOUS ADRESSEZ,
SÉLECTION DE LA GAMME DE SERVICES À OFFRIR**

286

SÉLECTION DES TYPES DE SERVICES À OFFRIR

POUR LE FORMATEUR:

A l'issue des travaux qui constituent cette section, les stagiaires auront compris les questions se rapportant à:

1. la détermination des besoins/désirs de leur groupe d'employés en matière de services de planification familiale;
2. la détermination de la formule convenant le mieux pour l'organisation des services de planification familiale, compte tenu des besoins/désirs du groupe à servir, ainsi que des services médicaux et de planification familiale existant par ailleurs dans la région, et des moyens dont dispose l'entreprise,
3. la sélection de la gamme de services à offrir en fonction des besoins/désirs du groupe à servir, ainsi que des possibilités d'accès à d'autres services dans la région, des possibilités d'approvisionnement des contraceptifs, et des ressources de l'entreprise;
4. la sélection des membres de la communauté et/ou de l'usine qui joueront obligatoirement un grand rôle dans l'organisation de services de planification familiale, et la décision à prendre en ce qui concerne la constitution éventuelle d'un comité spécial pour faciliter l'élaboration, la mise en place et l'évaluation des services de planification familiale.

Documents à distribuer

1. Renseignements et méthodes à utiliser pour déterminer les désirs/besoins en matière de services de planification familiale. (Document A)
2. Questions à prendre en considération pour la sélection d'une formule d'organisation des services de planification familiale. (Document B)
3. Facteurs à prendre en considération pour la sélection d'une gamme de méthodes contraceptives. (Document C)
4. Comment surmonter les obstacles à l'organisation des services. (Tableau 1)

5. Caractéristiques des principaux types d'organisation des services de planification familiale (Tableau 1, Section V)
6. Guide des méthodes contraceptives modernes (grand tableau figurant à la section V)

Cet exposé a pour but de vous fournir les instruments nécessaires pour déterminer le type de services de planification familiale à offrir dans votre situation particulière. L'exposé repose sur les principes suivants:

1. L'organisation de la clinique de planification familiale et la gamme de méthodes contraceptives offerte par cette clinique devront être fonction des besoins et désirs (ou besoins tels qu'ils sont perçus) du groupe ciblé,
2. Vous devrez être bien informés du type et de la qualité des autres services de planification familiale éventuellement accessibles au groupe ciblé, de façon à comprendre pourquoi ces services sont ou ne sont pas utilisés, et comment vous pourrez établir des liens avec un réseau de planification familiale existant.
3. Votre objectif devra être d'offrir le choix le plus vaste possible aux utilisateurs potentiels de la planification familiale, il n'existe aucune méthode parfaite, et plus les options seront diversifiées, plus nombreuses seront les personnes dont les besoins de planification familiale seront satisfaits. Cependant vous aurez parfois à accepter des compromis pour l'organisation de vos services, tantôt à cause de la position délicate de la planification familiale auprès des milieux officiels et du public de certaines régions, tantôt à cause des difficultés logistiques que comportent certaines méthodes, ou de la nécessité de préserver la qualité des soins. Certains de ces compromis pourront être évités grâce à un travail d'éducation ou à l'action de personnes influentes. D'autres ne pourront être évités. Dans tous les cas, vous n'accepterez de compromis qu'en sachant bien ce que vous gagnez et ce à quoi vous renoncez.

Au cours de cet exposé, nous nous référerons aux six documents à distribuer qui sont énumérés plus haut. Deux de ces documents vous ont déjà été présentés: l'un porte sur les caractéristiques des principaux types d'organisation des services de planification familiale (Tableau 1, Section V), et l'autre donne des indications générales sur les divers types de contraceptifs qui peuvent être fournis (grand tableau figurant à la section V). Les quatre autres documents sont nouveaux:

Document A Renseignements et méthodes à utiliser par les dirigeants d'une entreprise privée pour déterminer les désirs/besoins en matière de services de planification familiale.

Document B: Questions à prendre en considération pour la sélection d'une formule d'organisation des services de planification familiale

Document C: Facteurs à prendre en considération pour la sélection d'une gamme de méthodes contraceptives.

Tableau 1 Comment surmonter les obstacles à l'organisation des services.

[Note pour le formateur: Vous vous reporterez au Document A pour cette partie de l'exposé.]

Le premier stade de la détermination des services à offrir consiste à définir le groupe "ciblé" par les services de planification familiale projetés. Votre définition des personnes comprises dans ce groupe cible pourra évoluer avec le temps, mais il importe d'avoir une définition qui serve de point de départ. Vous devrez donc répondre aux questions suivantes:

1. Qui employez-vous? Surtout des hommes? Surtout des femmes? (Source: dossiers du personnel)
2. Fournissez-vous déjà des services médicaux à vos employés? (Source: budget des charges sociales) A quoi les employés ont-ils droit exactement, au titre de cet avantage social?
3. Fournissez-vous déjà des services médicaux aux personnes à charge de vos employés? Pour quelles raisons désirez-vous ou ne désirez-vous pas fournir des services de planification familiale à ce groupe?
4. Est-ce que vos services médicaux ou autres services sociaux sont accessibles aux membres de la communauté qui ne sont ni vos employés ni à la charge de vos employés? Pour quelles raisons désirez-vous ou ne désirez-vous pas fournir des services de planification familiale à ce groupe?

En répondant à ces questions, vous avez défini en gros le groupe "ciblé" par vos services de planification familiale. Au stade suivant, il s'agira d'estimer le nombre total de personnes dont se compose le groupe cible. Ce nombre ne correspondra pas au total des utilisateurs à prévoir (bien entendu,

tout le monde ne décidera pas d'avoir recours à la planification familiale), mais plus exactement au groupe de population dont proviendront les utilisateurs.

Le Document A fournit un plan de travail très simple pour la détermination du groupe ciblé. Vous pourrez partir de l'hypothèse qu'une personne seulement par couple aura recours aux services de planification familiale.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous trouverez des détails complémentaires au Document A, Stade I.]

Le deuxième stade consiste à recueillir les données concernant le nombre de naissances dans le groupe cible. Ces données permettront de se rendre compte des besoins de services de planification familiale, en particulier si on les compare avec les taux de natalité des autres secteurs de la région ou du pays. Les mêmes données serviront à estimer certains des coûts entraînés par l'absence de services de planification familiale (congés de maternité pour les employées, crèche, jardin d'enfants, soins médicaux pour les personnes à charge etc.)

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous trouverez des détails complémentaires au Document A, Stade II.]

Le troisième stade consiste à déterminer quelles sont, en matière de planification familiale, les connaissances, les attitudes et les pratiques des personnes du groupe cible.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous trouverez au Document A, Stade III, des renseignements sur les enquêtes CAP et sur les groupes représentatifs.]

Le quatrième stade consiste à obtenir des renseignements sur les autres services de planification familiale existant dans la région.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous trouverez au Document A, Stade IV, des renseignements sur l'évaluation des possibilités existant pour la planification familiale]

A la fin des quatre stades successifs, vous devriez être en possession des informations suivantes:

1. Profil du groupe ciblé
2. Volume des besoins de services de planification familiale dans la zone desservie

3. Connaissances, attitudes et pratiques des personnes habitant la zone desservie
4. Le cas échéant, profil des autres services de planification familiale existant dans la zone desservie.

C'est sur la base de ces informations que vous prendrez toutes décisions concernant l'organisation du programme de planification familiale et la gamme de méthodes contraceptives à fournir.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous introduirez ici une révision rapide du document intitulé "Caractéristiques des principaux types d'organisation des services de planification familiale" (Tableau 1, Section V), déjà présenté plus haut. Peut-être demanderez-vous des volontaires parmi les stagiaires, pour expliquer chaque type d'organisation. Demandez-leur de bien dégager les avantages et inconvénients de chaque formule.]

Pour choisir la formule que vous adopterez pour votre planification familiale d'entreprise, vous devrez répondre aux questions suivantes:

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Les questions qui suivent sont reproduites au Document B]

1. Fournissez-vous déjà des services médicaux à certaines ou à toutes les personnes du groupe ciblé pour la planification familiale? Dans ce cas, une formule de consultation de planification familiale (soit séparée soit associée à la consultation SMI) sera peut-être une solution réalisable, voire préférable: le groupe ciblé a l'habitude de fréquenter les locaux, le personnel médical est déjà en place, etc.
2. Le groupe de population est-il concentré dans une seule zone, ou bien très dispersé? Il existe diverses façons de desservir une population très dispersée: système de distribution au niveau de la communauté, distribution commerciale, consultations "antennes".
3. De quel volume de ressources financières disposez-vous pour le démarrage du programme de planification familiale, et pour assurer ensuite sa continuité? Si les sommes dont vous disposez au départ sont suffisantes, vous pourrez peut-être réaliser une distribution communautaire ou une consultation en clinique. Si la situation s'y prête, un système de distribution commerciale fonctionnant bien sera peut-être, à long terme, ce qui coûtera le moins cher. Le rendement économique des diverses formules dépendra de la situation

particulière à chaque programme, pour une consultation en clinique, les frais de lancement seront moins élevés si des services médicaux sont déjà installés.

4. De quelle sorte de capital humain disposez-vous? Pour un programme communautaire, il faut un bon groupe de bénévoles. Un programme de distribution commerciale exige la coopération de ceux qui possèdent les magasins de détail. Pour une consultation en clinique, il faut disposer de personnes ayant la formation médicale nécessaire.
5. Quelles autres services de planification familiale existent pour le groupe de population considéré? Serait-il possible pour votre entreprise de travailler avec un dispensaire de santé maternelle et infantile existant, en prenant à sa charge le salaire d'un responsable supplémentaire chargé de la planification familiale, ou en organisant un programme de niveau communautaire qui adresserait les usagers au dispensaire en question?
6. Est-ce que les personnes du groupe ciblé expriment une préférence pour un type de programme ou un autre? Les programmes possédant une clinique donnent parfois l'impression de fournir des services de meilleure qualité. D'autre part un programme utilisant le commerce de détail ou les bénévoles de la communauté pourra sembler plus commode et mettre certaines personnes plus à l'aise. Les réactions des personnes du groupe dépendront naturellement d'un certain nombre de facteurs, entre autres du travail accompli par d'autres programmes du même genre.

Rappelez-vous que votre horizon ne sera pas nécessairement limité à la formule retenue. Une consultation de planification familiale peut très bien avoir pour complément un programme de distribution communautaire. De même, un programme de distribution commerciale pourra faire partie d'un réseau sur lequel sont dirigés les consultants d'un programme général de santé maternelle et infantile.

Gamme de services

Le choix des méthodes de planification familiale à fournir dépendra d'un certain nombre de facteurs, y compris le type d'organisation retenu.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous ferez ici une révision rapide du grand tableau de la section V: Guide des méthodes contraceptives modernes]

En outre, certains autres facteurs ,devront être pris en considération, on peut distinguer trois catégories principales:

1. Qualité des soins/Justification médicale
2. Possibilités de réalisation pratique
3. Chances d'approbation officielle

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous vous reporterez au Document C: Facteurs à prendre en considération pour la sélection d'une gamme de méthodes contraceptives.]

Tout au long de la tâche qui consistera à déterminer le type de services à offrir, vous pourrez rencontrer un ou plusieurs obstacles à l'organisation d'un programme de planification familiale de qualité. Vous trouverez au tableau 1 une liste des principaux problèmes et contraintes, ainsi que certaines solutions possibles.

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Vous choisirez deux ou trois des problèmes pour les discuter; les problèmes n° 3 et 8 semblent particulièrement indiqués. Si vous en avez le temps, vous pourrez demander aux stagiaires de parler de leur expérience personnelle en la matière.]

Nombre des problèmes rencontrés par les programmes de planification familiale sont dûs au fait que la planification familiale n'est pas uniformément acceptée et approuvée. Dans bien des cas, on a constaté que les problèmes de ce genre peuvent être réglés en demandant à des représentants des "groupes hésitants" (population masculine, dirigeants politiques, groupements religieux, etc.) et des "groupes promoteurs" (femmes, syndicats, direction de l'entreprise, etc.) de se joindre au sein d'un comité consultatif pour l'organisation des services de planification familiale. Un tel comité, qui pourra prendre des formes diverses et avoir des fonctions multiples, jouera certains rôles essentiels:

1. Il aidera à édifier un programme susceptible d'être accueilli favorablement par le plus grand nombre possible de membres de la communauté;
2. Il constituera un moyen pour les membres de la communauté de s'associer plus étroitement au programme de planification familiale, et d'avoir l'impression que ce programme leur appartient,

3. Il fera mieux connaître le programme auprès des personnalités influentes de la communauté,
4. Il constituera un dispositif de contrôle qualité pour le programme: le comité pourra examiner d'une façon régulière le travail accompli par le programme, et s'efforcer de donner suite aux réclamations des usagers.

La composition exacte du comité dépendra de la composition de votre communauté et du groupe de population visé, ainsi que des problèmes rencontrés ou prévus. D'une façon générale, il est préférable de constituer le comité avant qu'aucun problème n'ait pu prendre des proportions exagérées. Les personnes qui prennent part au travail dès le début ont plus de chances de devenir partisans que détracteurs du programme.

Récapitulation:

Nous avons examiné ci-dessus les aspects suivants du travail:

1. Comment déterminer les besoins et désirs, en matière de services de planification familiale, du groupe que vous entendez servir;
2. Comment déterminer la formule convenant le mieux pour l'organisation de services de planification familiale dans la zone où vous travaillez;
3. Comment choisir une gamme de services convenant au groupe que vous entendez servir;
4. Comment déterminer s'il est nécessaire de constituer un comité communautaire.

Le choix d'une gamme de services correspondant bien aux besoins et désirs du groupe que vous entendez servir, fera beaucoup pour assurer - avant même que les services soient mis en place - l'impact futur de vos travaux.

**RENSEIGNEMENTS ET MÉTHODES À UTILISER PAR LES DIRIGEANTS
D'UNE ENTREPRISE PRIVÉE POUR DÉTERMINER BESOINS ET DÉSIRS
EN MATIÈRE DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE:**

**STADE I. Profil démographique du groupe d'usagers potentiels
des services de planification familiale**

Au premier stade de l'étude des besoins/désirs de services, il s'agit de définir les usagers potentiels (groupe de population ciblé) des services de planification familiale d'entreprise. La définition pourra être modifiée à mesure que l'on rassemblera et analysera des renseignements supplémentaires, mais il est important de posséder certains éléments de base. Pour estimer le volume du groupe d'où proviendront les usagers, on pourra adopter le plan de travail suivant:

A. Nombre total d'employés

1. Nombre d'employés célibataires (hommes et femmes)
2. Nombre d'employés mariés dont la femme est âgée de 15 à 49 ans
3. Nombre d'employées mariées âgées de 15 à 49 ans

Source: dossiers du personnel de la société

B. Personnes non employées par l'entreprise qui ont actuellement recours aux services médicaux d'entreprise

1. Nombre d'hommes âgés de 15 ans ou plus
2. Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans

**Source: dossiers généraux du dispensaire d'entreprise;
examen des dossiers médicaux**

C. Personnes résidant dans les environs

1. Nombre d'hommes âgés de 15 ans ou plus
2. Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans

Source: données statistiques locales, régionales ou nationales (recensement, registre des contributions), inscriptions scolaires, estimations faites par les autorités locales

STADE II. Taux de natalité dans la zone desservie

Dans le meilleur des cas, on obtiendra ces renseignements pour chacun des groupes féminins mentionnés ci-dessus. D'autre part, il serait utile de connaître le nombre d'enfants par famille d'employé pour les différents groupes d'âge. Les sources à consulter seront notamment dossiers du personnel de l'entreprise (congés de maternité); dossiers des hôpitaux locaux, des services de santé d'Etat, des accoucheuses, statistiques de l'Etat. Les responsables devront pour le moins obtenir une estimation précise du nombre de naissances survenues dans la zone au cours d'une année récente. Ces renseignements sont utiles pour diverses raisons:

- En comparant les taux avec ceux d'autres parties du pays, ou du pays tout entier, on pourra se faire une idée de la fécondité "non désirée" existant éventuellement dans la zone desservie.
- En comparant les taux avec ce que l'on saura du nombre d'enfants désiré, on pourra déterminer quels groupes de personnes devraient être les premiers bénéficiaires des services de planification familiale.
- Ces renseignements pourront être utilisés pour calculer les besoins du groupe cible en matière de soins médicaux liés à la grossesse. Ce calcul sera particulièrement important si l'on envisage un programme intégrant la planification familiale avec la santé maternelle et infantile.

STADE III. Connaissances, attitudes et pratiques du groupe de population ciblé en matière de planification familiale

Un programme de planification familiale ne pourra réussir que s'il est conçu en fonction des besoins réels et des besoins tels qu'ils sont perçus par les personnes que le programme entend servir. La détermination de ces besoins se fait en partie par les moyens indiqués plus haut (stades I et II). La composition du groupe de population visé (surtout des hommes? surtout des femmes? surtout des femmes jeunes ayant peu d'enfants? surtout des femmes plus âgées ayant beaucoup d'enfants?), ainsi que les taux de natalité actuels, permettent déjà de se rendre compte assez bien du volume et du type de prestations qui seront nécessaires. Mais il est tout aussi important de s'informer des besoins du groupe de population tels qu'ils sont exprimés par les personnes elles-mêmes. Les renseignements sur

ce que ces personnes savent de la planification familiale, sur leur attitude à cet égard, et sur leurs pratiques contraceptives, aideront les organisateurs de programmes de planification familiale à répondre à des questions comme celles-ci:

- Quels travaux d'éducation et de sensibilisation seront nécessaires?
- Quelles sont les méthodes contraceptives qui peuvent être accueillies favorablement par le groupe de population ciblé?
- Quelles méthodes contraceptives sont actuellement utilisées par le groupe de population ciblé?
- Quel pourcentage du groupe de population ciblé utilise actuellement une méthode traditionnelle ou moderne de contraception?
- Quel est le nombre moyen d'enfants par famille dans le groupe de population ciblé?
- Quel est le nombre moyen d'enfants par famille désiré par le groupe de population cible?

Il existe deux techniques couramment employées pour mesurer les connaissances, l'attitude et les pratiques (CAP) en matière de planification familiale dans un groupe donné: l'enquête CAP et la méthode du groupe représentatif.

1. Les enquêtes CAP ont été pratiquées dans le monde entier, à plus ou moins grande échelle. Il y a beaucoup de chances qu'une ou plusieurs enquêtes CAP aient été effectuées dans votre pays et/ou dans votre région par des chercheurs appartenant à une université locale, à un service gouvernemental ou à une organisation internationale. Si vous pouvez obtenir communication des résultats de ces enquêtes, vous pourrez en tirer des données comparatives importantes, et une certaine idée des questions qui seront à résoudre. Cela ne saurait vous dispenser de poser les mêmes questions aux membres de votre propre groupe cible. Cependant, les enquêtes CAP étant conçues pour un emploi assez généralisé, il ne sera pas nécessaire de mettre au point une nouvelle enquête pour chaque entreprise. On pourra utiliser un formulaire standard et y ajouter des questions particulières selon la nécessité.

Les questionnaires d'enquête CAP peuvent être soit relativement brefs (10 à 15 questions) soit très longs (100 questions ou plus), selon les objectifs de l'enquête et les ressources dont on dispose. Dans la plupart des cas, le questionnaire est rempli par un enquêteur au cours d'un entretien individuel, mais, dans le cas d'un groupe alphabétisé, on pourra également demander aux membres du groupe de remplir un questionnaire par écrit. Comme pour toutes données recueillies en vue de décisions de gestion, il importera de recueillir uniquement les données que l'on entendra utiliser.

2. La méthode du groupe représentatif, consistant à organiser une discussion guidée au sein d'un groupe de consommateurs, est utilisée dans le cadre des études de marché pour obtenir des renseignements précis sur les réactions du groupe à un produit déterminé. Le groupe représentatif comprend généralement 6 à 10 membres, et la discussion est orientée, au moyen d'une série de questions non directives, par un animateur formé à cette technique. La tâche de l'animateur consiste à susciter des réponses détaillées concernant la façon dont les participants perçoivent le produit - dans notre cas les services de planification familiale. On obtient en général des renseignements plus détaillés que ceux qui peuvent être fournis par une enquête. Il est d'autre part plus fréquent d'obtenir des réponses inattendues, du fait de la nature non directive des questions, et du fait que les participants sont en groupe.

STADE IV. Autres services de planification familiale existant dans les environs

Ces renseignements auront une importance capitale pour aider le responsable à décider quel type de services de planification familiale il faut offrir. L'objectif est bien entendu de mettre au point un assemblage de services qui corresponde le mieux possible aux désirs/besoins du groupe à servir, tout en respectant des critères d'économie et de productivité: les services qui ne sont pas nécessaires/désirés ne devront pas être fournis, et il faudra également éviter le double emploi. Sur la base de l'étude effectuée, il se pourra que la direction de l'entreprise décide de faciliter l'accès de ses employés aux services existants (possibilité de se rendre à une consultation pendant les heures de travail, transport assuré par l'entreprise) plutôt que d'ouvrir une clinique de planification familiale au sein de l'entreprise. Les responsables devront, à tout le moins, être bien informés des services existants, de façon à établir un réseau permettant d'adresser chaque cas particulier au service qui lui convient.

Il conviendra de se procurer des renseignements sur les types de services de planification familiale ci-après:

- Services de planification familiale d'Etat, comportant soit une clinique séparée soit une consultation organisée dans une formation sanitaire générale.
- Services administrés par une organisation non gouvernementale, par exemple association nationale de planification familiale, organisation religieuse, etc..
- Cabinets médicaux privés fournissant des services de planification familiale.
- Programmes de distribution au niveau de la communauté, dans le cadre desquels des responsables sans formation médicale mais formés à la planification familiale distribuent des contraceptifs à domicile ou sur le lieu de travail.
- Vente au détail de contraceptifs (pharmacies, épiceries, etc.)

Pour chacun des services dont on constatera l'existence, il conviendra de répondre aux questions énumérées ci-après; en effet, ce n'est pas parce qu'il existe un service de planification familiale que celui-ci peut nécessairement correspondre aux besoins du groupe ciblé en matière de planification familiale.

1. Le service est-il accessible au groupe de population ciblé?

- Se trouve-t-il à une distance raisonnable du lieu de travail?
- Est-il ouvert aux heures où les employés ne travaillent pas?
- Existe-t-il des moyens de transport réguliers et fréquents?
- Les usagers peuvent-ils consulter quand ils le désirent ou quand ils en ont besoin?
- Les responsables du service de planification familiale parlent-ils la langue des usagers?
- Les prestations sont-elles d'un prix abordable?

2. Les services s'accordent-ils avec les habitudes et les exigences des usagers?

- Les prestations de services ont-elles un caractère personnel et confidentiel?
- Les usagers sont-ils traités avec respect?
- Les usagers reçoivent-ils les informations nécessaires pour pouvoir comprendre quelles sont leurs options?
- Les prestations de services désirées par les usagers sont-elles toutes fournies?

3. Les services fournis sont-ils d'un niveau de qualité suffisant?

- Le personnel a-t-il la formation nécessaire pour fournir les prestations de services prévues?
- La gamme des services offerts est-elle complète?
- Pose-t-on les questions nécessaires (antécédents médicaux) et fait-on un examen médical (si nécessaire) pour évaluer les facteurs de risque de chaque consultant?
- Existe-t-il un réseau de services sur lesquels on dirige les consultants en cas d'urgence, ou pour des prestations non fournies sur place?
- Les consultants choisissent-ils une méthode de planification familiale en toute liberté, sans contrainte mais après avoir reçu suffisamment d'informations?

**RENSEIGNEMENTS ET MÉTHODES À UTILISER PAR LES DIRIGEANTS
D'UNE ENTREPRISE PRIVÉE POUR DÉTERMINER BESOINS ET DÉSIRS
EN MATIÈRE DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE:**

**STADÉ I. Profil démographique du groupe d'usagers potentiels
des services de planification familiale**

Au premier stade de l'étude des besoins/désirs de services, il s'agit de définir les usagers potentiels (groupe de population ciblé) des services de planification familiale d'entreprise. La définition pourra être modifiée à mesure que l'on rassemblera et analysera des renseignements supplémentaires, mais il est important de posséder certains éléments de base. Pour estimer le volume du groupe d'où proviendront les usagers, on pourra adopter le plan de travail suivant:

A. Nombre total d'employés

1. Nombre d'employés célibataires (hommes et femmes)
2. Nombre d'employés mariés dont la femme est âgée de 15 à 49 ans
3. Nombre d'employées mariées âgées de 15 à 49 ans

Source: dossiers du personnel de la société

B. Personnes non employées par l'entreprise qui ont actuellement recours aux services médicaux d'entreprise

1. Nombre d'hommes âgés de 15 ans ou plus
2. Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans

Source: dossiers généraux du dispensaire d'entreprise;
examen des dossiers médicaux

C. Personnes résidant dans les environs

1. Nombre d'hommes âgés de 15 ans ou plus
2. Nombre de femmes âgées de 15 à 49 ans

Source: données statistiques locales, régionales ou nationales (recensement, registre des contributions), inscriptions scolaires, estimations faites par les autorités locales

STADE II. Taux de natalité dans la zone desservie

Dans le meilleur des cas, on obtiendra ces renseignements pour chacun des groupes féminins mentionnés ci-dessus. D'autre part, il serait utile de connaître le nombre d'enfants par famille d'employé pour les différents groupes d'âge. Les sources à consulter seront notamment: dossiers du personnel de l'entreprise (congés de maternité); dossiers des hôpitaux locaux, des services de santé d'Etat, des accoucheuses, statistiques de l'Etat. Les responsables devront pour le moins obtenir une estimation précise du nombre de naissances survenues dans la zone au cours d'une année récente. Ces renseignements sont utiles pour diverses raisons:

- En comparant les taux avec ceux d'autres parties du pays, ou du pays tout entier, on pourra se faire une idée de la fécondité "non désirée" existant éventuellement dans la zone desservie.
- En comparant les taux avec ce que l'on saura du nombre d'enfants désiré, on pourra déterminer quels groupes de personnes devraient être les premiers bénéficiaires des services de planification familiale.
- Ces renseignements pourront être utilisés pour calculer les besoins du groupe cible en matière de soins médicaux liés à la grossesse. Ce calcul sera particulièrement important si l'on envisage un programme intégrant la planification familiale avec la santé maternelle et infantile.

STADE III. Connaissances, attitudes et pratiques du groupe de population ciblé en matière de planification familiale

Un programme de planification familiale ne pourra réussir que s'il est conçu en fonction des besoins réels et des besoins tels qu'ils sont perçus par les personnes que le programme entend servir. La détermination de ces besoins se fait en partie par les moyens indiqués plus haut (stades I et II). La composition du groupe de population visé (surtout des hommes? surtout des femmes? surtout des femmes jeunes ayant peu d'enfants? surtout des femmes plus âgées ayant beaucoup d'enfants?), ainsi que les taux de natalité actuels, permettent déjà de se rendre compte assez bien du volume et du type de prestations qui seront nécessaires. Mais il est tout aussi important de s'informer des besoins du groupe de population tels qu'ils sont exprimés par les personnes elles-mêmes. Les renseignements sur

ce que ces personnes savent de la planification familiale, sur leur attitude à cet égard, et sur leurs pratiques contraceptives, aideront les organisateurs de programmes de planification familiale à répondre à des questions comme celles-ci:

- Quels travaux d'éducation et de sensibilisation seront nécessaires?
- Quelles sont les méthodes contraceptives qui peuvent être accueillies favorablement par le groupe de population ciblé?
- Quelles méthodes contraceptives sont actuellement utilisées par le groupe de population ciblé?
- Quel pourcentage du groupe de population ciblé utilise actuellement une méthode traditionnelle ou moderne de contraception?
- Quel est le nombre moyen d'enfants par famille dans le groupe de population ciblé?
- Quel est le nombre moyen d'enfants par famille désiré par le groupe de population ciblé?

Il existe deux techniques couramment employées pour mesurer les connaissances, l'attitude et les pratiques (CAP) en matière de planification familiale dans un groupe donné: l'enquête CAP et la méthode du groupe représentatif.

1. Les enquêtes CAP ont été pratiquées dans le monde entier, à plus ou moins grande échelle. Il y a beaucoup de chances qu'une ou plusieurs enquêtes CAP aient été effectuées dans votre pays et/ou dans votre région par des chercheurs appartenant à une université locale, à un service gouvernemental ou à une organisation internationale. Si vous pouvez obtenir communication des résultats de ces enquêtes, vous pourrez en tirer des données comparatives importantes, et une certaine idée des questions qui seront à résoudre. Cela ne saurait vous dispenser de poser les mêmes questions aux membres de votre propre groupe cible. Cependant, les enquêtes CAP étant conçues pour un emploi assez généralisé, il ne sera pas nécessaire de mettre au point une nouvelle enquête pour chaque entreprise. On pourra utiliser un formulaire standard et y ajouter des questions particulières selon la nécessité.

Les questionnaires d'enquête CAP peuvent être soit relativement brefs (10 à 15 questions) soit très longs (100 questions ou plus), selon les objectifs de l'enquête et les ressources dont on dispose. Dans la plupart des cas, le questionnaire est rempli par un enquêteur au cours d'un entretien individuel, mais, dans le cas d'un groupe alphabétisé, on pourra également demander aux membres du groupe de remplir un questionnaire par écrit. Comme pour toutes données recueillies en vue de décisions de gestion, il importera de recueillir uniquement les données que l'on entendra utiliser.

2. La méthode du groupe représentatif, consistant à organiser une discussion guidée au sein d'un groupe de consommateurs, est utilisée dans le cadre des études de marché pour obtenir des renseignements précis sur les réactions du groupe à un produit déterminé. Le groupe représentatif comprend généralement 6 à 10 membres, et la discussion est orientée, au moyen d'une série de questions non directives, par un animateur formé à cette technique. La tâche de l'animateur consiste à susciter des réponses détaillées concernant la façon dont les participants perçoivent le produit - dans notre cas les services de planification familiale. On obtient en général des renseignements plus détaillés que ceux qui peuvent être fournis par une enquête. Il est d'autre part plus fréquent d'obtenir des réponses inattendues, du fait de la nature non directive des questions, et du fait que les participants sont en groupe.

STADE IV. Autres services de planification familiale existant dans les environs

Ces renseignements auront une importance capitale pour aider le responsable à décider quel type de services de planification familiale il faut offrir. L'objectif est bien entendu de mettre au point un assemblage de services qui corresponde le mieux possible aux désirs/besoins du groupe à servir, tout en respectant des critères d'économie et de productivité: les services qui ne sont pas nécessaires/désirés ne devront pas être fournis, et il faudra également éviter le double emploi. Sur la base de l'étude effectuée, il se pourra que la direction de l'entreprise décide de faciliter l'accès de ses employés aux services existants (possibilité de se rendre à une consultation pendant les heures de travail, transport assuré par l'entreprise) plutôt que d'ouvrir une clinique de planification familiale au sein de l'entreprise. Les responsables devront, à tout le moins, être bien informés des services existants, de façon à établir un réseau permettant d'adresser chaque cas particulier au service qui lui convient.

Il conviendra de se procurer des renseignements sur, les types de services de planification familiale ci-après:

- Services de planification familiale d'Etat, comportant soit une clinique séparée soit une consultation organisée dans une formation sanitaire générale.
- Services administrés par une organisation non gouvernementale, par exemple association nationale de planification familiale, organisation religieuse, etc..
- Cabinets médicaux privés fournissant des services de planification familiale.
- Programmes de distribution au niveau de la communauté, dans le cadre desquels des responsables sans formation médicale mais formés à la planification familiale distribuent des contraceptifs à domicile ou sur le lieu de travail.
- Vente au détail de contraceptifs (pharmacies, épiceries, etc.)

Pour chacun des services dont on constatera l'existence, il conviendra de répondre aux questions énumérées ci-après; en effet, ce n'est pas parce qu'il existe un service de planification familiale que celui-ci peut nécessairement correspondre aux besoins du groupe ciblé en matière de planification familiale.

1. Le service est-il accessible au groupe de population ciblé?

- Se trouve-t-il à une distance raisonnable du lieu de travail?
- Est-il ouvert aux heures où les employés ne travaillent pas?
- Existe-t-il des moyens de transport réguliers et fréquents?
- Les usagers peuvent-ils consulter quand ils le désirent ou quand ils en ont besoin?
- Les responsables du service de planification familiale parlent-ils la langue des usagers?
- Les prestations sont-elles d'un prix abordable?

205

2. Les services s'accordent-ils avec les habitudes et les exigences des usagers?

- Les prestations de services ont-elles un caractère personnel et confidentiel?
- Les usagers sont-ils traités avec respect?
- Les usagers reçoivent-ils les informations nécessaires pour pouvoir comprendre quelles sont leurs options?
- Les prestations de services désirées par les usagers sont-elles toutes fournies?

3. Les services fournis sont-ils d'un niveau de qualité suffisant?

- Le personnel a-t-il la formation nécessaire pour fournir les prestations de services prévues?
- La gamme des services offerts est-elle complète?
- Pose-t-on les questions nécessaires (antécédents médicaux) et fait-on un examen médical (si nécessaire) pour évaluer les facteurs de risque de chaque consultant?
- Existe-t-il un réseau de services sur lesquels on dirige les consultants en cas d'urgence, ou pour des prestations non fournies sur place?
- Les consultants choisissent-ils une méthode de planification familiale en toute liberté, sans contrainte mais après avoir reçu suffisamment d'informations?

**QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION
POUR LA SÉLECTION D'UNE FORMULE D'ORGANISATION
DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE**

1. Fournissez-vous déjà des services médicaux à certaines ou à toutes les personnes du groupe ciblé pour la planification familiale? Dans ce cas, une formule de consultation de planification familiale (soit séparée soit associée à la consultation SMI) sera peut-être une solution réalisable, voire préférable le groupe ciblé a l'habitude de fréquenter les locaux, le personnel médical est déjà en place, etc.
2. Le groupe de population est-il concentré dans une seule zone, ou bien très dispersé? Il existe diverses façons de desservir une population très dispersée: système de distribution au niveau de la communauté, distribution commerciale, consultations "antennes".
3. De quel volume de ressources financières disposez-vous pour le démarrage du programme de planification familiale, et pour assurer ensuite sa continuité? Si les sommes dont vous disposez au départ sont suffisantes, vous pourrez peut-être réaliser une distribution communautaire ou une consultation en clinique. Si la situation s'y prête, un système de distribution commerciale fonctionnant bien sera peut-être, à long terme, ce qui coûtera le moins cher. Le rendement économique des diverses formules dépendra de la situation particulière à chaque programme; pour une consultation en clinique, les frais de lancement seront moins élevés si des services médicaux sont déjà installés.
4. De quelle sorte de capital humain disposez-vous? Pour un programme communautaire, il faut un bon groupe de bénévoles. Un programme de distribution commerciale exige la coopération de ceux qui possèdent les magasins de détail. Pour une consultation en clinique, il faut disposer de personnes ayant la formation médicale nécessaire.
5. Quelles autres services de planification familiale existent pour le groupe de population considéré? Serait-il possible pour votre entreprise de travailler avec un dispensaire de santé maternelle et infantile existant, en prenant à sa charge le salaire d'un responsable supplémentaire chargé de la planification familiale, ou en organisant un programme de niveau communautaire qui adresserait les usagers au dispensaire en question?

6. Est-ce que les personnes du groupe ciblé expriment une préférence pour un type de programme ou un autre? Les programmes possédant une clinique donnent parfois l'impression de fournir des services de meilleure qualité. D'autre part un programme utilisant le commerce de détail ou les bénévoles de la communauté pourra sembler plus commode et mettre certaines personnes plus à l'aise. Les réactions des personnes du groupe dépendront naturellement d'un certain nombre de facteurs, entre autres du travail accompli par d'autres programmes du même genre.

**QUESTIONS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION
POUR LA SÉLECTION D'UNE FORMULE D'ORGANISATION
DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE**

1. Fournissez-vous déjà des services médicaux à certaines ou à toutes les personnes du groupe ciblé pour la planification familiale? Dans ce cas, une formule de consultation de planification familiale (soit séparée soit associée à la consultation SMI) sera peut-être une solution réalisable, voire préférable le groupe ciblé a l'habitude de fréquenter les locaux, le personnel médical est déjà en place, etc.
2. Le groupe de population est-il concentré dans une seule zone, ou bien très dispersé? Il existe diverses façons de desservir une population très dispersée: système de distribution au niveau de la communauté, distribution commerciale, consultations "antennes".
3. De quel volume de ressources financières disposez-vous pour le démarrage du programme de planification familiale, et pour assurer ensuite sa continuité? Si les sommes dont vous disposez au départ sont suffisantes, vous pourrez peut-être réaliser une distribution communautaire ou une consultation en clinique. Si la situation s'y prête, un système de distribution commerciale fonctionnant bien sera peut-être, à long terme, ce qui coûtera le moins cher. Le rendement économique des diverses formules dépendra de la situation particulière à chaque programme; pour une consultation en clinique, les frais de lancement seront moins élevés si des services médicaux sont déjà installés.
4. De quelle sorte de capital humain disposez-vous? Pour un programme communautaire, il faut un bon groupe de bénévoles. Un programme de distribution commerciale exige la coopération de ceux qui possèdent les magasins de détail. Pour une consultation en clinique, il faut disposer de personnes ayant la formation médicale nécessaire.
5. Quelles autres services de planification familiale existent pour le groupe de population considéré? Serait-il possible pour votre entreprise de travailler avec un dispensaire de santé maternelle et infantile existant, en prenant à sa charge le salaire d'un responsable supplémentaire chargé de la planification familiale, ou en organisant un programme de niveau communautaire qui adresserait les usagers au dispensaire en question?

6. Est-ce que les personnes du groupe ciblé expriment une préférence pour un type de programme ou un autre? Les programmes possédant une clinique donnent parfois l'impression de fournir des services de meilleure qualité. D'autre part un programme utilisant le commerce de détail ou les bénévoles de la communauté pourra sembler plus commode et mettre certaines personnes plus à l'aise. Les réactions des personnes du groupe dépendront naturellement d'un certain nombre de facteurs, entre autres du travail accompli par d'autres programmes du même genre.

**FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION
POUR LA SÉLECTION D'UNE GAMME DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES**

Pour décider de la gamme de méthodes contraceptives à adopter dans chaque cas particulier, les organisateurs des services devront prendre en considération un certain nombre de facteurs, et envisager certains compromis.

I. Qualité des soins/Justification médicale

- a. Dispose-t-on de personnel qualifié pour juger si une certaine méthode est contre-indiquée ou non, compte tenu de risques et effets secondaires connus?
- b. Quels sont les risques d'effets secondaires sérieux, et quelle est leur importance relative par rapport aux risques éliminés par la méthode (par exemple taux élevés de mortalité maternelle et infantile)?
- c. Dispose-t-on du personnel qualifié et des installations médicales nécessaires pour traiter toutes complications médicales qui pourraient résulter de l'usage de la méthode?
- d. Dispose-t-on de conditions sanitaires satisfaisantes, et des matériels et fournitures nécessaires pour la pratique de certaines méthodes (p. ex. stérilisation, pose de stérilets)?
- e. Quelle est la prévalence d'une maladie s'opposant éventuellement à l'utilisation d'une certaine méthode (p. ex. taux élevés de MST dans le cas du stérilet)?
- f. Quel est l'âge des femmes qui consultent les services de planification familiale? (Les exigences en matière de contraception varient avec les diverses époques de la phase reproductive féminine)
- g. Quelle est la prévalence des relations conjugales aboutissant à la fréquentation de multiples partenaires sexuels? (à noter, p. ex., que les contraceptifs oraux semblent fournir une certaine protection contre l'inflammation pelvienne aiguë sexuellement transmise, et que les méthodes locales comme le condom réduisent la transmission des MST)

II. Possibilités de réalisation pratique

- a. Est-il facile de se procurer le matériel nécessaire à la méthode (régularité des moyens de transport notamment)?
- b. Quels frais la méthode entraînera-t-elle pour la clinique, y compris coût des matériels et fournitures indispensables?
- c. Quel sera le coût, pour l'utilisateur, de l'utilisation de la méthode (prix à payer pour obtenir la méthode, fréquence de répétition, frais de déplacement, coûts d'opportunité, c'est-à-dire temps passé loin du travail et du domicile)?
- d. Comment la méthode sera-t-elle accueillie par le groupe d'utilisateurs? (Aura-t-on assez de consultants demandant cette méthode pour justifier le stockage des produits ou matériels? Risque-t-on de voir de nombreux utilisateurs "abandonner" ou demander une autre méthode?)
- e. Quelle sera la fréquence des visites à la clinique pour les utilisateurs ayant choisi la méthode? Auront-ils les moyens de transport nécessaires? La clinique disposera-t-elle d'un personnel suffisant pour toutes ces visites?
- f. Quelles sont les conditions et la durée de stockage des produits ou matériels nécessaires à la méthode?
- g. Quel est le degré de complexité de la formation à recevoir par le personnel pour la gestion de la méthode? Existe-t-il des programmes de formation?
- h. Quel est le degré de complexité de l'éducation à fournir aux utilisateurs pour la méthode? Dispose-t-on de personnel qualifié pour ces travaux d'éducation?
- i. Dans quelle mesure peut-on escompter une coopération entre hommes et femmes en matière de planification familiale, dans les conditions particulières prévues?

III. Chances d'approbation officielle

- a. Opinions exprimées au sujet de certaines méthodes par des personnalités influentes ou des groupes militants.
- b. Points de vue scientifiques exprimés par des experts ou des groupements nationaux et internationaux.
- c. Autres orientations imposées susceptibles d'empêcher la clinique de mettre au point le dispositif indispensable aux prestations de services pour une méthode donnée.

En prenant pour guide la liste de facteurs ci-dessus, les organisateurs d'un programme de planification familiale pourront estimer s'ils sont en mesure d'offrir les diverses méthodes de contraception. Bien entendu la considération qui devra toujours l'emporter sera le service des besoins du groupe cible en matière de planification familiale. Dans la plupart des cas, cette considération exige que l'on fournisse la gamme de méthodes la plus étendue possible. Par suite, une méthode ne pourra être exclue que si l'on a de fortes preuves que la qualité des soins ferait défaut, ou que des obstacles insurmontables se présenteraient au niveau pratique, ou encore que la méthode est en opposition totale avec les normes ou points de vue politiques ou religieux du pays.

Source: CDC Family Planning
Methods and Practice:
Africa. 1983, pp. 122-123

**FACTEURS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION
POUR LA SÉLECTION D'UNE GAMME DE MÉTHODES CONTRACEPTIVES**

Pour décider de la gamme de méthodes contraceptives à adopter dans chaque cas particulier, les organisateurs des services devront prendre en considération un certain nombre de facteurs, et envisager certains compromis.

I. Qualité des soins/Justification médicale

- a. Dispose-t-on de personnel qualifié pour juger si une certaine méthode est contre-indiquée ou non, compte tenu de risques et effets secondaires connus?
- b. Quels sont les risques d'effets secondaires sérieux, et quelle est leur importance relative par rapport aux risques éliminés par la méthode (par exemple taux élevés de mortalité maternelle et infantile)?
- c. Dispose-t-on du personnel qualifié et des installations médicales nécessaires pour traiter toutes complications médicales qui pourraient résulter de l'usage de la méthode?
- d. Dispose-t-on de conditions sanitaires satisfaisantes, et des matériels et fournitures nécessaires pour la pratique de certaines méthodes (p. ex. stérilisation, pose de stérilets)?
- e. Quelle est la prévalence d'une maladie s'opposant éventuellement à l'utilisation d'une certaine méthode (p. ex. taux élevés de MST dans le cas du stérilet)?
- f. Quel est l'âge des femmes qui consultent les services de planification familiale? (Les exigences en matière de contraception varient avec les diverses époques de la phase reproductive féminine)
- g. Quelle est la prévalence des relations conjugales aboutissant à la fréquentation de multiples partenaires sexuels? (à noter, p. ex., que les contraceptifs oraux semblent fournir une certaine protection contre l'inflammation pelvienne aiguë sexuellement transmise, et que les méthodes locales comme le condom réduisent la transmission des MST)

II. Possibilités de réalisation pratique

- a. Est-il facile de se procurer le matériel nécessaire à la méthode (régularité des moyens de transport notamment)?
- b. Quels frais la méthode entraînera-t-elle pour la clinique, y compris coût des matériels et fournitures indispensables?
- c. Quel sera le coût, pour l'utilisateur, de l'utilisation de la méthode (prix à payer pour obtenir la méthode, fréquence de répétition; frais de déplacement; coûts d'opportunité, c'est-à-dire temps passé loin du travail et du domicile)?
- d. Comment la méthode sera-t-elle accueillie par le groupe d'utilisateurs? (Aura-t-on assez de consultants demandant cette méthode pour justifier le stockage des produits ou matériels? Risque-t-on de voir de nombreux utilisateurs "abandonner" ou demander une autre méthode?)
- e. Quelle sera la fréquence des visites à la clinique pour les utilisateurs ayant choisi la méthode? Auront-ils les moyens de transport nécessaires? La clinique disposera-t-elle d'un personnel suffisant pour toutes ces visites?
- f. Quelles sont les conditions et la durée de stockage des produits ou matériels nécessaires à la méthode?
- g. Quel est le degré de complexité de la formation à recevoir par le personnel pour la gestion de la méthode? Existe-t-il des programmes de formation?
- h. Quel est le degré de complexité de l'éducation à fournir aux utilisateurs pour la méthode? Dispose-t-on de personnel qualifié pour ces travaux d'éducation?
- i. Dans quelle mesure peut-on escompter une coopération entre hommes et femmes en matière de planification familiale, dans les conditions particulières prévues?

III. Chances d'approbation officielle

- a. Opinions exprimées au sujet de certaines méthodes par des personnalités influentes ou des groupes militants.
- b. Points de vue scientifiques exprimés par des experts ou des groupements nationaux et internationaux.
- c. Autres orientations imposées susceptibles d'empêcher la clinique de mettre au point le dispositif indispensable aux prestations de services pour une méthode donnée.

315

En prenant pour guide la liste de facteurs ci-dessus, les organisateurs d'un programme de planification familiale pourront estimer s'ils sont en mesure d'offrir les diverses méthodes de contraception. Bien entendu la considération qui devra toujours l'emporter sera le service des besoins du groupe cible en matière de planification familiale. Dans la plupart des cas, cette considération exige que l'on fournisse la gamme de méthodes la plus étendue possible. Par suite, une méthode ne pourra être exclue que si l'on a de fortes preuves que la qualité des soins ferait défaut, ou que des obstacles insurmontables se présenteraient au niveau pratique, ou encore que la méthode est en opposition totale avec les normes ou points de vue politiques ou religieux du pays.

Source: CDC. Family Planning
Methods and Practice:
Africa. 1983, pp. 122-123

TABLEAU 1: COMMENT SURMONTER LES OBSTACLES À L'ORGANISATION DES SERVICES

Problèmes et contraintes	Solutions
1. Manque de services (surtout en milieu rural mais aussi en milieu urbain).	<p>a) Faire mieux connaître aux responsables de la politique de l'Etat les avantages sanitaires et économiques de la planification familiale.</p> <p>b) Obtenir qu'une plus grande place soit faite à la planification familiale au sein des unités de santé maternelle et infantile, notamment par les infirmières et sages-femmes.</p> <p>c) Faire une place plus grande à la planification familiale dans la formation du personnel médical et infirmier.</p> <p>d) Renforcer le personnel et les services de vulgarisation là où les services de planification familiale existent déjà.</p> <p>e) Créer, améliorer ou développer des systèmes de distribution communautaire et/ou distribution commerciale</p>
2. Résistance féminine à l'idée de la planification familiale.	<p>a) Comparer les complications de la contraception avec les risques de la grossesse; dissiper les craintes relatives à la contraception.</p> <p>b) Fournir des services de planification familiale plus complets et d'une qualité plus élevée.</p> <p>c) Utiliser les consultations pédiatriques pour orienter les mères vers les services de planification familiale.</p> <p>d) Insister sur les avantages pour la santé, et sur le caractère volontaire de la planification familiale.</p>

**TABLEAU 1: COMMENT SURMONTER LES OBSTACLES À L'ORGANISATION DES SERVICES
(p. 2)**

Problèmes et contraintes	Solutions
<p>3. Opposition masculine à la régulation des naissances, et à l'idée que les femmes jouent un rôle important dans les décisions relatives au nombre d'enfants à avoir.</p>	<p>a) Informer les dirigeants communautaires des avantages de la planification familiale.</p> <p>b) Faire participer des personnalités masculines influentes aux travaux préliminaires et à la promotion des services de contraception.</p> <p>c) Fournir des méthodes qui puissent, le cas échéant, être utilisées par les femmes à l'insu des hommes.</p> <p>d) Fournir dans les écoles une instruction concernant la famille dans la société moderne, et l'importance d'avoir un plan lorsqu'on fonde une famille.</p>
<p>4. Destruction des institutions traditionnelles qui préconisent des méthodes efficaces de régulation des naissances.</p>	<p>a) Maintenir ces méthodes traditionnelles lorsqu'elles sont efficaces et sans danger.</p> <p>b) Expliquer avec soin les raisons pour lesquelles certaines méthodes traditionnelles ne sont peut-être pas efficaces, ou présentent des risques.</p> <p>c) Encourager la participation locale à l'établissement de services d'espacement des naissances fonctionnant bien.</p> <p>d) Faire appel, dans le cadre de programmes de distribution communautaire, à des voisins capables de communiquer clairement les principes de la planification familiale.</p>

**TABEAU 1: COMMENT SURMONTER LES OBSTACLES À L'ORGANISATION DES SERVICES
(p. 3)**

Problèmes et contraintes	Solutions
<p>5. Manque de personnel qualifié pour la supervision médicale dans les hôpitaux et les cliniques; manque de personnel qualifié, à un niveau moins élevé, pour les fonctions de vulgarisateurs villageois, de recruteurs et de distributeurs de contraceptifs.</p>	<p>a) Donner une formation spécialisée en planification familiale aux médecins et aux infirmiers et sages-femmes, grâce à des stages intensifs.</p> <p>b) Encourager et former des infirmiers et infirmières; former des aides sanitaires au niveau communautaire.</p> <p>c) Faire une place importante à la planification familiale dans la formation des sages-femmes et du personnel infirmier et médical.</p> <p>d) Donner aux superviseurs des agents de santé maternelle et infantile/ planification familiale une solide formation leur permettant de régler les problèmes et de renforcer la formation des agents de planification familiale aux échelons moins élevés.</p>
<p>6. Dans certaines cliniques, il est impossible de consulter à l'écart du public.</p>	<p>a) Organiser des prestations de services dans des locaux privés.</p> <p>b) Modifier le flux des consultants dans la clinique, de façon à améliorer les possibilités d'isolement.</p> <p>c) Entreprendre la distribution commerciale (y compris marchands ambulants) de certains contraceptifs.</p>
<p>7. Les services de stérilisation sont inaccessibles et peu satisfaisants dans certaines zones.</p>	<p>a) Donner aux infirmières sages-femmes, aux médecins et aux assistants sanitaires une formation leur permettant d'effectuer les mini-laparotomies.</p> <p>b) Acquérir le matériel nécessaire.</p> <p>c) Mettre au point un système d'approvisionnement constant en pièces de rechange et fournitures essentielles pour le matériel de coelioscopie.</p>

TABLEAU 1: COMMENT SURMONTER LES OBSTACLES À L'ORGANISATION DES SERVICES
(p. 4)

Problèmes et contraintes	Solutions
8. Les personnalités influentes ne reconnaissent pas l'importance des moyens volontaires d'espacement des naissances pour la santé individuelle et pour celle de la société tout entière.	a) Expliquer aux dirigeants les avantages sanitaires de la planification familiale. b) Démontrer que la planification familiale réduit le coût de l'assistance sanitaire. c) Donner aux hommes politiques une meilleure connaissance des répercussions d'un accroissement démographique accéléré.
9. Les prestations de services de contraception volontaire à l'intention des femmes célibataires sont interdites par la loi ou découragées par les coutumes locales.	a) Mettre en place des services qui ne soient pas directement en opposition avec la législation ou les coutumes du pays. b) Mettre au point des programmes d'information concernant les conséquences sanitaires et sociales de la grossesse chez les adolescentes. c) Demander aux gouvernants d'interpréter les lois à la lumière des circonstances actuelles, et de communiquer avec les dirigeants d'autres pays.

Source: CDC. Family Planning Methods and Practice: Africa. 1983, pp. 289-291.

TABLEAU 1: COMMENT SURMONTER LES OBSTACLES À L'ORGANISATION DES SERVICES

Problèmes et contraintes	Solutions
1. Manque de services (surtout en milieu rural mais aussi en milieu urbain).	<ul style="list-style-type: none"> a) Faire mieux connaître aux responsables de la politique de l'Etat les avantages sanitaires et économiques de la planification familiale. b) Obtenir qu'une plus grande place soit faite à la planification familiale au sein des unités de santé maternelle et infantile, notamment par les infirmières et sages-femmes. c) Faire une place plus grande à la planification familiale dans la formation du personnel médical et infirmier. d) Renforcer le personnel et les services de vulgarisation là où les services de planification familiale existent déjà. e) Créer, améliorer ou développer des systèmes de distribution communautaire et/ou distribution commerciale
2. Résistance féminine à l'idée de la planification familiale.	<ul style="list-style-type: none"> a) Comparer les complications de la contraception avec les risques de la grossesse; dissiper les craintes relatives à la contraception. b) Fournir des services de planification familiale plus complets et d'une qualité plus élevée. c) Utiliser les consultations pédiatriques pour orienter les mères vers les services de planification familiale. d) Insister sur les avantages pour la santé, et sur le caractère volontaire de la planification familiale.

TABLEAU 1: COMMENT SURMONTER LES OBSTACLES À L'ORGANISATION DES SERVICES
(p. 2)

Problèmes et contraintes	Solutions
3. Opposition masculine à la régulation des naissances, et à l'idée que les femmes jouent un rôle important dans les décisions relatives au nombre d'enfants à avoir.	<ul style="list-style-type: none"> a) Informer les dirigeants communautaires des avantages de la planification familiale. b) Faire participer des personnalités masculines influentes aux travaux préliminaires et à la promotion des services de contraception. c) Fournir des méthodes qui puissent, le cas échéant, être utilisées par les femmes à l'insu des hommes. d) Fournir dans les écoles une instruction concernant la famille dans la société moderne, et l'importance d'avoir un plan lorsqu'on fonde une famille.
4. Destruction des institutions traditionnelles qui préconisent des méthodes efficaces de régulation des naissances.	<ul style="list-style-type: none"> a) Maintenir ces méthodes traditionnelles lorsqu'elles sont efficaces et sans danger. b) Expliquer avec soin les raisons pour lesquelles certaines méthodes traditionnelles ne sont peut-être pas efficaces, ou présentent des risques. c) Encourager la participation locale à l'établissement de services d'espacement des naissances fonctionnant bien. d) Faire appel, dans le cadre de programmes de distribution communautaire, à des voisins capables de communiquer clairement les principes de la planification familiale.

**TABLEAU 1: COMMENT SURMONTER LES OBSTACLES À L'ORGANISATION DES SERVICES
(p. 3)**

Problèmes et contraintes	Solutions
5. Manque de personnel qualifié pour la supervision médicale dans les hôpitaux et les cliniques, manque de personnel qualifié, à un niveau moins élevé, pour les fonctions de vulgarisateurs villageois, de recruteurs et de distributeurs de contraceptifs.	<ul style="list-style-type: none">a) Donner une formation spécialisée en planification familiale aux médecins et aux infirmiers et sages-femmes, grâce à des stages intensifs.b) Encourager et former des infirmiers et infirmières; former des aides sanitaires au niveau communautaire.c) Faire une place importante à la planification familiale dans la formation des sages-femmes et du personnel infirmier et médical.d) Donner aux superviseurs des agents de santé maternelle et infantile/ planification familiale une solide formation leur permettant de régler les problèmes et de renforcer la formation des agents de planification familiale aux échelons moins élevés.
6. Dans certaines cliniques, il est impossible de consulter à l'écart du public.	<ul style="list-style-type: none">a) Organiser des prestations de services dans des locaux privés.b) Modifier le flux des consultants dans la clinique, de façon à améliorer les possibilités d'isolement.c) Entreprendre la distribution commerciale (y compris marchands ambulants) de certains contraceptifs.
7. Les services de stérilisation sont inaccessibles et peu satisfaisants dans certaines zones.	<ul style="list-style-type: none">a) Donner aux infirmières sages-femmes, aux médecins et aux assistants sanitaires une formation leur permettant d'effectuer les mini-laparotomies.b) Acquérir le matériel nécessaire.c) Mettre au point un système d'approvisionnement constant en pièces de rechange et fournitures essentielles pour le matériel de coelioscopie.

TABLEAU 1: COMMENT SURMONTER LES OBSTACLES À L'ORGANISATION DES SERVICES
(p. 4)

Problèmes et contraintes	Solutions
8. Les personnalités influentes ne reconnaissent pas l'importance des moyens volontaires d'espacement des naissances pour la santé individuelle et pour celle de la société tout entière.	<ul style="list-style-type: none">a) Expliquer aux dirigeants les avantages sanitaires de la planification familiale.b) Démontrer que la planification familiale réduit le coût de l'assistance sanitaire.c) Donner aux hommes politiques une meilleure connaissance des répercussions d'un accroissement démographique accéléré.
9. Les prestations de services de contraception volontaire à l'intention des femmes célibataires sont interdites par la loi ou découragées par les coutumes locales.	<ul style="list-style-type: none">a) Mettre en place des services qui ne soient pas directement en opposition avec la législation ou les coutumes du pays.b) Mettre au point des programmes d'information concernant les conséquences sanitaires et sociales de la grossesse chez les adolescentes.c) Demander aux gouvernants d'interpréter les lois à la lumière des circonstances actuelles, et de communiquer avec les dirigeants d'autres pays.

Source: CDC. Family Planning Methods and Practice: Africa.
1983, pp. 289-291.

ÉVALUATION DE LA NÉCESSITÉ D'INTÉGRER LES SERVICES

325

ÉVALUATION DE LA NÉCESSITÉ D'INTÉGRER LES SERVICES

Quel avantage présenterait l'intégration des services de planification familiale au sein de l'organisation actuelle des services médicaux de votre entreprise? La réponse dépendra des exigences de vos usagers, du personnel qualifié et des autres ressources dont vous disposerez, et également des principes et programmes adoptés par le gouvernement de votre pays. Pour juger si votre programme actuel a besoin d'être modifié, vous poserez les questions suivantes:

1. Combien de personnes vivent dans la zone desservie par mon programme?
2. Où habitent ces personnes?
3. Est-ce que mes services de planification familiale, tels qu'ils sont organisés actuellement, peuvent atteindre ces personnes?
4. De quoi les gens ont-ils le plus besoin actuellement?
5. Qu'est-ce qui a des chances d'être accueilli favorablement aujourd'hui, ou demain, si on met plus d'informations à la portée de ces personnes?
6. Quelles ressources sont mises à leur disposition, tant par mon programme que par la communauté?
7. Ces personnes sont-elles disposées à se rendre à ma consultation ou à des séances de sensibilisation?
8. Y a-t-il des gens qui hésitent à avoir recours aux services à cause de la façon dont ils sont organisés? (Exemple: femmes mariées qui ne veulent pas se rendre à une consultation réservée à la planification familiale)
9. Est-ce que je fais le meilleur usage possible de mon temps, du temps de mes collègues et du personnel des services?
10. Y aurait-il des façons de réorganiser mon personnel et mes ressources de manière à fournir de meilleures prestations à un plus grand nombre de personnes?

D'après:

CDC. Family Planning Methods
and Practices. Africa.
1983, pp. 296-297.

ÉVALUATION DE LA NÉCESSITÉ D'INTÉGRER LES SERVICES

Quel avantage présenterait l'intégration des services de planification familiale au sein de l'organisation actuelle des services médicaux de votre entreprise? La réponse dépendra des exigences de vos usagers, du personnel qualifié et des autres ressources dont vous disposerez, et également des principes et programmes adoptés par le gouvernement de votre pays. Pour juger si votre programme actuel a besoin d'être modifié, vous poserez les questions suivantes:

1. Combien de personnes vivent dans la zone desservie par mon programme?
2. Où habitent ces personnes?
3. Est-ce que mes services de planification familiale, tels qu'ils sont organisés actuellement, peuvent atteindre ces personnes?
4. De quoi les gens ont-ils le plus besoin actuellement?
5. Qu'est-ce qui a des chances d'être accueilli favorablement aujourd'hui, ou demain, si on met plus d'informations à la portée de ces personnes?
6. Quelles ressources sont mises à leur disposition, tant par mon programme que par la communauté?
7. Ces personnes sont-elles disposées à se rendre à ma consultation ou à des séances de sensibilisation?
8. Y a-t-il des gens qui hésitent à avoir recours aux services à cause de la façon dont ils sont organisés? (Exemple: femmes mariées qui ne veulent pas se rendre à une consultation réservée à la planification familiale)
9. Est-ce que je fais le meilleur usage possible de mon temps, du temps de mes collègues et du personnel des services?
10. Y aurait-il des façons de réorganiser mon personnel et mes ressources de manière à fournir de meilleures prestations à un plus grand nombre de personnes?

D'après:

CDC. Family Planning Methods
and Practices: Africa.
1983, pp. 296-297.

DÉTERMINATION DU PERSONNEL NÉCESSAIRE

DÉTERMINATION DU PERSONNEL NÉCESSAIRE

Pour déterminer le personnel nécessaire dans des services de planification familiale d'entreprise, il faudra prendre en considération les facteurs suivants

- buts et objectifs établis pour les services
- formule à adopter pour les prestations de services, fréquence de ces prestations
- gamme de méthodes contraceptives à offrir
- qualifications des responsables sanitaires actuels, et possibilités de formation ou recyclage
- volume prévu pour les travaux de promotion IEC à entreprendre
- estimation du nombre d'employé(e)s ou conjoint(e)s à voir quotidiennement:
 - au stade du démarrage
 - lorsque le rythme normal sera atteint.

Peut-être aurez-vous intérêt, ainsi que vos responsables sanitaires, à vous rendre dans une clinique de planification familiale semblable à celle que vous projetez, pour observer sur place le plus grand nombre de tâches possibles. Dans chaque cas, vous noterez par qui la tâche est effectuée. Vous n'hésitez pas à poser des questions précises - qui fait quoi, et avec quelle fréquence. Vous chercherez à savoir quelle est la formation des personnes qui travaillent à la clinique, et si possible où elles ont reçu cette formation. Ceci pourra vous être très utile pour déterminer quels seront les besoins de personnel pour votre entreprise.

Lorsque vous aurez déterminé de quel personnel vous avez besoin, vous devrez préparer des descriptions de postes pour chaque échelon.

Les descriptions de postes sont nécessaires pour définir les attributions prévues et les tâches correspondantes. En outre les descriptions de postes fournissent une bonne indication des qualifications à rechercher pour chaque poste.

Pour préparer les descriptions de postes du personnel de votre service de planification familiale:

- faites tout d'abord une liste des tâches à accomplir pour chaque poste (on peut, si on le désire, classer les tâches en commençant par les plus importantes);
- faites une liste des caractéristiques personnelles qui seront utiles pour garantir le meilleur accueil possible aux prestations de services prévues,
- examinez les deux listes et décidez des qualifications exigées pour chaque poste.

On trouvera ci-après deux descriptions de postes - infirmière sage-femme et gynécologue/obstétricien consultant - qui ont été rédigées par le Programme Entreprise à l'intention d'un service organisé au sein d'une entreprise asiatique et ne s'occupant que de planification familiale. L'infirmière sage-femme a la responsabilité du fonctionnement quotidien de la consultation de planification familiale, elle reçoit les consultants, effectue des visites à domicile le cas échéant, et se charge de tâches de gestion comme le maintien de stocks de contraceptifs, l'entretien des matériels et la tenue des dossiers. Ces travaux sont effectués de façon à obtenir le maximum de résultats moyennant une gestion efficace de la clinique de planification familiale.

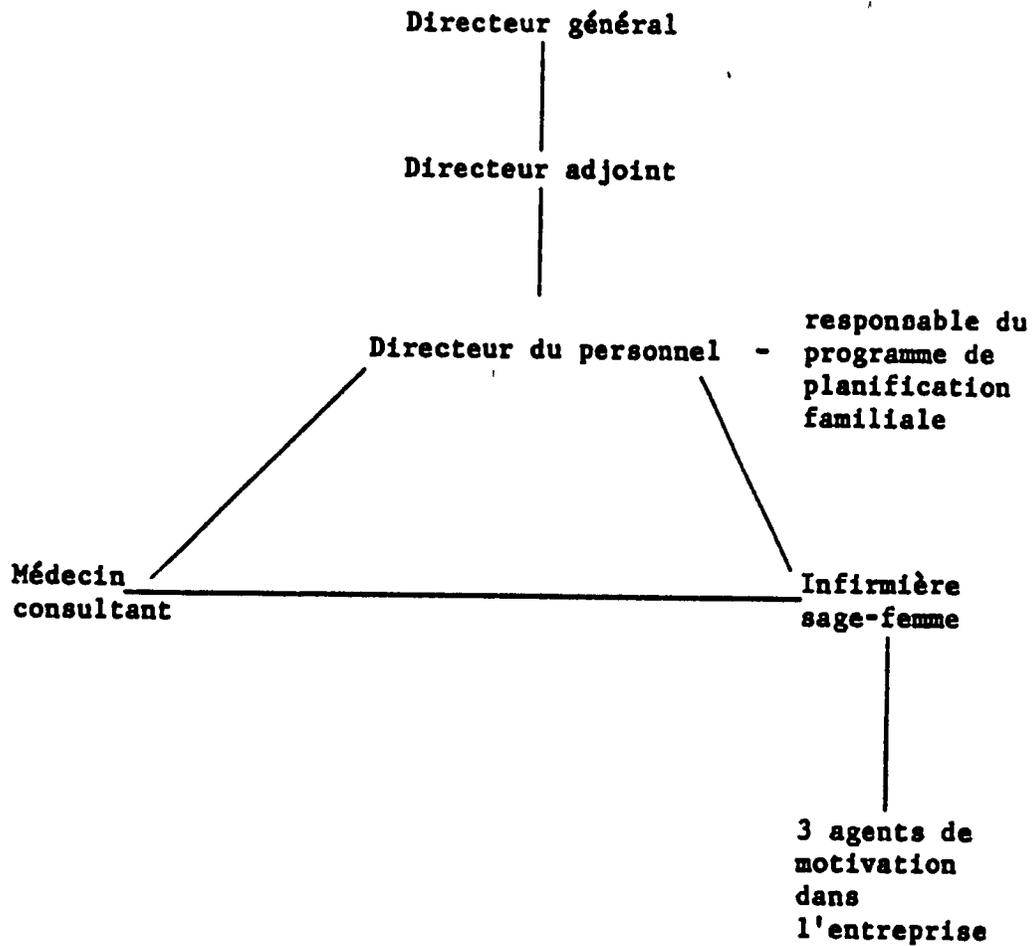
Cette personne mettra au point et fera appliquer un programme d'éducation sanitaire et de sensibilisation à la planification familiale, avec le concours d'agents de motivation appartenant à l'entreprise, du médecin consultant et du directeur du personnel. Elle sera chargée de la supervision du travail des agents de motivation de l'entreprise.

Le médecin consultant fournira son appui professionnel pour les travaux effectués par la sage-femme, traitera tous les cas que celle-ci lui adressera, et aura la responsabilité de tous les actes médicaux et soins gynécologiques prenant place à la clinique.

L'infirmière sage-femme, et le cas échéant le médecin consultant, se réuniront mensuellement avec le directeur du personnel, responsable du programme de planification familiale, et rendront compte à ce dernier du travail accompli. La sage-femme informera le directeur du personnel de toutes questions à résoudre ou contraintes affectant les prestations de services, elle mettra en oeuvre les moyens nécessaires pour surmonter les obstacles à l'organisation des services. Enfin, l'infirmière sage-femme coordonnera toutes les activités de planification familiale au sein de l'usine, de façon que le système fonctionne harmonieusement et fournisse des services de qualité qui soient accessibles à tous les employés et à leurs conjoints.

L'organigramme général de direction se présente ainsi:

Organigramme de direction



Source: Programme Entreprise, 1986.

DESCRIPTION DE POSTE: SAGE-FEMME

La sage-femme sera chargée des tâches suivantes:

- conseiller et informer les consultants sur toutes les options contraceptives, sur la façon de pratiquer correctement les méthodes d'espacement des naissances, et sur la promotion de la santé familiale,
- effectuer les examens médicaux nécessaires pour la pratique de la contraception,
- fournir les contraceptifs choisis par les consultants, ou si nécessaire adresser ceux-ci au service compétent;
- traiter les effets secondaires les plus courants,
- en cas de complication, adresser le patient au médecin consultant ou à un service hospitalier;
- administrer la clinique de planification familiale,
- tenir les dossiers rigoureusement, rédiger les rapports nécessaires, assurer une bonne organisation du matériel, des fournitures et des produits,
- communiquer régulièrement à la direction et au médecin toutes informations sur les travaux de la clinique,
- prendre la parole au cours de séances d'éducation sanitaire à l'usine, pour motiver et recruter de nouveaux usagers, et pour encourager à continuer ceux qui pratiquent déjà,
- prendre part, le cas échéant, à des ateliers ou séminaires visant à la promotion des services de planification familiale/santé familiale au sein de l'entreprise.

Qualifications

- diplôme de sage-femme avec spécialisation en planification familiale, décerné par un centre officiel de formation en planification familiale,
- expérience technique de tous les aspects médicaux des prestations de services de planification familiale, y compris pose et contrôle des DIU;
- désir sincère de promouvoir les services de planification familiale en milieu industriel;
- si possible, expérience préalable comme infirmière de santé publique et comme enseignante.

Source. Programme Entreprise, 1986.

DESCRIPTION DE POSTE: GYNÉCOLOGUE/OBSTÉTRICIEN CONSULTANT

Le ou la gynécologue/obstétricien(ne) consultant(e) sera chargé(e) des tâches suivantes:

- prêter son concours aux dirigeants de l'entreprise et à la sage-femme pour le tracé des grandes lignes du programme de planification familiale, de façon à établir ensuite des consignes de travail précises garantissant la qualité professionnelle et la sécurité des interventions;
- assumer la responsabilité générale des travaux effectués par la sage-femme, fournir conseils et consultations selon la nécessité,
- prendre soin des usagers qui lui sont adressés par la sage-femme, et entreprendre les traitements nécessaires;
- prendre part à des ateliers ou séminaires visant à la promotion des services de planification familiale/santé familiale au sein de l'entreprise.

Qualifications

- diplôme de médecine avec spécialisation en gynécologie/obstétrique, connaissances et expérience concernant les prestations de services dans une consultation de planification familiale;
- connaissance de divers types de programmes de planification familiale, notamment des programmes communautaires,
- capacité d'agir en liaison avec les systèmes sanitaires d'entreprise et d'Etat, pour assurer le succès de la clinique d'entreprise.

Source: Programme Entreprise, 1986.

322

DÉTERMINATION DU PERSONNEL NÉCESSAIRE

Pour déterminer le personnel nécessaire dans des services de planification familiale d'entreprise, il faudra prendre en considération les facteurs suivants:

- buts et objectifs établis pour les services
- formule à adopter pour les prestations de services, fréquence de ces prestations
- gamme de méthodes contraceptives à offrir
- qualifications des responsables sanitaires actuels, et possibilités de formation ou recyclage
- volume prévu pour les travaux de promotion IEC à entreprendre
- estimation du nombre d'employé(e)s ou conjoint(e)s à voir quotidiennement:
 - au stade du démarrage
 - lorsque le rythme normal sera atteint.

Peut-être aurez-vous intérêt, ainsi que vos responsables sanitaires, à vous rendre dans une clinique de planification familiale semblable à celle que vous projetez, pour observer sur place le plus grand nombre de tâches possibles. Dans chaque cas, vous noterez par qui la tâche est effectuée. Vous n'hésitez pas à poser des questions précises - qui fait quoi, et avec quelle fréquence. Vous chercherez à savoir quelle est la formation des personnes qui travaillent à la clinique, et si possible où elles ont reçu cette formation. Ceci pourra vous être très utile pour déterminer quels seront les besoins de personnel pour votre entreprise.

Lorsque vous aurez déterminé de quel personnel vous avez besoin, vous devrez préparer des descriptions de postes pour chaque échelon.

Les descriptions de postes sont nécessaires pour définir les attributions prévues et les tâches correspondantes. En outre les descriptions de postes fournissent une bonne indication des qualifications à rechercher pour chaque poste.

Pour préparer les descriptions de postes du personnel de votre service de planification familiale:

- 334

- faites tout d'abord une liste des tâches à accomplir pour chaque poste (on peut, si on le désire, classer les tâches en commençant par les plus importantes);
- faites une liste des caractéristiques personnelles qui seront utiles pour garantir le meilleur accueil possible aux prestations de services prévues;
- examinez les deux listes et décidez des qualifications exigées pour chaque poste.

On trouvera ci-après deux descriptions de postes - infirmière sage-femme et gynécologue/obstétricien consultant - qui ont été rédigées par le Programme Entreprise à l'intention d'un service organisé au sein d'une entreprise asiatique et ne s'occupant que de planification familiale. L'infirmière sage-femme a la responsabilité du fonctionnement quotidien de la consultation de planification familiale, elle reçoit les consultants, effectue des visites à domicile le cas échéant, et se charge de tâches de gestion comme le maintien de stocks de contraceptifs, l'entretien des matériels et la tenue des dossiers. Ces travaux sont effectués de façon à obtenir le maximum de résultats moyennant une gestion efficace de la clinique de planification familiale.

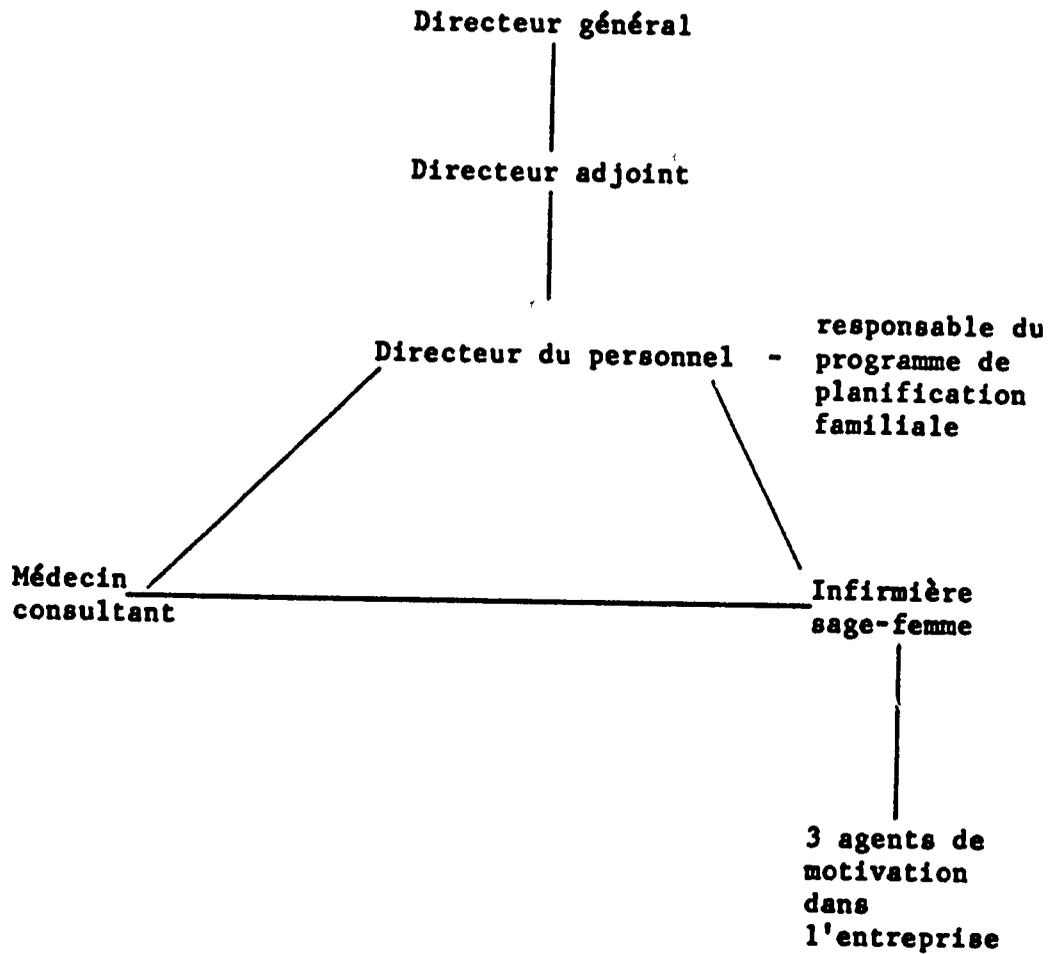
Cette personne mettra au point et fera appliquer un programme d'éducation sanitaire et de sensibilisation à la planification familiale, avec le concours d'agents de motivation appartenant à l'entreprise, du médecin consultant et du directeur du personnel. Elle sera chargée de la supervision du travail des agents de motivation de l'entreprise.

Le médecin consultant fournira son appui professionnel pour les travaux effectués par la sage-femme, traitera tous les cas que celle-ci lui adressera, et aura la responsabilité de tous les actes médicaux et soins gynécologiques prenant place à la clinique.

L'infirmière sage-femme, et le cas échéant le médecin consultant, se réuniront mensuellement avec le directeur du personnel, responsable du programme de planification familiale, et rendront compte à ce dernier du travail accompli. La sage-femme informera le directeur du personnel de toutes questions à résoudre ou contraintes affectant les prestations de services; elle mettra en oeuvre les moyens nécessaires pour surmonter les obstacles à l'organisation des services. Enfin, l'infirmière sage-femme coordonnera toutes les activités de planification familiale au sein de l'usine, de façon que le système fonctionne harmonieusement et fournisse des services de qualité qui soient accessibles à tous les employés et à leurs conjoints.

L'organigramme général de direction se présente ainsi :

Organigramme de direction



Source: Programme Entreprise, 1986.

325

DESCRIPTION DE POSTE: SAGE-FEMME

La sage-femme sera chargée des tâches suivantes:

- conseiller et informer les consultants sur toutes les options contraceptives, sur la façon de pratiquer correctement les méthodes d'espacement des naissances, et sur la promotion de la santé familiale;
- effectuer les examens médicaux nécessaires pour la pratique de la contraception;
- fournir les contraceptifs choisis par les consultants, ou si nécessaire adresser ceux-ci au service compétent;
- traiter les effets secondaires les plus courants;
- en cas de complication, adresser le patient au médecin consultant ou à un service hospitalier;
- administrer la clinique de planification familiale,
- tenir les dossiers rigoureusement, rédiger les rapports nécessaires, assurer une bonne organisation du matériel, des fournitures et des produits;
- communiquer régulièrement à la direction et au médecin toutes informations sur les travaux de la clinique,
- prendre la parole au cours de séances d'éducation sanitaire à l'usine, pour motiver et recruter de nouveaux usagers, et pour encourager à continuer ceux qui pratiquent déjà;
- prendre part, le cas échéant, à des ateliers ou séminaires visant à la promotion des services de planification familiale/santé familiale au sein de l'entreprise.

Qualifications

- diplôme de sage-femme avec spécialisation en planification familiale, décerné par un centre officiel de formation en planification familiale;
- expérience technique de tous les aspects médicaux des prestations de services de planification familiale, y compris pose et contrôle des DIU;
- désir sincère de promouvoir les services de planification familiale en milieu industriel;
- si possible, expérience préalable comme infirmière de santé publique et comme enseignante.

Source: Programme Entreprise, 1986.

DESCRIPTION DE POSTE: GYNÉCOLOGUE/OBSTÉTRICIEN CONSULTANT

Le ou la gynécologue/obstétricien(ne) consultant(e) sera chargé(e) des tâches suivantes:

- prêter son concours aux dirigeants de l'entreprise et à la sage-femme pour le tracé des grandes lignes du programme de planification familiale, de façon à établir ensuite des consignes de travail précises garantissant la qualité professionnelle et la sécurité des interventions;
- assumer la responsabilité générale des travaux effectués par la sage-femme, fournir conseils et consultations selon la nécessité,
- prendre soin des usagers qui lui sont adressés par la sage-femme, et entreprendre les traitements nécessaires;
- prendre part à des ateliers ou séminaires visant à la promotion des services de planification familiale/santé familiale au sein de l'entreprise.

Qualifications

- diplôme de médecine avec spécialisation en gynécologie/obstétrique, connaissances et expérience concernant les prestations de services dans une consultation de planification familiale;
- connaissance de divers types de programmes de planification familiale, notamment des programmes communautaires;
- capacité d'agir en liaison avec les systèmes sanitaires d'entreprise et d'Etat, pour assurer le succès de la clinique d'entreprise.

Source: Programme Entreprise, 1986.

37

PRÉVISION DES QUANTITÉS DE PRODUITS NÉCESSAIRES

**PRÉVISION DES QUANTITÉS DE PRODUITS:
INVENTAIRE DES TÂCHES**

Pour être en mesure de prévoir un approvisionnement suffisant de produits contraceptifs (pilules, condoms, DIU etc.), les dirigeants de l'usine et les responsables sanitaires devront:

1. Etudier les objectifs du programme
2. Chiffrer les objectifs des services en fonction des objectifs du programme:
 - Quel pourcentage du groupe représentent: les femmes en âge de procréer? les femmes mariées (ou en ménage) en âge de procréer?
 - Quelle est la superficie de la zone desservie?
 - Quel est le taux de couverture contraceptive?
3. Estimer la ventilation par produits:
 - Si on ne dispose pas de données précises, on appliquera arbitrairement une formule simple, par exemple pilules = 50%, DIU = 20%, condoms = 10%, et 20% pour le reste. (Autre exemple: dans un pays d'Asie, on a adopté, en se basant sur les statistiques nationales, une ventilation $1/3 + 1/3 + 1/3$.)
 - On effectuera des recherches sur la légalité des diverses méthodes et leur conformité avec les traditions socio-culturelles et religieuses.
4. Calculer les quantités à approvisionner:
 - On devra penser à toutes sortes de considérations, notamment obligations légales et aspects logistiques (p. ex. éviter les ruptures dans le cycle d'approvisionnement).
 - On calculera les quantités nécessaires au moyen de formules (p. ex. 6,5 cycles de pilules pour la première année d'utilisation, 13 cycles par an pour les années suivantes; 72 condoms pour la première année, 144 par an pour la personne qui continue).

TOTAUX

PILULE: nouvelles acceptrices x 6,5 cycles =
+ acceptrices qui continuent x 13 cycles = =

CONDOM: nouveaux accepteurs x 72 condoms =
+ accepteurs qui continuent x 144 condoms = =

MOUSSE: nouveaux accepteurs x 1 flacon =
+ accepteurs qui continuent x 2,5 flacons = =

GELÉE: nouveaux accepteurs x 3 tubes =
+ accepteurs qui continuent x 6 tubes = =

DIU: acceptrices (x 1) _____ =

DIAPHRAGME: acceptrices (x 1) _____ =

5. Calculer les quantités nécessaires pour les autres matériels et fournitures:
 - Effectuera-t-on des stérilisations? Masculines et féminines? Quel type d'intervention?
 - A-t-on besoin de documents ou matériels IEC? (sujet, langue utilisée, type de présentation?)
6. Faire l'inventaire des diverses possibilités d'approvisionnement des contraceptifs (ou déterminer s'il est possible de se les procurer):
 - Quelles sont les lois qui s'appliquent? (p. ex. en ce qui concerne la vente de produits obtenus gratuitement)
 - Quelle est la réglementation douanière?
 - Quelles sont les considérations de prix, du point de vue des principes et du point de vue pratique?
 - Les contraceptifs peuvent-ils être obtenus des services de l'Etat?
 - Les contraceptifs peuvent-ils être obtenus par l'intermédiaire de sections locales ou nationales d'une association de planification familiale?
 - Quelles sont les autres filières d'approvisionnement des contraceptifs? (aide extérieure par exemple?)

- Dans quelle mesure les produits existent-ils sur le marché libre (USA ou marché intérieur)?
 - Quelle est la réglementation concernant les produits fournis par l'AID (approbations, importation en franchise)?
 - Quelles sont les autres facteurs logistiques à prendre en considération (consignes de stockage, locaux existants, système de contrôle des stocks)?
7. Calculer le coût des produits et décider qui paiera:
- Approvisionnés sur place? Importés? Donnés?
 - Frais d'expédition.
 - Au cas où les usagers doivent payer, fixer les prix.

Source Programme Entreprise, 1986.

**PRÉVISION DES QUANTITÉS DE PRODUITS:
INVENTAIRE DES TÂCHES**

Pour être en mesure de prévoir un approvisionnement suffisant de produits contraceptifs (pilules, condoms, DIU etc.), les dirigeants de l'usine et les responsables sanitaires devront:

1. Etudier les objectifs du programme
2. Chiffrer les objectifs des services en fonction des objectifs du programme:
 - Quel pourcentage du groupe représentent: les femmes en âge de procréer? les femmes mariées (ou en ménage) en âge de procréer?
 - Quelle est la superficie de la zone desservie?
 - Quel est le taux de couverture contraceptive?
3. Estimer la ventilation par produits:
 - Si on ne dispose pas de données précises, on appliquera arbitrairement une formule simple, par exemple pilules = 50%, DIU = 20%, condoms = 10%, et 20% pour le reste. (Autre exemple. dans un pays d'Asie, on a adopté, en se basant sur les statistiques nationales, une ventilation $1/3 + 1/3 + 1/3$.)
 - On effectuera des recherches sur la légalité des diverses méthodes et leur conformité avec les traditions socio-culturelles et religieuses.
4. Calculer les quantités à approvisionner:
 - On devra penser à toutes sortes de considérations, notamment obligations légales et aspects logistiques (p. ex. éviter les ruptures dans le cycle d'approvisionnement).
 - On calculera les quantités nécessaires au moyen de formules (p. ex. 6,5 cycles de pilules pour la première année d'utilisation, 13 cycles par an pour les années suivantes; 72 condoms pour la première année, 144 par an pour la personne qui continue).

TOTAUX

PILULE: nouvelles acceptrices x 6,5 cycles =
+ acceptrices qui continuent x 13 cycles = =

CONDOM: nouveaux accepteurs x 72 condoms =
+ accepteurs qui continuent x 144 condoms = =

MOUSSE: nouveaux accepteurs x 1 flacon =
+ accepteurs qui continuent x 2,5 flacons = =

GELÉE: nouveaux accepteurs x 3 tubes =
+ accepteurs qui continuent x 6 tubes = =

DIU: acceptrices (x 1) _____ =

DIAPHRAGME: acceptrices (x 1) _____ =

5. Calculer les quantités nécessaires pour les autres matériels et fournitures:

- Effectuera-t-on des stérilisations? Masculines et féminines? Quel type d'intervention?
- A-t-on besoin de documents ou matériels IEC? (sujet, langue utilisée, type de présentation?)

6. Faire l'inventaire des diverses possibilités d'approvisionnement des contraceptifs (ou déterminer s'il est possible de se les procurer):

- Quelles sont les lois qui s'appliquent? (p. ex. en ce qui concerne la vente de produits obtenus gratuitement)
- Quelle est la réglementation douanière?
- Quelles sont les considérations de prix, du point de vue des principes et du point de vue pratique?
- Les contraceptifs peuvent-ils être obtenus des services de l'Etat?
- Les contraceptifs peuvent-ils être obtenus par l'intermédiaire de sections locales ou nationales d'une association de planification familiale?
- Quelles sont les autres filières d'approvisionnement des contraceptifs? (aide extérieure par exemple?)

- Dans quelle mesure les produits existent-ils sur le marché libre (USA ou marché intérieur)?
 - Quelle est la réglementation concernant les produits fournis par l'AID (approbations, importation en franchise)?
 - Quelles sont les autres facteurs logistiques à prendre en considération (consignes de stockage, locaux existants, système de contrôle des stocks)?
7. Calculer le coût des produits et décider qui paiera:
- Approvisionnés sur place? Importés? Donnés?
 - Frais d'expédition.
 - Au cas où les usagers doivent payer, fixer les prix.

Source: Programme Entreprise, 1986.

**LISTE DU MOBILIER ET DE L'ÉQUIPEMENT
MÉDICAL INDISPENSABLES**

LISTE DU MOBILIER ET DE L'EQUIPEMENT MÉDICAL INDISPENSABLES

Le type de mobilier et d'équipement dont vous aurez besoin, et les quantités de fournitures que vous aurez en magasin, dépendront généralement du nombre de personnes fournissant des prestations de services, et des catégories de prestations que vous aurez prévues. Vous devrez tenir compte des considérations suivantes

- montants inscrits à votre budget pour l'équipement et les fournitures
- possibilités d'approvisionnement en équipement et fournitures (localement et nationalement)
- fréquence d'utilisation de l'équipement
- existence de locaux de stockage
- délais de commande et de livraison pour équipement et fournitures
- facilités d'entretien sur place.

Pour préparer votre liste du mobilier et de l'équipement médical indispensables, vous essaierez d'abord de vous procurer la liste d'équipement et fournitures d'une clinique de planification familiale semblable à celle que vous entendez installer.

Faites une liste des divers services que vous prévoyez d'offrir. Pour chaque catégorie, énumérez le matériel particulier dont vous aurez besoin - ainsi que les fournitures consommables indispensables aux prestations (gaze, adhésif, ouate, désinfectants, seringues etc.) Indiquez les prix chaque fois que ce sera possible.

Discutez votre liste avec une personne responsable d'un service du même genre, dans le public ou le privé. Vous déterminerez ensuite les quantités qui vous semblent nécessaires pour le démarrage.

LISTE DU MOBILIER INDISPENSABLE

Le mobilier ci-après devrait convenir à une petite clinique de planification familiale sur le lieu de travail:

- 2 bureaux
- chaises
- table
- meuble de classement pour dossiers consultants
- armoire pour stockage des produits
- étagère pour documentation IEC
- armoire pour rangement du matériel et des fournitures
- tableau noir

LISTE DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL INDISPENSABLE

On trouvera ci-après un exemple de liste d'équipement médical. Rappelons que les quantités à prévoir seront en liaison directe avec le niveau des prestations de service et le nombre d'usagers à servir. Notre liste suppose qu'il s'agit d'une consultation en usine offrant une gamme complète de services, y compris pose de stérilets, avec plus de 400 accepteurs potentiels pour une période de deux ans.

Table d'examen
Tabouret
Petite poubelle à pédale
Lampe orientable
Lampe portative
Paravent
Chariots à instruments (2)
Brassard de prise de tension et stéthoscope
Thermomètre
Balance
Stérilisateur électrique (grande taille)
Appareil de chauffage (gaz ou charbon de bois)
Casserole avec couvercle (grande taille)
Plateau
Boîtes à ordures (grande taille)
Seau
Lit d'enfant
Fichier de relance
Armoire de stockage des produits
Alaise
Oreiller et taie
Draps lavables (6)
Chemises lavables (6)
Serviettes (2)

247

Spéculum vaginaux (1 petit, 4 moyens, 1 grand)
Pincés à éponges, droites (24 cm) (6)
Tenaculum (24 cm) (6)
Pincés à artères, courbes (Bozeman - 21,5 cm) (6)
Sondes utérines (32 cm) (6)
Crochet pour retrait de DIU (bras de 25,5 cm)
Pince "alligator" (20 cm)
Ciseaux courbes (20 cm) (2)
Plateaux à instruments (20 cm) (2)
Grands bacs acier inoxydable (pour les pincés) (2)
Grandes pincés pour manipulation des instruments (2)
Grands bacs acier inoxydable avec couvercle (4)

Source: Programme Entreprise, 1986.

**LISTE DU MOBILIER ET DE L'ÉQUIPEMENT
MÉDICAL INDISPENSABLES**

Le type de mobilier et d'équipement dont vous aurez besoin, et les quantités de fournitures que vous aurez en magasin, dépendront généralement du nombre de personnes fournissant des prestations de services, et des catégories de prestations que vous aurez prévues. Vous devrez tenir compte des considérations suivantes:

- montants inscrits à votre budget pour l'équipement et les fournitures
- possibilités d'approvisionnement en équipement et fournitures (localement et nationalement)
- fréquence d'utilisation de l'équipement
- existence de locaux de stockage
- délais de commande et de livraison pour équipement et fournitures
- facilités d'entretien sur place.

Pour préparer votre liste du mobilier et de l'équipement médical indispensables, vous essaierez d'abord de vous procurer la liste d'équipement et fournitures d'une clinique de planification familiale semblable à celle que vous entendez installer.

Faites une liste des divers services que vous prévoyez d'offrir. Pour chaque catégorie, énumérez le matériel particulier dont vous aurez besoin - ainsi que les fournitures consommables indispensables aux prestations (gaze, adhésif, ouate, désinfectants, seringues etc.) Indiquez les prix chaque fois que ce sera possible.

Discutez votre liste avec une personne responsable d'un service du même genre, dans le public ou le privé. Vous déterminerez ensuite les quantités qui vous semblent nécessaires pour le démarrage.

LISTE DU MOBILIER INDISPENSABLE

Le mobilier ci-après devrait convenir à une petite clinique de planification familiale sur le lieu de travail:

- 2 bureaux
- chaises
- table
- meuble de classement pour dossiers consultants
- armoire pour stockage des produits
- étagère pour documentation IEC
- armoire pour rangement du matériel et des fournitures
- tableau noir

LISTE DE L'ÉQUIPEMENT MÉDICAL INDISPENSABLE

On trouvera ci-après un exemple de liste d'équipement médical. Rappelons que les quantités à prévoir seront en liaison directe avec le niveau des prestations de service et le nombre d'usagers à servir. Notre liste suppose qu'il s'agit d'une consultation en usine offrant une gamme complète de services, y compris pose de stérilets, avec plus de 400 accepteurs potentiels pour une période de deux ans.

Table d'examen
Tabouret
Petite poubelle à pédale
Lampe orientable
Lampe portative
Paravent
Chariots à instruments (2)
Brassard de prise de tension et stéthoscope
Thermomètre
Balance
Stérilisateur électrique (grande taille)
Appareil de chauffage (gaz ou charbon de bois)
Casserole avec couvercle (grande taille)
Plateau
Boîtes à ordures (grande taille)
Seau
Lit d'enfant
Fichier de relance
Armoire de stockage des produits
Alaise
Oreiller et taie
Draps lavables (6)
Chemises lavables (6)
Serviettes (2)

25

Spéculum vaginaux (1 petit, 4 moyens, 1 grand)
Pincés à éponges, droites (24 cm) (6)
Tenaculum (24 cm) (6)
Pincés à artères, courbes (Bozeman - 21,5 cm) (6)
Sondes utérines (32 cm) (6)
Crochet pour retrait de DIU (bras de 25,5 cm)
Pince "alligator" (20 cm)
Ciseaux courbes (20 cm) (2)
Plateaux à instruments (20 cm) (2)
Grands bacs acier inoxydable (pour les pincés) (2)
Grandes pincés pour manipulation des instruments (2)
Grands bacs acier inoxydable avec couvercle (4)

Source: Programme Entreprise, 1986.

352

**PLAN ET ORGANISATION DES LOCAUX,
ENTREPOSAGE ET TENUE DES STOCKS DE CONTRACEPTIFS**

**PLAN ET ORGANISATION DES LOCAUX,
ENTREPOSAGE ET TENUE DES STOCKS DE CONTRACEPTIFS**

Pour concevoir le plan et l'organisation d'une clinique de planification familiale au sein d'une entreprise ou d'une plantation, les dirigeants devront prendre en considération:

- dimensions du groupe de population à servir
- formule adoptée pour les prestations de services
- gamme de services de planification familiale prévue pour la clinique
- nombre de personnes chargées des prestations de services de planification familiale.

Si l'on prévoit d'intégrer les services de planification familiale, il faudra veiller à tirer parti au maximum des équipements existants, tout en s'assurant que l'on dispose bien des installations indispensables pour que les services de planification familiale fonctionnent bien et donnent de bons résultats. (Les stagiaires se reporteront à plusieurs des questions soulevées au cours de la discussion sur l'intégration des services.)

Les consultations de planification familiale devront avoir lieu dans des locaux dont le plan et l'installation tiennent compte à la fois des caractéristiques des consultants et de la gamme de services prévue. En outre, les locaux devront être d'un accès facile, et d'un aspect accueillant. Les consultations devront pouvoir se dérouler sans pertes de temps, avec visites et entretiens individuels isolés du public, et dans des conditions confortables pour les consultants.

Le plan d'une clinique de planification familiale comporte essentiellement les éléments suivants:

1. salle ou espace réservé à l'accueil
2. espace réservé aux consultations individuelles et aux séances d'information sur la santé
3. salle(s) d'examen
4. espace réservé à l'entreposage des contraceptifs
5. salle ou espace réservé au nettoyage et au rangement des instruments et du matériel
6. toilettes
7. eau courante.

Dans le cas où des interventions chirurgicales sont prévues, les locaux devront se conformer aux normes approuvées localement pour les services de chirurgie. Si des installations de laboratoires sont prévues, il faudra construire des locaux adéquats et approvisionner le matériel nécessaire. Si l'on prévoit des travaux IEC de promotion et d'éducation des usagers, il faudra disposer d'une salle de réunion ou d'un espace suffisant pour accueillir au moins 20 personnes.

Salle ou espace réservé à l'accueil: c'est souvent là que se produira le premier contact d'un consultant avec les services de planification familiale, et les premières impressions sont extrêmement importantes. Cet espace devra donc être assez vaste pour accueillir tous les visiteurs, même aux moments de pointe. Un emplacement devrait normalement être prévu pour l'exposition de la documentation IEC.

Espace réservé aux consultations individuelles: c'est là que les responsables s'entreprendront avec un consultant pour examiner son cas ou pour lui expliquer un traitement ou une intervention. Comme ces conversations ont généralement un caractère confidentiel, il importera d'affecter à cet usage une partie de la clinique permettant l'isolement. Si on ne dispose pas de l'espace nécessaire pour une salle de consultation, les entretiens pourront avoir lieu dans une salle d'examen.

Salles d'examen: ces pièces devront être munies d'un éclairage satisfaisant, du matériel nécessaire, d'armoires pour le rangement du matériel et le stockage des produits contraceptifs, et d'une table d'examen. Pour le matériel médical, on suivra le modèle de la liste figurant plus haut, en l'adaptant aux catégories de prestations prévues et au nombre total de responsables devant être en présence à un moment donné. Les salles d'examen devront être conçues de façon à mettre les consultants et consultantes à l'abri des regards indiscrets.

Installation d'entreposage des produits contraceptifs: il s'agit d'une partie importante des locaux de la consultation de planification familiale en usine ou dans une plantation. On trouvera aux pages qui suivent des directives concernant l'établissement de consignes pour l'entreposage et pour la tenue à jour de l'état des stocks.

Locaux d'entretien: il faudra disposer d'un local pour le nettoyage des instruments servant aux examens et pour le rangement des ustensiles de ménage. Il faudra prévoir un matériel de stérilisation (soit à l'autoclave soit par ébullition).

TENUE DES STOCKS

Les produits que vous approvisionnerez pour la planification familiale, qu'ils vous soient fournis directement par le Programme Entreprise, qu'ils soient achetés avec les fonds que votre sous-projet reçoit du Programme Entreprise, ou qu'ils soient obtenus par d'autres moyens, représentent dans tous les cas une grande valeur, et leur stock doit être bien géré. Il faudra veiller à contrôler leur distribution et à tenir des fiches de stock bien à jour. Il est indispensable de posséder un bon système de fiches de stock, de façon à pouvoir se réapprovisionner en temps utile, et à assurer que les articles nécessaires seront constamment en stock.

CONTRÔLE DES STOCKS

Pour chaque type ou modèle d'article en stock, on ouvrira une fiche de stock individuelle comme celle figurant à la page suivante. La fiche de stock indique tous les mouvements pour l'article concerné. Elle doit être remplie comme suit:

1. Décrire l'article (taille, couleur, n° de stock, etc.)
2. Indiquer où l'article est entreposé.
3. Indiquer le niveau de réapprovisionnement pour l'article. Pour les contraceptifs, le niveau de réapprovisionnement est généralement le niveau de stock correspondant à six mois de consommation. Lorsque ce niveau est atteint, il faut passer une nouvelle commande pour faire remonter le stock.
4. Reporter chronologiquement tous les mouvements, chaque fois qu'une quantité est ajoutée au stock ou retirée du stock. Indiquer la date et la quantité pour chaque entrée ou sortie de stock.
5. Indiquer le solde ou état du stock après chaque entrée ou sortie.
6. Les renseignements figurant sur les fiches de stock individuelles sont récapitulés sur l'Etat des stocks à la fin de chaque mois.

On trouvera à la page suivante un exemple de fiche de stock remplie.

FICHE DE STOCK

FICHE DE STOCK

Article: _____

Entreposage: _____ Niveau de réappro.: _____

Date	Quantité entrée en stock	Quantité sortie de stock	Solde

FICHE DE STOCK

Article: Condoms lubrifiés/cardeur - 49 mm

Entreposage: Magasin d'imp. Ray. 8-3 Niveau de réappro: 6 000

Date	Quantité entrée en stock	Quantité sortie de stock	Solde
3 juil 80	11 000		11 000
10/11/80		2 000	9 000
6/2/80		950	8 050
25/3/80		1 000	7 050
11/4/80		2 000	5 050
28/4/80	14 000		19 050

Source: Programme Entreprise, 1986.

ÉTAT DES STOCKS

L'Etat des stocks est une récapitulation mensuelle des informations figurant sur les fiches de stock. Alors que les fiches individuelles de stock servent à enregistrer tous les mouvements d'un type ou modèle particulier de produit ou matériel, l'Etat des stocks récapitule tous les mouvements du mois pour tous les articles stockés.

L'Etat des stocks devra être rempli à la fin de chaque mois, de la façon suivante:

1. Indiquer la période - mois et année - correspondant à l'état.
2. Indiquer le nom et l'adresse de l'organisme ou projet financé par le Programme Entreprise.
3. Indiquer le nom de la personne qui remplit l'état, et la date à laquelle l'état est établi.
4. Remplir une ligne du formulaire pour chaque type différent d'un même produit. Par exemple, les condoms de différentes tailles ou les pilules de différentes sortes devront figurer sur des lignes séparées.
5. Pour chaque article, indiquer la quantité en stock au début du mois correspondant à cet état.
6. Indiquer ensuite la quantité totale distribuée au cours du mois. Ce chiffre devrait pouvoir être obtenu à partir des dossiers du service (registres de la clinique, dossiers de distribution communautaire, etc.)
7. Si des arrivages ont eu lieu au cours du mois, indiquer la quantité reçue dans la colonne intitulée "quantité ajoutée au stock".
8. La "quantité en stock (fin du mois)" est calculée à partir de la "quantité en stock (premier jour du mois)" dont on déduit la "quantité distribuée" et à laquelle on ajoute la "quantité ajoutée au stock". Ce nombre sera reporté sur l'état des stocks du mois suivant à la colonne "quantité en stock (premier jour du mois)".

Ces calculs peuvent être faits directement à partir des fiches de stock, mais il importe de faire, tous les trois mois au moins, un inventaire physique des stocks, de façon à corriger toute erreur éventuelle de tenue des stocks.

358

9. Le chiffre à inscrire dans la dernière colonne, "Niveau de réappro.", est déterminé, pour chaque article, par votre organisme/projet en accord avec le Programme Entreprise. Ce niveau correspond généralement à six mois de stock de l'article en question. Lorsque le stock s'abaisse au-dessous de ce niveau, il est temps de faire une demande d'approvisionnement.

Voici un exemple d'Etat des stocks rempli:

Etat des stocks pour le mois de mois, année

Organisme: Nom du projet
ou organisme
Adresse

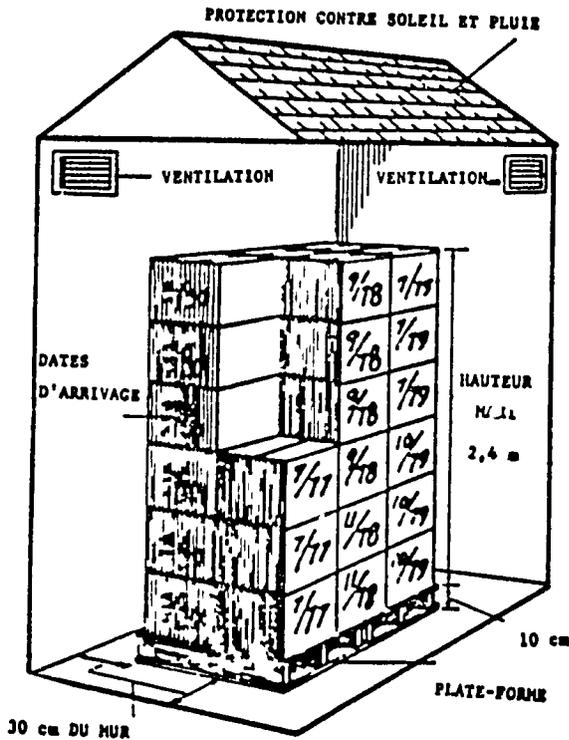
Nom de la personne qui remplit l'état: nom

Date: jour / mois / année

Article	Quantité en stock (1 ^{er} jour du mois)	Quantité distribuée	Quantité ajoutée au stock	Quantité en stock (fin du mois)	Niveau de réappro.
Condoms 49mm	12 100	1 100	-	11 000	6 000
Noriday 1/50	19 300	3 080	-	16 220	17 000
Condoms 52mm	6 000	1 000	6 000	11 000	6 000
Lippes 4C.11	350	81	-	269	200

Source: Programme Entreprise, 1986.

**CONSIGNES À OBSERVER
POUR L'ENTREPOSAGE DES CONTRACEPTIFS**



CONSIGNES D'ENTREPOSAGE

- 1 LOCAL PROPRE, MURS BLANCHIS À LA CHAUX
- 2 INSPECTER LE TOIT POUR ÉVITER LES FUITES D'EAU
- 3 NE PAS EXPOSER LES PRODUITS DIRECTEMENT AUX RAYONS DU SOLEIL
- 4 MAGASIN À L'ABRI DES INFILTRATIONS D'EAU
- 5 RAYONNAGES À AU MOINS 10 cm DU SOL (Isolant en bois ou en acier)
- 6 RAYONNAGES À AU MOINS 30 cm DE TOUTE CLOISON
- 7 RAYONNAGES SUPPLÉMENTAIRES À PROXIMITÉ, POUR MISE EN ORDRE CHRONOLOGIQUE, INVENTAIRES, ORGANISATION GÉNÉRALE
- 8 RAYONNAGES D'UNE HAUTEUR MAXIMUM DE 2,4 m
- 9 ÉTIQUETAGE BIEN VISIBLE
- 10 DÉLIVRER LES PRODUITS PAR CARTONS ENTIERS, SI POSSIBLE
- 11 LOCAL BIEN VENTILÉ
- 12 LOCAL BIEN ÉCLAIRÉ
- 13 NE PAS BLOQUER L'ACCÈS AUX EXTINCTEURS
- 14 VACCINS ET SÉRUMS DOIVENT ÊTRE RÉFRIGÉRÉS
- 15 STOCKAGE DE VIEUX DOSSIERS, DOCUMENTATION, FOURNITURES DE BUREAU, ETC DOIT S'EFFECTUER SÉPARÉMENT
- 16 NE PAS ENTREPOSER INSECTICIDES ET AUTRES PRODUITS CHIMIQUES AU MÊME ENDROIT QUE LES CONTRACEPTIFS ET LES FOURNITURES MÉDICALES
- 17 DÉSINFECTER LE MAGASIN ET LE PASSER À L'INSECTICIDE TOUS LES TROIS MOIS
- 18 SÉPARER ET ÉLIMINER DANS DÉLAI LES PRODUITS ENDOMMAGÉS ET RETIRÉS DE LA CIRCULATION
- 19 CLEFS DU MAGASIN ACCESSIBLES À TOUT MOMENT
- 20 NETTOYER QUOTIDIENNEMENT LE MAGASIN

Source: CDC. Family Planning Methods and Practice Africa, 1983.

**PLAN ET ORGANISATION DES LOCAUX,
ENTREPOSAGE ET TENUE DES STOCKS DE CONTRACEPTIFS**

Pour concevoir le plan et l'organisation d'une clinique de planification familiale au sein d'une entreprise ou d'une plantation, les dirigeants devront prendre en considération:

- dimensions du groupe de population à servir
- formule adoptée pour les prestations de services
- gamme de services de planification familiale prévue pour la clinique
- nombre de personnes chargées des prestations de services de planification familiale.

Si l'on prévoit d'intégrer les services de planification familiale, il faudra veiller à tirer parti au maximum des équipements existants, tout en s'assurant que l'on dispose bien des installations indispensables pour que les services de planification familiale fonctionnent bien et donnent de bons résultats. (Les stagiaires se reporteront à plusieurs des questions soulevées au cours de la discussion sur l'intégration des services.)

Les consultations de planification familiale devront avoir lieu dans des locaux dont le plan et l'installation tiennent compte à la fois des caractéristiques des consultants et de la gamme de services prévue. En outre, les locaux devront être d'un accès facile, et d'un aspect accueillant. Les consultations devront pouvoir se dérouler sans pertes de temps, avec visites et entretiens individuels isolés du public, et dans des conditions confortables pour les consultants.

Le plan d'une clinique de planification familiale comporte essentiellement les éléments suivants:

1. salle ou espace réservé à l'accueil
2. espace réservé aux consultations individuelles et aux séances d'information sur la santé
3. salle(s) d'examen
4. espace réservé à l'entreposage des contraceptifs
5. salle ou espace réservé au nettoyage et au rangement des instruments et du matériel
6. toilettes
7. eau courante.

Dans le cas où des interventions chirurgicales sont prévues, les locaux devront se conformer aux normes approuvées localement pour les services de chirurgie. Si des installations de laboratoires sont prévues, il faudra construire des locaux adéquats et approvisionner le matériel nécessaire. Si l'on prévoit des travaux IEC de promotion et d'éducation des usagers, il faudra disposer d'une salle de réunion ou d'un espace suffisant pour accueillir au moins 20 personnes.

Salle ou espace réservé à l'accueil: c'est souvent là que se produira le premier contact d'un consultant avec les services de planification familiale, et les premières impressions sont extrêmement importantes. Cet espace devra donc être assez vaste pour accueillir tous les visiteurs, même aux moments de pointe. Un emplacement devrait normalement être prévu pour l'exposition de la documentation IEC

Espace réservé aux consultations individuelles: c'est là que les responsables s'entretiendront avec un consultant pour examiner son cas ou pour lui expliquer un traitement ou une intervention. Comme ces conversations ont généralement un caractère confidentiel, il importera d'affecter à cet usage une partie de la clinique permettant l'isolement. Si on ne dispose pas de l'espace nécessaire pour une salle de consultation, les entretiens pourront avoir lieu dans une salle d'examen.

Salles d'examen: ces pièces devront être munies d'un éclairage satisfaisant, du matériel nécessaire, d'armoires pour le rangement du matériel et le stockage des produits contraceptifs, et d'une table d'examen. Pour le matériel médical, on suivra le modèle de la liste figurant plus haut, en l'adaptant aux catégories de prestations prévues et au nombre total de responsables devant être en présence à un moment donné. Les salles d'examen devront être conçues de façon à mettre les consultants et consultantes à l'abri des regards indiscrets.

Installation d'entreposage des produits contraceptifs: il s'agit d'une partie importante des locaux de la consultation de planification familiale en usine ou dans une plantation. On trouvera aux pages qui suivent des directives concernant l'établissement de consignes pour l'entreposage et pour la tenue à jour de l'état des stocks.

Locaux d'entretien: il faudra disposer d'un local pour le nettoyage des instruments servant aux examens et pour le rangement des ustensiles de ménage. Il faudra prévoir un matériel de stérilisation (soit à l'autoclave soit par ébullition).

263

TENUE DES STOCKS

Les produits que vous approvisionnerez pour la planification familiale, qu'ils vous soient fournis directement par le Programme Entreprise, qu'ils soient achetés avec les fonds que votre sous-projet reçoit du Programme Entreprise, ou qu'ils soient obtenus par d'autres moyens, représentent dans tous les cas une grande valeur, et leur stock doit être bien géré. Il faudra veiller à contrôler leur distribution et à tenir des fiches de stock bien à jour. Il est indispensable de posséder un bon système de fiches de stock, de façon à pouvoir se réapprovisionner en temps utile, et à assurer que les articles nécessaires seront constamment en stock.

CONTRÔLE DES STOCKS

Pour chaque type ou modèle d'article en stock, on ouvrira une fiche de stock individuelle comme celle figurant à la page suivante. La fiche de stock indique tous les mouvements pour l'article concerné. Elle doit être remplie comme suit:

1. Décrire l'article (taille, couleur, n° de stock, etc.)
2. Indiquer où l'article est entreposé.
3. Indiquer le niveau de réapprovisionnement pour l'article. Pour les contraceptifs, le niveau de réapprovisionnement est généralement le niveau de stock correspondant à six mois de consommation. Lorsque ce niveau est atteint, il faut passer une nouvelle commande pour faire remonter le stock.
4. Reporter chronologiquement tous les mouvements, chaque fois qu'une quantité est ajoutée au stock ou retirée du stock. Indiquer la date et la quantité pour chaque entrée ou sortie de stock.
5. Indiquer le solde ou état du stock après chaque entrée ou sortie.
6. Les renseignements figurant sur les fiches de stock individuelles sont récapitulés sur l'Etat des stocks à la fin de chaque mois.

On trouvera à la page suivante un exemple de fiche de stock remplie.

364

FICHE DE STOCK

FICHE DE STOCK

Article: _____

Entreposage: _____ Niveau de réappro.: _____

Date	Quantité entrée en stock	Quantité sortie de stock	Solde

FICHE DE STOCK

Article: Condoms Pulvérisés/couteux - 49 mm

Entreposage: Magasin d'impub. 8-3 Niveau de réappro.: 6 000

Date	Quantité entrée en stock	Quantité sortie de stock	Solde
3/11/80	11 000		11 000
10/11/80		2 000	9 000
6/2/80		950	8 050
25/3/80		1 000	7 050
11/4/80		2 000	5 050
28/4/80	14 000		19 050

Source: Programme Entreprise, 1986.

265

ÉTAT DES STOCKS

L'Etat des stocks est une récapitulation mensuelle des informations figurant sur les fiches de stock. Alors que les fiches individuelles de stock servent à enregistrer tous les mouvements d'un type ou modèle particulier de produit ou matériel, l'Etat des stocks récapitule tous les mouvements du mois pour tous les articles stockés.

L'Etat des stocks devra être rempli à la fin de chaque mois, de la façon suivante:

1. Indiquer la période - mois et année - correspondant à l'état.
2. Indiquer le nom et l'adresse de l'organisme ou projet financé par le Programme Entreprise.
3. Indiquer le nom de la personne qui remplit l'état, et la date à laquelle l'état est établi.
4. Remplir une ligne du formulaire pour chaque type différent d'un même produit. Par exemple, les condoms de différentes tailles ou les pilules de différentes sortes devront figurer sur des lignes séparées.
5. Pour chaque article, indiquer la quantité en stock au début du mois correspondant à cet état.
6. Indiquer ensuite la quantité totale distribuée au cours du mois. Ce chiffre devrait pouvoir être obtenu à partir des dossiers du service (registres de la clinique, dossiers de distribution communautaire, etc.)
7. Si des arrivages ont eu lieu au cours du mois, indiquer la quantité reçue dans la colonne intitulée "quantité ajoutée au stock".
8. La "quantité en stock (fin du mois)" est calculée à partir de la "quantité en stock (premier jour du mois)" dont on déduit la "quantité distribuée" et à laquelle on ajoute la "quantité ajoutée au stock". Ce nombre sera reporté sur l'état des stocks du mois suivant à la colonne "quantité en stock (premier jour du mois)".

Ces calculs peuvent être faits directement à partir des fiches de stock, mais il importe de faire, tous les trois mois au moins, un inventaire physique des stocks, de façon à corriger toute erreur éventuelle de tenue des stocks.

366

9. Le chiffre à inscrire dans la dernière colonne, "Niveau de réappro.", est déterminé, pour chaque article, par votre organisme/projet en accord avec le Programme Entreprise. Ce niveau correspond généralement à six mois de stock de l'article en question. Lorsque le stock s'abaisse au-dessous de ce niveau, il est temps de faire une demande d'approvisionnement.

Voici un exemple d'Etat des stocks rempli:

Etat des stocks pour le mois de mois, année

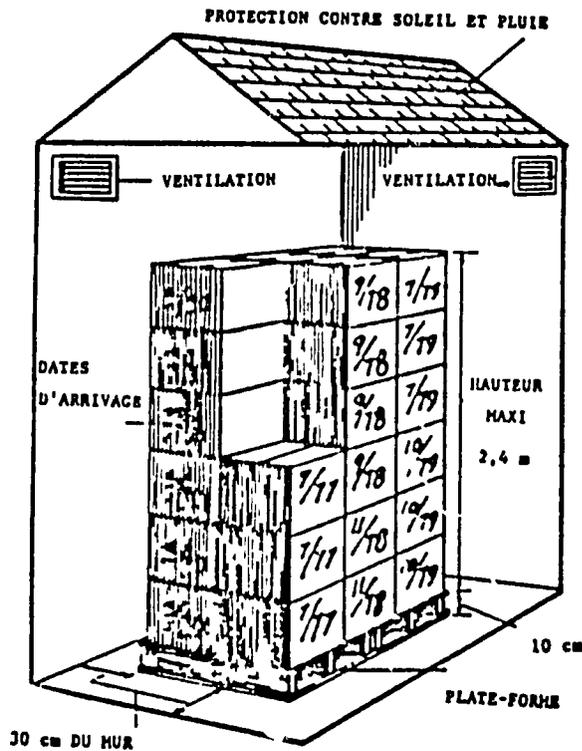
Organisme: Nom du projet
de l'organisme
Adresse

Nom de la personne qui remplit l'état: nom

Date: jour / mois / année

Article	Quantité en stock (1 ^{er} jour du mois)	Quantité distribuée	Quantité ajoutée au stock	Quantité en stock (fin du mois)	Niveau de réappro.
Condoms 49mm	12 100	1 100	-	11 000	6 000
Noriday 1/50	19 300	3 080	-	16 220	17 000
Condoms 52mm	6 000	1 000	6 000	11 000	6 000
Lippee 40u	350	81	-	269	200

CONSIGNES À OBSERVER
POUR L'ENTREPOSAGE DES CONTRACEPTIFS



CONSIGNES D'ENTREPOSAGE

- 1 LOCAL PROPRE, MURS BLANCHIS À LA CHAUX
- 2 INSPECTER LE TOIT POUR ÉVITER LES FUITES D'EAU
- 3 NE PAS EXPOSER LES PRODUITS DIRECTEMENT AUX RAYONS DU SOLEIL
- 4 MAGASIN À L'ABRI DES INFILTRATIONS D'EAU
- 5 RAYONNAGES À AU MOINS 10 cm DU SOL.
(Isolant en bois ou en acier)
- 6 RAYONNAGES À AU MOINS 30 cm DE TOUTE CLOISON
- 7 RAYONNAGES SUIVEMENTAIS À PROXIMITÉ, POUR MISE EN ORDRE CHRONOLOGIQUE, INVENTAIRES, ORGANISATION GÉNÉRALE
- 8 RAYONNAGES D'UNE HAUTEUR MAXIMUM DE 2,4 m
- 9 ÉTIQUETAGE BIEN VISIBLE
- 10 DÉLIVRER LES PRODUITS PAR CARTONS ENTIERS, SI POSSIBLE
- 11 LOCAL BIEN VENTILÉ
- 12 LOCAL BIEN ÉCLAIRÉ
- 13 NE PAS BLOQUER L'ACCÈS AUX ÉXTINCTEURS
- 14 VACCINS ET SÉRUMS DOIVENT ÊTRE RÉFÉRIGÉRÉS
- 15 STOCKAGE DE VIEUX DOSSIERS, DOCUMENTATION, FOURNITURES DE BUREAU, ETC DOIT S'EFFECTUER SÉPARÉMENT
- 16 NE PAS ENTREPOSER INSECTICIDES ET AUTRES PRODUITS CHIMIQUES AU MÊME ENDROIT QUE LES CONTRACEPTIFS ET LES FOURNITURES MÉDICALES
- 17 DÉSINFECTER LE MAGASIN ET LE PASSER À L'INSECTICIDE TOUTS LES TROIS MOIS
- 18 SÉPARER ET ÉLIMINER SANS DÉLAI LES PRODUITS ENDOMMAGÉS ET RETIRÉS DE LA CIRCULATION
- 19 CHEFS DU MAGASIN ACCESSIBLES À TOUT MOMENT
- 20 NETTOYER QUOTIDIENNEMENT LE MAGASIN

Source: CDC. Family Planning Methods and Practice: Africa, 1983.

TENUE DES DOSSIERS ET ÉVALUATION

CONTRÔLE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX PRÉVISIONS

Il est important de contrôler les résultats "réels" par rapport aux résultats "escomptés" des services de planification familiale d'entreprise. A cette fin, il faudra recueillir une série de renseignements essentiels:

1. Nombre d'accepteurs fixé comme objectif
2. Nombre réel d'accepteurs (personnes ayant eu recours aux services de planification familiale)
3. Catégories d'accepteurs
 - nouvel accepteur (utilise pour la première fois)
 - accepteur préalable (a utilisé précédemment, n'utilise pas actuellement)
 - accepteur transféré (s'approvisionnait précédemment à une autre source)
 - usager qui continue (nouvel accepteur ou accepteur transféré qui se réapprovisionne)
4. Caractéristiques de l'accepteur
 - sexe
 - âge
 - parité
 - niveau d'instruction
 - situation matrimoniale
5. Répartition des méthodes choisies
6. Durée de recours aux services
 - date de la première consultation
 - date de la dernière consultation

A partir des données ci-dessus, on peut calculer les taux de prévalence et les taux d'abandon. La plupart des données peuvent être tirées des dossiers des consultants, des registres journaliers et des formulaires d'admission.

(Outre les formulaires fournis ci-après, les formateurs présenteront aux stagiaires des exemples de dossiers de consultants, registres journaliers etc. recueillis auprès d'unités locales ou nationales.)

Les taux de prévalence obtenus par un service nouvellement créé dans une entreprise devront être comparés périodiquement avec les données des enquêtes nationales sur la prévalence et la fécondité, et également avec les données provenant d'autres services de planification familiale publics ou privés.

Examinons à présent les trois spécimens de formulaires.

371-

CONTRÔLE DES RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX PRÉVISIONS

Il est important de contrôler les résultats "réels" par rapport aux résultats "escomptés" des services de planification familiale d'entreprise. A cette fin, il faudra recueillir une série de renseignements essentiels:

1. Nombre d'accepteurs fixé comme objectif
2. Nombre réel d'accepteurs (personnes ayant eu recours aux services de planification familiale)
3. Catégories d'accepteurs
 - nouvel accepteur (utilise pour la première fois)
 - accepteur préalable (a utilisé précédemment, n'utilise pas actuellement)
 - accepteur transféré (s'approvisionnait précédemment à une autre source)
 - usager qui continue (nouvel accepteur ou accepteur transféré qui se réapprovisionne)
4. Caractéristiques de l'accepteur
 - sexe
 - âge
 - parité
 - niveau d'instruction
 - situation matrimoniale
5. Répartition des méthodes choisies
6. Durée de recours aux services
 - date de la première consultation
 - date de la dernière consultation

A partir des données ci-dessus, on peut calculer les taux de prévalence et les taux d'abandon. La plupart des données peuvent être tirées des dossiers des consultants, des registres journaliers et des formulaires d'admission.

Les taux de prévalence obtenus par un service nouvellement créé dans une entreprise devront être comparés périodiquement avec les données des enquêtes nationales sur la prévalence et la fécondité, et également avec les données provenant d'autres services de planification familiale publics ou privés.

Examinons à présent les trois spécimens de formulaires.

372

TENUE DES DOSSIERS ET ÉVALUATION

Nous présentons aux pages qui suivent des systèmes de tenue des dossiers et des formulaires d'enregistrement qui ont été mis au point pour des programmes de planification familiale d'entreprise. Les formulaires ont été conçus à l'usage des sous-projets du Programme Entreprise, et permettent d'enregistrer des informations utiles à la personne responsable d'un sous-projet, dont les fonctions incluent souvent les prestations de services elles-mêmes. Les formulaires présentés sont les suivants:

Formulaire A - spécimen de dossier client (consultant)

Formulaire B - système d'enregistrement/compte rendu servant au suivi des travaux des cliniques dans le cadre des sous-projets (formulaire polyvalent)

Formulaire C - rapport trimestriel au Programme Entreprise

Il se peut que ces formulaires aillent au-delà de vos besoins en matière de dossiers consultants et d'enregistrement/compte rendu, mais ils pourront cependant vous être utiles pour la mise au point de votre propre système de tenue des dossiers. Dans certains cas, par contre, vous serez tenus d'utiliser un système national d'enregistrement établi par l'Etat pour les services de planification familiale.

Avant d'aborder les formulaires, nous allons tout d'abord examiner quelles sortes de renseignements vous seront nécessaires pour calculer l'impact des services que vous désirez organiser, et la mesure dans laquelle ces services seront utilisés.

Dossier du consultant en planification familiale (dossier client)

On trouvera aux pages qui suivent l'explication des rubriques figurant au dossier client, ou dossier du (de la) consultant(e) en planification familiale (Formulaire A).

Cette section du manuel permettra aux stagiaires:

1. de mieux comprendre la nécessité de recueillir et d'enregistrer un certain nombre de renseignements médicaux sur leurs consultants

2. de mettre au point leur propre modèle de dossier consultant en planification familiale, s'ils n'en ont pas encore
3. de modifier les dossiers existants, si ceux-ci sont incomplets ou mal conçus.

Décider ce qui figurera dans votre dossier client
(dossier du (de la) consultant(e) en planification familiale)

Tout le monde est d'accord sur la nécessité de faire un bilan de l'état de santé de toute personne désirant pratiquer la planification familiale, et d'enregistrer les renseignements obtenus; mais l'accord est loin d'être fait sur le contenu - quels renseignements obtenir - et sur la forme de l'enregistrement. Par exemple, dans la plupart des pays développés on exige, avant toute prestation, un enregistrement complet des antécédents médicaux, un examen médical (y compris examen gynécologique), et un certain nombre d'analyses - notamment hémoglobine, détection de la gonorrhée et autres MST, test de Papanicolaou. Toutefois, dans une grande partie du monde, la plupart des méthodes modernes d'espacement des naissances actuellement pratiquées - condoms, spermicides vaginaux, contraceptifs oraux et injectables - ont été fournies sans danger à des millions de personnes moyennant l'enregistrement d'un nombre très limité d'informations sur leur santé et sans examens médicaux ou analyses préalables. Par conséquent, le type de dossier de consultant nécessaire pour chaque sous-projet Entreprise dépendra, entre autres, des pratiques sanitaires locales et des réglementations d'Etat.

Etant donné qu'il n'existe aucun modèle "parfait" de dossier de consultant, les rubriques figurant dans le spécimen ci-après (Formulaire A) ne sont ni obligatoires ni nécessairement suffisantes. Il incombera à chaque sous-projet Entreprise de décider des rubriques à inclure. La décision sera prise en fonction d'un certain nombre de facteurs, notamment: âge et sexe du groupe de population ciblé par le sous-projet (exclusivement féminin ou masculin, ou mixte); formule d'organisation des services (consultation en clinique ou programme de distribution, soit communautaire soit commerciale), et surtout catégories de prestations fournies (par exemple toutes méthodes y compris DIU et stérilisation, ou bien services limités aux condoms, spermicides et CO).

[NOTE POUR LE FORMATEUR: Pour l'étude du spécimen de dossier (Formulaire A) vous vous reporterez aux indications fournies par le Document à distribuer intitulé "Explication des rubriques à prévoir dans un dossier client, ou dossier du (de la) consultant(e) en planification familiale" (Document A).]

Le spécimen de dossier client (Formulaire A) a été mis au point par les collaborateurs du Programme Entreprise. Les rubriques adoptées sont celles que la plupart des responsables sanitaires considèrent comme indispensables dans un dossier complet de planification familiale. L'ensemble constitué par les explications du Document A et le spécimen de dossier (Formulaire A) fournira au sous-projet un cadre de référence pour l'élaboration de son propre système d'enregistrement. Chaque sous-projet modifiera le modèle pour l'adapter à la réglementation en vigueur concernant les renseignements sur la santé et la planification familiale.

On recommande d'utiliser le système d'enregistrement de planification familiale propre à chaque pays, s'il en existe un. Ces systèmes établis auront toutefois besoin, dans certains cas, d'être modifiés (ou complétés) pour parvenir à une collecte suffisante de données. C'est à cette condition que l'on obtiendra, au sein de chaque sous-projet, toutes garanties de sécurité et d'efficacité pour les prestations fournies par la clinique, avec en outre l'assurance que ces prestations correspondront exactement aux besoins des consultants. Le cas échéant, les collaborateurs du Programme Entreprise fourniront les concours nécessaires à un sous-projet pour la mise au point d'un nouveau dossier client ou pour la modification de dossiers existants.

Méthode de collecte et d'enregistrement des renseignements sur la santé du consultant

Toutes personnes consultant les services de planification familiale devront avoir un dossier médical. Ce dossier devra être rempli intégralement dès la première visite. Les renseignements recueillis sont en effet indispensables tant au consultant qu'au responsable sanitaire, pour qu'une décision judicieuse puisse être prise en connaissance de cause en ce qui concerne la méthode d'espacement des naissances à préconiser. Un praticien (médecin ou infirmière) ayant l'expérience de la planification familiale mettra environ vingt minutes à remplir le dossier d'un nouveau consultant. Une autre façon de procéder consiste à confier à un assistant pourvu de la formation nécessaire les questions relatives aux antécédents médicaux (sections I à III du Document A et du Formulaire A), après quoi le responsable médical effectuera l'examen médical, aidera le ou la consultant(e) à choisir la méthode qui lui convient, et lui expliquera comment utiliser correctement cette méthode.

Les différentes catégories de renseignements à recueillir et à enregistrer (Formulaire A) sont les suivantes:

375

- Identité du(de la) consultant(e): nom, adresse etc.
- Données démographiques: âge, nombre d'enfants vivants, situation matrimoniale, informations CAP (recours précédent à la planification familiale, désir d'avoir d'autres enfants plus tard)
- Renseignements sur la santé de l'appareil génital: grossesses, historique des règles, antécédents gynécologiques, vie sexuelle
- Renseignements médicaux généraux. état cardiovasculaire, neuro-vasculaire, pulmonaire, rénal; allergies, traitements en cours etc.
- Antécédents médicaux familiaux: diabète, hypertension, cancer du sein et des organes génitaux etc.

Chaque sous-projet devra établir un système de numérotation, ou quelque autre moyen d'identifier anonymement les consultants. En outre, on expliquera à tous les consultants ou consultantes que les renseignements portés à leur dossier sont confidentiels et ne seront en aucun cas communiqués sans leur consentement préalable.

Normalement, un examen médical complet devrait être exigé pour toutes les femmes, ainsi que pour les hommes qui demandent la contraception permanente (vasectomie). Pour bien des raisons - religieuses, sociales, économiques ou autres - ceci est souvent impossible. Cependant si une femme se fait poser un stérilet, il est certain qu'elle doit se soumettre au préalable à un examen gynécologique complet. De même, pour les femmes qui désirent être stérilisées, l'examen médical complet, y compris examen gynécologique, est obligatoire.

Etant donné l'importance de la détection des lésions (cancéreuses) du sein, il sera bon d'apprendre aux consultantes à s'examiner elles-mêmes, chaque fois que ce sera possible. La technique est facile à apprendre et à enseigner, et n'exige aucun équipement.

On effectuera des analyses si l'on dispose d'un laboratoire. Il est rarement nécessaire d'effectuer des analyses compliquées (et onéreuses) pour des consultants en planification familiale. Au minimum, (et dans la mesure du possible) on devrait faire pour toutes les femmes une analyse d'urine (sucre et albumine), et un hémocrite ou une analyse d'hémoglobine. Si l'équipement le permet, il sera bon d'effectuer également le test de Papanicolaou. Si l'on soupçonne une infection vaginale, des frottis vaginaux, faciles à effectuer à condition d'avoir un microscope à

portée de la main permettront de détecter candidose, trichomonas ou gardnerella. Quant aux autres maladies sexuellement transmissibles (MST), les tests de détection sont généralement trop onéreux pour être rentables dans la plupart des pays en développement.

Lors des visites de suivi prévues régulièrement pour les accepteurs qui continuent la pratique, on enregistrera au dossier les informations essentielles, c'est-à-dire date des dernières règles, poids et tension artérielle, et en outre tout problème, effet secondaire ou complication résultant de la méthode pratiquée. Il est extrêmement important de questionner systématiquement toutes les femmes porteuses d'un DIU en ce qui concerne les symptômes pouvant faire soupçonner une infection pelvienne. Ces femmes devront également être examinées périodiquement par palpation abdominale/pelvienne. C'est en recueillant et en enregistrant consciencieusement toutes ces informations que l'on parviendra à un degré élevé de qualité et de sécurité pour toutes les prestations de services.

Pour des raisons d'organisation pratique, il importe de noter les quantités fournies aux consultants utilisant des condoms, des spermicides vaginaux ou des CO. En outre, chaque sous-projet devra mettre au point un plan d'action en ce qui concerne les consultants qui ne viennent pas au rendez-vous pour leur visite de suivi. Il existe diverses méthodes, notamment système de fiches de relance, appels téléphoniques, contact par agents de vulgarisation (à domicile ou au travail). Les consultants ne peuvent espérer éviter les grossesses non désirées s'ils (ou elles) ne persistent pas dans la pratique systématique de leur méthode d'espacement des naissances.

TOUTE PERSONNE se rendant à la consultation pour demander une méthode de planification familiale devra obtenir, sous une forme ou sous une autre, une méthode qu'elle puisse utiliser dès sa première visite pour l'espacement des naissances. Même si la méthode choisie est telle qu'elle ne peut être entreprise immédiatement, la personne ne devra pas être invitée à attendre sa visite du mois suivant, par exemple, pour se faire poser un DIU ou pour commencer à prendre la pilule. Dans cette sorte de situation, il faudra offrir à la consultante une méthode locale comme les spermicides vaginaux, ou pour le moins lui conseiller l'abstinence ou le recours à une méthode traditionnelle jusqu'au moment où elle pourra commencer à prendre la pilule, ou se faire poser un DIU.

Rappelons encore que le Programme Entreprise pourra fournir son assistance aux sous-projets en ce qui concerne l'usage du dossier client (consultant en planification familiale) tel qu'il est présenté ici (Formulaire A) et la façon de le remplir.

**EXPLICATION DES RUBRIQUES À PRÉVOIR DANS UN DOSSIER CLIENT
(DOSSIER COMPLET DU CONSULTANT EN PLANIFICATION FAMILIALE)**

I. RENSEIGNEMENTS SUR LE (OU LA) CLIENT(E)

A. IDENTIFICATION

DATE: Indiquer la date de la consultation.

NOM ET ADRESSE DU CLIENT: Indiquer le nom du (de la) consultant(e), et une adresse suffisante pour le suivi, si ceci ne figure pas déjà dans les dossiers administratifs ou médicaux du personnel. Il faudra expliquer au (à la) consultant(e) que ces informations seront utilisées **UNIQUEMENT** pour le/la contacter au cas où il/elle manquerait son prochain rendez-vous, et toujours avec la plus grande **DISCRÉTION**. Si toutefois la personne préfère ne pas être contactée, il faudra accéder à son désir, une telle requête devra être inscrite au dossier de planification familiale du consultant.

NUMÉRO DU CLIENT: Indiquer le numéro sous lequel la personne est enregistrée dans vos dossiers du personnel, de façon à pouvoir, le cas échéant, consulter plus tard son dossier complet. Si vous ne disposez pas encore d'un tel système de numérotation, le Programme Entreprise pourra vous aider à en établir un qui corresponde à vos besoins.

PERSONNE À CONTACTER. Il sera utile, en cas d'urgence et aussi aux fins de sensibilisation, d'avoir le nom et l'adresse du plus proche parent et/ou ami du consultant. Il faudra expliquer au (à la) consultant(e) que la personne nommée ne sera pas contactée sans sa permission.

AUTRES SERVICES CONSULTÉS: Si le (ou la) consultant(e) reçoit ou a reçu des soins médicaux dans d'autres formations sanitaires, ce renseignement pourra aider à le (ou la) traiter en planification familiale.

B. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

ÂGE: Indiquer l'âge du consultant en **ANNÉES ENTIÈRES**.

INSTRUCTION: Indiquer le nombre total d'**ANNÉES ENTIÈRES** de scolarité.

DIVERS: Il faudra laisser un espace libre pour les informations que chaque sous-projet pourra décider de recueillir (p. ex. situation matrimoniale, profession, groupe ethnique, religion, adressé par qui, etc.)

II. RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'APPAREIL GÉNITAL

A. ANTÉCÉDENTS EN PLANIFICATION FAMILIALE: Incrire les renseignements concernant:

Utilisation préalable d'une méthode d'espacement des naissances (et source)

Méthode actuellement utilisée; depuis combien de temps

Recours aux méthodes traditionnelles, notamment allaitement

Désir d'avoir d'autres enfants, et combien

B. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX: Incrire les renseignements concernant:

Nombre de grossesses et leur résultat

Nombre d'enfants vivants

Date de la fin de la dernière grossesse

Résultat de la dernière grossesse

Complications de grossesses (p. ex. grossesse extra-utérine², césarienne, perforation ou rupture utérine², toxémie, anomalie génétique, jaunisse au cours de la grossesse¹, etc.) ou avortement

Grossesse en cours ou soupçonnée

Période d'allaitement en cours¹

Problème de fécondité connu ou soupçonné

Risque accru de complication, ou contre-indication connue, pour la ou les méthodes suivantes:

¹CO oestro-progestatifs; risque moindre pour pilules sans oestrogène ou injectables (DMPA ou NORPLANT)

²DIU (examiner et traiter avant la pose)

C. HISTORIQUE DES RÈGLES: Inscrire les renseignements concernant:

Date des dernières règles (jour/mois si possible)

Age aux premières règles (en ANNÉES ENTIÈRES)

Caractéristiques des règles:

- intervalle. nombre de jours, si possible; sinon, estimer le nombre de semaines du début des règles au début des règles suivantes
- fréquence régulière si l'intervalle entre les règles se situe entre 24 et 35 jours; aménorrhée si l'intervalle dépasse 6 mois
- durée: nombre de jours de règles
- volume: faible/normal/abondant, + caillots
- malaises: douleurs + fortes

Pertes de sang dans l'appareil génital, non diagnostiquées: préciser le type et l'emplacement^{1,2}

D. ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES: Inscrire les renseignements concernant:

Maladie du sein: s'il s'agit d'une tumeur maligne¹

Maladie de l'ovaire: kyste/tumeur (si maligne¹)

Maladie de l'utérus: fibromyome^{1,2}, tumeur maligne du col de l'utérus ou de l'endomètre^{1,2}

Infection pelvienne: si l'analyse est positive²

Maladies sexuellement transmissibles (MST):
gonorrhée², infection à chlamydia², mycoplasma²,
herpès, sida, syphilis, etc.

Inflammation cervicale: seulement si le test de Papanicolaou a un résultat anormal^{1,2}

Vaginite: candidose, trichomonas, gardnerella, etc.²

Exposition au DES: si observations à l'appui^{1,2}

Risque accru de complication, ou contre-indication connue, pour la ou les méthodes suivantes:

¹CO oestro-progestatifs; risque moindre pour pilules sans oestrogène ou injectables (DMPA ou NORPLANT)

²DIU (examiner et traiter avant la pose)

- E. VIE SEXUELLE: Inscrire les renseignements concernant:
- Age au premier rapport sexuel
 - Fréquence des rapports
 - Nombre de partenaires sexuels
 - Problèmes divers: infécondité, impuissance, vaginisme, dyspareunie, etc.

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

- A. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX: Inscrire les renseignements concernant:

Maladies cardio-vasculaires: coronaropathie, hypertension, accident vasculaire cérébral, thrombo-phlébite, varices, convulsions, migraines^{1,3}

Maladies rénales: bénignes (chroniques)^{1,2,3}

Maladies pulmonaires: bénignes (p. ex. asthme, bronchite chronique ou emphysème, etc.)³

Maladie hépatique tumeurs bénignes ou malignes du foie, si elles sont apparues durant l'utilisation des CO ou d'un autre produit contenant de l'oestrogène; troubles fonctionnels hépatiques, hépatite aiguë ou chronique (en cours)¹

Maladies de la vésicule biliaire¹

Diabète¹

Obésité: Si le poids dépasse de plus de 25% le poids idéal, les CO devront être utilisés avec précaution

Fumeur: personnes âgées de 35 ans et plus et qui fument beaucoup (au moins 15 cigarettes par jour)¹

Risque accru de complication, ou contre-indication connue, pour la ou les méthodes suivantes:

¹CO oestro-progestatifs; risque moindre pour pilules sans oestrogène ou injectables (DMPA ou NORPLANT)

²DIU (examiner et traiter avant la pose)

³Stérilisation féminine (examiner et traiter avant intervention)

Dépression¹

Anémie: toutes formes^{2,3}; anémie drépanocytaire
(falciforme) ou déficience en acide folique¹

Alcool ou stupéfiants

Vaccinations: noter diphtérie-tétanos/rappel (date),
antipolio/rappel (date), rubéole (titrage, si
possible), cutiréaction (date, résultat). Noter
également les vaccinations des enfants du (de la)
consultant(e).

Interventions chirurgicales: type et date

Allergie aux médicaments: préciser (p. ex. antibio-
tiques, anesthésiques locaux³, etc.)

Médicaments pris actuellement: Les calmants, les anti-
biotiques et les médicaments traitant les convulsions
modifient tous le métabolisme des CO et réduisent
leur efficacité.

B. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX: Inscrire les renseignements
concernant.

Diabète¹ (parents, frères et soeurs): le consultant
court un risque accru de devenir diabétique ou
d'être pré-diabétique.

Crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral
(père ou mère) avant 50 ans¹

Hypertension¹

Cancer du sein (mère, tantes, soeurs et frères):
risque accru pour la consultante

Malformations congénitales (parents, frères et soeurs,
enfants)

Cancer: préciser l'emplacement (organe) si possible

Risque accru de complication, ou contre-indication connue, pour
la ou les méthodes suivantes:

¹CO oestro-progestatifs; risque moindre pour pilules sans
oestrogène ou injectables (DMPA ou NORPLANT)

²DIU (examiner et traiter avant la pose)

³Stérilisation féminine (examiner et traiter avant intervention)

382

IV. RÉSULTATS DE L'EXAMEN MÉDICAL

Visite initiale, visites annuelles; examen médical complet, y compris examen gynécologique et instructions pour l'auto-examen des seins

Visites de suivi: selon nécessité

NOTE: L'examen médical pourra être omis si la clinique n'utilise pas les DIU et n'effectue pas de stérilisations, et si ses antécédents médicaux sont négatifs (résultats normaux). Vérifier quelle est la réglementation des autorités sanitaires locales en matière de planification familiale.

V. RÉSULTATS D'ANALYSES

Important:

Analyse d'urine (sucre/albumine): détection du diabète, des maladies rénales et des infections des voies urinaires

Hématocrite/hémoglobine: détection de l'anémie

Frottis: détection des vaginites causées par trichomonas, candidose ou gardnerella

Moins important et/ou plus onéreux/difficile:

Test de Papanicolaou: détection du cancer cervical

Tests MST: test VDRL (sérologie), gonorrhée, chlamydia, mycoplasma

VI. RÉSULTATS ET PROGRAMME ADOPTÉ

Diagnostic (si un état pathologique est détecté)

Type de méthode d'espacement des naissances fournies: si l'on donne à la personne des CO, des condoms ou des spermicides vaginaux, préciser la quantité.

Orientation vers un autre service (p. ex. pour stérilisation, planification familiale naturelle, conseil, etc.)

27

Rendez-vous pour la prochaine visite: noter la DATE à laquelle le consultant doit revenir à la clinique. En général, les visites suivantes auront pour but le réapprovisionnement en contraceptifs, et la date fixée devrait laisser quelques semaines de battement, pour le cas où le client aurait un empêchement. Par exemple, si vous donnez trois cycles de pilules à une femme, vous fixerez la date à deux mois et demi plus tard. Si vous donnez à un homme une quantité de condoms correspondant à deux mois, vous fixerez la date à cinq ou six semaines plus tard.

Pour les consultants que vous adressez à des services de stérilisation ou de planification familiale naturelle, une date devra être fixée pour une visite de suivi permettant de vérifier que le nécessaire a été fait.

Pour les consultants qui REFUSENT d'être contactés pour le suivi, indiquer soit "NC" (= "ne pas contacter"), soit un double tiret (--) à côté de la date du prochain rendez-vous.

Entretien en fin de consultation: si cet entretien a lieu, indiquez-en un résumé. Exemples.

- a assisté à une conférence/démonstration
- a reçu des conseils sur les méthodes d'espacement des naissances
- a appris à faire l'examen des seins
- a signé des formulaires de consentement: DIU, stérilisation, communication des renseignements médicaux, etc.
- a fourni les informations nécessaires en cas d'urgence.

**FORMULAIRE A:
SPÉCIMEN DE DOSSIER CLIENT EN PLANIFICATION FAMILIALE**

**PROGRAMME ENTREPRISE
Arlington, VA, USA**

DOSSIER CLIENT EN PLANIFICATION FAMILIALE

I. RENSEIGNEMENTS SUR LE (OU LA) CLIENT(E)

A. IDENTIFICATION

Client n° _____

Date ____/____/____
(jour/mois/année)

Nom _____
(nom de famille) (prénom)

Adresse _____
(ou indications pour se rendre au domicile ou lieu de travail)

Téléphone _____ (Bureau) _____ (Travail)

Peut être contacté pour suivi? oui non prudence

Parent ou ami le plus proche:

Nom _____ Lien ou relation _____

Adresse _____

Autres services consultés _____

Motif de la visite _____

B. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Page 2

Age _____ Situation matrimoniale C M V S/D
(années entières) (entourer une lettre)

Langue parlée _____ Instruction _____
(années entières)

Etudes/profession _____

Divers _____

II. RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'APPAREIL GÉNITAL

A. ANTÉCÉDENTS EN PLANIFICATION FAMILIALE

Méthode PF _____ non
précédente _____ oui _____
(préciser la dernière méthode)

Méthode PF _____ non
en cours _____ oui _____
(préciser méthode, et nombre de mois/années)

Allaite _____ non
actuellement _____ oui depuis quand? _____
(mois/année)

Désire d'autres enfants _____ oui combien? _____
plus tard? _____ non _____ peut-être

B. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Nombre de grossesses _____ EV _____ MN _____ AV _____

Nombre d'enfants _____ Date de fin de la
vivants _____ fin de la dernière grossesse _____
(mois/année)

Résultat de la dernière grossesse EV _____ MN _____ AV _____

Complications de grossesses ou avortements

Extra-utérine _____ Césarienne _____ Toxémie _____
Malformation _____ Infection _____ Perforation _____
congénitale _____ puerpérale _____ utérine _____

Divers _____

2/8

C. HISTORIQUE DES REGLES

Page 3

Age aux premières règles _____
(années entières) | Der.rég. ___/___/___ |
| (jour/mois/année) |

Longueur du cycle ___ <23 jours
___ >24, <35
___ >36 jours
___ > 6 mois (aménorrhée)

Cycles ___ réguliers
___ irréguliers

Nombre de jours _____

Volume F N A
(entourer une lettre)

Règles
douloureuses ___ non ___ oui: légèrement modérément fortement
(entourer l'un des trois)

Pertes de sang anormales? ___ non
___ oui (expliquer) _____

D. ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES (si OUI, expliquer)

Infection: ___ non ___ oui ___ actuellement

___ Infection pelvienne ___ Vaginite ___ MST/MV
___ Endométrite ___ Inflammation cervicale

Tumeur/kyste: ___ non ___ oui ___ actuellement

___ Sein ___ Ovaire ___ Utérus ___ Col de l'utérus

Test de Pap. anormal: ___ non ___ oui ___ actuellement

Observations:

E. VIE SEXUELLE

Age au premier rapport _____
(années)

Problèmes _____

Infécondité ___ non ___ oui (préciser) _____

387

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Page 4

A. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (si OUI, expliquer)

Troubles vasculaires: non oui actuellement

Coeur A. vasc.cérébral Hypertension Diabète
 Thrombophlébite Migraines Convulsions

Troubles généraux ou organiques: non oui actuellement

Reins Poumons Foie/jaunisse Vésicule
 Anémie Obésité Fumeur
 Toxicomanie/alcool (nombre de cigarettes par jour _____)

Cancer: non oui actuellement

Rein Poumon Foie Cerveau
 Organes génitaux (préciser) _____
 Autres (préciser) _____

Allergie: non oui (préciser) _____

Vaccinations:

Client non oui (préciser) _____
Enfants non oui (préciser) _____

Interventions chirurgicales:

non oui _____
(types d'intervention, dates)

Observations:

B. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Diabète chez parents/frères ou soeurs non oui
Accident cardiaque/cérébral, père/mère < 50 ans non oui
Hypertension artérielle non oui
Cancer du sein, mère/tantes/soeurs ou frères non oui

258

IV. RESULTATS DE L'EXAMEN MEDICAL

Page 5

Taille: _____ Poids: _____ Tension: _____ Température: _____

	Normal	Autre	Description
Thyroïde			
Coeur			
Poumons			
Seins			
Abdomen			
Périnée			
Vagin/col			
Utérus			
Annexes			
Rectum			
Autres organes (préciser) _____			

Observations:

Prochain rendez-vous: _____ / _____ / _____ Adressé à _____
(jour/mois/année)

Signature du responsable médical qui a effectué l'examen: _____

V. RÉSULTATS D'ANALYSES Urine _____ Hct./Hgb. _____
Test de Papanicolaou _____ Autres _____

VI. RESULTATS ET PROGRAMME ADOPTE

Méthodes fournies _____ Enseigné exam. des seins _____
(type et quantité)

Conseillé, fourni info. sur la méthode PF _____

384

**ENREGISTREMENT ET COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DES CLINIQUES
INTRODUCTION AUX FORMULAIRES B ET C**

Les données recueillies sur le nombre des accepteurs et des utilisateurs, ainsi que le nombre de contraceptifs distribués et leur type, forment un élément important pour l'évaluation de la bonne marche d'un programme.

Définition des termes

POPULATION CIBLE GLOBALE

Nombre de personnes représentant l'objectif potentiel vers lequel tendent les efforts du programme de planification familiale; généralement les femmes mariées et/ou sexuellement actives en âge de procréer (de 15 à 44 ans). S'il est difficile de s'assurer de ce chiffre, le total des employés (hommes/femmes) mariés et/ou sexuellement actifs devient alors le chiffre utilisé pour la population cible globale. Dans le cas où on ne peut spécifier une population cible, on doit alors se baser sur un pourcentage approximatif de 20% ou 1/5 du total d'un groupe considéré, par exemple des personnes logées dans une plantation de thé ou de canne à sucre, etc.

TOTAL DES ACCEPTEURS CIBLÉS

Nombre total prévu de personnes qui accepteront le plan de contraception du sous-projet de planification familiale.

ACCEPTEUR

Une personne qui accepte pour la première fois un plan de contraception d'un sous-projet du Programme Entreprise. Dans le cadre de cette définition, deux types d'accepteurs s'introduisent dans nos sous-projets:

NOUVEL ACCEPTEUR: a recours au programme pour la première fois, et n'utilise actuellement aucune méthode contraceptive.

ACCEPTEUR TRANSFÉRÉ, a recours au programme pour la première fois, utilise une méthode de contraception et vient d'un autre service ou d'une autre source, soit publique soit commerciale.

NOTE: Le nom d'ACCEPTEUR n'est donné qu'à une personne venant pour sa première visite, ce qui ne peut avoir lieu qu'une seule fois.

UTILISATEUR (UTILISATRICE) QUI CONTINUE

Une personne qui revient consulter en planification familiale après sa première visite, et qui utilise encore une méthode contraceptive.

NOTE: On désigne indéfiniment sous le nom d'UTILISATEUR (UTILISATRICE) CONTINUANT une méthode contraceptive, la personne qui revient après sa première visite (l'accepteur ou acceptrice devient alors un utilisateur/utilisatrice).

ABANDON

Cas d'une personne qui n'est pas revenue consulter au cours des six mois suivant le dernier rendez-vous fixé.

**FORMULAIRES D'ENREGISTREMENT ET
COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DES CLINIQUES**

Les pages ci-après serviront de guide pour l'utilisation d'un système très simple destiné à l'enregistrement des activités des cliniques et à l'établissement des comptes rendus de travail. Ce système sera utilisé par les projets dépendant du Programme Entreprise qui ne disposeront pas par ailleurs d'un système administratif leur permettant de tenir un état des travaux accomplis par les cliniques, des contraceptifs distribués et du suivi des usagers de la planification familiale. Toutes les opérations d'enregistrement se font en une seule fois, grâce à un formulaire polyvalent qui fournit automatiquement deux papillons à utiliser pour le SUIVI des UTILISATEURS QUI CONTINUENT la planification familiale. Les enregistrements journaliers sont totalisés sans difficulté, et servent à préparer des comptes rendus mensuels ou trimestriels destinés à la direction des cliniques d'une part, à l'équipe d'évaluation du Programme Entreprise d'autre part.

Les différents éléments de ce système d'enregistrement et de compte rendu sont expliqués ci-après.

FORMULAIRE POLYVALENT D'ÉTAT JOURNALIER (FORMULAIRE B)

L'état journalier polyvalent est le formulaire de base sur lequel sont inscrits tous les travaux accomplis, y compris contraceptifs distribués aux ACCEPTEURS et suivi des UTILISATEURS QUI CONTINUENT la planification familiale. Le système est appelé polyvalent parce qu'il accomplit une fonction multiple moyennant une seule opération. Le système comporte un tableau muni d'une rangée de petites broches sur la gauche, deux pages d'une grande feuille appelée "état journalier" dont les perforations correspondent aux broches, et enfin des papillons utilisés pour le suivi qui s'enfilent sur les broches par-dessus l'état journalier. Ces papillons (dont le dos est revêtu de carbone), sont enfilés deux par deux sur les broches, et placés de telle façon qu'en écrivant on remplit en même temps, automatiquement, un jeu de deux papillons et une ligne sur deux exemplaires de l'état journalier. Le Programme Entreprise peut apporter son concours ainsi que toutes les fournitures nécessaires pour la mise au point du système polyvalent.

Vous devrez remplir une ligne de l'état journalier (et un jeu de deux papillons en même temps) pour chaque personne consultant votre clinique de planification familiale, que cette personne DÉCIDE OU NON d'adopter une méthode contraceptive. Vous devrez également remplir une ligne lorsque vous distribuerez des CONDOMS, comme indiqué plus loin. Sur chaque formulaire d'état journalier, un espace est prévu en bas de page pour les divers totaux à calculer. Vous utiliserez un STYLO À BILLE pour inscrire les données, de façon que l'écriture soit lisible sur tous les feuillets du formulaire multiple. Chaque mois, vous utiliserez autant de feuilles d'état journalier et autant de papillons de suivi qu'il vous sera nécessaire pour enregistrer tous vos clients, lorsque vous aurez rempli une feuille, vous continuerez tout simplement sur une autre. Par contre vous devez toujours commencer une nouvelle feuille d'état journalier au début du mois. N'ENREGISTREZ JAMAIS deux mois d'activités sur une même feuille

Pour remplir les diverses colonnes et rubriques du formulaire polyvalent d'état journalier, suivez les instructions ci-après:

DATE: Indiquer la date de la consultation. Si plusieurs clients consultent le même jour, utiliser tirets (-) ou guillemets (") pour éviter la répétition.

NUMÉRO DU CLIENT: Indiquer le numéro sous lequel le client est enregistré dans vos dossiers médicaux ou administratifs, de façon à pouvoir, le cas échéant, consulter plus tard le dossier complet du client.

Si vous ne disposez pas encore d'un tel système de numérotation, le Programme Entreprise pourra vous aider à en établir un qui corresponde à vos besoins.

NOM ET ADRESSE DU CLIENT: Indiquer le nom du client, et une adresse suffisante pour le suivi, si ceci ne figure pas dans votre dossier médical. Vous devrez expliquer au client ou à la cliente que ces renseignements seront utilisés **UNIQUEMENT** pour le/la contacter dans le cas où il/elle manquerait son prochain rendez-vous, et toujours avec la plus grande **DISCRETION**. Bien entendu, si le/la client(e) préfère n'être **PAS CONTACTE(E)**, vous respecterez sa demande. ceci pourra être indiqué dans la colonne **COMMENTAIRES** de l'état journalier et sur le papillon de suivi, et devra également être inscrit au dossier médical du client s'il y en a un.

PROCHAIN RENDEZ-VOUS: Indiquer la date à laquelle le client est censé revenir à la clinique. En général, les visites suivantes auront pour but le réapprovisionnement en contraceptifs, et la date fixée devrait laisser quelques semaines de battement, pour le cas où le client aurait un empêchement. Par exemple, si vous donnez trois cycles de pilules à une femme, vous fixerez la date à deux mois et demi plus tard. Si vous donnez à un homme une quantité de condoms correspondant à deux mois, vous fixerez la date à cinq ou six semaines plus tard.

344

Pour les clients que vous adressez à des services de CCV, PF naturelle ou autres, par exemple cas d'hypertension etc., une date devra être fixée pour une visite de suivi permettant de vérifier que le nécessaire a été fait. Indiquer cette date.

Pour les clients qui REFUSENT d'être contactés pour le suivi, indiquer soit "NC" (= "ne pas contacter"), soit un double tiret (--) dans la colonne PROCHAIN RENDEZ-VOUS.

Bien entendu, au moment où le client arrivera à la clinique, vous ne saurez sans doute pas quelle date indiquer pour le PROCHAIN RENDEZ-VOUS. Vous aurez intérêt à demander à chaque client de passer au bureau à la sortie, ce qui vous permettra de voir s'il ou elle a des questions ou des réclamations à présenter, et en même temps de fixer une date pour la visite suivante.

TYPE DE CLIENT:

Indiquer un code pour le type de client. Les codes figurent au bas de l'état journalier: NF = Nouvel acepteur (Femme); NH = Nouvel acepteur (Homme); TF = Transfert (Femme); TH = Transfert (Homme); C = client qui Continue (homme ou femme).

Noter qu'une personne consultant la clinique pour la première fois est codée comme NOUVEL acepteur s'il/elle n'utilise actuellement aucune méthode de planification familiale. Une personne qui jusqu'à présent consultait un autre centre est codée comme TRANSFERT (c'est-à-dire usager transféré à cette clinique). Pour chacune des visites qui font suite à la première, les clients sont codés comme clients qui CONTINUENT lorsqu'ils consultent les services de planification familiale.

A ce stade de votre travail, vous avez fini de remplir le jeu de papillons pour le/la client(e). Nous expliquons plus loin comment ces papillons seront utilisés. Les données qui suivent seront inscrites uniquement sur l'état journalier.

Certaines données nécessaires à la gestion, telles que l'âge et le niveau d'instruction, se rapportent au client et non pas à la visite de planification familiale. Ces données ne devront être enregistrées qu'UNE SEULE FOIS pour chaque personne se rendant à la clinique. C'est pourquoi certaines colonnes de l'état journalier sont réservées à des informations à recueillir UNIQUEMENT pour les NOUVEAUX accepteurs et pour les clients TRANSFÉRÉS (donc toutes personnes venant pour la première fois).
Ces colonnes DEVRONT ÊTRE LAISSÉES EN BLANC pour les UTILISATEURS QUI CONTINUENT.

DERNIÈRE SOURCE:

Cette question ne devra être posée qu'aux clients TRANSFÉRÉS. Demander au client où il/elle a obtenu sa méthode contraceptive la dernière fois. Porter un P dans cette colonne si la source est un service public, et un C si la source appartient au secteur commercial, par exemple médecin privé, sage-femme privée, pharmacie.

(Il pourra être utile de constituer deux listes des sources locales de planification familiale, l'une pour les services publics et l'autre pour le secteur privé et commercial. L'employé qui remplira l'état journalier pourra trouver le nom de la source sur l'une des deux listes, et mettre le code correspondant dans la colonne)

DERNIÈRE MÉTHODE:

Demander à tous les NOUVEAUX clients accepteurs s'ils ont déjà utilisé une méthode contraceptive, et dans ce cas quelle était LA DERNIÈRE méthode qu'ils ont utilisée. Indiquer la méthode dans cette colonne, si la personne n'a jamais utilisé de méthode contraceptive, mettre un N (= NON).

Demander aux clients TRANSFÉRÉS quelle méthode ils utilisent actuellement, inscrire le nom de la méthode dans cette colonne.

MARQUE DU PRODUIT:

Cette question ne sera posée qu'aux clients TRANSFÉRÉS. Indiquer la marque du contraceptif. (Il pourrait être utile de constituer une liste des marques distribuées dans votre région.)

Les questions suivantes (ÂGE, INSTRUCTION, ENFANTS VIVANTS, ÉTAT-CIVIL) seront posées à tous les NOUVEAUX ACCEPTEURS ET CLIENTS TRANSFÉRÉS (PREMIÈRE VISITE):

- ÂGE:** Indiquer l'âge du client en ANNÉES ENTIÈRES.
- INSTRUCTION:** Indiquer le nombre total d'années de scolarité.
- ENFANTS VIVANTS:** Indiquer le nombre total d'enfants que la personne a eus et qui sont encore vivants.
- ÉTAT-CIVIL:** Indiquer si le nouvel accepteur ou le client transféré est célibataire, marié ou en ménage, séparé, divorcé ou veuf.
- RUBRIQUE LOCALE:** Une colonne supplémentaire est réservée aux informations particulières que certains projets désireront recueillir (par exemple, par qui sont adressés les clients, etc.) Cette colonne pourra être utilisée de façon continue si les responsables du projet le désirent, ou bien périodiquement ou à titre d'échantillonnage pour des sondages particuliers.

Les autres colonnes de l'état journalier devront être remplies pour TOUS les clients:

MÉTHODES CONTRACEPTIVES: Six des colonnes de l'état journalier servent à enregistrer les méthodes contraceptives distribuées. Pour les PILULES, pour les COMPRIMÉS MOUSSE et pour les CONDOMS, indiquer les quantités effectivement remises. Cette information est nécessaire pour le réapprovisionnement en contraceptifs, et également pour déterminer la date du PROCHAIN RENDEZ-VOUS ainsi que pour les statistiques de service du Programme Entreprise. Pour les PILULES, indiquer le nombre de cycles, pour les COMPRIMÉS MOUSSE, le nombre de comprimés, et pour les CONDOMS, le nombre d'unités.

Pour les INJECTABLES, les POSES DE DIU et les CONTRÔLES DE DIU, indiquez le chiffre 1 ou cochez la colonne correspondante. Il reste deux colonnes supplémentaires qui pourront servir pour les autres méthodes éventuellement fournies par certaines cliniques (par exemple NORPLANT, CCV). Si vous

397

remettez plus d'une méthode (par exemple des PILULES plus une quantité suffisante de CONDOMS pour aller jusqu'aux prochaines règles de la consultante), vous indiquerez le tout dans les colonnes correspondantes. Bien entendu, si le/la client(e) refuse toutes les méthodes proposées, vous cochez la colonne PAS DE MÉTHODE.

Si un homme vient chercher des CONDOMS, et que vous les lui donnez directement sans fournir aucune autre prestation de service, il n'est PAS NÉCESSAIRE de remplir toute la ligne de l'état journalier. Vous inscrirez seulement "Distribution de condoms" dans la colonne NOM DU CLIENT, et indiquerez le nombre d'unités remises. Lorsqu'un homme vient uniquement chercher des condoms, il n'y a aucune raison de le faire attendre pour remplir toute la feuille. Pour ces "clients condoms", les papillons de suivi seront tout simplement mis au panier.

RENVOIS EN CONSULTATION:

Si vous adressez un client à d'autres services, soit pour une contraception chirurgicale volontaire (CCV), soit pour la PF NATURELLE, soit pour d'autres raisons, par exemple cas d'hypertension, anémie, varices graves, etc., cochez la colonne correspondante. Ici encore, une colonne est laissée à votre disposition pour les raisons particulières que chaque clinique peut avoir d'adresser ses clients à d'autres services. Notez que vous pouvez très bien délivrer des contraceptifs en même temps que vous adressez la personne à un service de CCV ou autre. Dans ce cas, vous remplirez toutes les colonnes correspondantes.

COMMENTAIRES:

Utilisez cette colonne pour enregistrer toute information requise pour votre administration locale. Les renseignements dont vous aurez besoin lors de la prochaine visite du client devront être enregistrés dans le dossier médical plutôt que sur l'état journalier polyvalent, car l'état journalier ne sera probablement pas à votre disposition la prochaine fois que le client viendra à la clinique.

Lorsque vous arriverez à la fin d'une feuille d'état journalier, vous en prendrez deux autres et vous continuerez. Au bas de chaque feuille, vous totaliserez le nombre de clients pour chaque TYPE DE CLIENT (NF, NH, TF, TH, C), ainsi que les quantités de contraceptifs distribués et le nombre de personnes adressés à d'autres services; ces données vous seront nécessaires pour vos comptes rendus administratifs et pour la gestion des stocks.

Vous conserverez les états journaliers, qui constitueront le dossier des prestations de services fournies par votre clinique. Pour les projets ayant reçu la consigne d'établir l'état journalier en deux exemplaires, il suffira de joindre le double au rapport trimestriel envoyé au Programme Entreprise (après avoir rendu invisibles les renseignements de la colonne NOM ET ADRESSE, qui resteront confidentiels).

UTILISATION DES PAPILLONS COMME RAPPELS DE RENDEZ-VOUS

Détachez à présent les deux exemplaires du papillon que vous venez de remplir. Donnez le premier exemplaire à votre client, qui le conservera comme rappel de la date de son prochain rendez-vous, et demandez-lui d'apporter ce ticket avec lui pour le prochain rendez-vous. Ceci n'est pas indispensable, mais si le client revient avec son ticket vous saurez immédiatement quel code mettre dans la colonne TYPE DE CLIENT, et quel est le numéro du dossier médical à consulter. Le deuxième exemplaire du papillon est destiné à vos dossiers. Au cas où le client ne voudra pas être contacté en dehors de la clinique, vous inscrirez "Ne pas contacter" sur votre papillon

Votre exemplaire du papillon pourra être utilisé comme rappel de la date de rendez-vous, ou "fiche de relance". Le Programme Entreprise pourra vous aider à mettre en place un système de relance si vous le désirez. Ceci n'exigera pas d'autre matériel qu'un fichier et des intercalaires pour marquer chaque semaine de l'année.

Vous placerez tous vos papillons dans le fichier, derrière l'intercalaire correspondant à la semaine pendant laquelle le client aura son PROCHAIN RENDEZ-VOUS. Par exemple, si une personne consulte le 1^{er} janvier et reçoit un stock de pilules pour trois mois, vous fixerez son PROCHAIN RENDEZ-VOUS au 15 mars, prévoyant ainsi qu'elle revienne deux semaines avant d'avoir épuisé son stock. Vous allez donc placer son papillon dans la section correspondant à la troisième semaine de mars. De cette façon, au début de chaque semaine vous aurez sous les yeux, dans votre fichier, les papillons correspondant à tous les utilisateurs QUI CONTINUENT et dont la visite est prévue pendant la semaine.

Lorsqu'un utilisateur QUI CONTINUE vient à son rendez-vous, vous sortez son papillon de votre fichier et VOUS LE JETEZ. Tous les papillons qui resteront éventuellement à la fin de la semaine représenteront donc les clients qui auront manqué leur rendez-vous.

- 319

Si un UTILISATEUR n'est pas revenu à la clinique au cours des six mois qui suivent le dernier rendez-vous fixé, son cas est considéré comme un ABANDON. NE JETEZ PAS le papillon. Vous devrez au contraire classer ces papillons séparément, en ordre chronologique, de façon à pouvoir calculer de temps à autre le nombre d'ABANDONS dans votre programme. On vous demandera de transmettre au Programme Entreprise, avec chaque rapport trimestriel, les papillons des clients qui auront abandonné.

Prenez garde de ne pas faire confusion: il faut JETER les papillons des clients QUI REVIENNENT, et il faut CONSERVER les papillons des clients QUI NE REVIENNENT PAS!

INFORMATION DE GESTION - RAPPORT D'ACTIVITÉ TRIMESTRIEL
À REMETTRE AU PROGRAMME ENTREPRISE (FORMULAIRE C)*

L'état journalier polyvalent permet de recueillir rapidement et facilement certains renseignements: nombres et types de clients, caractéristiques démographiques des NOUVEAUX accepteurs et des accepteurs TRANSFÉRÉS, prestations de services fournies et contraceptifs distribués. La plupart des statistiques de service nécessaires à la gestion d'une clinique pourront donc aisément être obtenues à partir de l'état journalier polyvalent. Le Programme Entreprise pourra le cas échéant prêter son concours pour la mise au point de systèmes d'information de gestion correspondant aux besoins particuliers d'un projet.

Vous trouverez ci-joint un spécimen du rapport à fournir trimestriellement au Programme Entreprise aux fins d'évaluation. Une grande partie des données à fournir pour ce rapport pourront être extraites directement des totaux figurant sur l'état journalier. Les rubriques sont les suivantes.

- A. TOTAL DES ACCEPTEURS CIBLÉS DU PROGRAMME Il s'agit du nombre total de clients venant pour la première fois (NOUVEAUX accepteurs et TRANSFERTS) pour la durée prévue du projet.
- B. NOMBRE DE NOUVEAUX ACCEPTEURS CE TRIMESTRE: Il s'agit du nombre total de clients (hommes ou femmes) venant pour la première fois, et qui n'utilisent actuellement aucune méthode de planification familiale (code NH ou NF de l'état journalier).
- C. NOMBRE DE TRANSFERTS CE TRIMESTRE: Il s'agit du nombre de premières visites pour des hommes ou des femmes transférés (code TH ou TF de l'état journalier). Ces personnes ont utilisé précédemment les services de planification familiale d'un autre centre.
- D. NOMBRE D'ACCEPTEURS CE TRIMESTRE (TOUS CLIENTS VUS POUR LA PREMIÈRE FOIS, NOUVEAUX ET TRANSFÉRÉS): Il s'agit simplement du nombre total de clients codés NF, NH, TP ou TH sur l'état journalier pour la période. Les objectifs à atteindre par les prestations de services d'un projet seront généralement exprimés en nombre de nouveaux accepteurs à recruter.
- E. TOTAL ACCEPTEURS DU RAPPORT TRIMESTRIEL PRÉCÉDENT: Il s'agit du total figurant à la ligne I.P. du rapport trimestriel précédent. Le chiffre sera 0 pour le premier rapport.
- F. TOTAL ACCEPTEURS À CE JOUR: Faire la somme des lignes D et E.

* Formulaire à remplir par les responsables des sous-projets.

- G. POURCENTAGE À CE JOUR PAR RAPPORT À L'OBJECTIF DU TOTAL DES ACCEPTEURS: Diviser le chiffre de la ligne F par le TOTAL DES ACCEPTEURS CIBLES du projet, et multiplier par 100 ($F/A \times 100$).
- H. NOMBRE DE VISITES D'UTILISATEURS QUI CONTINUENT, POUR CE TRIMESTRE: Il s'agit du nombre de visites de clients (hommes ou femmes) codés C sur l'état journalier.
- I. TOTAL DES VISITES D'UTILISATEURS QUI CONTINUENT, À CE JOUR: Additionner le chiffre de la ligne I.I. du rapport trimestriel précédent et celui de la ligne I.H. du présent rapport.
- J. TOTAL VISITES CE TRIMESTRE: Faire la somme des lignes D et H.

Les autres données à fournir pour le rapport trimestriel sont des totaux tirés directement de l'état journalier; ces données prennent en compte toutes les visites, et non pas seulement les NOUVEAUX ACCEPTEURS ou les TRANSFERTS.

CONTRACEPTIFS DISTRIBUÉS: Le total pour chaque méthode (y compris PAS DE MÉTHODE) pourra reprendre directement le total de la ligne correspondante de l'état journalier.

RENOIS EN CONSULTATION: Le total pour chaque type de renvoi pourra reprendre directement le total de la ligne correspondante de l'état journalier.

ABANDONS: Il s'agit du nombre total d'accepteurs et d'utilisateurs (hommes et femmes) qui ne sont pas revenus au service de planification familiale au cours des six mois suivant le dernier rendez-vous fixé.

DERNIÈRE SOURCE: Ce renseignement ne concerne que les accepteurs TRANSFÉRÉS. Indiquer le nombre total de clients transférés qui avaient obtenu des prestations de planification familiale auprès de services publics (hôpital ou clinique d'Etat etc.) ou dans le secteur privé (médecin privé, pharmacien, sage-femme etc)

SECTIONS VII ET VIII:

Les deux dernières sections du rapport d'activité trimestriel doivent être présentées sous forme d'exposé ou de liste; on demande aux responsables des projets de décrire toutes contraintes ou problèmes sérieux affectant l'exécution de leur programme, ainsi que les efforts entrepris pour surmonter ces obstacles. Ils pourront également expliquer dans quels domaines ils ont besoin de l'assistance du Programme Entreprise.

PROGRAMME ENTREPRISE - RAPPORT D'ACTIVITE TRIMESTRIEL

NOM DU PROJET: _____

RAPPORT POUR LE TRIMESTRE du _____ au _____
 jour/mois/année jour/mois/année

DATE DE DEBUT DU PROJET: _____ DATE DE CLOTURE: _____
 jour/mois/année jour/mois/année

POPULATION CIBLE GLOBALE A DESSERVIR: _____

TYPE DE PRESTATIONS FOURNIES POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE
 (cochez la ligne correspondant à vos services)

Type 1: Uniquement pilules, condoms et spermicides _____

Type 2: DIU et/ou injectables/implants (+ Type 1) _____

Type 3: Contraception chirurgicale volontaire (CCV)
 (+ Types 1 et 2) _____

Si vous avez coché la ligne du type 2 ou du type 3, vous devez remplir le Rapport sommaire sur les méthodes (SECTION VI).

I. PRESTATIONS DE SERVICES FOURNIES:

A. Total des accepteurs ciblés du programme: _____

B. Nombre de nouveaux accepteurs ce trimestre:

*	*
H	F

H	F
---	---

H	F
---	---

H	F
---	---

C. Nombre de transferts ce trimestre:

H	F
---	---

H	F
---	---

H	F
---	---

H	F
---	---

D. Nombre total d'accepteurs ce trimestre:
 (tous clients vus pour la première fois - nouveaux et transférés)

H	F
---	---

E. Total des accepteurs de la ligne I.F. du rapport trimestriel précédent:

H	F
---	---

F. Total des accepteurs à ce jour (D + E):

H	F
---	---

G. Pourcentage à ce jour par rapport à l'objectif total accepteurs (F/A x 100): _____

H. Nombre de visites d'utilisateurs qui continuent, pour ce trimestre:

H	F
---	---

H	F
---	---

H	F
---	---

H	F
---	---

I. Total des visites d'utilisateurs qui continuent, à ce jour:

H	F
---	---

J. Total visites ce trimestre (D + H): _____

H = homme F = femme

	1er MOIS	2ème MOIS	3ème MOIS	TOTAL										
A. Total des accepteurs ciblés du programme:				_____										
B. Nombre de nouveaux accepteurs ce trimestre:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>*</td><td>*</td></tr><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	*	*	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F
*	*													
H	F													
H	F													
H	F													
H	F													
C. Nombre de transferts ce trimestre:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F		
H	F													
H	F													
H	F													
H	F													
D. Nombre total d'accepteurs ce trimestre: (tous clients vus pour la première fois - nouveaux et transférés)				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F								
H	F													
E. Total des accepteurs de la ligne I.F. du rapport trimestriel précédent:				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F								
H	F													
F. Total des accepteurs à ce jour (D + E):				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F								
H	F													
G. Pourcentage à ce jour par rapport à l'objectif total accepteurs (F/A x 100):				_____										
H. Nombre de visites d'utilisateurs qui continuent, pour ce trimestre:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F		
H	F													
H	F													
H	F													
H	F													
I. Total des visites d'utilisateurs qui continuent, à ce jour:				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>H</td><td>F</td></tr></table>	H	F								
H	F													
J. Total visites ce trimestre (D + H):				_____										

404

II. CONTRACEPTIFS DISTRIBUES:
 (SUR LA BASE DU TOTAL DES VISITES PAR MOIS)

- Pilules (cycles):
- Injectables (doses):
- Poses de DIU:
- Comprimés mousse (unités):
- Condoms (unités):
- Laparoscopies:
- Minilaparotomies:
- Vasectomies:
- Autres:

<u>1er</u> <u>MOIS</u>	<u>2ème</u> <u>MOIS</u>	<u>3ème</u> <u>MOIS</u>	<u>TOTAL</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

III. RENVOIS EN CONSULTATION:

- CCV:
- Planification familiale naturelle:
- Autres:

<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>	
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IV. ABANDONS:

<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>
_____	_____	_____	_____

V. DERNIERE SOURCE DES ACCEPTEURS TRANSFERES, A CE JOUR:

Parmi les accepteurs transférés dont le total figure à la ligne I.C., combien de personnes venaient de:
 services publics? _____ sources privées? _____ source inconnue? _____

Yes

VI. RAPPORT SOMMAIRE SUR LES METHODES

page 3

ATTENTION: Les sous-projets qui fournissent des DIU et/ou des injectables/implants (type de prestations n° 2) doivent remplir la section A ci-dessous. Les sous-projets qui fournissent des services de CCV (type de prestations n° 3) doivent remplir les sections A et B.

Section A. DIU et/ou injectables/implants

DIU

NOMBRE

1. Clients ayant cessé d'utiliser la méthode pendant la période correspondant à ce rapport

--

2. Complications

Perforation utérine (totale ou partielle)

Perte de sang après pose de DIU, nécessitant traitement ou retrait

Infection après pose de DIU, nécessitant traitement ou retrait

Autres complications (spécifier): _____

3. Décrivez brièvement la conduite adoptée et l'état présent du malade pour chacune des complications énumérées: _____

Injectables/Implants
(Progestatifs à action prolongée)

NOMBRE

1. Clients ayant cessé d'utiliser la méthode pendant la période correspondant à ce rapport

--

2. Complications

Perte de sang nécessitant un traitement ou arrêt/retrait

Aménorrhée (aucune perte de sang, même minime, pendant 60 jours ou plus)

Autres complications (spécifier): _____

3. Décrivez brièvement la conduite adoptée et l'état présent du malade pour chacune des complications énumérées: _____

406

Rapport d'activité - page 4

Section B. Contraception chirurgicale volontaire (CCV)

1. Complications (seules celles exigeant une hospitalisation et/ou une intervention chirurgicale supplémentaires)

NOMBRE

- au cours de l'opération
- aussitôt après l'opération
- après un certain temps

2. Décrivez brièvement les circonstances, la conduite adoptée et l'état présent du malade pour chacune des complications énumérées: _____

3. Décès lié à une intervention chirurgicale masculine ou féminine

(nombre): _____

(N.B. En cas de décès, le bureau du Programme Entreprise à Washington, D.C. (U.S.A.) devra être avisé dans les 24 heures par téléphone ou par télex.

VII. CONTRAINTES ET PROBLÈMES SÉRIEUX:

(Décrivez toutes contraintes et problèmes sérieux rencontrés au cours des efforts entrepris pour fournir des prestations de services de planification familiale, exécuter les plans de votre projet, et réaliser les objectifs des sous-projets pendant cette période. Indiquez brièvement les mesures éventuellement prises pour surmonter les obstacles rencontrés. Si vous n'avez pas assez de place, ajoutez des pages supplémentaires.)

VIII. ASSISTANCE DEMANDÉE AU PROGRAMME ENTREPRISE:

(Décrivez toutes formes d'assistance que vous aimeriez recevoir du Programme Entreprise pour la poursuite de la réalisation de votre projet. Si vous n'avez pas assez de place, ajoutez des pages supplémentaires.)

Ce rapport trimestriel devra être adressé au Programme Entreprise accompagné des feuilles d'état journalier et des papillons des clients ayant abandonné.

Source: Programme Entreprise 3/89

TENUE DES DOSSIERS ET ÉVALUATION

Nous présentons aux pages qui suivent des systèmes de tenue des dossiers et des formulaires d'enregistrement qui ont été mis au point pour des programmes de planification familiale d'entreprise. Les formulaires ont été conçus à l'usage des sous-projets du Programme Entreprise, et permettent d'enregistrer des informations utiles à la personne responsable d'un sous-projet, dont les fonctions incluent souvent les prestations de services elles-mêmes. Les formulaires présentés sont les suivants:

Formulaire A - spécimen de dossier client (consultant)

Formulaire B - système d'enregistrement/compte rendu servant au suivi des travaux des cliniques dans le cadre des sous-projets (formulaire polyvalent)

Formulaire C - rapport trimestriel au Programme Entreprise

Il se peut que ces formulaires aillent au-delà de vos besoins en matière de dossiers consultants et d'enregistrement/compte rendu, mais ils pourront cependant vous être utiles pour la mise au point de votre propre système de tenue des dossiers. Dans certains cas, par contre, vous serez tenus d'utiliser un système national d'enregistrement établi par l'Etat pour les services de planification familiale.

Avant d'aborder les formulaires, nous allons tout d'abord examiner quelles sortes de renseignements vous seront nécessaires pour calculer l'impact des services que vous désirez organiser, et la mesure dans laquelle ces services seront utilisés.

Dossier du consultant en planification familiale (dossier client)

On trouvera aux pages qui suivent l'explication des rubriques figurant au dossier client, ou dossier du (de la) consultant(e) en planification familiale (Formulaire A).

Cette section du manuel permettra aux stagiaires:

1. de mieux comprendre la nécessité de recueillir et d'enregistrer un certain nombre de renseignements médicaux sur leurs consultants

4 10/11

2. de mettre au point leur propre modèle de dossier consultant en planification familiale, s'ils n'en ont pas encore
3. de modifier les dossiers existants, si ceux-ci sont incomplets ou mal conçus.

Décider ce qui figurera dans votre dossier client
(dossier du (de la) consultant(e) en planification familiale)

Tout le monde est d'accord sur la nécessité de faire un bilan de l'état de santé de toute personne désirant pratiquer la planification familiale, et d'enregistrer les renseignements obtenus, mais l'accord est loin d'être fait sur le contenu - quels renseignements obtenir - et sur la forme de l'enregistrement. Par exemple, dans la plupart des pays développés on exige, avant toute prestation, un enregistrement complet des antécédents médicaux, un examen médical (y compris examen gynécologique), et un certain nombre d'analyses - notamment hémoglobine, détection de la gonorrhée et autres MST, test de Papanicolaou. Toutefois, dans une grande partie du monde, la plupart des méthodes modernes d'espacement des naissances actuellement pratiquées - condoms, spermicides vaginaux, contraceptifs oraux et injectables - ont été fournies sans danger à des millions de personnes moyennant l'enregistrement d'un nombre très limité d'informations sur leur santé et sans examens médicaux ou analyses préalables. Par conséquent, le type de dossier de consultant nécessaire pour chaque sous-projet Entreprise dépendra, entre autres, des pratiques sanitaires locales et des réglementations d'Etat.

Etant donné qu'il n'existe aucun modèle "parfait" de dossier de consultant, les rubriques figurant dans le spécimen ci-après (Formulaire A) ne sont ni obligatoires ni nécessairement suffisantes. Il incombera à chaque sous-projet Entreprise de décider des rubriques à inclure. La décision sera prise en fonction d'un certain nombre de facteurs, notamment: âge et sexe du groupe de population ciblé par le sous-projet (exclusivement féminin ou masculin, ou mixte); formule d'organisation des services (consultation en clinique ou programme de distribution, soit communautaire soit commerciale); et surtout catégories de prestations fournies (par exemple toutes méthodes y compris DIU et stérilisation, ou bien services limités aux condoms, spermicides et CO).

Le spécimen de dossier client (Formulaire A) a été mis au point par les collaborateurs du Programme Entreprise. Les rubriques adoptées sont celles que la plupart des responsables sanitaires considèrent comme indispensables dans un dossier complet de planification familiale. L'ensemble constitué par les explications du Document A et le spécimen de dossier (Formulaire A) fournira au sous-projet un cadre de référence pour l'élaboration de son propre système d'enregistrement. Chaque sous-projet modifiera le modèle pour l'adapter à la réglementation en vigueur concernant les renseignements sur la santé et la planification familiale.

On recommande d'utiliser le système d'enregistrement de planification familiale propre à chaque pays, s'il en existe un. Ces systèmes établis auront toutefois besoin, dans certains cas, d'être modifiés (ou complétés) pour parvenir à une collecte suffisante de données. C'est à cette condition que l'on obtiendra, au sein de chaque sous-projet, toutes garanties de sécurité et d'efficacité pour les prestations fournies par la clinique, avec en outre l'assurance que ces prestations correspondront exactement aux besoins des consultants. Le cas échéant, les collaborateurs du Programme Entreprise fourniront les concours nécessaires à un sous-projet pour la mise au point d'un nouveau dossier client ou pour la modification de dossiers existants.

Méthode de collecte et d'enregistrement des renseignements sur la santé du consultant

Toutes personnes consultant les services de planification familiale devront avoir un dossier médical. Ce dossier devra être rempli intégralement dès la première visite. Les renseignements recueillis sont en effet indispensables tant au consultant qu'au responsable sanitaire, pour qu'une décision judicieuse puisse être prise en connaissance de cause en ce qui concerne la méthode d'espacement des naissances à préconiser. Un praticien (médecin ou infirmière) ayant l'expérience de la planification familiale mettra environ vingt minutes à remplir le dossier d'un nouveau consultant. Une autre façon de procéder consiste à confier à un assistant pourvu de la formation nécessaire les questions relatives aux antécédents médicaux (sections I à III du Document A et du Formulaire A), après quoi le responsable médical effectuera l'examen médical, aidera le ou la consultant(e) à choisir la méthode qui lui convient, et lui expliquera comment utiliser correctement cette méthode.

Les différentes catégories de renseignements à recueillir et à enregistrer (Formulaire A) sont les suivantes:

41

- Identité du(de la) consultant(e): nom, adresse etc.
- Données démographiques: âge, nombre d'enfants vivants, situation matrimoniale, informations CAP (recours précédent à la planification familiale, désir d'avoir d'autres enfants plus tard)
- Renseignements sur la santé de l'appareil génital: grossesses, historique des règles, antécédents gynécologiques, vie sexuelle
- Renseignements médicaux généraux: état cardiovasculaire, neuro-vasculaire, pulmonaire, rénal; allergies, traitements en cours etc.
- Antécédents médicaux familiaux: diabète, hypertension, cancer du sein et des organes génitaux etc.

Chaque sous-projet devra établir un système de numérotation, ou quelque autre moyen d'identifier anonymement les consultants. En outre, on expliquera à tous les consultants ou consultantes que les renseignements portés à leur dossier sont confidentiels et ne seront en aucun cas communiqués sans leur consentement préalable.

Normalement, un examen médical complet devrait être exigé pour toutes les femmes, ainsi que pour les hommes qui demandent la contraception permanente (vasectomie). Pour bien des raisons - religieuses, sociales, économiques ou autres - ceci est souvent impossible. Cependant si une femme se fait poser un stérilet, il est certain qu'elle doit se soumettre au préalable à un examen gynécologique complet. De même, pour les femmes qui désirent être stérilisées, l'examen médical complet, y compris examen gynécologique, est obligatoire.

Etant donné l'importance de la détection des lésions (cancéreuses) du sein, il sera bon d'apprendre aux consultantes à s'examiner elles-mêmes, chaque fois que ce sera possible. La technique est facile à apprendre et à enseigner, et n'exige aucun équipement.

On effectuera des analyses si l'on dispose d'un laboratoire. Il est rarement nécessaire d'effectuer des analyses compliquées (et onéreuses) pour des consultants en planification familiale. Au minimum, (et dans la mesure du possible) on devrait faire pour toutes les femmes une analyse d'urine (sucre et albumine), et un hémocrite ou une analyse d'hémoglobine. Si l'équipement le permet, il sera bon d'effectuer également le test de Papanicolaou. Si l'on soupçonne une infection vaginale, des frottis vaginaux, faciles à effectuer à condition d'avoir un microscope à

Le spécimen de dossier client (Formulaire A) a été mis au point par les collaborateurs du Programme Entreprise. Les rubriques adoptées sont celles que la plupart des responsables sanitaires considèrent comme indispensables dans un dossier complet de planification familiale. L'ensemble constitué par les explications du Document A et le spécimen de dossier (Formulaire A) fournira au sous-projet un cadre de référence pour l'élaboration de son propre système d'enregistrement. Chaque sous-projet modifiera le modèle pour l'adapter à la réglementation en vigueur concernant les renseignements sur la santé et la planification familiale.

On recommande d'utiliser le système d'enregistrement de planification familiale propre à chaque pays, s'il en existe un. Ces systèmes établis auront toutefois besoin, dans certains cas, d'être modifiés (ou complétés) pour parvenir à une collecte suffisante de données. C'est à cette condition que l'on obtiendra, au sein de chaque sous-projet, toutes garanties de sécurité et d'efficacité pour les prestations fournies par la clinique avec en outre l'assurance que ces prestations correspondront exactement aux besoins des consultants. Le cas échéant, les collaborateurs du Programme Entreprise fourniront les concours nécessaires à un sous-projet pour la mise au point d'un nouveau dossier client ou pour la modification de dossiers existants.

Méthode de collecte et d'enregistrement des renseignements sur la santé du consultant

Toutes personnes consultant les services de planification familiale devront avoir un dossier médical. Ce dossier devra être rempli intégralement dès la première visite. Les renseignements recueillis sont en effet indispensables tant au consultant qu'au responsable sanitaire, pour qu'une décision judicieuse puisse être prise en connaissance de cause en ce qui concerne la méthode d'espacement des naissances à préconiser. Un praticien (médecin ou infirmière) ayant l'expérience de la planification familiale mettra environ vingt minutes à remplir le dossier d'un nouveau consultant. Une autre façon de procéder consiste à confier à un assistant pourvu de la formation nécessaire les questions relatives aux antécédents médicaux (sections I à III du Document A et du Formulaire A), après quoi le responsable médical effectuera l'examen médical, aidera le ou la consultant(e) à choisir la méthode qui lui convient, et lui expliquera comment utiliser correctement cette méthode.

Les différentes catégories de renseignements à recueillir et à enregistrer (Formulaire A) sont les suivantes:

- Identité du(de la) consultant(e): nom, adresse etc.
- Données démographiques: âge, nombre d'enfants vivants, situation matrimoniale, informations CAP (recours précédent à la planification familiale, désir d'avoir d'autres enfants plus tard)
- Renseignements sur la santé de l'appareil génital: grossesses, historique des règles, antécédents gynécologiques, vie sexuelle
- Renseignements médicaux généraux: état cardiovasculaire, neuro-vasculaire, pulmonaire, rénal; allergies, traitements en cours etc.
- Antécédents médicaux familiaux: diabète, hypertension, cancer du sein et des organes génitaux etc.

Chaque sous-projet devra établir un système de numérotation, ou quelque autre moyen d'identifier anonymement les consultants. En outre, on expliquera à tous les consultants ou consultantes que les renseignements portés à leur dossier sont confidentiels et ne seront en aucun cas communiqués sans leur consentement préalable.

Normalement, un examen médical complet devrait être exigé pour toutes les femmes, ainsi que pour les hommes qui demandent la contraception permanente (vasectomie). Pour bien des raisons - religieuses, sociales, économiques ou autres - ceci est souvent impossible. Cependant si une femme se fait poser un stérilet, il est certain qu'elle doit se soumettre au préalable à un examen gynécologique complet. De même, pour les femmes qui désirent être stérilisées, l'examen médical complet, y compris examen gynécologique, est obligatoire.

Etant donné l'importance de la détection des lésions (cancéreuses) du sein, il sera bon d'apprendre aux consultantes à s'examiner elles-mêmes, chaque fois que ce sera possible. La technique est facile à apprendre et à enseigner, et n'exige aucun équipement.

On effectuera des analyses si l'on dispose d'un laboratoire. Il est rarement nécessaire d'effectuer des analyses compliquées (et onéreuses) pour des consultants en planification familiale. Au minimum, (et dans la mesure du possible) on devrait faire pour toutes les femmes une analyse d'urine (sucre et albumine), et un hémocrite ou une analyse d'hémoglobine. Si l'équipement le permet, il sera bon d'effectuer également le test de Papanicolaou. Si l'on soupçonne une infection vaginale, des frottis vaginaux, faciles à effectuer à condition d'avoir un microscope à

portée de la main, permettront de détecter candidose, trichomonas ou gardnerella. Quant aux autres maladies sexuellement transmissibles (MST), les tests de détection sont généralement trop onéreux pour être rentables dans la plupart des pays en développement.

Lors des visites de suivi prévues régulièrement pour les accepteurs qui continuent la pratique, on enregistrera au dossier les informations essentielles, c'est-à-dire date des dernières règles, poids et tension artérielle, et en outre tout problème, effet secondaire ou complication résultant de la méthode pratiquée. Il est extrêmement important de questionner systématiquement toutes les femmes porteuses d'un DIU en ce qui concerne les symptômes pouvant faire soupçonner une infection pelvienne. Ces femmes devront également être examinées périodiquement par palpation abdominale/pelvienne. C'est en recueillant et en enregistrant consciencieusement toutes ces informations que l'on parviendra à un degré élevé de qualité et de sécurité pour toutes les prestations de services

Pour des raisons d'organisation pratique, il importe de noter les quantités fournies aux consultants utilisant des condoms, des spermicides vaginaux ou des CO. En outre, chaque sous-projet devra mettre au point un plan d'action en ce qui concerne les consultants qui ne viennent pas au rendez-vous pour leur visite de suivi. Il existe diverses méthodes, notamment système de fiches de relance, appels téléphoniques, contact par agents de vulgarisation (à domicile ou au travail). Les consultants ne peuvent espérer éviter les grossesses non désirées s'ils ou elles ne persistent pas dans la pratique systématique de leur méthode d'espacement des naissances.

TOUTE PERSONNE se rendant à la consultation pour demander une méthode de planification familiale devra obtenir, sous une forme ou sous une autre, une méthode qu'elle puisse utiliser dès sa première visite pour l'espacement des naissances. Même si la méthode choisie est telle qu'elle ne peut être entreprise immédiatement, la personne ne devra pas être invitée à attendre sa visite du mois suivant, par exemple, pour se faire poser un DIU ou pour commencer à prendre la pilule. Dans cette sorte de situation, il faudra offrir à la consultante une méthode locale comme les spermicides vaginaux, ou pour le moins lui conseiller l'abstinence ou le recours à une méthode traditionnelle jusqu'au moment où elle pourra commencer à prendre la pilule, ou se faire poser un DIU.

Rappelons encore que le Programme Entreprise pourra fournir son assistance aux sous-projets en ce qui concerne l'usage du dossier client (consultant en planification familiale) tel qu'il est présenté ici (Formulaire A) et la façon de le remplir.

**EXPLICATION DES RUBRIQUES À PRÉVOIR DANS UN DOSSIER CLIENT
(DOSSIER COMPLET DU CONSULTANT EN PLANIFICATION FAMILIALE)**

I. RENSEIGNEMENTS SUR LE (OU LA) CLIENT(E)

A. IDENTIFICATION

DATE: Indiquer la date de la consultation.

NOM ET ADRESSE DU CLIENT: Indiquer le nom du (de la) consultant(e), et une adresse suffisante pour le suivi, si ceci ne figure pas déjà dans les dossiers administratifs ou médicaux du personnel. Il faudra expliquer au (à la) consultant(e) que ces informations seront utilisées **UNIQUEMENT** pour le/la contacter au cas où il/elle manquerait son prochain rendez-vous, et toujours avec la plus grande **DISCRETION**. Si toutefois la personne préfère ne pas être contactée, il faudra accéder à son désir, une telle requête devra être inscrite au dossier de planification familiale du consultant.

NUMÉRO DU CLIENT: Indiquer le numéro sous lequel la personne est enregistrée dans vos dossiers du personnel, de façon à pouvoir, le cas échéant, consulter plus tard son dossier complet. Si vous ne disposez pas encore d'un tel système de numérotation, le Programme Entreprise pourra vous aider à en établir un qui corresponde à vos besoins.

PERSONNE À CONTACTER: Il sera utile, en cas d'urgence et aussi aux fins de sensibilisation, d'avoir le nom et l'adresse du plus proche parent et/ou ami du consultant. Il faudra expliquer au (à la) consultant(e) que la personne nommée ne sera pas contactée sans sa permission.

AUTRES SERVICES CONSULTÉS: Si le (ou la) consultant(e) reçoit ou a reçu des soins médicaux dans d'autres formations sanitaires, ce renseignement pourra aider à le (ou la) traiter en planification familiale.

B. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

ÂGE: Indiquer l'âge du consultant en **ANNÉES ENTIÈRES**.

INSTRUCTION: Indiquer le nombre total d'**ANNÉES ENTIÈRES** de scolarité.

DIVERS: Il faudra laisser un espace libre pour les informations que chaque sous-projet pourra décider de recueillir (p. ex. situation matrimoniale, profession, groupe ethnique, religion, adressé par qui, etc.)

II. RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'APPAREIL GÉNITAL

A. ANTÉCÉDENTS EN PLANIFICATION FAMILIALE: Incrire les renseignements concernant:

Utilisation préalable d'une méthode d'espacement des naissances (et source)

Méthode actuellement utilisée; depuis combien de temps

Recours aux méthodes traditionnelles, notamment allaitement

Désir d'avoir d'autres enfants, et combien

B. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX: Incrire les renseignements concernant:

Nombre de grossesses et leur résultat

Nombre d'enfants vivants

Date de la fin de la dernière grossesse

Résultat de la dernière grossesse

Complications de grossesses (p. ex. grossesse extra-utérine², césarienne, perforation ou rupture utérine², toxémie, anomalie génétique, jaunisse au cours de la grossesse¹, etc.) ou avortement

Grossesse en cours ou soupçonnée

Période d'allaitement en cours¹

Problème de fécondité connu ou soupçonné

Risque accru de complication, ou contre-indication connue, pour la ou les méthodes suivantes:

¹CO oestro-progestatifs; risque moindre pour pilules sans oestrogène ou injectables (DMPA ou NORPLANT)

²DIU (examiner et traiter avant la pose)

C. HISTORIQUE DES RÈGLES: Inscrire les renseignements concernant:

Date des dernières règles (jour/mois si possible)

Age aux premières règles (en ANNÉES ENTIÈRES)

Caractéristiques des règles:

- intervalle: nombre de jours, si possible; sinon, estimer le nombre de semaines du début des règles au début des règles suivantes
- fréquence: régulière si l'intervalle entre les règles se situe entre 24 et 35 jours; aménorrhée si l'intervalle dépasse 6 mois
- durée: nombre de jours de règles
- volume: faible/normal/abondant, ± caillots
- malaises: douleurs ± fortes

Pertes de sang dans l'appareil génital, non diagnostiquées: préciser le type et l'emplacement^{1,2}

D. ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES: Inscrire les renseignements concernant:

Maladie du sein: s'il s'agit d'une tumeur maligne¹

Maladie de l'ovaire: kyste/tumeur (si maligne¹)

Maladie de l'utérus: fibromyome^{1,2}, tumeur maligne du col de l'utérus ou de l'endomètre^{1,2}

Infection pelvienne: si l'analyse est positive²

Maladies sexuellement transmissibles (MST):
gonorrhée², infection à chlamydia², mycoplasma²,
herpès, sida, syphilis, etc.

Inflammation cervicale: seulement si le test de Papanicolaou a un résultat anormal^{1,2}

Vaginite: candidose, trichomonas, gardnerella, etc.²

Exposition au DES: si observations à l'appui^{1,2}

Risque accru de complication, ou contre-indication connue, pour la ou les méthodes suivantes:

¹CO oestro-progestatifs; risque moindre pour pilules sans oestrogène ou injectables (DMPA ou NORPLANT)

²DIU (examiner et traiter avant la pose)

E. VIE SEXUELLE: Inscrire les renseignements concernant:

Age au premier rapport sexuel

Fréquence des rapports

Nombre de partenaires sexuels

Problèmes divers: infécondité, impuissance, vaginisme, dyspareunie, etc.

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

A. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX: Inscrire les renseignements concernant:

Maladies cardio-vasculaires: coronaropathie, hypertension, accident vasculaire cérébral, thrombo-phlébite, varices, convulsions, migraines^{1,3}

Maladies rénales: bénignes (chroniques)^{1,2,3}

Maladies pulmonaires: bénignes (p. ex. asthme, bronchite chronique ou emphysème, etc.)³

Maladie hépatique: tumeurs bénignes ou malignes du foie, si elles sont apparues durant l'utilisation des CO ou d'un autre produit contenant de l'oestrogène; troubles fonctionnels hépatiques, hépatite aiguë ou chronique (en cours)¹

Maladies de la vésicule biliaire¹

Diabète¹

Obésité: Si le poids dépasse de plus de 25% le poids idéal, les CO devront être utilisés avec précaution

Fumeur: personnes âgées de 35 ans et plus et qui fument beaucoup (au moins 15 cigarettes par jour)¹

Risque accru de complication, ou contre-indication connue, pour la ou les méthodes suivantes:

¹CO oestro-progestatifs; risque moindre pour pilules sans oestrogène ou injectables (DMPA ou NORPLANT)

²DIU (examiner et traiter avant la pose)

³Stérilisation féminine (examiner et traiter avant intervention)

Dépression¹

Anémie: toutes formes^{2,3}; anémie drépanocytaire (falciforme) ou déficience en acide folique¹

Alcool ou stupéfiants

Vaccinations: noter diphtérie-tétanos/rappel (date), antipolio/rappel (date), rubéole (titrage, si possible), cutiréaction (date, résultat). Noter également les vaccinations des enfants du (de la) consultant(e).

Interventions chirurgicales: type et date

Allergie aux médicaments: préciser (p. ex. antibiotiques, anesthésiques locaux³, etc.)

Médicaments pris actuellement: Les calmants, les antibiotiques et les médicaments traitant les convulsions modifient tous le métabolisme des CO et réduisent leur efficacité.

B. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX: Inscrire les renseignements concernant:

Diabète¹ (parents, frères et soeurs): le consultant court un risque accru de devenir diabétique ou d'être pré-diabétique.

Crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral (père ou mère) avant 50 ans¹

Hypertension¹

Cancer du sein (mère, tantes, soeurs et frères): risque accru pour la consultante

Malformations congénitales (parents, frères et soeurs, enfants)

Cancer: préciser l'emplacement (organe) si possible

Risque accru de complication, ou contre-indication connue, pour la ou les méthodes suivantes:

¹CO oestro-progestatifs; risque moindre pour pilules sans oestrogène ou injectables (DMPA ou NORPLANT)

²DIU (examiner et traiter avant la pose)

³Stérilisation féminine (examiner et traiter avant intervention)

IV. RÉSULTATS DE L'EXAMEN MÉDICAL

Visite initiale, visites annuelles; examen médical complet, y compris examen gynécologique et instructions pour l'auto-examen des seins

Visites de suivi: selon nécessité

NOTE: L'examen médical pourra être omis si la clinique n'utilise pas les DIU et n'effectue pas de stérilisations, et si les antécédents médicaux sont négatifs (résultats normaux). Vérifier quelle est la réglementation des autorités sanitaires locales en matière de planification familiale.

V. RÉSULTATS D'ANALYSES

Important:

Analyse d'urine (sucre/albumine): détection du diabète, des maladies rénales et des infections des voies urinaires

Hématocrite/hémoglobine: détection de l'anémie

Frottis: détection des vaginites causées par trichomonas, candidose ou gardnerella

Moins important et/ou plus onéreux/difficile:

Test de Papanicolaou: détection du cancer cervical

Tests MST: test VDRL (sérologie), gonorrhée, chlamydia, mycoplasma

VI. RÉSULTATS ET PROGRAMME ADOPTÉ

Diagnostic (si un état pathologique est détecté)

Type de méthode d'espacement des naissances fourni: si l'on donne à la personne des CG, des condoms ou des spermicides vaginaux, préciser la quantité.

Orientation vers un autre service (p. ex. pour stérilisation, planification familiale naturelle, conseil, etc.)

Rendez-vous pour la prochaine visite: noter la DATE à laquelle le consultant doit revenir à la clinique. En général, les visites suivantes auront pour but le réapprovisionnement en contraceptifs, et la date fixée devrait laisser quelques semaines de battement, pour le cas où le client aurait un empêchement. Par exemple, si vous donnez trois cycles de pilules à une femme, vous fixerez la date à deux mois et demi plus tard. Si vous donnez à un homme une quantité de condoms correspondant à deux mois, vous fixerez la date à cinq ou six semaines plus tard.

Pour les consultants que vous adressez à des services de stérilisation ou de planification familiale naturelle, une date devra être fixée pour une visite de suivi permettant de vérifier que le nécessaire a été fait.

Pour les consultants qui REFUSENT d'être contactés pour le suivi, indiquer soit "NC" (= "ne pas contacter"), soit un double tiret (--) à côté de la date du prochain rendez-vous.

Entretien en fin de consultation: si cet entretien a lieu, indiquez-en un résumé. Exemples:

- a assisté à une conférence/démonstration
- a reçu des conseils sur les méthodes d'espacement des naissances
- a appris à faire l'examen des seins
- a signé des formulaires de consentement: DIU, stérilisation, communication des renseignements médicaux, etc.
- a fourni les informations nécessaires en cas d'urgence.

FORMULAIRE A:
SPÉCIMEN DE DOSSIER CLIENT EN PLANIFICATION FAMILIALE

PROGRAMME ENTREPRISE
Arlington, VA, USA

DOSSIER CLIENT EN PLANIFICATION FAMILIALE

I. RENSEIGNEMENTS SUR LE (OU LA) CLIENT(E)

A. IDENTIFICATION

Client n° _____

Date ____/____/____
(jour/mois/année)

Nom _____
(nom de famille) (prénom)

Adresse _____
(ou indications pour se rendre au domicile ou lieu de travail)

Téléphone _____ (Bureau) _____ (Travail)

Peut être contacté pour suivi? oui non prudence

Parent ou ami le plus proche:

Nom _____ Lien ou relation _____

Adresse _____

Autres services consultés _____

Motif de la visite _____

B. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Page 2

Age _____ Situation matrimoniale C M V S/D
(années entières) (entourer une lettre)

Langue parlée _____ Instruction _____
(années entières)

Etudes/profession _____

Divers _____

II. RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'APPAREIL GÉNITAL

A. ANTÉCÉDENTS EN PLANIFICATION FAMILIALE

Méthode PF _____ non
précédente _____ oui
(préciser la dernière méthode)

Méthode PF _____ non
en cours _____ oui
(préciser méthode, et nombre de mois/années)

Allaite _____ non
actuellement _____ oui depuis quand? ____/____
(mois/année)

Désire d'autres enfants _____ oui combien? _____
plus tard? _____ non _____ peut-être

B. ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Nombre de grossesses _____ EV _____ MN _____ AV _____

Nombre d'enfants _____ Date de fin de la
' vivants _____ fin de la dernière grossesse ____/____
(mois/année)

Résultat de
la dernière grossesse EV _____ MN _____ AV _____

Complications de grossesses ou avortements

Extra-utérine _____ Césarienne _____ Toxémie _____
Malformation _____ Infection _____ Perforation _____
congénitale _____ puerpérale _____ utérine _____

Divers _____

424

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Page 4

A. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (si OUI, expliquer)

Troubles vasculaires: non oui actuellement

Coeur A. vasc.cérébral Hypertension Diabète
 Thrombophlébite Migraines Convulsions

Troubles généraux ou organiques: non oui actuellement

Reins Poumons Foie/jaunisse Vésicule
 Anémie Obésité Fumeur
 Toxicomanie/alcool (no bre de cigarettes par jour _____)

Cancer: non oui actuellement

Rein Poumon Foie Cerveau
 Organes génitaux (préciser) _____
 Autres (préciser) _____

Allergie: non oui (préciser) _____

Vaccinations:

Client non oui (préciser) _____
Enfants non oui (préciser) _____

Interventions chirurgicales:

non oui _____
(types d'intervention, dates)

Observations:

B. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Diabète chez parents/frères ou soeurs non oui
Accident cardiaque/cérébral, père/mère < 50 ans non oui
Hypertension artérielle non oui
Cancer du sein, mère/tantes/soeurs ou frères non oui

426

IV. RESULTATS DE L'EXAMEN MEDICAL

Page 5

Taille: _____ Poids: _____ Tension: _____ Température: _____

	Normal	Autre	Description
Thyroïde			
Coeur			
Poumons			
Seins			
Abdomen			
Périnée			
Vagin/col			
Utérus			
Annexes			
Rectum			
Autres organes (préciser) _____			

Observations:

Prochain rendez-vous: _____/_____/_____
(jour/mois/année) Adressé à _____

Signature du responsable médical qui a effectué l'examen:

V. RESULTATS D'ANALYSES Urine _____ Hct./Hgb. _____
Test de Papanicolaou _____ Autres _____

VI. RESULTATS ET PROGRAMME ADOPTE

Méthodes fournies _____ Enseigné exam. des seins _____
(type et quantité)

Conseillé, fourni info. sur la méthode PF _____

**ENREGISTREMENT ET COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DES CLINIQUES
INTRODUCTION AUX FORMULAIRES B ET C**

Les données recueillies sur le nombre des accepteurs et des utilisateurs, ainsi que le nombre de contraceptifs distribués et leur type, forment un élément important pour l'évaluation de la bonne marche d'un programme.

Définition des termes

POPULATION CIBLE GLOBALE

Nombre de personnes représentant l'objectif potentiel vers lequel tendent les efforts du programme de planification familiale: généralement les femmes mariées et/ou sexuellement actives en âge de procréer (de 15 à 44 ans). S'il est difficile de s'assurer de ce chiffre, le total des employés (hommes/femmes) mariés et/ou sexuellement actifs devient alors le chiffre utilisé pour la population cible globale. Dans le cas où on ne peut spécifier une population cible, on doit alors se baser sur un pourcentage approximatif de 20% ou 1/5 du total d'un groupe considéré, par exemple des personnes logées dans une plantation de thé ou de canne à sucre, etc.

TOTAL DES ACCEPTEURS CIBLÉS

Nombre total prévu de personnes qui accepteront le plan de contraception du sous-projet de planification familiale.

ACCEPTEUR

Une personne qui accepte pour la première fois un plan de contraception d'un sous-projet du Programme Entreprise. Dans le cadre de cette définition, deux types d'accepteurs s'introduisent dans nos sous-projets:

NOUVEL ACCEPTEUR: a recours au programme pour la première fois, et n'utilise actuellement aucune méthode contraceptive.

ACCEPTEUR TRANSFÉRÉ: a recours au programme pour la première fois, utilise une méthode de contraception et vient d'un autre service ou d'une autre source, soit publique soit commerciale.

NOTE: Le nom d'ACCEPTEUR n'est donné qu'à une personne venant pour sa première visite, ce qui ne peut avoir lieu qu'une seule fois.

UTILISATEUR (UTILISATRICE) QUI CONTINUE

Une personne qui revient consulter en planification familiale après sa première visite, et qui utilise encore une méthode contraceptive.

NOTE: On désigne indéfiniment sous le nom d'UTILISATEUR (ou UTILISATRICE) QUI CONTINUE une méthode contraceptive, la personne qui revient après sa première visite (l'accepteur ou acceptrice devient alors un utilisateur/utilisatrice).

ABANDON

Cas d'une personne qui n'est pas revenue consulter au cours des six mois suivant le dernier rendez-vous fixé.

**FORMULAIRES D'ENREGISTREMENT ET
COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DES CLINIQUES**

Les pages ci-après serviront de guide pour l'utilisation d'un système très simple destiné à l'enregistrement des activités des cliniques et à l'établissement des comptes rendus de travail. Ce système sera utilisé par les projets dépendant du Programme Entreprise qui ne disposeront pas par ailleurs d'un système administratif leur permettant de tenir un état des travaux accomplis par les cliniques, des contraceptifs distribués et du suivi des usagers de la planification familiale. Toutes les opérations d'enregistrement se font en une seule fois, grâce à un formulaire polyvalent qui fournit automatiquement deux papillons à utiliser pour le SUIVI des UTILISATEURS QUI CONTINUENT la planification familiale. Les enregistrements journaliers sont totalisés sans difficulté, et servent à préparer des comptes rendus mensuels ou trimestriels destinés à la direction des cliniques d'une part, à l'équipe d'évaluation du Programme Entreprise d'autre part.

Les différents éléments de ce système d'enregistrement et de compte rendu sont expliqués ci-après.

FORMULAIRE POLYVALENT D'ÉTAT JOURNALIER (FORMULAIRE B)

L'état journalier polyvalent est le formulaire de base sur lequel sont inscrits tous les travaux accomplis, y compris contraceptifs distribués aux ACCEPTEURS et suivi des UTILISATEURS QUI CONTINUENT la planification familiale. Le système est appelé polyvalent parce qu'il accomplit une fonction multiple moyennant une seule opération. Le système comporte un tableau muni d'une rangée de petites broches sur la gauche, deux pages d'une grande feuille appelée "état journalier" dont les perforations correspondent aux broches, et enfin des papillons utilisés pour le suivi qui s'enfilent sur les broches par-dessus l'état journalier. Ces papillons (dont le dos est revêtu de carbone), sont enfilés deux par deux sur les broches, et placés de telle façon qu'en écrivant on remplit en même temps, automatiquement, un jeu de deux papillons et une ligne sur deux exemplaires de l'état journalier. Le Programme Entreprise peut apporter son concours ainsi que toutes les fournitures nécessaires pour la mise au point du système polyvalent.

Vous devrez remplir une ligne de l'état journalier (et un jeu de deux papillons en même temps) pour chaque personne consultant votre clinique de planification familiale, que cette personne DÉCIDE OU NON d'adopter une méthode contraceptive. Vous devrez également remplir une ligne lorsque vous distribuerez des CONDOMS, comme indiqué plus loin. Sur chaque formulaire d'état journalier, un espace est prévu en bas de page pour les divers totaux à calculer. Vous utiliserez un STYLO À BILLE pour inscrire les données, de façon que l'écriture soit lisible sur tous les feuillets du formulaire multiple. Chaque mois, vous utiliserez autant de feuilles d'état journalier et autant de papillons de suivi qu'il vous sera nécessaire pour enregistrer tous vos clients; lorsque vous aurez rempli une feuille, vous continuerez tout simplement sur une autre. Par contre vous devrez toujours commencer une nouvelle feuille d'état journalier au début du mois. N'ENREGISTREZ JAMAIS deux mois d'activités sur une même feuille.

Pour remplir les diverses colonnes et rubriques du formulaire polyvalent d'état journalier, suivez les instructions ci-après:

DATE: Indiquer la date de la consultation. Si plusieurs clients consultent le même jour, utiliser tirets (-) ou guillemets (") pour éviter la répétition.

NUMÉRO DU CLIENT: Indiquer le numéro sous lequel le client est enregistré dans vos dossiers médicaux ou administratifs, de façon à pouvoir, le cas échéant, consulter plus tard le dossier complet du client.

Si vous ne disposez pas encore d'un tel système de numérotation, le Programme Entreprise pourra vous aider à en établir un qui corresponde à vos besoins.

NOM ET ADRESSE DU CLIENT: Indiquer le nom du client, et une adresse suffisante pour le suivi, si ceci ne figure pas dans votre dossier médical. Vous devrez expliquer au client ou à la cliente que ces renseignements seront utilisés UNIQUEMENT pour le/la contacter dans le cas où il/elle manquerait son prochain rendez-vous, et toujours avec la plus grande DISCRÉTION. Bien entendu, si le/la client(e) préfère n'être PAS CONTACTE(E), vous respecterez sa demande: ceci pourra être indiqué dans la colonne COMMENTAIRES de l'état journalier et sur le papillon de suivi, et devra également être inscrit au dossier médical du client s'il y en a un.

PROCHAIN RENDEZ-VOUS: Indiquer la date à laquelle le client est censé revenir à la clinique. En général, les visites suivantes auront pour but le réapprovisionnement en contraceptifs, et la date fixée devrait laisser quelques semaines de battement, pour le cas où le client aurait un empêchement. Par exemple, si vous donnez trois cycles de pilules à une femme, vous fixerez la date à deux mois et demi plus tard. Si vous donnez à un homme une quantité de condoms correspondant à deux mois, vous fixerez la date à cinq ou six semaines plus tard.

Pour les clients que vous adressez à des services de CCV, PF naturelle ou autres, par exemple cas d'hypertension etc., une date devra être fixée pour une visite de suivi permettant de vérifier que le nécessaire a été fait. Indiquer cette date.

Pour les clients qui REFUSENT d'être contactés pour le suivi, indiquer soit "NC" (= "ne pas contacter"), soit un double tiret (--) dans la colonne PROCHAIN RENDEZ-VOUS.

Bien entendu, au moment où le client arrivera à la clinique, vous ne saurez sans doute pas quelle date indiquer pour le PROCHAIN RENDEZ-VOUS. Vous aurez intérêt à demander à chaque client de passer au bureau à la sortie, ce qui vous permettra de voir s'il ou elle a des questions ou des réclamations à présenter, et en même temps de fixer une date pour la visite suivante.

TYPE DE CLIENT:

Indiquer un code pour le type de client. Les codes figurent au bas de l'état journalier: NF = Nouvel acccepteur (Femme); NH = Nouvel acccepteur (Homme); TF = Transfert (Femme); TH = Transfert (Homme); C = client qui Continue (homme ou femme).

Noter qu'une personne consultant la clinique pour la première fois est codée comme NOUVEL accepteur s'il/elle n'utilise actuellement aucune méthode de planification familiale. Une personne qui jusqu'à présent consultait un autre centre est codée comme TRANSFERT (c'est-à-dire usager transféré à cette clinique). Pour chacune des visites qui font suite à la première, les clients sont codés comme clients qui CONTINUENT lorsqu'ils consultent les services de planification familiale.

A ce stade de votre travail, vous avez fini de remplir le jeu de papillons pour le/la client(e). Nous expliquons plus loin comment ces papillons seront utilisés. Les données qui suivent seront inscrites uniquement sur l'état journalier.

Certaines données nécessaires à la gestion, telles que l'âge et le niveau d'instruction, se rapportent au client et non pas à la visite de planification familiale. Ces données ne devront être enregistrées qu'UNE SEULE FOIS pour chaque personne se rendant à la clinique. C'est pourquoi certaines colonnes de l'état journalier sont réservées à des informations à recueillir UNIQUEMENT pour les NOUVEAUX accepteurs et pour les clients TRANSFÉRÉS (donc toutes personnes venant pour la première fois).
Ces colonnes DEVRONT ÊTRE LAISSEES EN BLANC pour les UTILISATEURS QUI CONTINUENT.

DERNIÈRE SOURCE:

Cette question ne devra être posée qu'aux clients TRANSFÉRÉS. Demander au client où il/elle a obtenu sa méthode contraceptive la dernière fois. Porter un P dans cette colonne si la source est un service public, et un C si la source appartient au secteur commercial, par exemple médecin privé, sage-femme privée, pharmacie.

(Il pourra être utile de constituer deux listes des sources locales de planification familiale, l'une pour les services publics et l'autre pour le secteur privé et commercial. L'employé qui remplira l'état journalier pourra trouver le nom de la source sur l'une des deux listes, et mettre le code correspondant dans la colonne.)

DERNIÈRE MÉTHODE:

Demander à tous les NOUVEAUX clients accepteurs s'ils ont déjà utilisé une méthode contraceptive, et dans ce cas quelle était LA DERNIÈRE méthode qu'ils ont utilisée. Indiquer la méthode dans cette colonne, si la personne n'a jamais utilisé de méthode contraceptive, mettre un N (= NON).

Demander aux clients TRANSFÉRÉS quelle méthode ils utilisent actuellement; inscrire le nom de la méthode dans cette colonne.

MARQUE DU PRODUIT:

Cette question ne sera posée qu'aux clients TRANSFÉRÉS. Indiquer la marque du contraceptif. (Il pourrait être utile de constituer une liste des marques distribuées dans votre région.)

Les questions suivantes (ÂGE, INSTRUCTION, ENFANTS VIVANTS, ÉTAT-CIVIL) seront posées à tous les NOUVEAUX ACCEPTEURS ET CLIENTS TRANSFÉRÉS (PREMIÈRE VISITE):

- ÂGE:** Indiquer l'âge du client en ANNÉES ENTIÈRES.
- INSTRUCTION:** Indiquer le nombre total d'années de scolarité.
- ENFANTS VIVANTS:** Indiquer le nombre total d'enfants que la personne a eus et qui sont encore vivants.
- ÉTAT-CIVIL:** Indiquer si le nouvel accepteur ou le client transféré est célibataire, marié ou en ménage, séparé, divorcé ou veuf.
- RUBRIQUE LOCALE:** Une colonne supplémentaire est réservée aux informations particulières que certains projets désireront recueillir (par exemple, par qui sont adressés les clients, etc.) Cette colonne pourra être utilisée de façon continue si les responsables du projet le désirent, ou bien périodiquement ou à titre d'échantillonnage pour des sondages particuliers.

Les autres colonnes de l'état journalier devront être remplies pour TOUS les clients:

- MÉTHODES CONTRACEPTIVES:** Six des colonnes de l'état journalier servent à enregistrer les méthodes contraceptives distribuées. Pour les PILULES, pour les COMPRIMÉS MOUSSE et pour les CONDOMS, indiquer les quantités effectivement remises. Cette information est nécessaire pour le réapprovisionnement en contraceptifs, et également pour déterminer la date du PROCHAIN RENDEZ-VOUS ainsi que pour les statistiques de service du Programme Entreprise. Pour les PILULES, indiquer le nombre de cycles; pour les COMPRIMÉS MOUSSE, le nombre de comprimés; et pour les CONDOMS, le nombre d'unités.

Pour les INJECTABLES, les POSES DE DIU et les CONTRÔLES DE DIU, indiquez le chiffre 1 ou cochez la colonne correspondante. Il reste deux colonnes supplémentaires qui pourront servir pour les autres méthodes éventuellement fournies par certaines cliniques (par exemple NORPLANT, CCV). Si vous

VI Enregistrement clinique
Pages du stagiaire

remettez plus d'une méthode (par exemple des PILULES plus une quantité suffisante de CONDOMS pour aller jusqu'aux prochaines règles de la consultante), vous indiquerez le tout dans les colonnes correspondantes. Bien entendu, si le/la client(e) refuse toutes les méthodes proposées, vous cochez la colonne PAS DE MÉTHODE.

Si un homme vient chercher des CONDOMS, et que vous les lui donnez directement sans fournir aucune autre prestation de service, il n'est PAS NÉCESSAIRE de remplir toute la ligne de l'état journalier. Vous inscrirez seulement "Distribution de condoms" dans la colonne NOM DU CLIENT, et indiquerez le nombre d'unités remises. Lorsqu'un homme vient uniquement chercher des condoms, il n'y a aucune raison de le faire attendre pour remplir toute la feuille. Pour ces "clients condoms", les papillons de suivi seront tout simplement mis au panier.

RENOIS EN CONSULTATION:

Si vous adressez un client à d'autres services, soit pour une contraception chirurgicale volontaire (CCV), soit pour la PF NATURELLE, soit pour d'autres raisons, par exemple cas d'hypertension, anémie, varices graves, etc., cochez la colonne correspondante. Ici encore, une colonne est laissée à votre disposition pour les raisons particulières que chaque clinique peut avoir d'adresser ses clients à d'autres services. Notez que vous pouvez très bien délivrer des contraceptifs en même temps que vous adressez la personne à un service de CCV ou autre. Dans ce cas, vous remplirez toutes les colonnes correspondantes.

COMMENTAIRES:

Utilisez cette colonne pour enregistrer toute information requise pour votre administration locale. Les renseignements dont vous aurez besoin lors de la prochaine visite du client devront être enregistrés dans le dossier médical plutôt que sur l'état journalier polyvalent, car l'état journalier ne sera probablement pas à votre disposition la prochaine fois que le client viendra à la clinique.

Lorsque vous arriverez à la fin d'une feuille d'état journalier, vous en prendrez deux autres et vous continuerez. Au bas de chaque feuille, vous totaliserez le nombre de clients pour chaque TYPE DE CLIENT (NF, NH, TF, TH, C), ainsi que les quantités de contraceptifs distribués et le nombre de personnes adressées à d'autres services; ces données vous seront nécessaires pour vos comptes rendus administratifs et pour la gestion des stocks.

Vous conserverez les états journaliers, qui constitueront le dossier des prestations de services fournies par votre clinique. Pour les projets ayant reçu la consigne d'établir l'état journalier en deux exemplaires, il suffira de joindre le double au rapport trimestriel envoyé au Programme Entreprise (après avoir rendu invisibles les renseignements de la colonne NOM ET ADRESSE, qui resteront confidentiels).

UTILISATION DES PAILLONS COMME RAPPELS DE RENDEZ-VOUS

Détachez à présent les deux exemplaires du papillon que vous venez de remplir. Donnez le premier exemplaire à votre client, qui le conservera comme rappel de la date de son prochain rendez-vous, et demandez-lui d'apporter ce ticket avec lui pour le prochain rendez-vous. Ceci n'est pas indispensable, mais si le client revient avec son ticket vous saurez immédiatement quel code mettre dans la colonne TYPE DE CLIENT, et quel est le numéro du dossier médical à consulter. Le deuxième exemplaire du papillon est destiné à vos dossiers. Au cas où le client ne voudra pas être contacté en dehors de la clinique, vous inscrirez "Ne pas contacter" sur votre papillon.

Votre exemplaire du papillon pourra être utilisé comme rappel de la date de rendez-vous, ou "fiche de relance". Le Programme Entreprise pourra vous aider à mettre en place un système de relance si vous le désirez. Ceci n'exigera pas d'autre matériel qu'un fichier et des intercalaires pour marquer chaque semaine de l'année.

Vous placerez tous vos papillons dans le fichier, derrière l'intercalaire correspondant à la semaine pendant laquelle le client aura son PROCHAIN RENDEZ-VOUS. Par exemple, si une personne consulte le 1^{er} janvier et reçoit un stock de pilules pour trois mois, vous fixerez son PROCHAIN RENDEZ-VOUS au 15 mars, prévoyant ainsi qu'elle revienne deux semaines avant d'avoir épuisé son stock. Vous allez donc placer son papillon dans la section correspondant à la troisième semaine de mars. De cette façon, au début de chaque semaine vous aurez sous les yeux, dans votre fichier, les papillons correspondant à tous les utilisateurs QUI CONTINUENT et dont la visite est prévue pendant la semaine.

Lorsqu'un utilisateur QUI CONTINUE vient à son rendez-vous, vous sortez son papillon de votre fichier et VOUS LE JETEZ. Tous les papillons qui resteront éventuellement à la fin de la semaine représenteront donc les clients qui auront manqué leur rendez-vous.

Si un UTILISATEUR n'est pas revenu à la clinique au cours des six mois qui suivent le dernier rendez-vous fixé, son cas est considéré comme un ABANDON. NE JETEZ PAS le papillon. Vous devrez au contraire classer ces papillons séparément, en ordre chronologique, de façon à pouvoir calculer de temps à autre le nombre d'ABANDONS dans votre programme. On vous demandera de transmettre au Programme Entreprise, avec chaque rapport trimestriel, les papillons des clients qui auront abandonné.

Prenez garde de ne pas faire confusion: il faut JETER les papillons des clients QUI REVIENNENT, et il faut CONSERVER les papillons des clients QUI NE REVIENNENT PAS!

INFORMATION DE GESTION - RAPPORT D'ACTIVITÉ TRIMESTRIEL
À REMETTRE AU PROGRAMME ENTREPRISE (FORMULAIRE C)*

L'état journalier polyvalent permet de recueillir rapidement et facilement certains renseignements: nombres et types de clients, caractéristiques démographiques des NOUVEAUX accepteurs et des accepteurs TRANSFÉRÉS, prestations de services fournies et contraceptifs distribués. La plupart des statistiques de service nécessaires à la gestion d'une clinique pourront donc aisément être obtenues à partir de l'état journalier polyvalent. Le Programme Entreprise pourra le cas échéant prêter son concours pour la mise au point de systèmes d'information de gestion correspondant aux besoins particuliers d'un projet.

Vous trouverez ci-joint un spécimen du rapport à fournir trimestriellement au Programme Entreprise aux fins d'évaluation. Une grande partie des données à fournir pour ce rapport pourront être extraites directement des totaux figurant sur l'état journalier. Les rubriques sont les suivantes:

- | | |
|--|---|
| A. TOTAL DES ACCEPTEURS CIBLÉS DU PROGRAMME | Il s'agit du nombre total de clients venant pour la première fois (NOUVEAUX accepteurs et TRANSFERTS) pour la durée prévue du projet. |
| B. NOMBRE DE NOUVEAUX ACCEPTEURS CE TRIMESTRE: | Il s'agit du nombre total de clients (hommes ou femmes) venant pour la première fois, et qui n'utilisent actuellement aucune méthode de planification familiale (code NH ou NF de l'état journalier). |
| C. NOMBRE DE TRANSFERTS CE TRIMESTRE: | Il s'agit du nombre de premières visites pour des hommes ou des femmes transférés (code TH ou TF de l'état journalier). Ces personnes ont utilisé précédemment les services de planification familiale d'un autre centre. |
| D. NOMBRE D'ACCEPTEURS CE TRIMESTRE (TOUS CLIENTS VUS POUR LA PREMIÈRE FOIS, NOUVEAUX ET TRANSFÉRÉS): | Il s'agit simplement du nombre total de clients codés NF, NH, TF ou TH sur l'état journalier pour la période. Les objectifs à atteindre par les prestations de services d'un projet seront généralement exprimés en nombre de nouveaux accepteurs à recruter. |
| E. TOTAL ACCEPTEURS DU RAPPORT TRIMESTRIEL PRÉCÉDENT: | Il s'agit du total figurant à la ligne I.F. du rapport trimestriel <u>précédent</u> . Le chiffre sera 0 pour le premier rapport. |
| F. TOTAL ACCEPTEURS À CE JOUR: | Faire la somme des lignes D et E. |

* Formulaire à remplir par les responsables des sous-projets.

- G. POURCENTAGE À CE JOUR PAR RAPPORT À L'OBJECTIF DU TOTAL DES ACCEPTEURS:** Diviser le chiffre de la ligne F par le TOTAL DES ACCEPTEURS CIBLES du projet, et multiplier par 100 ($F/A \times 100$).
- H. NOMBRE DE VISITES D'UTILISATEURS QUI CONTINUENT, POUR CE TRIMESTRE:** Il s'agit du nombre de visites de clients (hommes ou femmes) codés C sur l'état journalier.
- I. TOTAL DES VISITES D'UTILISATEURS QUI CONTINUENT, À CE JOUR** Additionner le chiffre de la ligne I.I, du rapport trimestriel précédent et celui de la ligne I.H. du présent rapport.
- J. TOTAL VISITES CE TRIMESTRE:** Faire la somme des lignes D et H.

Les autres données à fournir pour le rapport trimestriel sont des totaux tirés directement de l'état journalier; ces données prennent en compte toutes les visites, et non pas seulement les NOUVEAUX ACCEPTEURS ou les TRANSFERTS.

CONTRACEPTIFS DISTRIBUÉS: Le total pour chaque méthode (y compris PAS DE MÉTHODE) pourra reprendre directement le total de la ligne correspondante de l'état journalier.

RENOIS EN CONSULTATION: Le total pour chaque type de renvoi pourra reprendre directement le total de la ligne correspondante de l'état journalier.

ABANDONS: Il s'agit du nombre total d'accepteurs et d'utilisateurs (hommes et femmes) qui ne sont pas revenus au service de planification familiale au cours des six mois suivant le dernier rendez-vous fixé.

DERNIÈRE SOURCE: Ce renseignement ne concerne que les accepteurs TRANSFÉRÉS. Indiquer le nombre total de clients transférés qui avaient obtenu des prestations de planification familiale auprès de services publics (hôpital ou clinique d'Etat etc.) ou dans le secteur privé (médecin privé, pharmacien, sage-femme etc)

SECTIONS VII ET VIII:

Les deux dernières sections du rapport d'activité trimestriel doivent être présentées sous forme d'exposé ou de liste; on demande aux responsables des projets de décrire toutes contraintes ou problèmes sérieux affectant l'exécution de leur programme, ainsi que les efforts entrepris pour surmonter ces obstacles. Ils pourront également expliquer dans quels domaines ils ont besoin de l'assistance du Programme Entreprise.

II. CONTRACEPTIFS DISTRIBUES:
 (SUR LA BASE DU TOTAL DES VISITES PAR MOIS)

Pilules (cycles):
 Injectables (doses):
 Poses de DIU:
 Comprimés mousse (unités):
 Condoms (unités):
 Laparoscopies:
 Minilaparotomies:
 Vasectomies:
 Autres:

<u>1er</u> <u>MOIS</u>	<u>2ème</u> <u>MOIS</u>	<u>3ème</u> <u>MOIS</u>	<u>TOTAL</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

III. RENOIS EN CONSULTATION:

CCV:
 Planification familiale naturelle:
 Autres:

<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IV. ABANDONS:

<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>	<u>H</u> <u>F</u>
_____	_____	_____	_____

V. DERNIERE SOURCE DES ACCEPTEURS TRANSFERES, A CE JOUR:

Parmi les accepteurs transférés dont le total figure à la ligne I.C., combien de personnes venaient de:
 services publics? _____ sources privées? _____ source inconnue? _____

442

VI. RAPPORT SOMMAIRE SUR LES METHODES

page 3

ATTENTION: Les sous-projets qui fournissent des DIU et/ou des injectables/implants (type de prestations n° 2) doivent remplir la section A ci-dessous. Les sous-projets qui fournissent des services de CCV (type de prestations n° 3) doivent remplir les sections A et B.

Section A. DIU et/ou injectables/implants

DIU

NOMBRE

- | | |
|---|--|
| 1. Clientes ayant cessé d'utiliser la méthode pendant la période correspondant à ce rapport | |
| 2. Complications | |
| Perforation utérine (totale ou partielle) | |
| Perte de sang après pose de DIU, nécessitant traitement ou retrait | |
| Infection après pose de DIU, nécessitant traitement ou retrait | |
| Autres complications (spécifier): _____ | |

3. Décrivez brièvement la conduite adoptée et l'état présent de la malade pour chacune des complications énumérées: _____

Injectables/Implants
(Progestatifs à action prolongée)

NOMBRE

- | | |
|---|--|
| 1. Clientes ayant cessé d'utiliser la méthode pendant la période correspondant à ce rapport | |
| 2. Complications | |
| Perte de sang nécessitant un traitement ou arrêt/retrait | |
| Aménorrhée (aucune perte de sang, même minime, pendant 60 jours ou plus) | |
| Autres complications (spécifier): _____ | |

3. Décrivez brièvement la conduite adoptée et l'état présent de la malade pour chacune des complications énumérées: _____

444

Rapport d'activité - page 4

Section B. Contraception chirurgicale volontaire (CCV)

1. Complications (seules celles exigeant une hospitalisation et/ou une intervention chirurgicale supplémentaires)

NOMBRE

- au cours de l'opération
- aussitôt après l'opération (dans les 48 heures)
- après un certain temps
(jusqu'à 60 jours après l'opération)

2. Décrivez brièvement les circonstances, la conduite adoptée et l'état présent du malade pour chacune des complications énumérées: _____

3. Décès lié à une intervention chirurgicale masculine ou féminine

(nombre): _____

N.B. En cas de décès, le bureau du Programme Entreprise à Washington, D.C. (U.S.A.) devra être avisé dans les 24 heures par téléphone ou par télex.

44

VII. CONTRAINTES ET PROBLÈMES SÉRIEUX:

(Décrivez toutes contraintes et problèmes sérieux rencontrés au cours des efforts entrepris pour fournir des prestations de services de planification familiale, exécuter les plans de votre projet, et réaliser les objectifs des sous-projets pendant cette période. Indiquez brièvement les mesures éventuellement prises pour surmonter les obstacles rencontrés. Si vous n'avez pas assez de place, ajoutez des pages supplémentaires.)

VIII. ASSISTANCE DEMANDÉE AU PROGRAMME ENTREPRISE:

(Décrivez toutes formes d'assistance que vous aimeriez recevoir du Programme Entreprise pour la poursuite de la réalisation de votre projet. Si vous n'avez pas assez de place, ajoutez des pages supplémentaires.)

* Ce rapport trimestriel devra être adressé au Programme Entreprise accompagné des feuilles d'état journalier et des papillons des clients ayant abandonné.

ÉVALUATION

EXERCICE D'ÉVALUATION: SECTION VI

On demande aux stagiaires de se reporter à la liste intitulée "Inventaire des tâches/décisions à prévoir" (section VI, pages 12-16), et de répondre aux questions suivantes:

1. Quels services vous rendra cette liste lorsque vous rentrerez dans votre entreprise et commencerez à organiser vos services de planification familiale?
2. Que jugeriez-vous utile d'ajouter à cette liste?
a) Quelles tâches? b) Quels niveaux de décision?
3. Que jugeriez-vous utile d'ôter de cette liste?
a) Quelles tâches? b) Quels niveaux de décision?
4. Quelles autres améliorations pourraient, selon vous, être apportées à cette liste?

Il est très important que cette liste soit bien au point, car tous les travaux prévus à la section VI en dérivent. Les réponses aux questions ci-dessus serviront à améliorer la liste pour les stages futurs. Mais avant tout il importe que chaque stagiaire emporte dès maintenant avec lui ou avec elle, à l'issue de ce stage, une liste correspondant exactement aux exigences de sa propre situation.

Durée: 20 minutes

EXERCICE D'ÉVALUATION: SECTION VI

Veillez vous reporter à la liste intitulée "Inventaire des tâches/décisions à prévoir" (section VI, pages 17-21), et répondre aux questions suivantes:

1. Quels services vous rendra cette liste lorsque vous rentrerez dans votre entreprise et commencerez à organiser vos services de planification familiale?
 - (a) Quelles tâches?

 - (b) Quels niveaux de décision?

3. Que jugeriez-vous utile d'ôter de cette liste?
 - (a) Quelles tâches?

 - (b) Quels niveaux de décision?

4. Quelles autres améliorations pourraient, selon vous, être apportées à cette liste?

449

DOCUMENTATION À CONSULTER:

Greve, D.H. et L.V.R. Fernando. Plantation Family Welfare Supervisor's Programme. Bangkok: BIT, 1984.

BIT. In-Plant Population Education. An Asian Handbook. Bangkok: BIT, 1977.

BIT. The Industrial Manager's Compendium on In-Plant Welfare Management. Bangkok: BIT, 1983.

Taiwan Provincial Institute of Family Planning. "Evaluation of Mobile Family Planning Education Program in Factories" in ICARP ASIA SEARCHER, janvier 1984, pp. 21-26.

U.S. Public Health Service. Logistics Guidelines for Family Planning Programs. Washington: Department of Health and Human Services, 1981.

Divers:

AAPC. Procurement and Supply Management Training Course. New York: AAPC, 1985.

Centers for Disease Control. "Evaluating the Need for Integration", in Planification familiale: méthodes et pratique pour l'Afrique. Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 1983, pp. 296-297.

_____. "Ordering, Maintaining and Storing Supplies", in Planification familiale: méthodes et pratique pour l'Afrique. Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 1983, pp. 286-288.

_____. "Dealing with Obstacles to the Delivery of Services", in Planification familiale: méthodes et pratique pour l'Afrique. Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 1983, pp. 289-292.

Entreprise Program. "Programming Considerations for Family Planning Services and Commodities Planning". Washington: JSI, 1986.

Family Planning Private Sector Program. FPPS Community-Based Distribution Programme Recordkeeping Procedures. Nairobi: FPPS/JSI, 1986.

JSI. User Satisfaction Survey/Client Complaint Form. Boston: JSI, 1979.

JSI. Client Access/Patient Flow Forms. Boston: JSI, 1979.

JSI. Patient Exit Interview Form. Boston: JSI, 1979.

JSI. Simplified Manual Systems for Clinical Management. Boston: JSI, 1979.

450

Mathews, B. et K. Pisharoti. "Job Specifications as a Basis for Training Design", in Lynton, R.P. et U. Pareek. Training for Development. West Hartford, CT: Kumarian Press, 1978, pp. 206-214.

National Institute of Health and Family Welfare. Inter-country Course on Logistics and Supply Management for Health and Family Planning Programmes. New Delhi: National Institute of Health and Family Welfare, et Centers for Disease Control, 1984.

Svendsen, D.S. et S. Wijetelleke. "Making a Training Plan", in Navamaga: Training Activities for Group Building, Health and Income Generation. Washington, D.C.: Overseas Education Fund, 1983, pp. 20-21.

Westinghouse Health Systems. Contraceptive Prevalence Survey. Model Questionnaire. Columbia, MD: Westinghouse Health Systems, n.d.

SECTION VII

MISE AU POINT D'UN PLAN D'ACTION

DUREE PREVUE: 3 heures

SECTION VII: Mise au point d'un plan d'action

Les stagiaires s'emploient ici à la préparation d'un plan d'action pour l'établissement de services de planification familiale au sein de leur usine, de leur plantation ou de leur entreprise.

POUR LE FORMATEUR**Objectifs pour cette section:**

A l'issue des travaux qui constituent cette section, les stagiaires auront accompli ce qui suit:

1. élaboration d'un plan pour la mise en place de services de planification familiale au sein de leur entreprise;
2. discussion avec les autres stagiaires, examen critique de leurs plans respectifs, échange d'observations basées sur les notions acquises au cours de l'atelier.

Justification:

Pour construire leur plan d'action, les stagiaires feront, avec l'aide des animateurs et des formateurs, l'inventaire des principales tâches à effectuer pour organiser des services de planification familiale au sein de leur usine ou plantation. A partir de ce plan, la direction de l'entreprise et les responsables sanitaires pourront ensuite procéder à un planning plus précis, et rassembler les informations nécessaires pour exécuter méthodiquement les tâches figurant au plan d'action.

DÉROULEMENT DES TRAVAUX

- o **Elaboration d'un plan d'action pour l'établissement, la gestion et l'évaluation de services de planification familiale**

Avant de passer à la mise au point de leur propre plan d'action, les stagiaires passent en revue les aspects les plus importants de l'établissement de services de planification familiale d'entreprise, étudient les plans d'action adoptés dans des situations ressemblant à celle de leur entreprise, et examinent à nouveau la justification des services qu'ils envisagent d'organiser eux-mêmes.

Durée: 3 heures

POUR LE FORMATEUR:

On trouvera à cette section des exemples tirés du plan d'action élaboré par une entreprise privée asiatique.

**ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION
POUR LA MISE EN PLACE, LA GESTION ET L'ÉVALUATION
DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

Il est essentiel, pour élaborer un plan d'action, d'avoir bien compris ce qui doit se passer à chacune des étapes. A la section précédente du manuel, nous avons indiqué une méthode pour l'examen des tâches constituant l'organisation de services de planification familiale d'entreprise, et nous avons dressé la liste des principales décisions auxquelles vous et vos collègues devrez vous préparer.

Pour élaborer votre plan de travail, il vous faudra:

o **PREMIÈREMENT**, parcourir la série de questions préalables figurant plus loin dans cette section, et déterminer quelles sont les questions pour lesquelles vous disposez déjà des données nécessaires;

o o **ENSUITE**, examiner le spécimen de plan d'action préparé pour une entreprise asiatique par ses cadres de direction assistés de ceux du Programme Entreprise; faire attention aux points suivants:

- quelle est la formule envisagée pour l'organisation des services

- quelles sont les catégories de prestations prévues

- quelle est la dimension du groupe d'utilisateurs considéré

- quel est la composition du personnel prévu

- quelles sont les limites de temps fixées.

435

o o o **ENSUITE**, il vous faudra prendre note des données correspondant à votre propre situation en ce qui concerne chacun des points suivants:

- la formule que vous envisagez pour l'organisation des services

- la gamme de prestations que vous prévoyez

- le public ciblé pour vos services (sexe, âge, etc.)

- la composition du personnel que vous envisagez d'affecter à vos services

- le temps que vous estimez nécessaire pour passer de cette phase préparatoire au moment où les services entreront en activité

Une fois que vous disposerez de ces informations, et de tout ce que vous avez appris à la section VI, vous devriez être en mesure d'entreprendre la rédaction de votre plan d'action. Vous continuerez de vous reporter aux notes prises ici, à la liste des tâches/décisions de la section VI, et au spécimen de plan d'action fourni ci-après. Vous devrez également tirer parti au maximum des questions figurant aux pages qui suivent. Ces questions vous aideront à estimer quels sont vos besoins d'information avant de vous engager dans l'élaboration de votre plan. En parcourant la liste de questions, vous remarquerez que dans certains cas vous disposez déjà de ce qu'il vous faut pour faire un plan; dans d'autres cas, il vous faudra trouver où vous adresser pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Questions préalables pour l'établissement
et la gestion de services de planification familiale
dans des usines ou des plantations

Prestations de services

1. Quelles sont exactement les catégories de prestations à fournir?
2. Quelle est la situation actuelle?
3. Quelle est le groupe de population visé?
4. Quelle est la dimension du groupe visé?
5. Quel est l'objectif fixé pour le taux d'acceptation?
6. Qui fournira les prestations de services?
7. Dans quelle mesure les locaux et l'équipement existants conviennent-ils à l'organisation prévue pour les services?
8. Quels sont les locaux, l'équipement, le mobilier et les fournitures nécessaires pour le fonctionnement des services?
9. Quelle est la gamme de méthodes prévue?
10. Quels sont les techniques actuellement adoptées (ou exigées) pour la tenue des dossiers? Conviennent-elles à vos besoins?
11. De quelles sortes de documents éducatifs aurez-vous besoin? A combien se monteront les frais?

Gestion et administration

1. Comment se présente l'organigramme de l'entreprise? Quelle est la répartition du personnel? Quelle est la place des services de santé dans l'organigramme?
2. Quelles sont les personnes qui joueront un rôle important pour l'organisation et la mise en place des services? parmi les cadres de l'entreprise? dans les syndicats? dans la communauté? dans les services publics?

3. Qui sera chargé de la direction générale des services de planification familiale? Qui garantira la mise à jour de la qualité des soins?
4. Qui sera responsable de la gestion courante des services de planification familiale? de la gestion financière? du contrôle médical?
5. Qui est chargé de préparer les directives à observer pour les prestations de services?
6. Qui sera chargé de passer les commandes de produits?
7. Quelle est la réglementation gouvernementale pour l'établissement de services de planification familiale? les déclarations officielles à fournir?

Formation

1. Quelles sont sur place les possibilités de formation en planification familiale?
2. Qui peut suivre ces formations? Sont-elles satisfaisantes?
3. Est-il possible d'effectuer des formations sur le lieu de travail?
4. Qui suivra une formation? Sur quoi portera la formation?
5. Comment détectera-t-on les besoins de recyclage et formation en cours d'emploi?

IEC

1. Quelle forme prendra le volet IEC?
2. Quels documents IEC existent sur place? Par qui sont-ils utilisés? Qui les distribue? Sont-ils satisfaisants? Est-il possible de les acquérir ou de les utiliser?

Produits

1. De quelles sortes de produits aura-t-on besoin?
2. A quelles sources devrait-on pouvoir se procurer les produits?

458

3. Quelles sont les catégories de produits que l'on peut se procurer?
4. A quelles conditions les produits peuvent-ils être obtenus d'organismes internationaux, de sections locales de l'IPPF, du PNUAF, de programmes de marketing social, du secteur commercial?
5. Où seront entreposés les produits?
6. Comment sera tenu l'état des stocks? par qui?
7. Quelles sont les prévisions initiales pour les quantités de produits?

Considérations budgétaires

1. Quels sont les coûts de:
 - formation du personnel
 - matériels divers et fournitures
 - produits
 - travaux de promotion IEC
 - participation des employés aux activités de planification familiale
2. Quelle sorte d'aide peut-on obtenir?
 - co-financement
 - produits subventionnés
 - produits gratuits
 - services en nature
 - paiement demandé aux usagers
3. Quel volume d'aide financière sera nécessaire au départ?

Evaluation

1. Quelle est la stratégie d'ensemble adoptée pour l'évaluation du taux de couverture? de l'IEC? des prestations de services?
2. Qui évalue quoi, et qui?
3. Comment sont contrôlés les coûts? par qui?
4. Comment la direction diffusera-t-elle les informations concernant le programme? auprès de qui? dans quel but?

Source: Programme Entreprise, 1986.

**ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION
POUR LA MISE EN PLACE, LA GESTION ET L'ÉVALUATION
DE SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE D'ENTREPRISE**

Il est essentiel, pour élaborer un plan d'action, d'avoir bien compris ce qui doit se passer à chacune des étapes. A la section précédente du manuel, nous avons indiqué une méthode pour l'examen des tâches constituant l'organisation de services de planification familiale d'entreprise, et nous avons dressé la liste des principales décisions auxquelles vous et vos collègues devrez vous préparer.

Pour élaborer votre plan de travail, il vous faudra :

o PREMIÈREMENT, parcourir la série de questions préalables figurant plus loin dans cette section, et déterminer quelles sont les questions pour lesquelles vous disposez déjà des données nécessaires;

o o ENSUITE, examiner le spécimen de plan d'action préparé pour une entreprise asiatique par ses cadres de direction assistés de ceux du Programme Entreprise; faire attention aux points suivants:

- quelle est la formule envisagée pour l'organisation des services

- quelles sont les catégories de prestations prévues

- quelle est la dimension du groupe d'utilisateurs considéré

- quel est la composition du personnel prévu

- quelles sont les limites de temps fixées.

o o o ENSUITE, il vous faudra prendre note des données correspondant à votre propre situation en ce qui concerne chacun des points suivants:

- la formule que vous envisagez pour l'organisation des services

- la gamme de prestations que vous prévoyez

- le public ciblé pour vos services (sexe, âge, etc.)

- la composition du personnel que vous envisagez d'affecter à vos services

- le temps que vous estimez nécessaire pour passer de cette phase préparatoire au moment où les services entreront en activité

Une fois que vous disposerez de ces informations, et de tout ce que vous avez appris à la section VI, vous devriez être en mesure d'entreprendre la rédaction de votre plan d'action. Vous continuerez de vous reporter aux notes prises ici, à la liste des tâches/décisions de la section VI, et au spécimen de plan d'action fourni ci-après. Vous devrez également tirer parti au maximum des questions figurant aux pages qui suivent. Ces questions vous aideront à estimer quels sont vos besoins d'information avant de vous engager dans l'élaboration de votre plan. En parcourant la liste de questions, vous remarquerez que dans certains cas vous disposez déjà de ce qu'il vous faut pour faire un plan; dans d'autres cas, il vous faudra trouver où vous adresser pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Questions préalables pour l'établissement
et la gestion de services de planification familiale
dans des usines ou des plantations

Prestations de services

1. Quelles sont exactement les catégories de prestations à fournir?
2. Quelle est la situation actuelle?
3. Quelle est le groupe de population visé?
4. Quelle est la dimension du groupe visé?
5. Quel est l'objectif fixé pour le taux d'acceptation?
6. Qui fournira les prestations de services?
7. Dans quelle mesure les locaux et l'équipement existants conviennent-ils à l'organisation prévue pour les services?
8. Quels sont les locaux, l'équipement, le mobilier et les fournitures nécessaires pour le fonctionnement des services?
9. Quelle est la gamme de méthodes prévue?
10. Quels sont les techniques actuellement adoptées (ou exigées) pour la tenue des dossiers? Conviennent-elles à vos besoins?
11. De quelles sortes de documents éducatifs aurez-vous besoin? A combien se monteront les frais?

Gestion et administration

1. Comment se présente l'organigramme de l'entreprise? Quelle est la répartition du personnel? Quelle est la place des services de santé dans l'organigramme?
2. Quelles sont les personnes qui joueront un rôle important pour l'organisation et la mise en place des services? parmi les cadres de l'entreprise? dans les syndicats? dans la communauté? dans les services publics?

3. Qui sera chargé de la direction générale des services de planification familiale? Qui garantira la mise à jour de la qualité des soins?
4. Qui sera responsable de la gestion courante des services de planification familiale? de la gestion financière? du contrôle médical?
5. Qui est chargé de préparer les directives à observer pour les prestations de services?
6. Qui sera chargé de passer les commandes de produits?
7. Quelle est la réglementation gouvernementale pour l'établissement de services de planification familiale? les déclarations officielles à fournir?

Formation

1. Quelles sont sur place les possibilités de formation en planification familiale?
2. Qui peut suivre ces formations? Sont-elles satisfaisantes?
3. Est-il possible d'effectuer des formations sur le lieu de travail?
4. Qui suivra une formation? Sur quoi portera la formation?
5. Comment détectera-t-on les besoins de recyclage et formation en cours d'emploi?

IEC

1. Quelle forme prendra le volet IEC?
2. Quels documents IEC existent sur place? Par qui sont-ils utilisés? Qui les distribue? Sont-ils satisfaisants? Est-il possible de les acquérir ou de les utiliser?

Produits

1. De quelles sortes de produits aura-t-on besoin?
2. A quelles sources devrait-on pouvoir se procurer les produits?

3. Quelles sont les catégories de produits que l'on peut se procurer?
4. A quelles conditions les produits peuvent-ils être obtenus d'organismes internationaux, de sections locales de l'IPPF, du PNUAF, de programmes de marketing social, du secteur commercial?
5. Où seront entreposés les produits?
6. Comment sera tenu l'état des stocks? par qui?
7. Quelles sont les prévisions initiales pour les quantités de produits?

Considérations budgétaires

1. Quels sont les coûts de:
 - formation du personnel
 - matériels divers et fournitures
 - produits
 - travaux de promotion IEC
 - participation des employés aux activités de planification familiale
2. Quelle sorte d'aide peut-on obtenir?
 - co-financement
 - produits subventionnés
 - produits gratuits
 - services en nature
 - paiement demandé aux usagers
3. Quel volume d'aide financière sera nécessaire au départ?

4/105

Evaluation

1. Quelle est la stratégie d'ensemble adoptée pour l'évaluation du taux de couverture? de l'IEC? des prestations de services?
2. Qui évalue quoi, et qui?
3. Comment sont contrôlés les coûts? par qui?
4. Comment la direction diffusera-t-elle les informations concernant le programme? auprès de qui? dans quel but?

Source: Programme Entreprise, 1986.

SPÉCIMEN DE PLAN D'ACTION

Le plan d'action ci-après provient d'une usine asiatique qui se prépare à instaurer des services de planification familiale d'entreprise. Le travail doit s'effectuer avec l'assistance d'un organisme extérieur de financement. Les objectifs du programme sont les suivants:

1. Installer sur le lieu de travail une clinique de planification familiale d'entreprise à l'intention des employés et de leurs conjoints.
2. Améliorer l'état de santé des familles des employés par divers moyens: éducation sanitaire, travaux de sensibilisation IEC, services de santé reproductive.
3. Réduire les maladies et absences liées à la grossesse des employées, et augmenter la productivité et la rentabilité.
4. Continuer à servir les quelque 160 personnes pratiquant actuellement la planification familiale, et obtenir 250 acceptrices supplémentaires, soit 50% des femmes mariées ne pratiquant pas actuellement la contraception.
5. Promouvoir la notion de services de planification familiale d'entreprise, de façon que ce modèle puisse être reproduit dans d'autres entreprises.
6. Promouvoir la mise au point, grâce à l'organisation de services de planification familiale pour le personnel, de formules d'avantages sociaux/services médicaux plus intéressantes pour l'entreprise privée

Les services sont prévus comme suit:

Une clinique sera ouverte cinq jours par semaine de midi à 18 h, et servira l'ensemble des 1 300 employés et de leurs conjoints, selon l'horaire suivant:

12 h - 13 h:	employés
13 h - 15 h 30:	conjoints
15 h 30 - 18h:	employés

Un médecin consultant assumera la responsabilité générale des consultations, qui seront assurées par une infirmière sage-femme avec l'appui professionnel du médecin. Ce dernier traitera tous les patients et patientes qui lui seront adressés par

467

la sage-femme. Il sera de service à la clinique deux heures par semaine, selon un horaire régulier. Les cas d'urgence et les cas pour lesquels la clinique ne sera pas suffisamment équipée (par exemple, travaux de laboratoire) seront adressés à l'hôpital le plus proche, qui se trouve à environ quinze minutes de route de l'entreprise.

On organisera tous les mois des travaux d'IEC et des conférences éducatives, pour inciter les employés à accepter les services de planification familiale. On organisera également d'autres activités de promotion de la planification familiale, par exemple réunions de chefs de services à l'heure du déjeuner, visites rendues à domicile par l'infirmière sage-femme. L'infirmière sage-femme et le médecin consultant assisteront à des séminaires de mise à jour sur les techniques contraceptives. Leur remplacement sera assuré pour les prestations de services lors de ces absences. En outre une formation IEC sera prévue pour deux agents de motivation faisant partie de l'entreprise. (L'un des employés a déjà reçu une formation en motivation pour la planification familiale).

Le plan d'action comporte trois phases successives:

PHASE I: PLANIFICATION ET MISE AU POINT DE LA CLINIQUE

1. Sélection des cadres de direction qui auront la responsabilité des travaux du projet.
2. Rénovation, par la direction, des locaux destinés à la clinique de planification familiale, avec installation du mobilier indispensable.
3. Entretiens préalables, sélection et embauche d'une infirmière sage-femme et d'un médecin consultant.
4. Formation de deux agents de motivation appartenant à l'entreprise, et mise au point d'un programme IEC de motivation, prévoyant une action au niveau des chefs de services, des employés et de leurs conjoints. Le programme IEC sera élaboré au moyen d'une collaboration entre l'infirmière sage-femme, le médecin consultant, les agents de motivation et la direction de l'entreprise.
5. Elaboration et mise au point de systèmes de tenue des dossiers et de comptes rendus assurant le bon fonctionnement de la clinique et répondant aux exigences de la direction de l'entreprise ainsi qu'aux règlements imposés par l'organisme de financement.

6. Obtention de matériel et fournitures diverses, de produits et de documents pour l'éducation sanitaire.
7. Début des activités d'IEC et de motivation au sein de l'usine (y compris distribution de documents IEC).
8. Enregistrement de la clinique auprès des services sanitaires officiels.
9. Préparation d'un programme de manifestations pour la promotion de la planification familiale.

PHASE II: MISE EN PLACE DES SERVICES DE CONSULTATION ET IEC

1. Prestations de services de planification familiale, notamment pilules, DIU, spermicides, condoms, méthodes naturelles, conseil, éducation sanitaire; renvoi à l'hôpital local pour les cas d'infécondité et pour la stérilisation chirurgicale volontaire.
2. Organisation, à l'usine, de conférences mensuelles d'éducation sanitaire et de motivation.
3. Visites rendues par l'infirmière sage-femme au domicile des épouses d'employés et, le cas échéant, suivi des personnes qui abandonnent.
4. Tenue des dossiers, compilation des informations et présentation de comptes rendus trimestriels à l'organisme de financement, selon la nécessité.
5. Entretien de l'équipement, gestion matérielle des fournitures et produits.
6. Evaluation des travaux de la clinique à la fin de la première année du projet; le cas échéant, modification du programme en vue de la réalisation des objectifs de service.
7. Visites d'assistance technique et suivi des activités de service par l'organisme de financement, selon la nécessité.
8. Elaboration d'un plan pour la prise en mains des opérations de la clinique par la direction de l'entreprise.
9. Exécution de manifestations de promotion de la planification familiale.

469

**PHASE III: GESTION DE LA CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE
PAR L'ENTREPRISE**

1. Continuation des prestations de services de planification familiale aux employés et à leurs conjoints, ces prestations étant assurées par la société.
2. Approvisionnement et distribution des produits de planification familiale, ces fonctions étant assurées par la société.
3. Organisation d'une visite de suivi par le Programme Entreprise six mois après la passation des pouvoirs.
4. Suite des comptes rendus statistiques annuels à remettre au Programme Entreprise.

Source: Programme Entreprise, 1986.

SPÉCIMEN DE PLAN D'ACTION

Le plan d'action ci-après provient d'une usine asiatique qui se prépare à instaurer des services de planification familiale d'entreprise. Le travail doit s'effectuer avec l'assistance d'un organisme extérieur de financement. Les objectifs du programme sont les suivants:

1. Installer sur le lieu de travail une clinique de planification familiale d'entreprise à l'intention des employés et de leurs conjoints.
2. Améliorer l'état de santé des familles des employés par divers moyens: éducation sanitaire, travaux de sensibilisation IEC, services de santé reproductive.
3. Réduire les maladies et absences liées à la grossesse des employées, et augmenter la productivité et la rentabilité.
4. Continuer à servir les quelque 160 personnes pratiquant actuellement la planification familiale, et obtenir 250 acceptatrices supplémentaires, soit 50% des femmes mariées ne pratiquant pas actuellement la contraception.
5. Promouvoir la notion de services de planification familiale d'entreprise, de façon que ce modèle puisse être reproduit dans d'autres entreprises.
6. Promouvoir la mise au point, grâce à l'organisation de services de planification familiale pour le personnel, de formules d'avantages sociaux/services médicaux plus intéressantes pour l'entreprise privée

Les services sont prévus comme suit:

Une clinique sera ouverte cinq jours par semaine de midi à 18 h, et servira l'ensemble des 1 300 employés et de leurs conjoints, selon l'horaire suivant:

12 h - 13 h:	employés
13 h - 15 h 30:	conjoints
15 h 30 - 18h:	employés

Un médecin consultant assumera la responsabilité générale des consultations, qui seront assurées par une infirmière sage-femme avec l'appui professionnel du médecin. Ce dernier traitera tous les patients et patientes qui lui seront adressés par

la sage-femme. Il sera de service à la clinique deux heures par semaine, selon un horaire régulier. Les cas d'urgence et les cas pour lesquels la clinique ne sera pas suffisamment équipée (par exemple, travaux de laboratoire) seront adressés à l'hôpital le plus proche, qui se trouve à environ quinze minutes de route de l'entreprise.

On organisera tous les mois des travaux d'IEC et des conférences éducatives, pour inciter les employés à accepter les services de planification familiale. On organisera également d'autres activités de promotion de la planification familiale, par exemple réunions de chefs de services à l'heure du déjeuner, visites rendues à domicile par l'infirmière sage-femme. L'infirmière sage-femme et le médecin consultant assisteront à des séminaires de mise à jour sur les techniques contraceptives. Leur remplacement sera assuré pour les prestations de services lors de ces absences. En outre une formation IEC sera prévue pour deux agents de motivation faisant partie de l'entreprise. (L'un des employés a déjà reçu une formation en motivation pour la planification familiale).

Le plan d'action comporte trois phases successives:

PHASE I: PLANIFICATION ET MISE AU POINT DE LA CLINIQUE

1. Sélection des cadres de direction qui auront la responsabilité des travaux du projet.
2. Rénovation, par la direction, des locaux destinés à la clinique de planification familiale, avec installation du mobilier indispensable.
3. Entretiens préalables, sélection et embauche d'une infirmière sage-femme et d'un médecin consultant.
4. Formation de deux agents de motivation appartenant à l'entreprise, et mise au point d'un programme IEC de motivation, prévoyant une action au niveau des chefs de services, des employés et de leurs conjoints. Le programme IEC sera élaboré au moyen d'une collaboration entre l'infirmière sage-femme, le médecin consultant, les agents de motivation et la direction de l'entreprise.
5. Elaboration et mise au point de systèmes de tenue des dossiers et de comptes rendus assurant le bon fonctionnement de la clinique et répondant aux exigences de la direction de l'entreprise ainsi qu'aux règlements imposés par l'organisme de financement.

6. Obtention de matériel et fournitures diverses, de produits et de documents pour l'éducation sanitaire.
7. Début des activités d'IEC et de motivation au sein de l'usine (y compris distribution de documents IEC).
8. Enregistrement de la clinique auprès des services sanitaires officiels.
9. Préparation d'un programme de manifestations pour la promotion de la planification familiale.

PHASE II: MISE EN PLACE DES SERVICES DE CONSULTATION ET IEC

1. Prestations de services de planification familiale, notamment pilules, DIU, spermicides, condoms, méthodes naturelles, conseil, éducation sanitaire; renvoi à l'hôpital local pour les cas d'infécondité et pour la stérilisation chirurgicale volontaire.
2. Organisation, à l'usine, de conférences mensuelles d'éducation sanitaire et de motivation.
3. Visites rendues par l'infirmière sage-femme au domicile des épouses d'employés et, le cas échéant, suivi des personnes qui abandonnent.
4. Tenue des dossiers, compilation des informations et présentation de comptes rendus trimestriels à l'organisme de financement, selon la nécessité.
5. Entretien de l'équipement, gestion matérielle des fournitures et produits.
6. Evaluation des travaux de la clinique à la fin de la première année du projet; le cas échéant, modification du programme en vue de la réalisation des objectifs de service.
7. Visites d'assistance technique et suivi des activités de service par l'organisme de financement, selon la nécessité.
8. Elaboration d'un plan pour la prise en mains des opérations de la clinique par la direction de l'entreprise.
9. Exécution de manifestations de promotion de la planification familiale.

**PHASE III: GESTION DE LA CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE
PAR L'ENTREPRISE**

1. Continuation des prestations de services de planification familiale aux employés et à leurs conjoints, ces prestations étant assurées par la société.
2. Approvisionnement et distribution des produits de planification familiale, ces fonctions étant assurées par la société.
3. Organisation d'une visite de suivi par le Programme Entreprise six mois après la passation des pouvoirs.
4. Suite des comptes rendus statistiques annuels à remettre au Programme Entreprise.

Source: Programme Entreprise, 1986.

ÉVALUATION DU MODULE

On trouvera ci-après deux formulaires d'évaluation - un pour les formateurs et un pour les stagiaires. Le formulaire d'évaluation par le formateur a pour but d'aider le Programme Entreprise à perfectionner ce module. Il en est de même pour le formulaire d'évaluation par le stagiaire, mais en outre celui-ci pourra aider le formateur à perfectionner sa propre technique de formation. Le formateur est prié d'envoyer les formulaires remplis à l'adresse suivante:

Ms. Kulmindar Johal
The Enterprise Program
Ninth Floor
1100 Wilson Boulevard
Arlington, VA 22209
U.S.A.

FORMULAIRE D'ÉVALUATION PAR LE FORMATEUR

Veillez remplir ce formulaire et l'expédier, accompagné des formulaires d'évaluation remplis par les stagiaires, à l'adresse suivante:

Ms. Kulmindar Johal
The Enterprise Program
Ninth Floor
1100 Wilson Boulevard
Arlington, VA 22209
U.S.A.

Pour les questions suivantes, vous entourerez d'un cercle le chiffre qui correspondra le mieux à votre opinion: "non, pas du tout" (1), "oui, tout à fait" (6), ou une opinion intermédiaire (2, 3, 4 ou 5). Ne pas entourer le mot "oui" ou "non".

1. Dans l'ensemble, le manuel vous e-t-il été utile?

non 1 2 3 4 5 6 oui

2. L'ordre adopté pour les travaux était-il logique?

non 1 2 3 4 5 6 oui

Pour chacune des sections du manuel, veuillez indiquer si vous approuvez les informations fournies et les méthodes conseillées pour l'utilisation de ces informations au cours des stages.

3. Section I: Informations fournies

non 1 2 3 4 5 6 oui

Section I: Méthodes conseillées

non 1 2 3 4 5 6 oui

4. Section II: Informations fournies

non 1 2 3 4 5 6 oui

Section II: Méthodes conseillées

non 1 2 3 4 5 6 oui

476

5. **Section III: Informations fournies**
non 1 2 3 4 5 6 oui
- Section III: Méthodes conseillées**
non 1 2 3 4 5 6 oui
6. **Section IV: Informations fournies**
non 1 2 3 4 5 6 oui
- Section IV: Méthodes conseillées**
non 1 2 3 4 5 6 oui
7. **Section V: Informations fournies**
non 1 2 3 4 5 6 oui
- Section V: Méthodes conseillées**
non 1 2 3 4 5 6 oui
8. **Section VI: Informations fournies**
non 1 2 3 4 5 6 oui
- Section VI: Méthodes conseillées**
non 1 2 3 4 5 6 oui
9. **Section VII: Informations fournies**
non 1 2 3 4 5 6 oui
- Section VII: Méthodes conseillées**
non 1 2 3 4 5 6 oui

Veillez répondre par écrit aux questions suivantes.

10. Pouvez-vous indiquer des éléments que vous désirez ajouter au manuel lors d'une édition révisée? Veuillez répondre avec le plus de précision possible.

11. Sur la base du travail que vous avez fait avec le manuel au cours d'un stage, quels sont les éléments que vous jugeriez bon de supprimer? Veuillez indiquer vos raisons.

12. Que pourriez-vous suggérer pour l'amélioration de la présentation du manuel?

13. Comment le mode de travail indiqué par le manuel pourrait-il être perfectionné?

14. La durée indiquée pour chaque section du module était-elle suffisante? Au cas contraire, quelles sont les sections qui ont exigé moins de temps que prévu? Quelles sont celles qui en ont exigé davantage?

15. Quelles autres commentaires pouvez-vous faire dans le but de perfectionner ce manuel?

FORMULAIRE D'ÉVALUATION PAR LE STAGIAIRE

Veillez remplir ce formulaire et le remettre à l'animateur à la fin de votre stage. Pour les quinze premières questions, vous entourerez d'un cercle le chiffre qui correspondra le mieux à votre opinion: "non, pas du tout" (1), "oui, tout à fait" (6), ou une opinion intermédiaire (2, 3, 4 ou 5). Ne pas entourer le mot "oui" ou "non".

1. Comprenez-vous maintenant le rôle des entreprises du secteur privé pour la promotion et la mise en place de services de planification familiale d'entreprise?

non 1 2 3 4 5 6 oui

2. Etes-vous maintenant mieux informé(e) des résultats positifs et négatifs obtenus par d'autres lors de l'organisation de services de planification familiale d'entreprise?

non 1 2 3 4 5 6 oui

3. Etes-vous maintenant mieux informé(e) des avantages à retirer de l'organisation de services de planification familiale d'entreprise?

non 1 2 3 4 5 6 oui

4. Etes-vous maintenant mieux informé(e) des diverses options contraceptives qui peuvent être mises à la disposition des usagers de services de planification familiale?

non 1 2 3 4 5 6 oui

5. Avez-vous maintenant une meilleure connaissance des travaux d'IEC, et de leurs utilisations possibles dans le cadre d'une usine?

non 1 2 3 4 5 6 oui

6. Vous est-il maintenant plus facile de déterminer les niveaux de décision pour la mise au point et l'exécution d'un projet de services de planification familiale, et pour l'évaluation des services?

non 1 2 3 4 5 6 oui

7. Avez-vous été en mesure de préparer un plan d'action pour l'organisation de vos services de planification familiale?

non 1 2 3 4 5 6 oui

8. Les formateurs étaient-ils dynamiques, et savaient-ils exposer leurs sujets d'une façon intéressante et variée?

non 1 2 3 4 5 6 oui

9. Les formateurs avaient-ils suffisamment d'assurance, et connaissaient-ils bien les sujets abordés par le stage?

non 1 2 3 4 5 6 oui

10. Le temps alloué aux discussions en groupe, questions et réponses était-il suffisant?

non 1 2 3 4 5 6 oui

11. Ce stage vous sera-t-il utile pour le démarrage de vos services de planification familiale?

non 1 2 3 4 5 6 oui

12. Avez-vous appris beaucoup grâce aux autres personnes participant à ce stage?

non 1 2 3 4 5 6 oui

13. Seriez-vous prêt(e) à recommander ce stage à d'autres?

non 1 2 3 4 5 6 oui

14. Ferez-vous part des notions acquises au cours du stage à certains de vos collègues?

non 1 2 3 4 5 6 oui

15. Donnez une note correspondant à votre jugement d'ensemble sur le stage:

1	2	3	4	5	6
Médiocre	Au-dessous de la moyenne	Moyen	Au-dessus de la moyenne	Très satisfaisant	Excellent

Veillez répondre par écrit aux questions suivantes.

16. Reportez-vous à l'exposé que vous avez rédigé le premier jour. Maintenant que le stage est terminé, comment vous apparaît le rôle de votre entreprise dans la promotion et l'organisation de services de planification familiale?

17. Quels sont les aspects du stage qui vous seront le plus utiles?

18. Quels sont les aspects du stage qui vous seront le moins utiles?

19. Quels conseils donneriez-vous au formateur pour modifier ou perfectionner le stage?

20. Indiquez d'autres sujets se rapportant au thème du stage, que vous jugeriez bon d'inclure dans le programme.

21. Avez-vous des observations à faire sur l'emplacement ou les locaux du stage?

22. Indiquez tous autres commentaires ou suggestions: