PN-ABU-610
ISN 74158

USAID LIBRARY
N'DJAMENA

LA PROMOTION DES NAISSANCES DESIRABLES AU BAS-ZAIRE

Nlandu Mangani, M.D., M.P.H.
Directeur, PRODEF - Nsona Mpangu

Matondo Mansilu
Directrice Adjointe, PRODEF - Nsona Mpangu

Jane T. Bertrand, Ph.D.
Investigatrice Principale, Université de Tulane

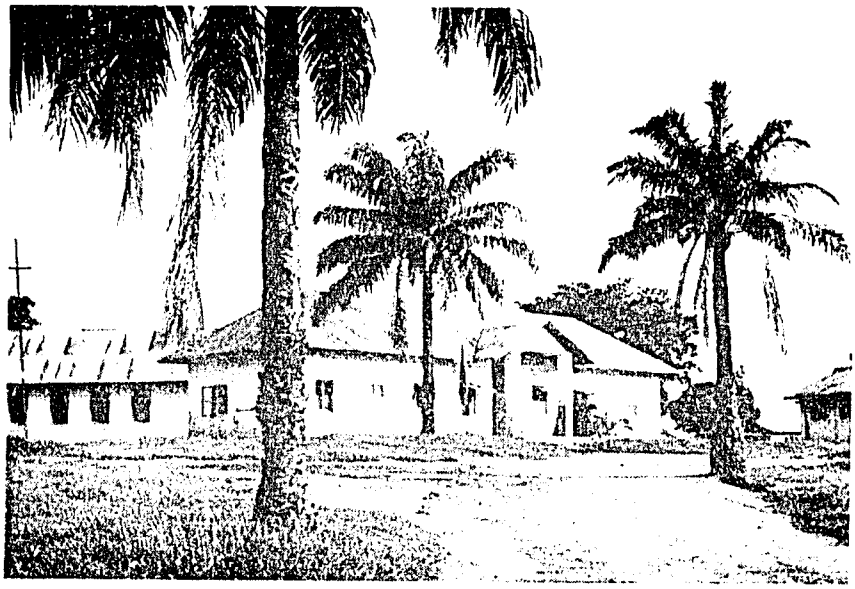
TABLE DES MATIERES

I. Résumé du projet 1
II. Raisons d'être du projet PRODEF 8
A. Raisons d'être du projet PRODEF 9
B. Objectifs 11
III. Plan et réalisation du projet PRODEF 12
A. Plan du projet de service 13
B. Plan de la recherche 23
C. Production d'un film de 16mm 24
D. Calendrier des activités de service et de recherche 25
E. Institution et personnel impliqués 25
IV. Réalisations du programme de distribution de contraceptifs et de médicaments 26
A. Accès aux services 27
B. Réalisations du projet en ce qui concerne la distribution des contraceptifs 28
C. Réalisations du projet en ce qui concerne la vente des médicaments pour les enfants de moins de cinq ans 42
D. Explication des tendances de vente de contraceptifs et de médicaments 45
V. Impact des interventions de planning familial : Résultat des enquêtes 49
A. Raison d'être des enquêtes 50
B. Méthodologie 51
C. Résultats des enquêtes 52
D. Discussion 61
VI. Impact des interventions sur la santé infantile 64
A. Emploi de la chloroquine dans le traitement du paludisme 66
B. Emploi du mébendazole dans le traitement des parasites intestinaux 67
C. Emploi de l'Oralyte dans le traitement de la déshydratation dûe à la diarrhée 68
D. Impact des visites à domicile 69
E. Discussion 69
VII. Rapport coût-efficacité des deux méthodes 71
A. Raison d'être de l'analyse du rapport coût-efficacité 72
B. Méthodologie 74
C. Aperçu des coûts du projet 78
D. Rapport coût-efficacité des différentes méthodes de prestation de service 81
E. Poursuite de l'A.C.E. dans la phase II du projet 83
VIII. Evaluation qualitative des points forts et des difficultés rencontrées 85
A. Les points forts 86
B. Les difficultés 88
IX. Manuscrits et publications 90
A. Articles publiés ou acceptés pour publication 91
B. Mémoire présenté à un congrès professionnel 91
C. Rapports sur l'enquête de base 91
D. Manuscrits en préparation 92
X. Conclusions 93

Annexe A. Personnel américain et zaïrois participant à ce projet 97
Annexe B. Guide de codification utilisé dans l'analyse du rapport coût-efficacité 100

Chapitre I

RESUME DU PROJET



Nsona Mpangu, Bas-Zaïre: Hôpital et Marché

Chapitre I

RESUMÉ DU PROJET

A.
Données de base du projet PRODEF

PRODEF, le Programme d'Education Familiale, est un projet de recherche opérationnelle sur les Naissances Désirables (planning familial) dans une zone rurale et une zone urbaine du Bas-Zaïre de la République du Zaïre. Il représente un effort collaboratif entre l'Hôpital Evangélique de Nson Mpangu (qui est membre de la Communa' ' Baptiste du Zaïre-Ouest) et l'Université de Tulane à New Orleans, Louisiana, U.S.A. Ce projet a été établi dans l'intention d'y accroître la disponibilité et l'acceptabilité des contraceptifs modernes. Le programme urbain est vertical (planning familial seulement), par contre le programme rural est combiné à un réseau de distribution de trois types de médicaments pour les enfants de moins de cinq ans : médicaments antipaludiques, anthelminthiques et des sels de réhydratation orale (Oralyte).

Ce projet a été mis en oeuvre dans le secteur urbain de Matadi (population estimée à 150.000-200.000 habitants et dont 133.000 se trouvent dans la zone-cible du projet) et dans le secteur rural de Songololo (population estimée à 36.000 habitants); le programme couvre 53 villages avec une population totale de 25.000 habitants environ. Bien que ce projet ait commencé en Octobre 1980 et soit toujours actuellement en vigueur, ce rapport ne couvre que la période allant jusqu'en Décembre 1983.

Ce projet a été conçu pour expérimenter deux stratégies possibles de délivrance des services de planning familial:

(a) *Traitement A:* Approvisionnement en contraceptifs des dispensaires existants (et des autres produits dans le secteur rural) aussi bien qu'un vaste programme d'extension sous forme de réunions de groupe, de visites à domicile et de distribution de contraceptifs dans les foyers; et

(b) *Traitement B:* Approvisionnement des dispensaires sans programme d'extension.

Dans certains villages du secteur rural, il y a une source supplémentaire de provision: *la matrone*. C'est une femme choisie par les gens de son village pour être formée par le PRODEF et garder les réserves de contraceptifs et de médicaments pour les enfants de moins de cinq ans dans les villages où il n'y a pas de dispensaires (ce qui était le cas dans 44 des 53 villages). La matrone est une bénévole de la communauté; elle n'est pas une accoucheuse traditionnelle.

Ce rapport final du projet PRODEF est une estimation du degré de réalisation des objectifs fixés. Ceux-ci étaient:

1. d'améliorer la connaissance des contraceptifs modernes
2. d'améliorer les attitudes vis-à-vis du planning familial
3. d'accroître l'utilisation des contraceptifs modernes
4. de réduire le "nombre idéal d'enfants dans une famille"
5. d'augmenter l'emploi des traitements appropriés pour les enfants de moins de cinq ans souffrant de paludisme, d'infestation par des vers intestinaux, et de déshydratation dûe à la diarrhée.

Les résultats de la recherche à l'heure actuelle peuvent être résumés comme suit.

B.
Activités du service: Résultats obtenus en ce qui concerne les contraceptifs et les médicaments distribués

Pour ce qui est du planning familial, les réalisations du programme ont été mesurées en termes de volume de contraceptifs distribués, exprimé en Mois de Protection du Couple (MPC) ["couple-months-of-protection"] dans le but de faire des comparaisons dans le temps et parmi les différents types de fournisseurs: (visiteuses à domicile, dispensaires et matrones).

Pendant les vingt-sept mois de délivrance de services (Octobre 1981 à Décembre 1983), un total de 32.424 MPC avait été fourni à la population-cible dont à peu près les trois quarts correspondent au secteur urbain (qui est beaucoup plus peuplé.).

Dans le secteur urbain, le MPC par trimestre avait généralement augmenté dans le temps, bien qu'il y ait eu des fluctuations marquées de la courbe (correspondant aux périodes de visites à domicile intenses). Dans le secteur rural, il y a eu un accroissement régulier, graduel du MPC durant les cinq premiers trimestres, suivi d'un plateau.

Dans le secteur urbain, le niveau du MPC de la zone A est plus élevé que celui de la zone B, ceci peut être attribué au fait que: (1) la zone A était plus peuplée, (2) les femmes de la zone B achetaient les contraceptifs dans la zone A, (3) c'est l'effet des travaux dans le cadre des programmes d'extension de la zone A.

L'efficacité des différents fournisseurs de services était grossièrement mesurée à l'aide du MPC par fournisseur et par mois. Dans le secteur urbain, les dispensaires de la zone A avaient rapporté plus du double du MPC (154/mois) des visiteuses à domicile (67 MPC/mois) ou des dispensaires de la zone B (60 MPC/mois).

Dans le secteur rural, le niveau d'ensemble du MPC était beaucoup plus bas que celui du secteur urbain. Une fois encore, le MPC était plus élevé dans la zone A que dans la zone B, ceci étant le résultat du fait que la zone A est plus peuplée et qu'on y avait effectué des programmes d'extension.

Cependant, dans le secteur rural, le niveau du MPC a atteint un plateau après une année de prestation de service. En outre, la distribution de contraceptifs par les principaux fournisseurs - les matrones – a diminué au cours des derniers mois du projet inclus dans cette évaluation. Les raisons de ce ralentissement seront discutées dans le chapitre IV.

Les données de vente des quatre médicaments – aspirine, chloroquine, mébendazole et Oralyte – indiquent que les matrones avaient été la plus importante source pour ces quatre produits, cela est dû en partie au fait qu'elles sont beaucoup plus nombreuses que les autres fournisseurs de services. Il est intéressant de savoir que la quantité moyenne de chaque produit vendu par fournisseur et par mois était la plus élevée chez les matrones

pour les produits que la population connaissait déjà (aspirine, chloroquine).

Toutefois, pour les visiteuses à domicile, la quantité moyenne vendue par fournisseur et par mois était la plus élevée pour les produits qui n'étaient pas encore connus de la population (contraceptifs modernes et Oralyte) et nécessitaient des explications.

Beaucoup plus de médicaments que de contraceptifs ont été vendus dans le secteur rural, ce qui reflète la demande relative pour ces produits. Cependant, cela montre aussi que la population accepte l'idée de délivrance de certains services sanitaires élémentaires par les matrones.

C.
Impact des interventions de planning familial

Dans les enquêtes de base et de suivi au sein des deux secteurs (urbain et rural), les répondants des zones A et B étaient comparables pour presque toutes les variables socio-démographiques testées. Ainsi, les différences entre la zone A et la zone B pour les variables relatives au planning familial ne peuvent pas être attribuées à des profondes différences entre les deux populations, mais laissent plutôt supposer l'impact du projet PRODEF.

La connaissance des méthodes contraceptives modernes s'est accrue de manière spectaculaire dans les deux secteurs (rural et urbain) et dans la zone A et B de chaque secteur. Cependant, le pourcentage de gens qui connaissaient au moins une méthode et le nombre moyen de méthodes connues étaient plus élevés en ville qu'en secteur rural, et, au sein même de chaque secteur, plus élevés dans la zone A que dans la zone B.

L'acceptance des "méthodes pour l'espacement des naissances, ou pour éviter une grossesse" était d'au moins 90% dans tous les groupes au cours des enquêtes de base et était virtuellement universelle lors des enquêtes de suivi.

Le pourcentage des femmes mariées ou l'ayant été et ayant eu recours à des contraceptifs à un moment quelconque avait augmenté dans tous les groupes, bien qu'il y en ait beaucoup plus dans le secteur urbain que rural et, (dans chaque secteur) plus dans la zone A que dans la zone B. Néanmoins, le retrait continue à être la méthode toujours utilisée par la majorité des répondants.

Un des buts principaux de ce projet était d'accroître l'utilisation des contraceptifs modernes. Dans le secteur urbain, le pourcentage de femmes mariées de 15 à 49 ans utilisant des contraceptifs modernes a augmenté de 4 à 19% dans la zone A et de 5 à 16% dans la zone B. En même temps, le nombre de femmes utilisant les méthodes traditionnelles a diminué de 16 pour cent dans les deux zones.

L'emploi des contraceptifs modernes a aussi augmenté dans le secteur rural: de 5 à 14% dans la zone A, et de 2 à 10% dans la zone B. Le nombre de gens utilisant actuellement les méthodes traditionnelles a baissé de 12% dans chaque zone.

La pilule, la ligature des trompes, le Néosampoon et les condoms sont les méthodes préférées des utilisateurs urbains. Par contre, les condoms, la ligature des trompes, et la mousse sont les méthodes les plus courantes parmi les utilisateurs ruraux.

Bien que ce projet de recherche soit limité par le fait qu'il n'y a pas de groupe témoin (mais plutôt, deux groupes de traitement) les résultats laissent supposer que le PRODEF a atteint ses buts en matière d'accroissement de la connaissance et de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Le niveau de prévalence atteint dans la zone A de chaque secteur (celle qui recevait le programme d'extension) était légèrement plus élevé que celui observé en zone B (sans programme d'extension) bien que la différence ne fût pas aussi grande que ce que prévoyaient les directeurs du projet.

D.
Impact des interventions sur la santé infantile

L'évaluation des interventions sur la santé infantile consistait à déterminer s'il y avait ou non des changements dans le nombre d'enfants qui avaient eu une maladie spécifique avant l'enquête de suivi et avaient reçu le

"traitement de choix" pour cette maladie. Grâce au PRODEF, la chloroquine et l'aspirine ont été disponibles pour le paludisme, le mébendazole pour les vers intestinaux et l'Oralyte pour la diarrhée. Comme on l'a dit plus haut, les interventions sur la santé infantile n'ont eu lieu qu'en milieu rural.

Les résultats des enquêtes laissent supposer que les visites à domicile dans le secteur rural ont eu un effet légèrement positif sur l'usage "des traitements de choix" pour deux des trois produits: le mébendazole et l'Oralyte. Dans le cas des vers intestinaux, le pourcentage d'enfants recevant "le traitement de choix" a augmenté dans la zone A (de 82 à 89%) alors qu'il a diminué légèrement dans la zone B (87 à 85%). De même, le pourcentage était légèrement plus élevé dans la zone A (8%) que dans la zone B (4%) pour ceux à qui on a donné l'Oralyte ou la solution de sucre-sel en cas de diarrhée, bien que l'usage de ce traitement soit encore très limité.

L'impact du projet PRODEF est beaucoup moins net en ce qui concerne les interventions sur la santé infantile que sur la composante de planning familial. En outre, l'impact des visites à domicile n'est que légèrement supérieur à ce qui se passe si l'on se contente simplement de rendre les produits accessibles à bas prix dans les dispensaires ou chez les matrones. Néanmoins, les interventions sur la santé infantile étaient très importantes pour rehausser la valeur du programme PRODEF aux yeux de la communauté.

E.
Analyse du rapport coût–efficacité des deux méthodes

Les données des prix de revient (coûts) extraites des registres de l'Université de Tulane et des pièces de comptabilité du Zaïre ont été classifiées et codées de façon à refléter les dépenses totales engagées pour la réalisation des différents services du projet (coûts de recherche exclus). De plus, on a fait une estimation des coûts pour les articles donnés gratuitement au projet. Le Mois de Protection du Couple (MPC) a servi d'unité pour mesurer le rendement du programme. Dans ce projet, aussi bien dans les secteurs ruraux et urbains que dans les groupes de traitement de chaque zone, le coût par MPC avait été le suivant :

Coût du service par MPC, par région et par groupe de traitement

	Oct 1980 à Sep 1981	Oct 1981 à Sep 1982	Oct 1982 à Sep 1983	Oct 1983 à Dec 1983	Oct 1980 à Dec 1983
prix par MPC, l'ensemble	--	$15,57	$4,54	$2,84	$7,58
prix par MPC par secteur					
Urbain					
l'ensemble	--	$14,31	$4,04	$2,60	$6,28
Zone A	--	14,45	4,16	2,59	6,82
Zone B	--	12,01	3,43	2,63	5,93
Rural					
l'ensemble	--	17,50	6,07	3,87	10,05
Zone A	--	18,60	6,36	3,96	11,02
Zone B	--	13,64	5,23	3,76	7,76

Plusieurs tendances intéressantes se dégagent de ce tableau. Premièrement, le coût par MPC a baissé tout au long du projet, ce qui reflète le coût élevé du lancement pour ce genre de projet. A partir de maintenant, nous nous attendrions à ce que le MPC reste à ce niveau relativement bas. Deuxièmement, le prix par MPC était plus bas dans le secteur urbain que dans le secteur rural. En fait, la différence réelle est plus grande que celle qui apparaît sur le tableau, étant donné qu'une grande partie du coût du MPC n'est pas retraçable par secteur. En troisième lieu, le prix par MPC est légèrement plus élevé dans la zone A que dans la zone B (d'environ un dollar U.S.A. à mi-course du projet). Comme mentionné ci-dessus, les visites à domicile (zone A) peuvent être vues comme la cause du bon rendement obtenu (en MPC) par rapport à celui obtenu si l'on se contente simplement de rendre les contraceptifs accessibles (zone B). Toutefois, les données de l'analyse du rapport coût-efficacité laissent supposer que le programme d'extension achète un MPC de meilleure qualité (en termes d'éducation des clients et de leur motivation) pour une différence de prix relativement faible.

F.
Evaluation qualitative des points forts du programme et des difficultés rencontrées

Les directeurs Zaïrois du projet (Dr. Nlandu Mangani et la citoyenne Matondo Mansilu) estiment que les points forts du projet PRODEF ont été:

- la suffisance des ressources matérielles
- le style non-autoritaire d'administration
- l'identification du personnel au projet
- la volonté de réussir
- l'appui des autorités politico-administratives locales
- la collaboration des infirmiers des dispensaires et des matrones

Les problèmes rencontrés dans la mise en oeuvre du projet ont été:

- La résistance culturelle de certaines personnes à l'égard du planning familial.
- Le fait que le projet ne disposait que d'un seul véhicule pour tous les transports.
- L'arrivée d'un lot de contraceptifs (mousse) presque périmés.
- La dévaluation de la monnaie zaïroise de plus de quatre cents pour cent en Septembre 1983.
- Les problèmes de communication, en particulier entre Kinshasa et Nsona-Mpangu.

G.
Conclusions

On peut tirer les leçons suivantes du projet du Bas-Zaïre:

1. La promotion du planning familial, en particulier par les méthodes contraceptives modernes, s'est révélée culturellement acceptable au Bas-Zaïre.
2. Le programme vertical (services de planning familial seulement) s'est révélé acceptable dans le secteur urbain.
3. Dans le programme rural qui comprenait à la fois le planning familial et les interventions pour la santé infantile, ces dernières ont beaucoup accru la valeur du programme aux yeux de la communauté.
4. Les matrones se sont révélées être une voie efficace et culturellement acceptable de distribution de contraceptifs et de certains médicaments pour les enfants de moins de cinq ans.
5. Les effets du programme n'ont pas été immédiats, mais on a vu le MPC augmenter peu à peu au cours du projet.
6. La pilule et le Néosampoon étaient les méthodes les plus appréciées par les clients du programme d'après les statistiques du service.
7. Le simple fait de rendre accessibles à la population les méthodes contraceptives modernes par l'intermédiaire des débouchés existants et des matrones (traitement dans la zone B) a suffi pour augmenter la prévalence des contraceptifs.
8. Cependant, le niveau de prévalence des contraceptifs a été légèrement plus élevé dans

les zones qui ont reçu à la fois les approvisionnements des dispensaires et les programmes d'extension (zone A) que dans celles qui n'ont pas reçu ces derniers (zone B).

9. Bien que le traitement combinant les approvisionnements des débouchés de service et les programmes d'extension soit plus efficace dans l'augmentation de la prévalence des contraceptifs, il s'avère aussi un peu plus cher.

10. Le coût par MPC est légèrement plus élevé dans la zone A que dans la zone B. Toutefois, il représente probablement un MPC "de plus haute qualité."

11. Le coût par MPC est plus élevé dans le secteur rural que dans le secteur urbain.

12. Il n'est pas recommandé pour un programme semblable d'utiliser des visiteuses à domicile dans la zone rurale à moins que les problèmes de transport soient résolu.

13. Si ce projet devait être reproduit dans d'autres régions du Zaïre (en supposant que les conditions socio-démographiques et culturelles soient à peu près comparables), le traitement A (approvisionnement des débouchés avec programme d'extension) serait recommandé à condition que:

- Le programme opère dans le secteur urbain (où il n'est pas nécessaire de fournir de moyens de transport aux visiteuses à domicile).
- Le salaire des visiteuses à domicile et le faible coût supplémentaire par MPC ne constituent pas un problème.
- L'un des buts du projet soit d'augmenter le plus possible la prévalence des contraceptifs.

14. Par contre, l'approche B (avec approvisionnement des services de débouchés, mais pas de programme d'extension) est recommandée à condition que:

- Le programme opère dans le secteur rural, surtout si le transport s'avère être un problème.
- Il soit important de garder les coûts (en terme absolu et en terme de coût par MPC) aussi bas que possible.
- Les agences qui pourvoient les fonds ou les administrateurs du projet veuillent bien sacrifier certains gains en matière de prévalence des contraceptifs pour maintenir les prix bas.

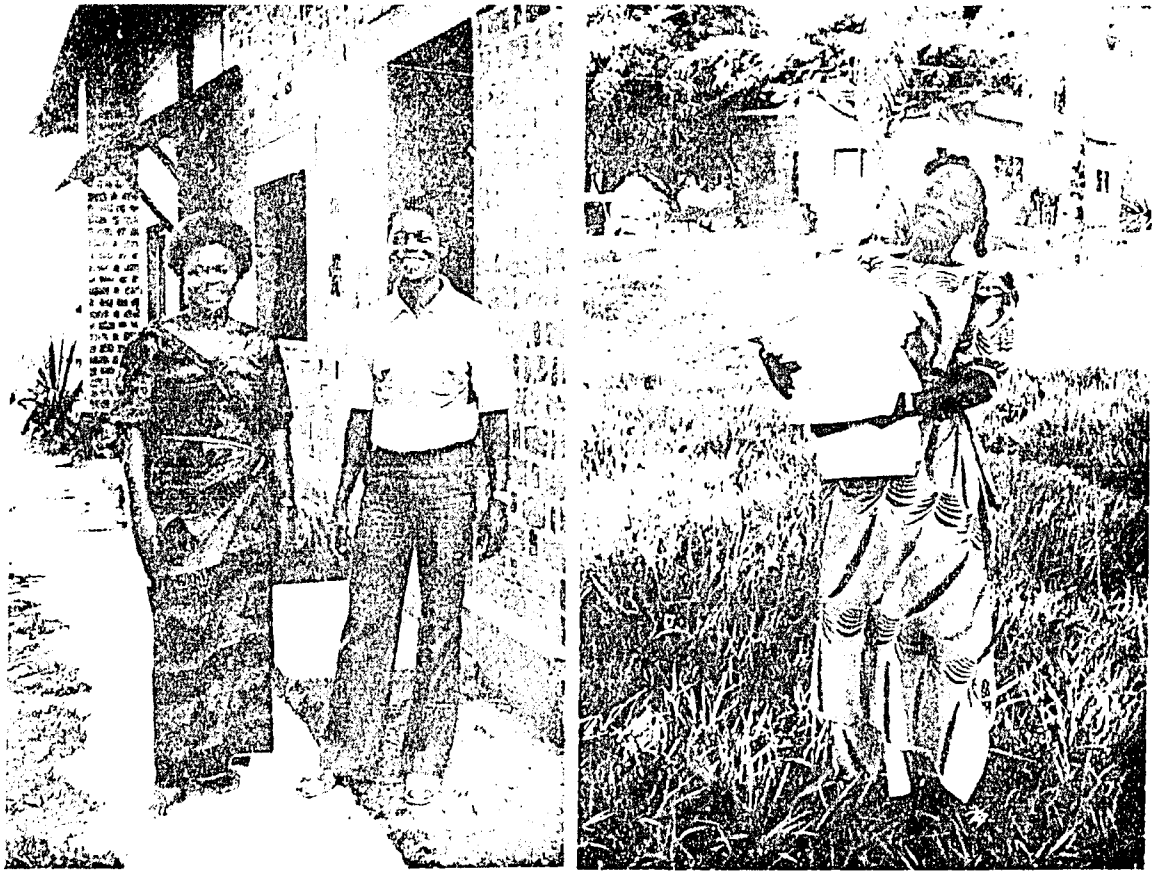
15. La supervision des matrones dans la communauté doit être constante si l'on veut qu'elles continuent à avoir un rôle productif dans le projet.

16. Les directeurs de projet Zaïrois attribuent partiellement le succès de ce projet au fait qu'ils disposaient de ressources matérielles suffisantes avec lesquelles on a pu mener à bien les activités. Le style dadministration et la collaboration des autres avec le projet ont aussi contribué à l'obtention d'un résultat positif.

17. L'Université de Tulane attribue en grande partie le succès de ce projet au rôle joué par le Dr. Nlandu Mangani et les citoyennes Matondo Mansilu et Butuena Mavambu.

Chapitre II

RAISONS D'ETRE ET OBJECTIFS



A l'extérieur du Bureau de Nsona Mpangu: (de gauche à droite) Butuena Mavambu, Nlandu Mangani et Diasivi Nlandu

Chapitre II

RAISONS D'ETRE ET OBJECTIFS

A.
Raisons d'être du projet PRODEF

Le Zaïre est un pays de 32 millions d'habitants, situé au centre de l'Afrique. Avec un taux brut de natalité de 46 pour 1000 et un taux brut de mortalité de 17 pour 1000, son taux d'accroissement est de 2,9 pour cent par an. La mortalité infantile est de 82 pour 1000.

En Afrique subsaharienne, on ne peut que très peu compter sur l'appui gouvernemental pour établir des programmes qui freineraient l'accroissement de la population. Certains gouvernements pensent qu'une population continuellement croissante est plutôt un atout pour bâtir une force militaire et peupler les régions encore peu habitées. D'autres sont plus préoccupés par le problème plus global du développement socio-économique et n'accordent peut-être que peu d'importance au rôle que joue l'accroissement trop rapide de la population dans ce processus. Alors que d'autres pays reconnaissent les problèmes inhérents au développement rapide de la population, ceux-là s'en tiennent peut-être à cette opinion exprimée au Congrès sur la Population tenu à Bucarest en 1974 selon laquelle: "le développement est le meilleur des contraceptifs." Une des principales raisons d'échec du planning familial dans l'Afrique subsaharienne est la tradition pronataliste profondément enracinée dans tous les pays de cette région. Bref, il n'est pas étonnant que les dirigeants des nations africaines aient concentré leurs ressources limitées sur les interventions fondamentales de santé et de développement plutôt que de se tourner vers un domaine qui pourrait être considéré comme peu prioritaire ou même comme étant en opposition directe avec les normes pronatalistes de leur société.

Mais le Zaïre est, en quelque sorte, une exception. En 1972 le Président Mobutu Sese Seko a annoncé publiquement son soutien au mouvement des "Naissances Désirables" dans un but d'espacement des naissances. Ceci a conduit à l'établissement d'un Comité National des Naissances Désirables (CNND) qui a

été établi en 1973 et plus tard s'est affilié à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale.

Vers la fin des années 1970, le CNND avait fondé plusieurs services de planning familial dans les services de santé existant à Kinshasa (capitale du Zaïre). De plus, il avait collaboré avec les autres services de débouchés de planning familial qui avaient été établis en différents points du Zaïre par des groupes de missionnaires ou d'autres organisations bénévoles privées. A partir de 1980, le CNND comptait à peu près 100 de ces services "antennes".

L'Eglise du Christ au Zaïre (ECZ) a aussi eu son importance dans l'évolution du planning familial au Zaïre. Grâce aux efforts du Révérend Ralph et de Madame Florence Galloway, plusieurs projets pilotes financés par la Fondation Pathfinder avaient été mis en oeuvre. Pendant la fin des années 70, l'ECZ a servi à consolider le rôle de plusieurs groupes de missionnaires dans le pays en ce qui concerne la prestation des services de planning familial.

En 1979, le CNND et l'ECZ étaient les premières institutions impliquées dans le planning familial au Zaïre. Au moment où le programme actuel a vu le jour, ni le SANRU (Soins de Santé Primaire en Milieu Rural) ni le PSND (Projet des Services des Naissances Désirables) n'étaient encore envisagés (bien que ces deux projets soient devenus depuis lors les plus grands véhicules pour l'approvisionnement des services de planning familial dans de nombreuses régions urbaines et rurales du Zaïre).

Ce sont ces facteurs qui ont amené au développement de ce projet. Les efforts initiaux du CNND et de l'ECZ avaient obtenu à plus petite échelle, des résultats prometteurs. Le Président du Zaïre avait annoncé publiquement son appui pour les naissances désirables, mais cela ne s'était pas encore traduit en prestation systématique des services de planning familial par l'intermédiaire des services de santé gouvernementaux. A cette époque, on n'avait pas encore dressé de plans d'extension systématique de ces services dans tout le pays. De plus, il y avait très peu de documentation sur l'acceptabilité des contraceptifs modernes dans les pays francophones subsahariens.

Le projet actuel—connu localement sous le nom de Programme d'Education Familiale, ou PRODEF, a été conçu pour tester l'acceptabilité de la distribution de contraceptifs modernes dans le contexte de la Santé Maternelle et Infantile. On est parti de l'hypothèse spécifique (qui a été confirmée dans un grand nombre de pays en voie de développement mais pas testée antérieurement dans les pays francophones subsahariens) qu'un meilleur accès aux contraceptifs modernes, à bas prix, amènerait à une plus grande pratique du planning familial.

Des études antérieures faites au Zaïre et dans d'autres pays de la région avaient permis de se documenter sur la tradition profondément enracinée d'espacement des naissances, qui avait été réalisé dans le passé à l'aide des méthodes traditionnelles, très souvent l'abstinence. Avec la modernisation accrue, l'exposition aux idées occidentales et les changements des pratiques sociales (telle la diminution de la polygamie), on avait supposé qu'un certain nombre de couples serait favorable à d'autres moyens (c.-à-d. des méthodes modernes plutôt que traditionnelles) pour espacer les naissances. L'un des buts principaux de ce projet de recherche et de service est de déterminer dans quelle mesure les femmes de la population-cible accepteraient (utiliseraient) les contraceptifs modernes si ceux-ci étaient accessibles à bas prix.

Tout en étant un projet de planning familial, le PRODEF a aussi une importante composante de santé infantile. Les problèmes dominants de santé pour les enfants d'âge préscolaire au Zaïre sont le paludisme, les helminthiases et la déshydratation dûe à la diarrhée.[1] Ce projet avait donc été conçu pour in-

[1] D'autres problèmes de santé publique pour ce groupe d'âge sont la malnutrition et le besoin de vaccination. L'éducation nutritionnelle et/ou les compléments alimentaires dépassent la portée de ce projet. Les vaccinations étaient couvertes par une autre organisation, donc n'ont pas été incluses ici.

clure la délivrance de médicaments pour le traitement de ces problèmes chez les enfants de moins de cinq ans. La composante de santé infantile remplit le double but d'aborder d'importants problèmes de santé publique chez les enfants et aussi de placer les activités de planning familial dans le plus large contexte de la santé maternelle et infantile (ce que l'on pense être un bon moyen de renforcer son acceptabilité).

Le Bas-Zaïre a été choisi comme site de ce projet pour plusieurs raisons. En premier lieu, il était en dehors de Kinshasa tout en étant encore assez accessible (5 heures en voiture). En second lieu, le Docteur Mangani Nlandu, directeur de l'Hôpital Evangélique de Nsona Mpangu, avait exprimé aux Galloway, de l'ECZ, son intérêt d'incorporer les activités de planning familial au programme de Santé Publique qu'il avait établi dans sa zone sanitaire. Déjà le directeur homologue était lui-même convaincu de l'importance du planning familial.

Finalement, il y avait l'opportunité d'avoir une composante urbaine (en la ville de Matadi, à 2 heures de Nsona Mpangu) et une composante rurale (la région de Songololo dont le Dr. Nlandu était le responsable de tous les services médicaux) dans le même projet.

Le présent rapport décrit les objectifs, le plan et la réalisation de ce projet en plus des principales conclusions sur la recherche.

B.
Objectifs

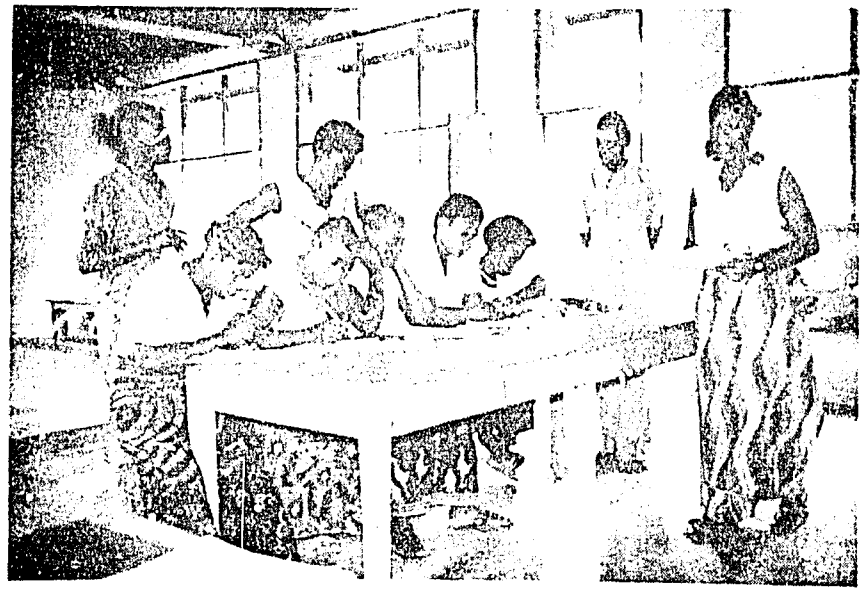
A la lueur de la situation décrite ci-dessus, le projet PRODEF a été conçu avec les objectifs suivants:

1. Améliorer la connaissance des contraceptifs modernes chez les femmes en âge de procréer de la population-cible.
2. Promouvoir une attitude plus favorable envers le planning familial.
3. Augmenter l'emploi des contraceptifs modernes dans la population-cible.
4. Réduire le nombre de naissances désirées chez les femmes en âge de procréer.
5. Déterminer l'efficacité relative des deux méthodes différentes de prestation des services pour augmenter l'usage des contraceptifs.
6. Evaluer les deux méthodes différentes de prestation des services en ce qui concerne le rapport coût-efficacité.
7. Augmenter le pourcentage dans la population d'enfants de moins de cinq ans qui reçoivent les "traitements de choix" contre le paludisme, les vers intestinaux et la déshydratation dûe à la diarrhée.

Chapitre III

PLAN ET REALISATION DU PROJET PRODEF

Matondo Mansilu en train de rendre visite à la Matrone de Bete (photo du haut) et de former l'équipe des enquêteuses (photo du bas)



Chapitre III

PLAN ET REALISATION DU PROJET PRODEF

Le PRODEF constitue à la fois un projet de prestation de service et un projet de recherche. L'élément service consiste en l'établissement d'un nouveau mécanisme pour la prestation des services de planning familial, et de certains services de santé infantile, tandis que l'élément recherche représente un effort de suivre les progrès de ce projet et de mesurer son impact; en voici la description.

A. Plan du projet de service

Le projet PRODEF a été mis en oeuvre dans un secteur urbain et un secteur rural de la région du Bas-Zaïre, de la République du Zaïre (voir figure III-1). Le secteur urbain est Matadi, le plus important port de tout le pays avec une population estimée entre 150.000 et 200.000 habitants et dont 133.000 environ vivent dans la zone-cible de ce projet. Le secteur rural est la Zone de Songololo (population estimée à 36.000 habitants) où le projet a opéré dans 53 communautés qui comptent à peu près 25.000 habitants. Ces 53 villages comprennent neuf villages principaux (qui ont un dispensaire participant au projet) et 44 villages-satellites qui sont groupés autour des villages principaux (voir tableau III-2 pour la liste complète des villages principaux et des villages-satellites du secteur rural).

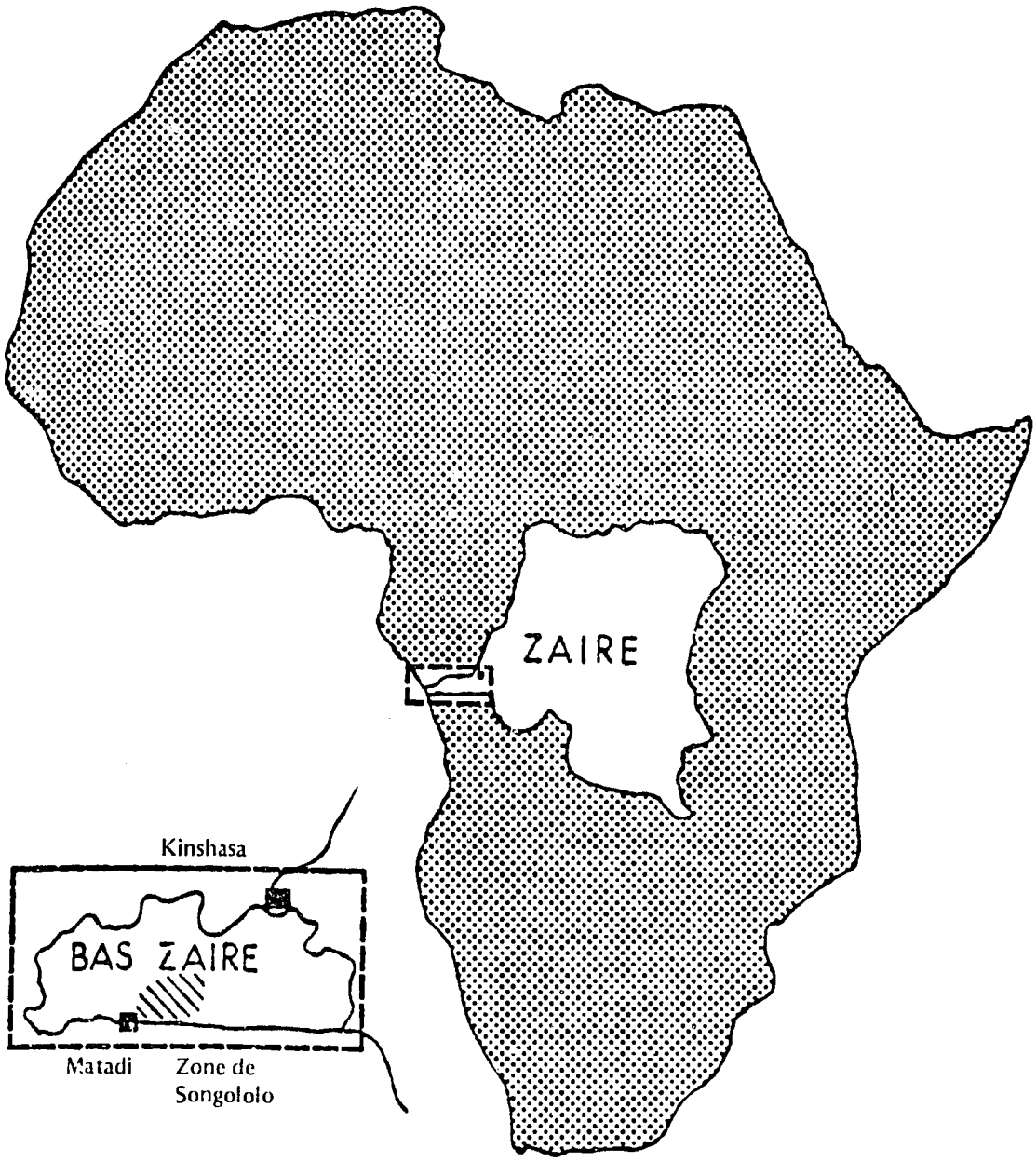
1. Deux stratégies pour la prestation des services

Ce projet avait été planifié pour tester deux stratégies possibles de prestation des services de planning familial et de santé infantile dans le secteur urbain et le secteur rural. Au cours de la mise en oeuvre réelle dans le secteur urbain, il avait été décidé d'exclure du projet la partie Santé Infantile (i.e. éducation de la communauté, et délivrance de médicaments pour combattre le paludisme, les vers intestinaux et la déshydratation dûe à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans) étant donné que ces services étaient déjà disponibles à Matadi.

Dans les deux secteurs, la population-cible était divisée en deux zones: "Zone A" et

Figure III-1

CARTE DE L'AFRIQUE AVEC LE BAS-ZAIRE EN ENCADRE



"Zone B", comme on le voit sur les figures III-2 (secteur urbain) et III-3 (secteur rural). L'emplacement des dispensaires désignés comme "A" ou "B" est montré sur ces figures. L'idéal aurait été de partager le secteur rural géographiquement, comme il a été fait à Matadi (de façon à ce que tous les villages "A" coïncident avec une moitié, et les villages "B" avec l'autre moitié) dans un effort de minimiser la contamination entre les villages. Toutefois, cela n'a pas été fait pour deux raisons. D'abord, il était nécessaire, pour des raisons politiques locales, que les deux villages de Lufu et Minkelo reçoivent le programme "complet" (zone A). Les chefs de ces villages avaient pris connaissance du nouveau programme et s'attendaient à le recevoir. En second lieu, diviser le secteur géographiquement (avec Lufu et Minkelo ensemble dans ce qui deviendrait alors la zone A) aurait créé un déséquilibre car la zone A (avec le programme complet) aurait inclus, d'une manière disproportionnée, un grand nombre de villages ayant un accès plus grand au monde extérieur car ils sont situés près de la principale route de Matadi. La désignation finale avait donc été faite de façon à éviter ce facteur possible d'erreur systématique.[1]

Les deux stratégies ou "traitements" pour la prestation des services étaient les suivantes:

ZONE A : Approvisionnement et programme d'extension

Dispensaires:

• Les dispensaires existants ont été approvisionnés avec quatre types de contraceptifs: les pilules orales, le Néosampoon, la mousse et les condoms; et (seulement dans le secteur rural) avec quatre sortes de médicaments pour les enfants de moins de cinq ans: chloroquine et aspirine pour le paludisme, mébendazole pour les vers intestinaux et des sachets d'Oralyte pour la déshydratation dûe à la diarrhée.

• Au moins un infirmier par dispensaire a reçu des cours de formation et de recyclage pour la délivrance de ces produits.

Activités des programmes d'extension:

• Une équipe de dix visiteuses à domicile dans le secteur urbain, et une de cinq dans le secteur rural[2] ont été formées pour donner l'information et l'éducation concernant le planning familial et (dans le secteur rural seulement) le traitement du paludisme, de l'infestation par les vers intestinaux et de la déshydratation dûe à la diarrhée.

• Les visiteuses à domicile distribuaient les contraceptifs aux femmes éligibles et (dans le secteur rural) vendaient les médicaments pour les enfants de moins de cinq ans.

• Dans le secteur rural, l'équipe a commencé chaque série de visites à domicile par une réunion de groupe afin de discuter les buts de leur visite et de résumer les principaux points de leur travaux d'éducation. Dans le secteur urbain, des réunions de groupe ont été effectuées pour renforcer les visites à domicile une fois que celles-ci avaient commencé.

ZONE B : Approvisionnement sans programme d'extension

Dispensaires:

• Mêmes activités que celles décrites pour la Zone A.

---

[1]Le problème de la comparabilité de la zone A et de la zone B dans chaque secteur est l'un des principaux points couverts par le rapport "Résultats de l'enquête PRODEF/Tulane du Bas-Zaïre. Première Partie. Caractéristiques de la Population, les Idéaux de Reproduction et le Contrôle de la Fécondité," Novembre 1982.

[2]Au cours de certaines périodes du projet, le nombre de visiteuses à domicile est descendu à 9 et 3 respectivement dans le secteur urbain et le secteur rural.

Figure III-2

LA VILLE DE MATADI

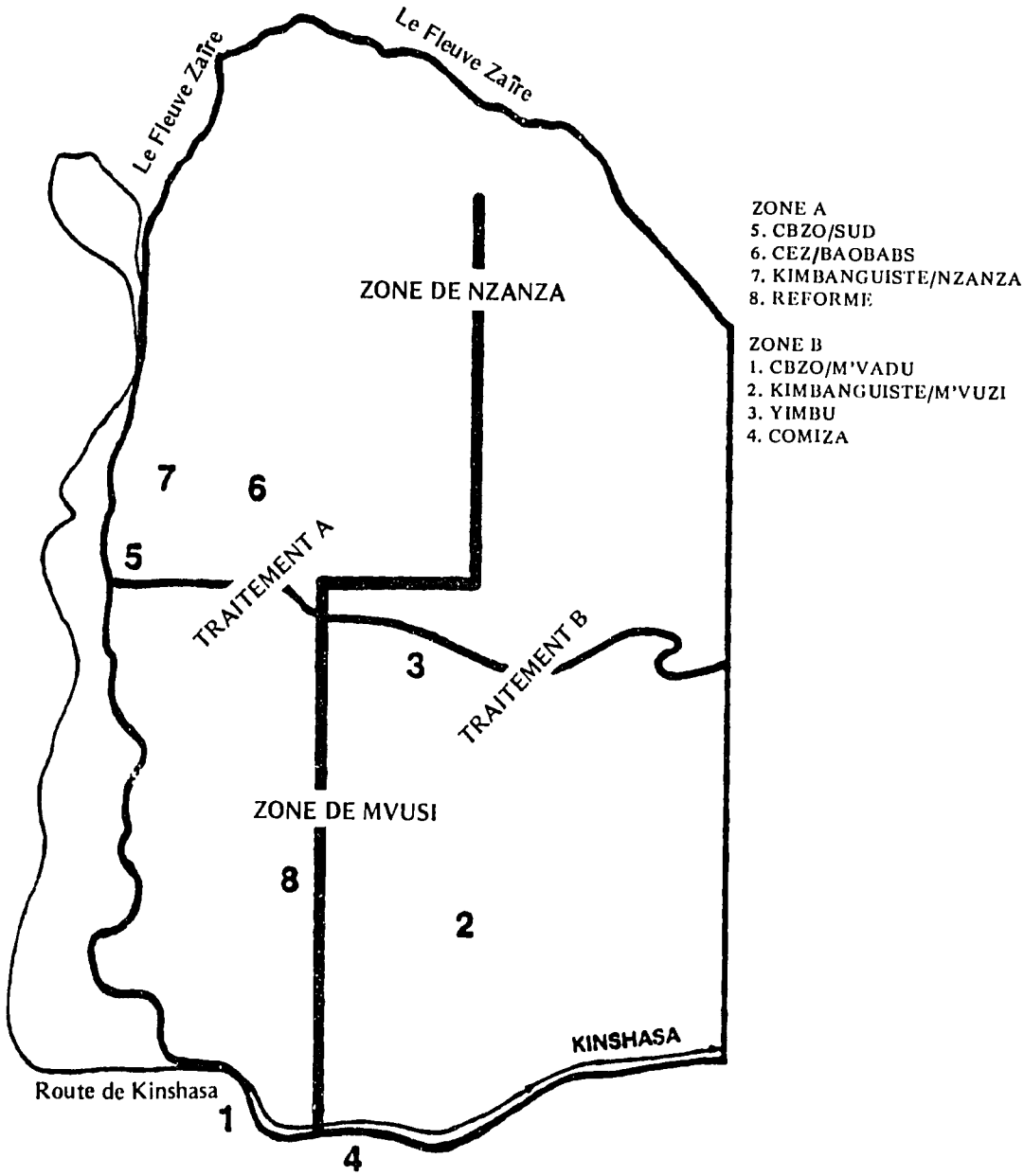


Figure III-3

ZONE DE SONGOLOLO

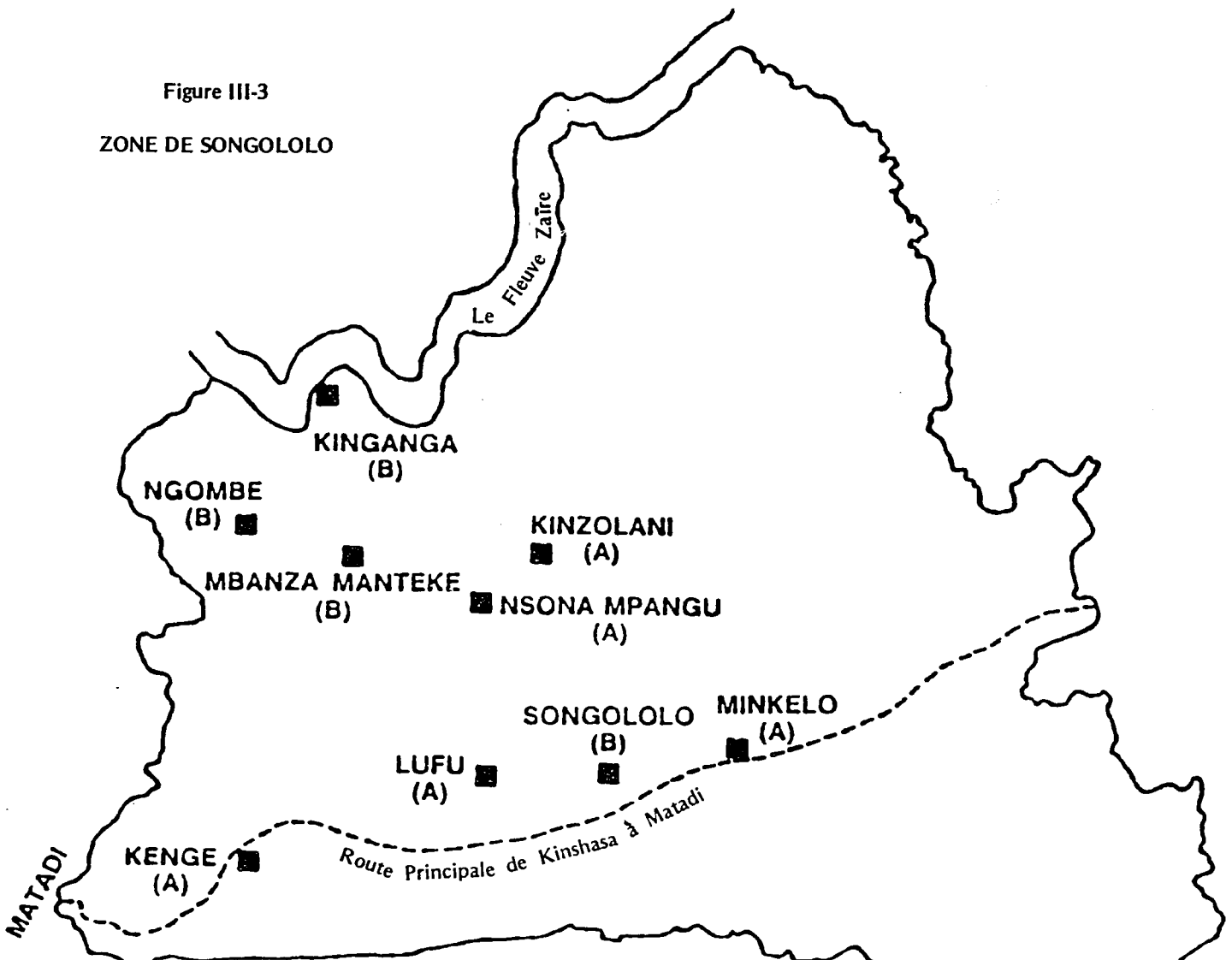


Tableau III-1

VILLAGES INCLUS DANS LE PROJET

ZONE A
Programme d'extension et approvisionnement des débouchés du service

Nsona Mpangu	D[2]
Bete	M
Ndemba	M
Kumbi	M
Mbata Bonde	M
Landango	M
Matombe	M
Mansonso	M
Ecole Primaire-Lunionzo	Personne[4]
Kinsende	M
Lundu	M
Lufu	D
Mazonzi	M
Kongo-Songololo	M
Nkamuna	M
Vemadiya Km 70	Personne
Mavumba I	M
Kenge	D[3]
Pompage	M
Kimeza	M
Kitadila	M
Nlamba	M
Minkelo	D[3]
Lumueno	M
Nlonga	M
Kiombia	M
Kimfinda	M
Kinzolani	D
Kiesa Kiayenga	M
Kinsala	M
Nsonso	M
Mbinda	M

ZONE B
Approvisionnement des débouchés du service

Songololo	D
Luvituku	Personne[4]
Kimbala Zolele	Personne[5]
Kinganga	D
Kintoto	M[6]
Nsumbi	M
Mbanza-Manteke	D
Tendele	M
Vunda	Personne[8]
Ntonbo Lukuti	M
Kimpevolo	M
Nlambazi	M
Nsilu	Personne[4]
Ngombe	D
Kemba	Personne[4]
Mpumba	M
Mbata-Kimenga	Personne[7]
Kimbembo	M
Mativa	M[6]
Inga II	M

RESUME (en Décembre 1983)

	Zone A	Zone B	Total
Nombre de villages	33	20	53
Nombre de dispensaires	2	4	6
Nombre de matrones	25	8	34
Nombre sans aucun débouché du service	5	8	13

[1] Code: H=hôpital, D=dispensaire, M=matrone

[2] Bien que Nsona Mpangu serve de quartier général administratif pour le projet, les membres de la communauté se ravitaillent eux-mêmes auprès de la matrone du village le plus proche.

[3] L'infirmier formé au dispensaire est parti. Le remplaçant n'est pas encore formé; service accessible auprès de la matrone la plus proche.

[4] Petit village situé près de deux autres.

[5] A refusé d'envoyer une matrone pour qu'elle soit formée.

[6] Village avec matrone, mais celle-ci est partie par la suite.

[7] Aucune candidate matrone disponible.

[8] Petit village.

Programme d'extension:

- Aucune des activités décrites ci-dessus.

2. Modification du plan: Inclusion des matrones

La proposition originale avait spécifié deux sources de prestation des services: les dispensaires et les visiteuses à domicile. L'idée de former des bénévoles dans la communauté comme "distributrices" (tel qu'on le fait partout dans le monde dans de nombreux projets de distribution communautaire) avait été initialement rejetée par les directeurs zaïrois du projet comme étant culturellement inacceptable.

Par la suite, il est devenu évident que, dans le secteur rural, les femmes des principaux villages (ayant un dispensaire) auraient un accès facile aux contraceptifs, mais que celles des "villages satellites" (sans dispensaire) auraient de grosses difficultés pour être ravitaillées à nouveau.

Une source supplémentaire de services avait donc été ajoutée au plan pour les Zones A et B du secteur rural: la matrone. On a demandé à chaque village de choisir une femme qui savait lire et écrire pour servir de "distributrice" de contraceptifs et de médicaments pour les enfants de moins de cinq ans auprès de la communauté.("Matrone" est le titre donné par le projet à ces femmes bénévoles de la communauté; il ne s'agit pas d'une accoucheuse traditionnelle.) Ces femmes ont alors suivi un cours de formation initial et deux cours de recyclage à Nsona Mpangu au cours du projet. La liste des communautés dotées de matrones se trouve dans le tableau III-1. Sur les 44 communautés sans dispensaire, 36 avaient une matrone à un moment donné du projet.

Des matrones ont été formées et réapprovisionnées dans les deux zones (A et B) afin de garder le facteur "accès aux contraceptifs" comparable dans les deux groupes, tout en variant le facteur "programme d'extension". Voir chapitre IV concernant la comparabilité des zones pour ce qui est des caractéristiques socio-démographiques.

Tableau III-2

DATES DES TROIS SERIES DE VISITES A DOMICILE

	SECTEUR URBAIN
Première série	29 Juin - 23 Octobre 1982
Deuxième série	19 Novembre 1982 - 27 Avril 1983
Troisième série	30 Mai - 23 Novembre 1983
	SECTEUR RURAL
Première série	21 Octobre 1981 - 6 Février 1982
Deuxième série	25 Mars 1982 - 30 Août 1982
Troisième série	28 Octobre 1982 - 18 Février 1983

3. Fréquence et nature des visites à domicile

Une carte de toutes les maisons de la zone A dans le secteur urbain comme dans le secteur rural avait été établie au départ. Ensuite les équipes des visiteuses à domicile ont essayé de rendre visite à tous les foyers de la zone A, au cours de trois séries de visites à intervalles d'environ six mois (le tableau III-2 donne les dates des visites à domicile). Les femmes de 15 à 49 ans, ou les femmes un peu plus âgées qui avaient un enfant de moins de cinq ans, constituaient la population-cible de ces visites.

La visiteuse à domicile expliquait à chaque famille à laquelle elle rendait visite qu'elle faisait partie de l'équipe de l'hôpital local et qu'elle était chargée de rendre visite à toutes les femmes pour discuter de la santé maternelle et infantile. Dans le secteur rural, les visites commençaient par des conseils pour la santé de l'enfant concernant le paludisme, les vers intestinaux et la déshydratation dûe à la diarrhée. Cette partie comprenait une démonstration participative de la préparation d'une solution de réhydratation. Les femmes intéressées pouvaient ensuite acheter de la chloroquine, de l'aspirine, du mébendazole et des sels de réhydratation en quantités limitées et à un prix minime.

Lors de la discussion sur le planning familial, la présence du mari était encouragée. La discussion portait sur les avantages de l'espacement des naissances, et une explication des différents contraceptifs (la pilule, la

mousse, les comprimés vaginaux et les condoms, dont la visiteuse avait une certaine provision avec elle, ainsi que le stérilet et la ligature des trompes pour lesquelles elle pouvait envoyer la femme dans un centre spécialisé). Si la femme était intéressée, la visiteuse pouvait lui donner une provision gratuite limitée de l'une des méthodes (un cycle de pilules, un flacon de mousse, une boîte de comprimés vaginaux, ou une douzaine de condoms).

Dans le cadre des efforts menés par ce programme pour établir une source de réapprovisionnement de contraceptifs, chaque femme à qui l'on avait donné des contraceptifs recevait également un coupon qui lui donnait droit à un réapprovisionnement gratuit d'un mois auprès d'un dispensaire existant ou, dans les communautés rurales sans dispensaires, auprès des matrones. La visiteuse à domicile expliquait qu'une fois que le coupon serait utilisé, des contraceptifs supplémentaires pourraient être obtenus à un prix minime au dispensaire local ou auprès de la matrone.

4. Critères utilisés pour la distribution des contraceptifs et des médicaments.

Trois critères ont été utilisés pour déterminer l'éligibilité d'une femme à recevoir des contraceptifs lors de visites à domicile.

- Que le mari soit présent pour donner son consentement.
- Que la femme ne soit pas enceinte au moment de la visite.
- Que la femme ne présente aucune contre-indication pour l'usage de la pilule (si la pilule était la méthode qu'elle avait choisie).

La raison pour laquelle on exigeait initialement le consentement du mari était qu'on voulait éviter les critiques qui pourrait être faites au PRODEF d'encourager les femmes à utiliser des contraceptifs à l'insu de leur mari. Une telle prudence était jugée de mise pour un nouveau projet qui pouvait susciter la controverse. En ce qui concerne les femmes enceintes lors de la première série de visites, on pensait qu'il n'y avait aucune raison de leur donner des contraceptifs.

Au cours des visites suivantes, le mari pouvait donner un consentement écrit à sa femme pour l'utilisation des contraceptifs, s'il ne pouvait être présent. En plus, les femmes enceintes, qui constituaient environ un tiers des femmes jugées non-éligibles ont été autorisées à recevoir des contraceptifs pour pouvoir les utiliser après l'accouchement.

Pour les femmes qui exprimaient le désir d'utiliser la pilule, la visiteuse essayait de détecter les troubles suivants: jaunisse, tumeurs (du sein, ou goître), saignement entre les règles ou au cours des relations sexuelles, varices, hypertension, diabète, problèmes cardiaques. Si la femme ne présentait aucun de ces troubles, on lui donnait un cycle de pilules gratuit plus un coupon de réapprovisionnement.

Lors de la première série de visites à domicile, le personnel du projet avait reçu pour instruction de recommander aux femmes qui allaitaient une méthode de barrage vaginal (mousse, comprimés vaginaux ou condoms), plutôt que la pilule. En Juillet 1982, les consultants médicaux du PRODEF ont recommandé que la pilule ne soit plus limitée aux femmes qui n'allaitaient pas mais plutôt qu'on mette en oeuvre une nouvelle politique qui permettrait aux femmes qui allaitent de prendre la pilule une fois que leurs bébés auraient plus de six mois (en supposant qu'il n'y ait pas d'autre contre-indication).

Il n'y avait pas de restrictions ou de contre-indications pour les comprimés vaginaux, la mousse et les condoms.

En ce qui concerne la distribution des médicaments pour les enfants de moins de cinq ans, il avait été décidé dès le début qu'on se concentrerait uniquement sur ce groupe d'âge. Cependant, il est devenu évident que ce n'était vraiment pas pratique, ni acceptable, dans les villages ruraux où il n'y avait pas d'autre moyen de se procurer ces produits. Les dispensaires et les matrones ont donc vendu ces produits à tout le monde. La seule restriction était qu'elles ne devaient pas vendre ces produits en trop grandes quantités,

de peur des reventes possibles sur un autre marché.

5. Coût des contraceptifs et des médicaments pour la communauté

Puisque les principaux objectifs du projet étaient de donner à la population une meilleure connaissance des contraceptifs modernes et le moyen de se les procurer, la toute première distribution de contraceptifs lors de la première série de visites était gratuite. Plus précisément, toutes les femmes ayant reçu la visite du PRODEF qui étaient intéressées et avaient le droit de recevoir des contraceptifs, obtenaient une provision gratuite (un cycle de pilules, un flacon de mousse, une boîte de comprimés vaginaux, ou une douzaine de condoms). Comme il a été mentionné plus haut, on leur avait aussi donné un coupon leur donnant le droit d'obtenir un réapprovisionnement gratuit. On trouvera au Tableau III-3 la liste des prix des contraceptifs et des médicaments.

On ne donnait pas d'échantillons gratuits de médicaments pour les enfants de moins de cinq ans. Le directeur du projet s'efforce de développer au sein de la communauté un sens de responsabilité, en laissant les gens acheter eux-mêmes les médicaments dont ils ont besoin, et il estimait qu'il était important que les contraceptifs (après la première série de visites) et les médicaments ne soient disponibles qu'en échange d'un paiement.

6. Commissions payées pour la distribution des contraceptifs et des médicaments

Les visiteuses à domicile étaient des employées salariées du PRODEF et ne recevaient aucune prime liée au nombre de visites, au nombre de gens acceptant des contraceptifs ou au volume de contraceptifs distribués.

Mais les infirmiers des dispensaires et les matrones ne recevaient aucun salaire du PRODEF. Pour encourager leur participation, on a établi un système (semblable à celui utilisé dans les autres pays qui ont des pro-

Tableau III-3

PRIX DEMANDES A LA POPULATION POUR LES CONTRACEPTIFS ET LES MEDICAMENTS

	Octobre 81 à Septembre 83		Octobre 83 à Décembre 83	
	Zaïres	Dollars[1]	Zaïres	Dollars[2]
Contraceptifs				
Pilule (1 cycle)	1,50	0,27	5,00	0,19
Mousse (1 flacon)	5,00	0,88	10,00	0,37
Néosampoon (1 tube)	2,00	0,35	5,00	0,19
Condoms (1 douzaine)	1,50	0,27	3,00	0,11
Médicaments				
Aspirine (le comprimé)	0,10	0,02	0,50	0,92
Oralyte (le sachet)	2,00	0,35	5,00	0,19
Chloroquine (le comprimé)	0,30	0,05	1,00	0,04
Mébendazole (le comprimé)	1,00	0,17	2,00	0,07

[1] Pendant la période allant d'Octobre 1981 à Septembre 1983, la valeur du Zaïre a fluctué entre $0,165 et $0,195. On a calculé une moyenne de tous les taux mensuels, égale à $0,177, et on l'a utilisée dans ce tableau.

[2] En Septembre 1983, il y a eu une dévaluation du Zaïre de plus de 400%. Au cours de la période allant d'Octobre 1983 à Décembre 1983, la valeur du Zaïre était de $0,037.

Tableau III-4

MONTANT (EN DOLLARS) DES COMMISSIONS PAYEES AUX MATRONES ET AUX INFIRMIERS POUR LA VENTE DES CONTRACEPTIFS ET DES MEDICAMENTS

	de Janvier à Juillet 1982			de Juillet à Décembre 1982			de Janvier à Juin 1983			de Juillet à Décembre 1983[4]			Total par catégorie de travailleur
	Nombre	Commissions sur PF, Médicaments		Nombre	Commissions sur PF, Médicaments		Nombre	Commissions sur PF, Médicaments		Nombre	Commissions sur PF, Médicaments		
Secteur urbain: Infirmiers des dispensaire	--	néant	néant[2]	6	$345,34	néant	9	$717,92	néant	9	$404,95	néant	$1.468,21
Secteur rural: Infirmiers des dispensaires	5	$0,28	néant[3]	5	$67,00	néant	6	$79,44	néant	6	$25,63	$72,42	$ 244,77
Secteur rural: matrones	32	$39,00	$394,00	35	$236,00	$861,00	36	$210,00	$1.203,00	36	$115,50	$607,49	$3.665,99
Montant total reçu en commissions pendant 6 mois		$433,28			$1.509,34			$2.210,36			$1.225,99		$5.378,97

[1] Bien que le programme de service rural ait commencé en Octobre 1981, aucune commission n'a été payée jusqu'en 1982.

[2] Le programme de service urbain a commencé en fin Juin 1982 et ne fournissait que des contraceptifs (pas de médicaments).

[3] Avant Octobre 1983, les infirmiers n'avaient pas reçu de commissions sur la vente des médicaments: voir le texte.

[4] En Septembre 1983, le Zaïre a été dévalué de plus de 400%. Donc, alors que le montant en dollars baissait de Juillet à Décembre 1983, le montant en Zaïre augmentait. Les taux de conversion utilisés dans ce tableau sont les suivants: $1,00 U.S. = 5,33 Zaïres (de Janvier à Juillet 1982); 5,80 Zaïres (de Juillet à Décembre 1982); 5,86 Zaïres (de Janvier à Juillet 1983); 16,35 Zaïres (de Juillet à Décembre 1983).

grammes de distribution communautaire) selon lequel ils pouvaient bénéficier d'un certain pourcentage sur les ventes. Infirmiers et matrones étaient autorisés à garder 50% des revenus provenant de la vente des contraceptifs. De plus, les matrones, mais pas les infirmiers, pouvaient garder 50 pour cent des revenus provenant de la vente des médicaments (on trouvait que la vente de ces produits faisait partie du travail des infirmiers et, par conséquent, ne méritait pas de rémunération supplémentaire).

On a appliqué ce système jusqu'en Octobre 1983, moment où il a été décidé de simplifier le système en donnant aux infirmiers 25% du prix de tous les médicaments vendus (aussi bien contraceptifs que médicaments). Le montant que cela représentait est indiqué au Tableau III-4.

B.
Plan de la recherche

A cause du manque d'expérience et d'information sur la réalisation des programmes de planning familial dans les pays francophones subsahariens, un des buts principaux de ce projet était de se documenter sur ce processus. Cette recherche a pris les trois formes décrites ci-après.

1. Les statistiques du service pour contrôler l'activité du projet

Dès le commencement du projet, on avait préparé des fiches à remplir par les visiteuses à domicile au cours des trois séries de visites, et par les infirmiers des dispensaires et les matrones pour collecter des informations qui reflèteraient le niveau d'activité du projet par l'intermédiaire d'indicateurs-clés, dont:[1]

- le nombre de visites à domicile accomplies
- le nombre de femmes qui avaient accepté une méthode contraceptive pour la première fois
- le volume de contraceptifs vendus et distribués gratuitement
- le volume de médicaments vendus pour les enfants de moins de cinq ans, dans le traitement du paludisme, des vers intestinaux et de la déshydratation dûe à la diarrhée

Les résultats obtenus grâce au contrôle des statistiques de service sont publiés dans le chapitre IV.

2. Les enquêtes de base et de suivi pour mesurer l'impact

La principale évaluation du projet PRODEF est basée sur les enquêtes de base et de suivi faites dans les secteurs ruraux et urbains pour déterminer s'il y avait eu un changement des variables-clés pendant les 21 mois d'intervention. Plus précisément, les enquêtes ont été planifiées pour tester si le projet avait atteint ou non ses objectifs en ce qui concerne:

- L'amélioration de la connaissance des contraceptifs modernes
- l'amélioration des attitudes envers le planning familial
- l'accroissement de l'usage des contraceptifs modernes
- la réduction du nombre d'enfants voulus dans chaque famille (la "taille de la famille idéale")
- l'accroissement de l'usage des "médicaments de choix," pour les enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme,

---

[1] L'Université de Tulane exprime sa gratitude aux Docteurs Richard Osborne et Ismail Serageldin ainsi qu'à Mme. Nora Lewin de l'Université de Johns Hopkins pour l'aide qu'ils ont apportée à la rédaction de ces fiches à remplir.

d'infestation par les vers intestinaux et de déshydratation dûe à la diarrhée

De plus, les enquêtes de base et de suivi mesurent l'efficacité *relative* des deux méthodes de prestation de services mesurée par les mêmes indicateurs. Cette comparaison est destinée à fournir la preuve de l'affirmation qu'il suffit simplement de rendre accessibles les contraceptifs pour augmenter leur emploi ou de prouver, au contraire, qu'il est essentiel de faire des efforts promotionnels (d'extension) pour stimuler toute augmentation de leur emploi, surtout au sein d'une population qui a très peu d'expérience antérieure des contraceptifs modernes. Les résultats des enquêtes de base et de suivi sont présentés dans les chapitres V et VI et constituent la base d'autres publications indiquées au chapitre IX.

3. L'analyse du rapport Coût-Efficacité

Cette évaluation est centrée non seulement sur l'efficacité relative des deux méthodes (l'approvisionnement avec programme d'extension par opposition à l'approvisionnement seul) en tant que cause de changement mais aussi sur le rapport coût-efficacité des ces deux méthodes. Cette analyse compare les deux systèmes en ce qui concerne le coût par Mois-de-Protection-du-Couple (MPC, un indicateur de rendement de ce type de programme couramment utilisé). L'analyse du rapport coût-efficacité (expliquée en détail dans le Chapitre VII) est basée sur deux types de données:

- Les dépenses: un tableau de tous les frais supportés par le programme à partir du mois d'Octobre 1980 jusqu'au mois de Décembre 1983 et qu'on a pu, autant que possible, attribuer à l'une des deux méthodes étudiées; ainsi que les estimations de coût des articles donnés gratuitement.

- Les rendements: un tableau de la quantité de contraceptifs distribués à ce jour dans chaque système. Ces chiffres ont été convertis en Mois-de-Protection-du-Couple (MPC), d'après la période pendant laquelle une unité de chaque type de contraceptif protègera théoriquement un couple de la grossesse.

Les résultats de cette "analyse historique", suivant les termes spécifiés dans le contrat original, sont présentés au Chapitre VII.

C.
Production d'un film de 16 mm.

Compte tenu du manque de matériel de promotion pour le planning familial (surtout les films) disponible en Français et approprié au public africain, on a décidé de produire un tel film dans le cadre de ce projet. Cela n'avait pas été spécifié au début dans le contrat de Tulane, mais l'USAID (à Washington et au Zaïre) a permis l'utilisation de certains fonds du projet à cette fin.

Le scénario a été rédigé par le personnel du PRODEF en collaboration avec l'investigatrice principale de Tulane. Par la suite, le tournage du film et son montage ont été faits par une équipe cinématographique Zaïroise de RATALESCO (Radio Télévision Scolaire et Culturelle). Seule la dernière étape de la production technique a été faite aux Etats-Unis -- car il n'y avait pas au Zaïre d'équipement disponible pour faire les tirages optiques. Un film de 16mm de 31 minutes intitulé "Bonheur sous Votre Toit" en est le résultat. Ce film est actuellement disponible en Français, Kikongo, Lingala et Anglais. Il décrit divers aspects de la vie de tous les jours au Zaïre; le bonheur que les enfants apportent aux parents; l'importance de donner à ces enfants une bonne santé et une bonne éducation; le rôle de l'espacement des naissances pour parvenir à cette fin; les méthodes contraceptives modernes dont on dispose, et les témoignages de femmes qui ont utilisé ces méthodes.

Tout en ayant quelques défauts techniques, il représente toutefois l'un des rares films produits par une équipe nationale de cinéma qui traite de façon explicite des résultats de l'es-

pacement des naissances et du planning familial dans le contexte d'un pays francophone subsaharien.

D.
Calendrier des activités de service et de recherche

Ce projet a débuté officiellement le 1er Octobre 1980, le sous-traité ayant commencé le 15 Novembre 1980. Presque toute la première année a été consacrée aux enquêtes de base dans les deux secteurs. Les premières activités du service dans le secteur rural (recrutement et formation des visiteuses à domicile) ont commencé en Juin 1981, alors que les activités du service urbain ont débuté en Avril 1982. Quand l'enquête de suivi a commencé, le programme de service dans les deux secteurs fonctionnait sur le terrain depuis 21 mois.

E.
Institutions et personnel impliqués

L'école de Santé Publique et de Médecine Tropicale de L'Université de Tulane à New Orleans, en Louisiane, est le principal signataire du contrat de ce projet. Madame Jane T. Bertrand, Ph.D., investigatrice principale, et Patricia Jessop, M.P.H., gérante, sont les personnes-clés de Tulane. Les autres personnes de Tulane qui ont contribué à la réalisation de ce projet sont énumérées dans l'Annexe A.

La Communauté Baptiste du Zaïre-Ouest (CBZO) a collaboré à la réalisation de ce projet au Zaïre. Le Dr. Nlandu Mangani, M.D., M.P.H., directeur de l'hôpital évangélique de Nsona Mpangu est le directeur de ce projet. Il a été secondé tout au long du projet par la citoyenne Matondo Mansilu qui, pendant l'année d'étude du Dr. Nlandu Mangani aux Etats Unis, a été promue de directrice adjointe à directrice intérimaire.

Le citoyenne Butuena Mavambu est la coordinatrice des activités du projet à Matadi. La Citoyenne Nlandu Diasivi était chargée de la supervision des enquêtes de base et de suivi, mais aussi des activités sur le terrain à Matadi. La Citoyenne Lumfuankenda Lelo était chargée de la supervision des visites à domicile dans le secteur rural.

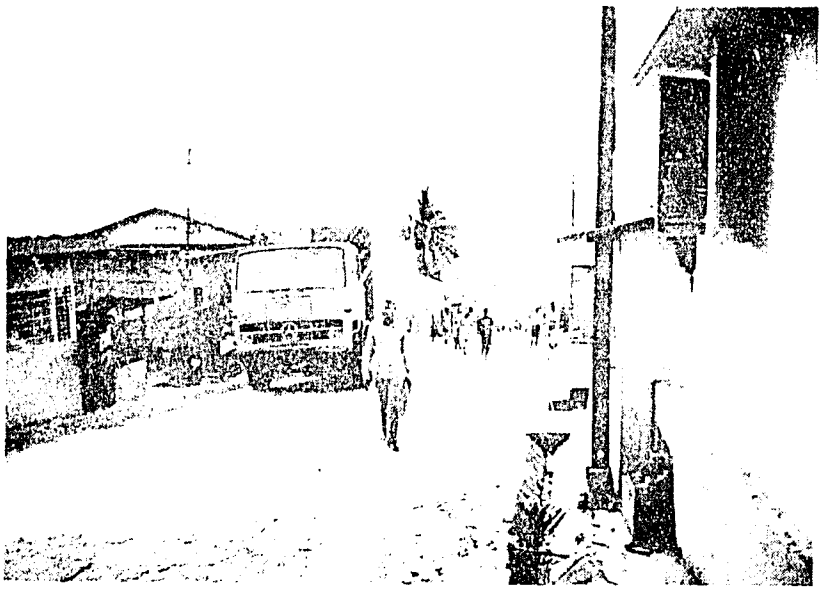
Le citoyen Mombela Kinuani était responsable de plusieurs aspects du projet: codification des enquêtes, entrée des données au micro-ordinateur pour l'enquête de suivi, et réapprovisionnement des débouchés du service en secteur rural. Le citoyen Diakadulua Nlandu assurait les mêmes fonctions dans le secteur urbain. Une liste complète du personnel Zaïrois se trouve dans l'Annexe A.

Au cours des 18 premiers mois, le projet a reçu une assistance technique de l'Ecole d'Hygiène et de Santé Publique Johns Hopkins dans deux domaines: l'élaboration des fiches nécessaires pour l'analyse du rapport coût-efficacité (du Dr. Ismail Serageldin, du Dr. Richard Osborne et de Mme. Nora Lewin) et mise sur pied du système de prestation des services, y compris la formation de l'équipe rurale des visiteuses à domicile. L'Université de Tulane est profondément reconnaissante à Mme. le Dr. Maria Wawer et au Dr. Melvin Thorne pour leur expertise technique et leur collaboration enthousiaste à ce projet.

Deux autres personnes ont joué un rôle important dans ce projet, ce sont: le Dr. William E. Bertrand, responsable des processus d'échantillonage pendant les deux enquêtes et de l'installation du système de micro-ordinateur qui a permis d'entrer les données sur le terrain; et le Dr. Mark McBride qui depuis 1982 a dirigé tout le travail concernant l'analyse de rapport coût-efficacité.

Chapitre IV

REALISATIONS DU PROGRAMME DE DISTRIBUTION DE CONTRACEPTIFS ET DE MEDICAMENTS



Matadi : les visiteuses à domicile du secteur urbain

Chapitre IV

REALISATIONS DU PROGRAMME DE DISTRIBUTION DE CONTRACEPTIFS ET DE MEDICAMENTS[1]

A.
Accès aux services

En résumé, l'activité du PRODEF consistait en trois types de débouchés de service dans les secteurs urbains et ruraux.

	Secteurs urbain		
	Zone A	*Zone B*	*Total*
Dispensaires	4	4	8
Visiteuses à domicile	10	--	10
Matrones	--	--	--

	Secteurs rural		
	Zone A	*Zone B*	*Total*
Dispensaires	4	4	8
Visiteuses à domicile	5	--	5
Matrones	26	8	34

Dans le secteur urbain, la population est assez mobile. Il est donc tout à fait possible que les femmes de la Zone A puissent chercher à obtenir les services dans la Zone B et vice versa. De plus, l'un des quatre dispensaires qui desservent la Zone B se trouve en fait près de la frontière (imaginaire) qui sépare les deux zones. Néanmoins, ce n'est pas un problème méthodologique majeur car ce qui différenciait les interventions dans les deux zones, c'était la visite à domicile, qui pouvait géographiquement viser un groupe plutôt qu'un autre. On peut donc considérer que l'accès aux services de planning familial dans les deux zones de Matadi est comparable.

Dans le secteur rural, il s'est avéré plus difficile d'assurer que l'accès soit comparable. Bien que les Zones A et B aient toutes deux commencé avec quatre dispensaires, on a finalement retiré les produits de deux dispensaires de la Zone A car les infirmiers qui y travaillaient ne se sont montrés ni coopératifs, ni dignes de confiance. (Le service pouvait cependant être assuré par la matrone la plus proche). Par conséquent, la population de la

[1]Les auteurs remercient Mme. Amy McConnell-Franklin d'avoir effectué le traitement des données et préparé les graphiques utilisés dans ce chapitre.

Zone A a eu un moindre accès aux services des dispensaires.

Cela a été partiellement compensé par le fait que la population de la Zone A avait un plus grand accès aux services de planning familial et de santé infantile des matrones. Bien qu'on se soit efforcé d'identifier, de recruter et de former une matrone dans tous les villages du secteur rural qui n'avaient pas de dispensaire, on y est mieux parvenu dans la Zone A (où 26 sur les 31 villages, soit 84%, avaient une matrone) que dans la Zone B (où 8 sur les 16 villages sans dispensaire, soit 50%, avaient une matrone). Cette différence peut s'expliquer en partie par le fait que les visites à domicile et les réunions de groupe faites dans la Zone A, avaient suscité dans la communauté un plus grand intérêt à choisir une matrone. En outre, il était plus facile, du point de vue logistique, pour l'équipe du PRODEF, de contacter la population en Zone A à cause des visites à domicile dans chaque village.

B.
Réalisations du projet en ce qui concerne la distribution des contraceptifs

L'un des buts principaux du PRODEF était de tester l'acceptabilité de l'introduction de méthodes contraceptives modernes au sein d'une population qui jusqu'ici n'en avait que très peu d'expérience. (10% des femmes urbaines et 7% des femmes rurales âgées de 15 à 49 ans avaient utilisé des contraceptifs modernes avant l'institution de ce projet). Le résultat de la distribution des contraceptifs dans les foyers s'est révélé particulièrement intéressant car c'est considéré généralement comme l'une des méthodes les plus directes dans la promotion du planning familial utilisées actuellement dans les pays en voie de développement.

Les résultats de l'expérience du PRODEF en ce qui concerne la distribution à domicile ont été publiés dans Perspectives Internationales du Planning Familial. Toutefois, cet article a été écrit et publié bien avant que toutes les données statistiques du service soient disponibles. En outre, il est centré uniquement sur les activités des visiteuses à domicile. Par contre, le présent rapport couvre les activités de service des trois types de débouchés pour toute la durée du projet (Septembre 1981 à Décembre 1983).[1]

1. Mesure des réalisations

Les réalisations du programme ont été mesurées ici par le nombre de Mois-de-Protection-du-Couple (MPC) fourni par l'intermédiaire du projet. L'indice en MPC est basé sur le volume de contraceptifs vendus (ou distribués gratuitement) que l'on a converti ensuite en mesure de "protection." Plus précisément, la quantité de chaque contraceptif distribuée est multipliée par un facteur de conversion qui évalue le montant de protection assuré par la méthode (voir au Tableau IV-1 les facteurs de conversion employés ici).

Il n'est pas possible d'additionner des quantités de différents contraceptifs (un cycle de pilules, un flacon de mousse et un condom) et d'obtenir un chiffre significatif. Par contre, ces quantités, *traduites en MPC,* donnent un indicateur sommaire très utile des réalisations du programme surtout en ce qui concerne les tendances dans le temps et les comparaisons entre différents éléments du projet (secteur urbain par rapport au secteur rural; Zone A par rapport à la Zone B) comme on le verra plus loin.

La source de données sur le volume des contraceptifs distribués est le bordereau d'inventaire gardé dans les bureaux urbains et ruraux. Dans le secteur urbain, les données ont été compilées à partir des inventaires recueillis tous les mois dans les dispensaires et auprès des visiteuses à domicile.

Dans le secteur rural, le processus d'inventaire était plus compliqué car on n'inventoriait pas mensuellement les fournisseurs de service. Dans le cas des visiteuses à domicile, l'inventaire était fait à la fin de chaque série

---

[1] Bien que les services soient encore assurés par les dispensaires et les matrones, on a choisi Décembre 1983 comme date de fin du projet pour l'évaluation.

Tableau IV-1

FACTEURS DE CONVERSION UTILISES POUR LE CALCUL DU MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE (MPC)

Unité de contraception	Hypothèses de base dans le calcul du MPC	Facteurs de conversion (montant de protection fourni par chaque unité de contraception)
1 cycle de pilules	Un cycle couvre 28 jours; il y a 365 jours dans une année de 12 mois, soit 30,4 jours dans un mois. 1 cycle protège pendant 28 à 30,4 jours, soit 92% du mois.	0,92
1 flacon de mousse	20 applications par flacon, celui-ci protègera un couple pendant 1,67 mois sur la base d'une moyenne de 12 relations par mois	1,67
1 boîte de Néosampoon	20 applications par boîte, celle-ci protègera donc un couple pendant 1,67 mois sur la base d'une moyenne de 12 relations par mois	1,67
1 condom	Si un couple a des relations 12 fois par mois, il aura besoin de 12 condoms. Chaque condom fournira 1/12 de la protection du mois (soit 0,08)	0,08

de visites (qui duraient de 4 à 6 mois). En ce qui concerne les dispensaires et les matrones, un grand nombre des villages en question étaient situés assez loin de Nsona Mpangu. La personne chargée de faire les inventaires allait en motocyclette au village pour collecter les données. Cette collecte des données a été entravée par la boue durant la saison des pluies, une pénurie nationale de carburant, les défaillances de la motocyclette, et l'absence des matrones à cause de leurs travaux dans les champs. Les inventaires ont donc été faits à intervalles irréguliers.

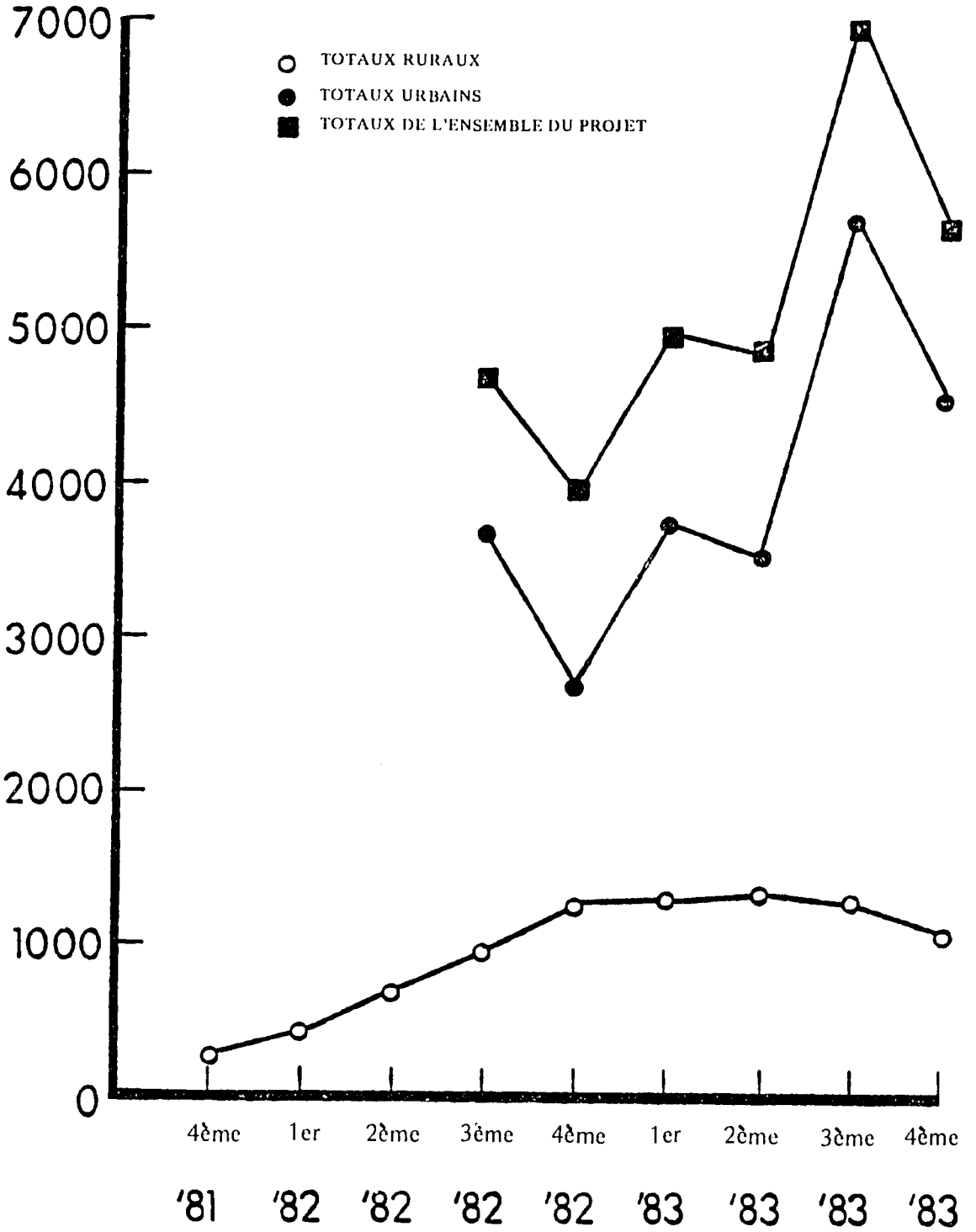
Ce système aurait donné un très haut niveau de "réalisations" du programme pour les mois où les inventaires avaient été effectués, et un niveau bas pour les autres mois. Pour rectifier cela, le volume de chaque produit vendu a été uniformément réparti sur les mois écoulés depuis l'inventaire précédent (par exemple, si une matrone dont l'inventaire n'avait pas été vérifié pendant 4 mois vendait 12 cycles de pilules pendant cet intervalle de temps, on a attribué 3 cycles à chacun des quatre mois). Ainsi, les fluctuations des courbes dans ce chapitre *ne peuvent pas* s'expliquer par la fréquence irrégulière des inventaires, mais elles reflètent plutôt d'autres facteurs envisagés ci-dessous.

Il faut noter que, dans ce chapitre, on a utilisé différentes échelles pour les graphiques. Les quantités des produits distribués par les différents débouchés dans les différentes régions variaient considérablement, et cela a nécessité l'emploi d'échelles différentes.

Les données de MPC rapportées dans ce chapitre ne correspondent qu'aux méthodes qui ne nécessitent pas d'intervention médicale bien que le PRODEF ait parfois envoyé des femmes dans un centre spécialisé pour la pose de stérilets et la ligature des trompes. En outre, dans le secteur rural, ces procédures étaient faites à l'hôpital de Nsona Mpangu. Toutefois, on ne les rapporte pas ici, car ces statistiques n'étaient systématiquement collectées ni dans le secteur urbain ni dans le secteur rural. C'est un défaut du projet qui sera corrigé à l'avenir.

Figure IV-1

MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE:
PROJET URBAIN, PROJET RURAL ET ENSEMBLE DU PROJET
PAR TRIMESTRE



2. MPC: Programmes urbains et ruraux

En une période de 27 mois, entre Octobre 1981 et Décembre 1983, un total de 32.424 mois-de-protection-du-couple a été conféré à cette population. Près des trois-quarts (23.773 MPC soit 73 pour cent) de ce total correspondaient au secteur urbain. Cela n'est pas étonnant, étant donné que la population-cible du secteur urbain est à peu près cinq fois plus grande que celle du secteur rural.

On ne peut pas traduire le calcul de MPC en nombre d'utilisateurs actifs dans le programme; cependant, pour les méthodes ne nécessitant pas d'intervention médicale, un MPC est grossièrement équivalent à un couple servi pendant un mois donné. Dans le secteur urbain (où le programme fonctionnait depuis 18 mois en Décembre 1983) la moyenne mensuelle de MPC était de 1321, comparée à 320 dans le secteur rural (où le programme avait fonctionné pendant 27 mois). Alors que les moyennes permettent de traduire le MPC en quelque chose de légèrement plus tangible, elles ne reflètent pas exactement les changements de MPC qui se sont produits tout au long du projet.

Les nombres de MPC par trimestre dans le secteur urbain, dans le secteur rural et pour tout le projet, apparaissent dans la figure IV-1. Cette figure illustre davantage le fait que la quantité de contraceptifs distribués dans le secteur urbain dépasse de très loin celle du secteur rural bien que le programme de service urbain ait fonctionné moins de trimestres (six) que le programme rural (neuf).

De plus, la figure IV-1 illustre les tendances dans le temps en ce qui concerne le MPC. Dans le secteur urbain, le MPC par trimestre a augmenté généralement dans le temps bien qu'il y ait eu des fluctuations marquée de la courbe. Dans le secteur rural, il y a eu une augmentation progressive et régulière du MPC durant les cinq premiers trimestres du projet, ensuite le niveau de MPC semble avoir atteint un plateau.

3. Comparaison du MPC par groupe de traitement (Zone)

Les figures IV-2 et IV-3 montrent le nombre de MPC distribués par type de groupe de traitement (A par rapport à B) respectivement dans les programmes urbains et ruraux. Dans le projet urbain comme dans le projet rural, la population de la Zone A était plus grande que celle de la Zone B. Ces figures doivent donc être interprétées avec précaution. (Une évaluation plus précise est fournie par les enquêtes de base et de suivi mentionnées ci-dessous, où les figures illustrant la prévalence des contraceptifs ne sont pas influencées par le nombre d'habitants dans chaque zone). Cependant, il est intéressant de comparer les MPC pour les deux types de groupes de traitement, à titre d'indicateur du rendement de chaque programme.

Les résultats du secteur urbain (figure IV-2) montrent un niveau beaucoup plus grand de MPC dans la Zone A que dans la Zone B. Les trois pics de la courbe pour la Zone A (3ème trimestre - 1982, 1er trimestre - 1983, 3ème trimestre - 1983) correspondent aux trimestres où la distribution des contraceptifs dans les foyers a eu lieu pendant chacun des trois mois du trimestre. Par contre, un volume bien inférieur de contraceptifs a été distribué dans la Zone B; cependant il y a eu une tendance ascendante régulière au cours du projet, ce qui suggère qu'au début peu de gens avaient entendu parler de ces services, mais qu'au fur et à mesure qu'ils apprenaient son existence, les demandes ont augmenté.

La figure IV-3 met en contraste les réalisations en MPC dans la Zone A et la Zone B du secteur rural. Là encore, le volume de contraceptifs distribués est plus grand dans la Zone A que dans la Zone B (ce qui reflète en partie le nombre d'habitants dans chaque région). Toutefois, la différence dans la forme des courbes est importante. La courbe pour la Zone A montre un accroissement spectaculaire pendant les six premiers trimestres du

Figure IV-2

SECTEUR URBAIN: MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE
PAR ZONE

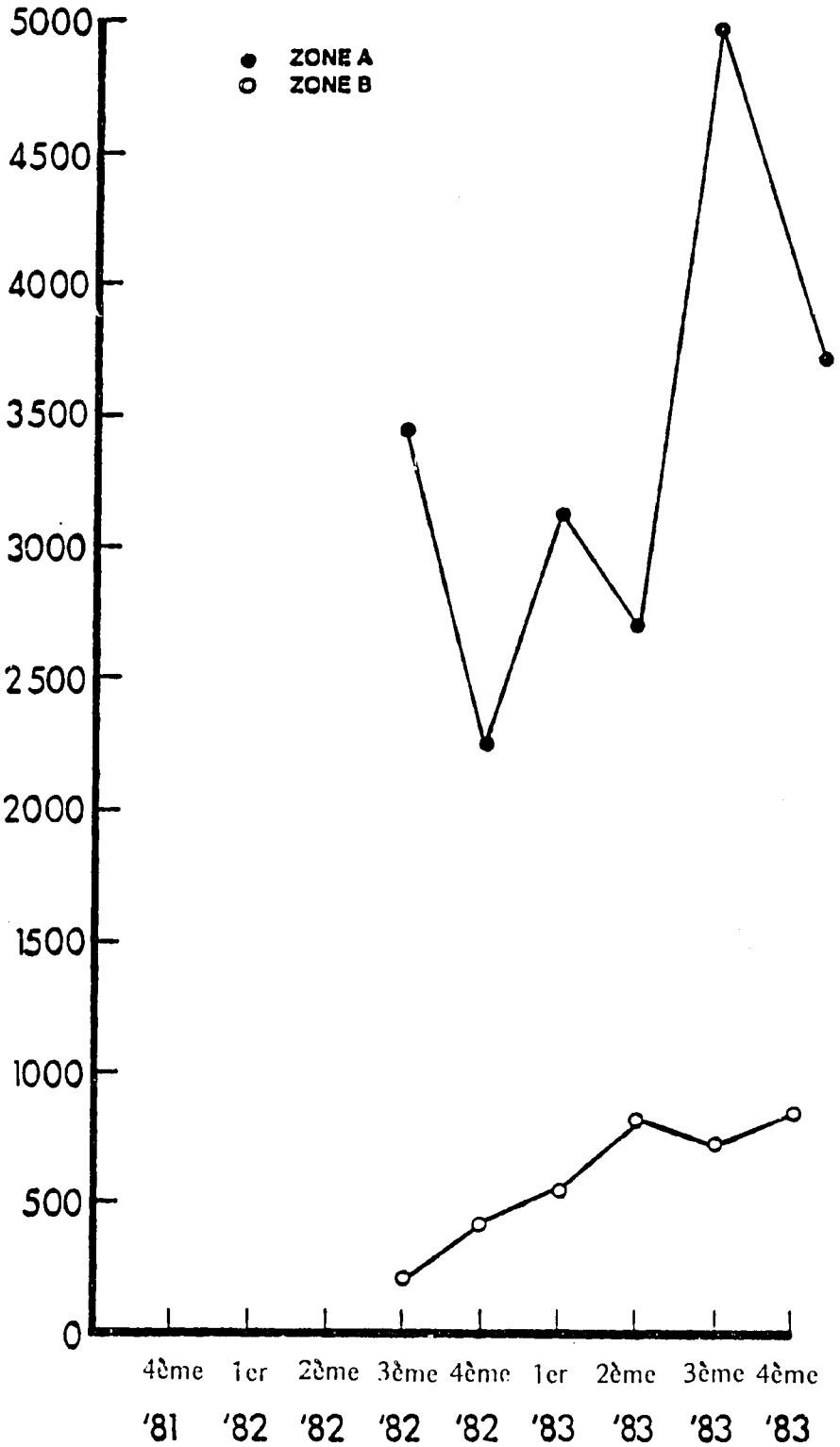
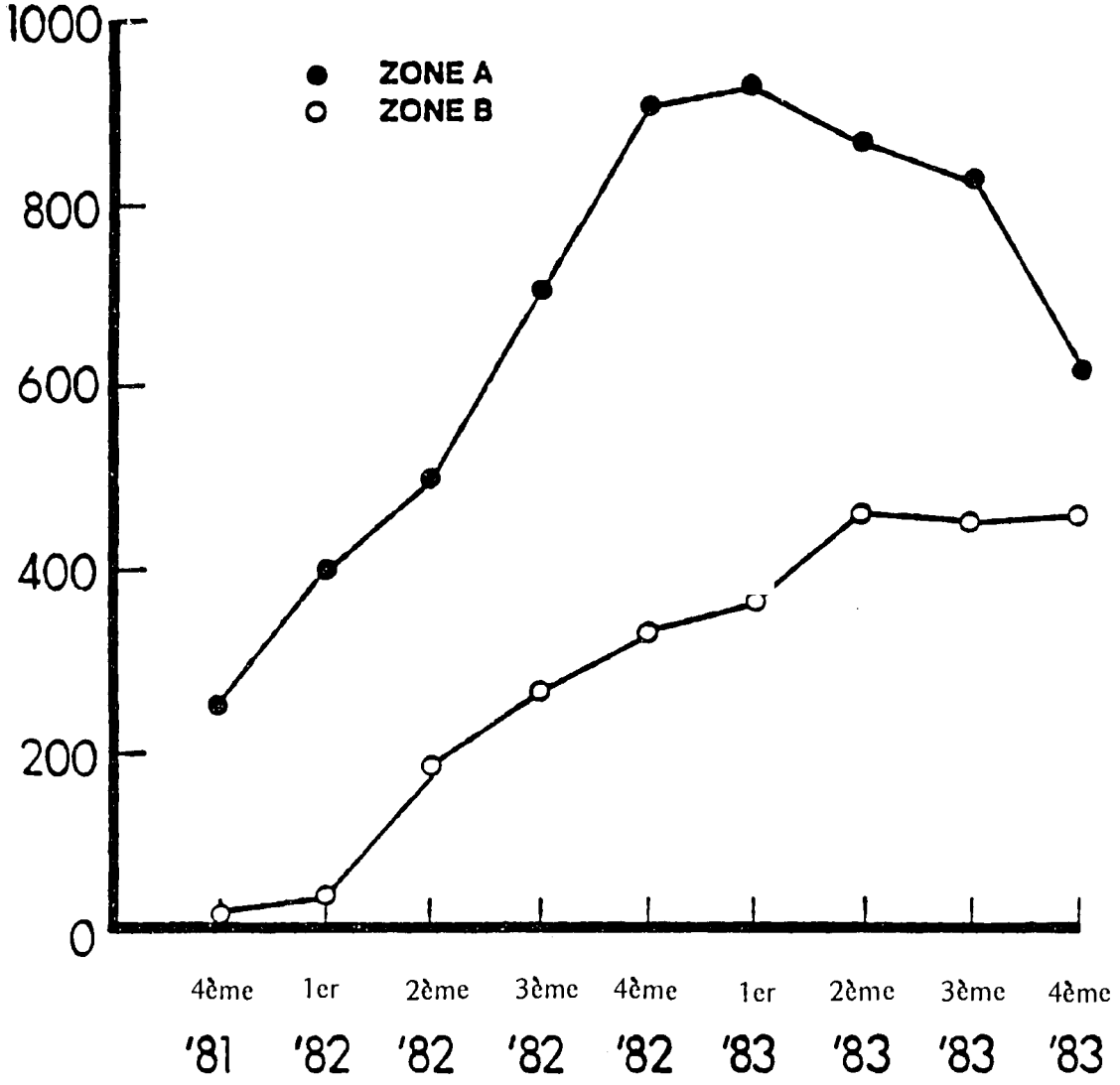


Figure IV-3

SECTEUR RURAL: MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE
PAR ZONE



projet, ce qui correspond à une période de travail intensif du programme d'extension (visites à domicile et réunions de groupe). Cependant, les trimestres suivants, le MPC commence à baisser. Par contre, la courbe de la Zone B est semblable à celle obtenue dans le secteur urbain, il y a une tendance ascendante régulière dans le temps qui semblerait refléter un processus graduel d'adoption au fur et à mesure que les gens entendent parler de ces services.

4. Comparaison des MPC par type de fournisseur de service

La figure IV-4 illustre le nombre de MPC correspondant aux différents fournisseurs de service dans le secteur urbain tout au long du projet. Une figure antérieure montrait qu'une plus grande quantité de contraceptifs avait été distribuée dans la Zone A que dans la zone B. D'après la figure IV-4, on peut voir que les visites à domicile *et* les dispensaires de la Zone A jouaient un rôle important dans cette distribution. Les trois pics de la courbe pour les visites à domicile correspondent aux trimestres où les visiteuses étaient sur le terrain pendant les trois mois entiers. (Les creux correspondent aux périodes où elles travaillaient seulement pendant une partie du trimestre, le reste de leur temps étant consacré aux cours de recyclage et au travail de bureau). Cependant les efforts des visiteuses à domicile ont apparemment suscité les demandes de contraceptifs faites auprès des dispensaires car le niveau de MPC des dispensaires a aussi augmenté régulièrement pendant toute la période d'étude. Par contre (et comme on l'a mentionné ci-dessus), les dispensaires de la Zone B--qui dépendaient entièrement du "bouche à oreille" ou des conseils aux patients dans les cliniques--donnaient des niveaux de MPC plus bas, mais qui ont augmenté graduellement tout au long du projet.

Pour le secteur rural, il est plus facile d'interpréter les courbes quand elles sont présentées séparément pour la Zone A et la Zone B, comme le montrent les figures IV-5 et IV-6. Dans la Zone A (avec programme d'extension), les matrones constituaient la plus importante source d'approvisionnement de contraceptifs. Les visiteuses fournissaient un nombre plus bas de MPC, parce qu'elles étaient beaucoup moins nombreuses que les matrones. En outre, les visiteuses créaient probablement la demande de contraceptifs fournis par les matrones. Le fait que le MPC pour les matrones ait baissé au quatrième trimestre 1983 reflète peut-être les effets de l'interruption des visites à domicile quelques mois plus tôt. Par contre, les dispensaires de la Zone A du projet rural distribuaient peu de contraceptifs, bien qu'une légère amélioration ait pu être notée au dernier trimestre 1983.

En l'absence de programme d'extension dans le secteur rural (figure IV-6), les dispensaires et les matrones paraissent être sur un pied d'égalité en ce qui concerne leur performance en MPC.

Une comparaison des niveaux de MPC pour les matrones de la Zone A et de la Zone B (figures IV-5 et IV-6) montre un niveau beaucoup plus élevé dans la Zone A. Toutefois, la Zone A avait plus de matrones et une plus grande population-cible. En ce sens, les données d'enquête sur la prévalence des contraceptifs (présentées dans le chapitre V) sont importantes car elles donnent une image plus précise de l'impact.

5. Efficacité relative de tous les fournisseurs de service dans le programme

Avant de clore cette analyse basée sur les statistiques de service (en particulier, les MPC), il est intéressant d'examiner l'efficacité relative des différents fournisseurs de méthodes contraceptives qui participent à ce projet. Un moyen très rudimentaire de le faire est de calculer la quantité de MPC moyen par fournisseur et par mois[1] pendant toute la durée de leurs activités. On entend par fournisseur, toute visiteuse à domicile, tout dis-

[1] Il a été nécessaire de prendre une moyenne mensuelle, car les différents fournisseurs travaillaient pendant des nombres de mois différents.

Figure IV-4

SECTEUR URBAIN: MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE
PAR TYPE DE FOURNISSEUR DE SERVICE

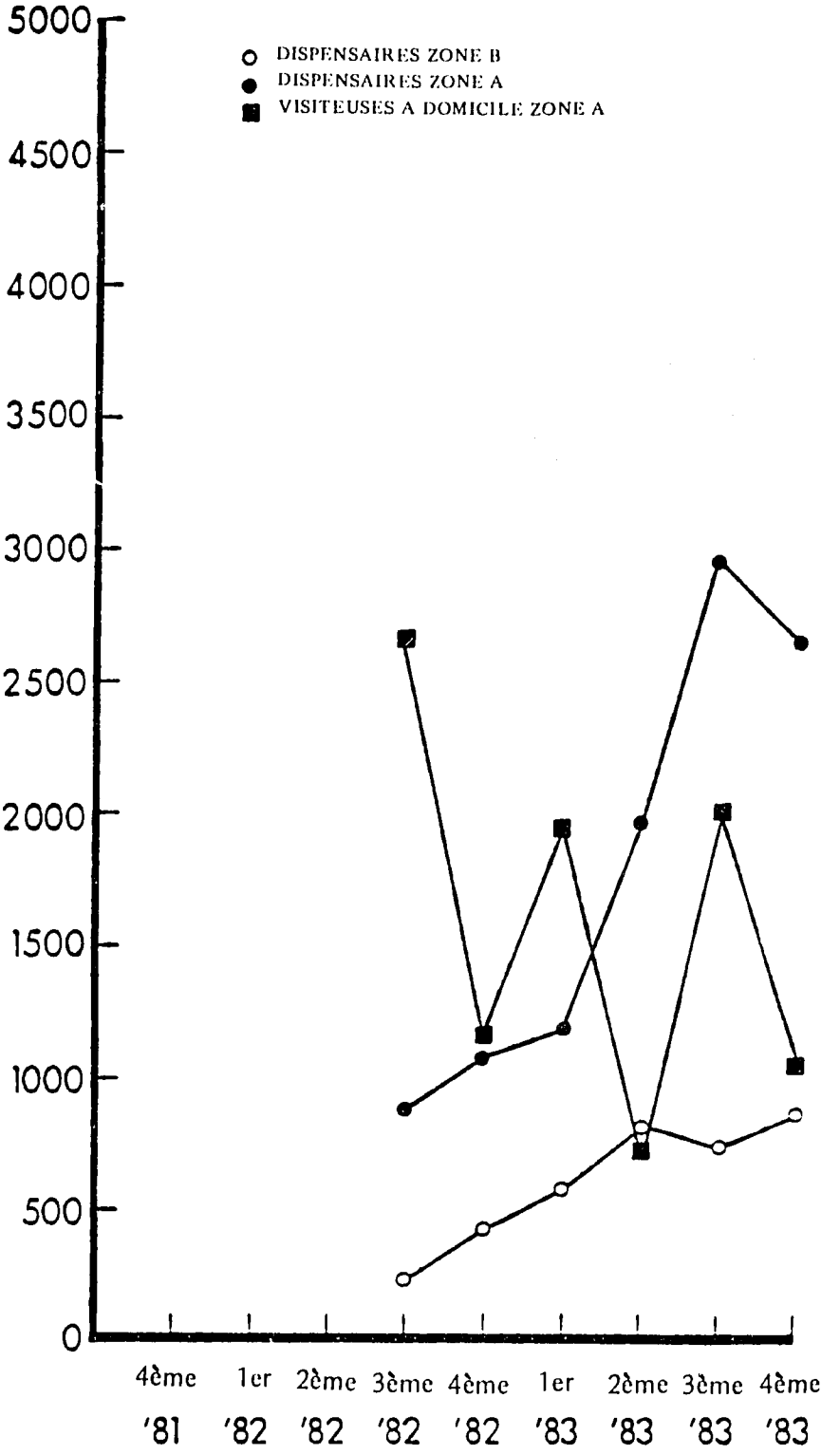


Figure IV-5

SECTEUR RURAL, ZONE A:
MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE
PAR TYPE DE FOURNISSEUR DE SERVICE

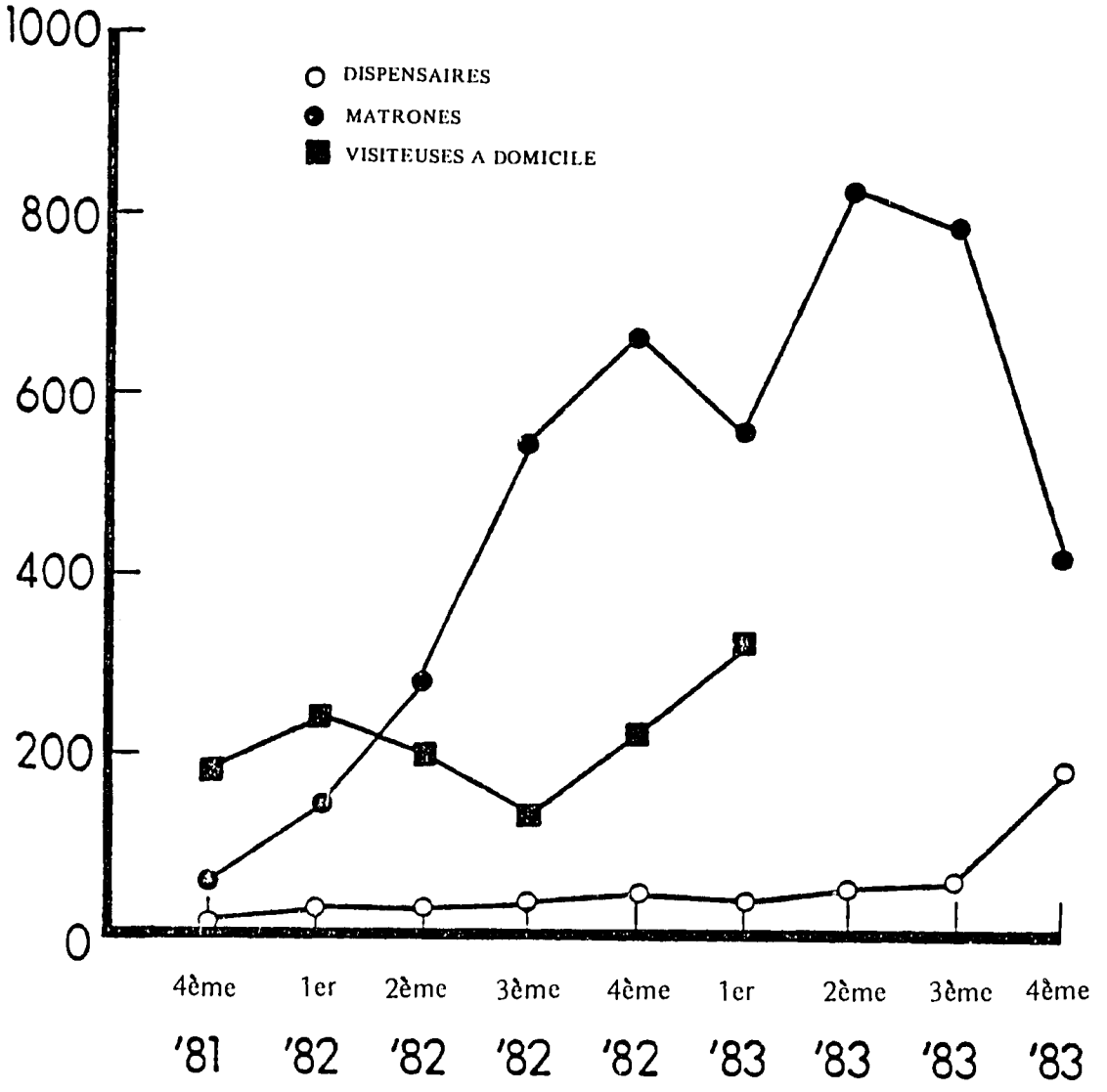
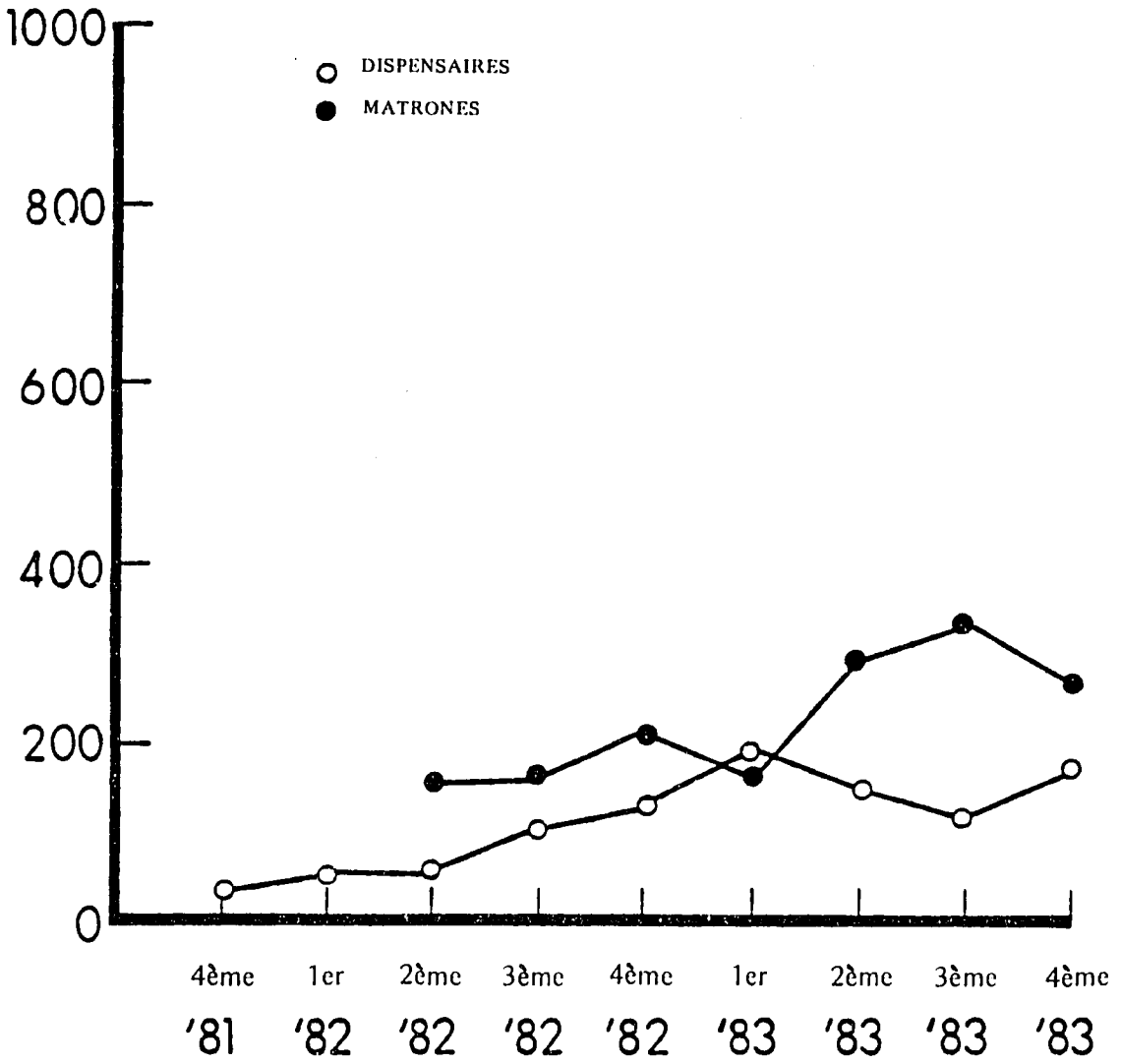


Figure IV-6

SECTEUR RURAL, ZONE B:
MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE
PAR TYPE DE FOURNISSEUR DE SERVICE



pensaire et toute matrone travaillant pour le projet. Les résultats sont présentés dans le tableau IV-2.

D'après ce tableau, il est évident que, dans le secteur urbain, les dispensaires de la zone où l'on procédait aux visites à domicile avaient de loin le MPC le plus élevé par fournisseur et par mois (154 par mois). En fait, ce chiffre était plus du double de celui des visiteuses urbaines (67 MPC par mois) ou des dispensaires des zones qui ne bénéficiaient pas des efforts du programme d'extension (60 MPC).

Par contre le MPC moyen des fournisseurs ruraux est nettement plus bas. Dans la zone A (recevant les programmes d'extension) les visiteuses avaient le MPC moyen par mois le plus élevé (21 par mois) tandis que les dispensaires et les matrones délivraient seulement sept MPC par mois en moyenne. Il faut reconnaître, cependant, que les chiffres des visiteuses à domicile ont peut-être été légèrement grossis par le fait que beaucoup de contraceptifs "acceptés" pendant les visites à domicile n'étaient peut-être pas utilisés.

Là où il n'y avait pas de programmes d'extension dans le secteur rural, les matrones et les dispensaires étaient similaires en ce qui concerne le MPC moyen par fournisseur (respectivement 9 et 10 par mois).

6. *Méthodes préférées*

Il est intéressant, surtout dans un nouveau programme, de déterminer les préférences de la population pour les différentes méthodes contraceptives disponibles. Un des moyens d'y parvenir est de faire une enquête auprès de la population-cible, comme celle qui est décrite au Chapitre V.

Tableau IV-2

MPC MOYEN DISTRIBUE PAR FOURNISSEUR ET PAR MOIS

	Nombre de mois d'activité[1]	Nombre moyen de fournisseurs travaillant/mois[2]	MPC distribué[3]	MPC moyen par fournisseur/mois
SECTEUR URBAIN				
Zone A				
Dispensaires	17	3,7	9.673	154
Visiteuses à domicile	16	8,9	9.523	67
Zone B				
Dispensaires	17	3,4	3.426	60
SECTEUR RURAL				
Zone A				
Dispensaires	26	2,3	421	7
Matrones	25	23,7	4.308	7
Visiteuses à domicile	16	3,9	1.307	21
Zone B				
Dispensaires	26	4,0	1.017	10
Matrones	21	8,3	1.547	9

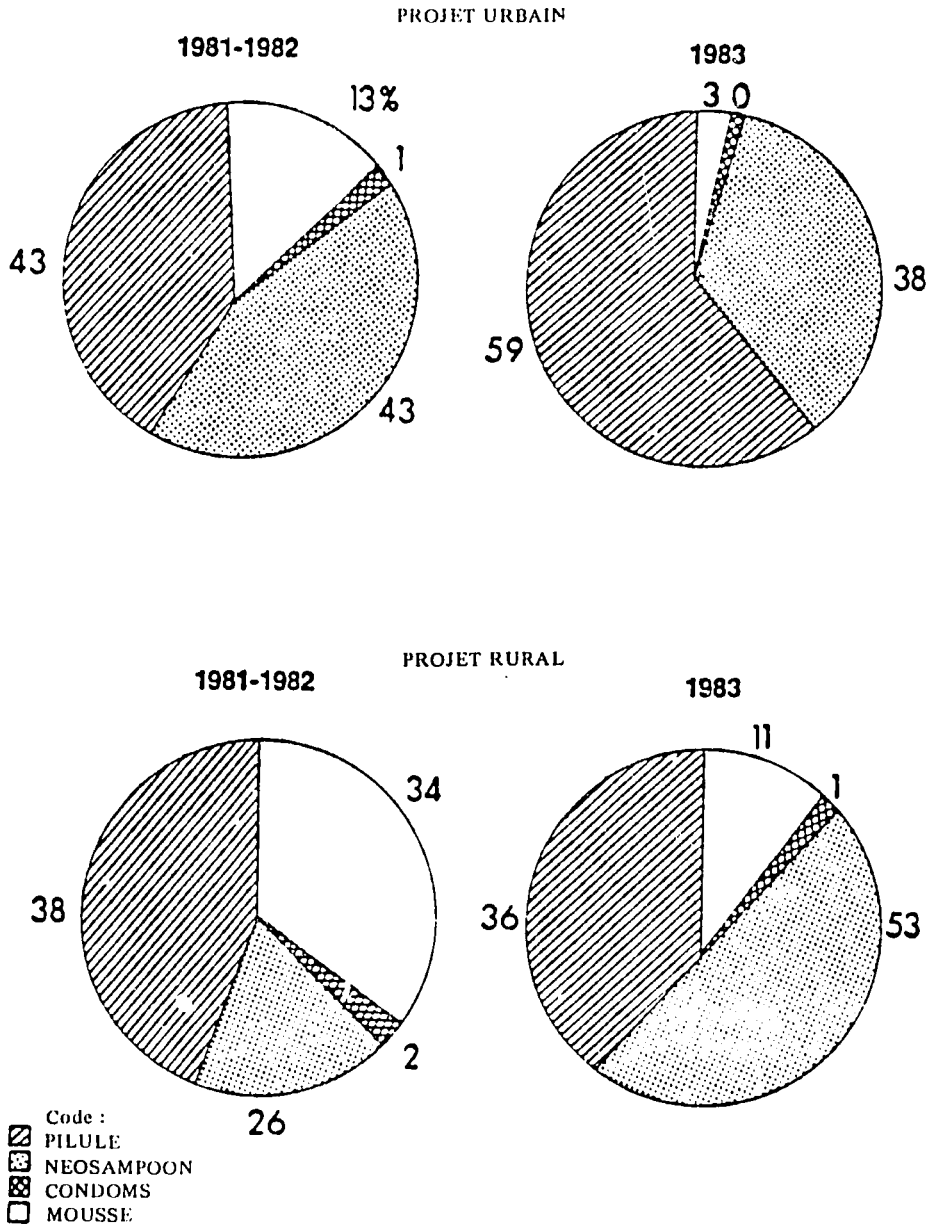
[1] Le plan du projet exigeait que les activités soient mises en oeuvre de façon échelonnée; de ce fait, le nombre de mois d'activité diffère entre le projet rural et le projet urbain et entre les fournisseurs au sein de chaque zone du projet.

[2] Comme le nombre de fournisseurs dans certaines catégories a varié tout au long du projet, on a fait une moyenne en divisant le nombre total de mois de travail d'une personne par le "nombre de mois d'activité".

[3] Les données urbaines de Décembre 1983 ne sont pas comprises dans ces totaux par suite d'une erreur administrative.

Figure IV-7

METHODES PREFEREES DANS LE SECTEUR URBAIN
ET LE SECTEUR RURAL, D'APRES LES DONNEES DE MPC



Un second moyen est de calculer le pourcentage de MPC qui correspond à chaque méthode offerte par le programme. Comme il est montré ailleurs, le calcul de la combinaison des méthodes sur la base des données du MPC donne des résultats semblables au calcul basé sur le nombre d'utilisateurs actifs dans le cas de méthodes qui ne nécessitent pas d'intervention médicale (pilule, condom, spermicides)[1], lesquelles sont les principales méthodes offertes par le PRODEF.

Pour permettre d'examiner les différences des préférences pour telle ou telle méthode dans le secteur urbain et le secteur rural aussi bien que les changements possibles dans le temps, les données de MPC ont été subdivisées en quatre catégories (tout compris):

- urbain: 1981-1982[2]
- urbain: 1983
- rural: 1981-1982[3]
- rural : 1983

Les résultats présentés dans la figure IV-7 montrent des différences marquées entre les différentes régions et les différentes périodes. Dans le secteur urbain, la pilule et le Néosampoon constituaient un pourcentage élevé et similaire du MPC total (43% chacun). La mousse ne représentait que 13% du MPC total et les condoms moins de 1%.

Pendant la seconde année d'activité du projet urbain, le pourcentage de MPC correspondant à la pilule a augmenté (jusqu'à 59%); le MPC pour le Néosampoon a baissé légèrement (jusqu'à 38%); et les MPC pour la mousse et les condoms représentaient moins de 3%.

Il y a deux explications possibles à ces changements dans le temps qui sont: premièrement, en Juillet 1982, le PRODEF a autorisé les infirmiers des dispensaires et les visiteuses à domicile à mettre les pilules à la disposition des femmes allaitant (en stipulant que le bébé doit avoir au moins 6 mois) ce qui pourrait expliquer l'utilisation accrue des pilules. Deuxièmement, les témoignages anectodiques suggèrent que la mousse n'était pas une méthode très bien acceptée. Quand on offrait les deux types de spermicides, c'était le Néosampoon qui était de loin le préféré.

Les données du secteur rural en 1981-1982 ressemblent à celles qu'on a recueillies dans le secteur urbain pour deux des méthodes: la pilule avait le MPC le plus élevé (38%) et le condom, celui le plus bas (2%). Toutefois, la préférence pour les deux spermicides était exactement inversée: dans le secteur rural en 1981-1982, le MPC correspondant à la mousse (34%) était plus élevé que celui pour le Néosampoon (26%).

Avant la dernière année, dans le secteur rural, le Néosampoon se détachait comme la méthode de choix (53% du MPC total); la pilule constituait 36% du MPC total; la mousse était tombée à 11% du MPC et les condoms se maintenaient à un modeste taux de 1%.

Ces données du secteur rural, montrent que l'utilisation des méthodes spermicides était très répandue, ce qui provient peut-être de la peur de prendre la pilule pendant la période d'allaitement. En outre, ces données reflètent aussi une préférence pour les comprimés vaginaux par rapport à la mousse. Cela n'apparaît pas dans les données de 1981-1982 parce que Néosampoon n'a été introduit dans le projet qu'au milieu de l'année 1982. Jusqu'à ce moment là, la mousse était le seul spermicide disponible. Toutefois, les données rurales de 1983 indiquent une forte préférence pour le

---

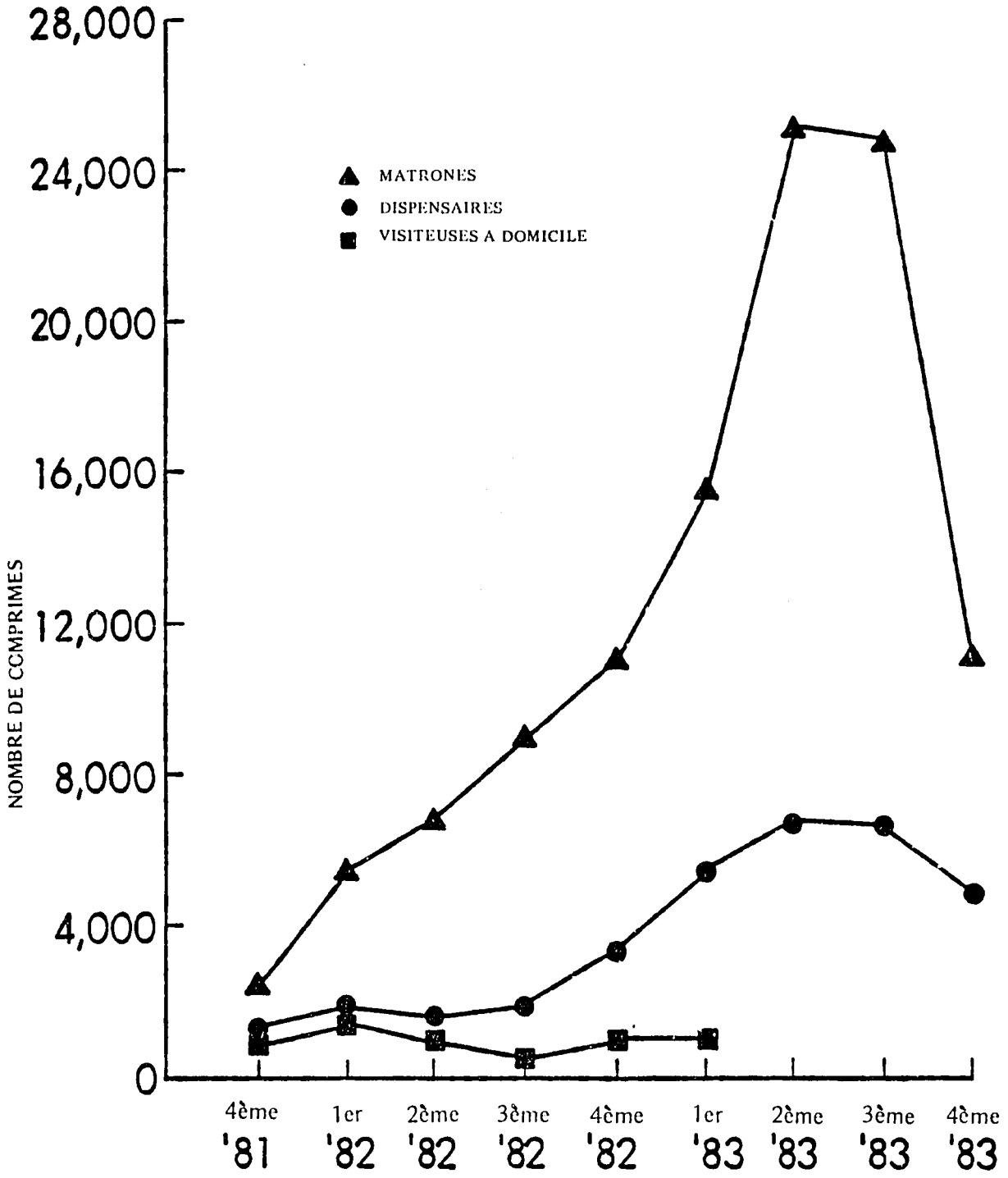
[1]Bertrand, Jane T., Maria Antonieta Pineda, Roberto Santiso, et Evelyn G. Landry, 1984. "Active Users vs. Couple-Months-of-Protection : The Comparability of Two Indicators of Performance in Family Planning Programs."*Evaluation Review* 8(5):645-662.

[2]La prestation du service urbain n'a commencé qu'en Juillet 1982; cette période ne comprend donc que 6 mois.

[3]La prestation du service rural a commencé en Octobre 1981, donc cette période comprend 15 mois.

Figure IV-8

SECTEUR RURAL: DISTRIBUTION DES COMPRIMES D'ASPIRINE
PAR TYPE DE FOURNISSEUR DE SERVICE



Néosampoon quand les deux méthodes étaient également disponibles.

Avant de clore cette section, un dernier commentaire s'impose concernant la comparabilité des observations faites sur les préférences pour telle ou telle méthode sur la base du MPC (ce chapitre) et celles de l'enquête de suivi présentées dans le chapitre V. Il y a une discordance qui peut être partiellement expliquée par le fait que les résultats de l'enquête sur l'utilisation actuelle représentent la préférence au moment de l'interview, tandis que les observations sur le MPC reflètent l'utilisation tout au long du projet.

C.
Réalisations du projet en ce qui concerne la vente des médicaments pour les enfants de moins de cinq ans

La distribution de quatre produits pour les enfants de moins de cinq ans -- aspirine, chloroquine, mébendazole et Oralyte -- a été un élément important du projet dans le secteur rural, pour les raisons expliquées plus haut. Bien que l'évaluation de l'impact du PRODEF se concentre principalement sur la composante de planning familial, il est intéressant d'examiner le volume de chaque produit distribué par les différents fournisseurs tout au long du projet.

1. Aspirine: Pendant les 27 mois d'étude, un nombre total de 29.017 comprimés d'aspirine ont été vendus aux gens du secteur rural. Comme le montre la figure IV-8, le volume d'aspirine distribué a augmenté tout au long du projet, bien qu'une baisse marquée des ventes se soit produite pendant le quatrième trimestre de 1983.

Le plus grand volume d'aspirine a été vendu par les matrones (tant au total que par fournisseur) suivies par les infirmiers des dispensaires et les visiteuses à domicile. Dans les deux zones A et B, le nombre moyen de comprimés d'aspirine vendu par fournisseur et par mois était plus élevé pour les matrones (Zone A: 145 comprimés/mois; Zone B: 246 comprimés/mois) que pour les dispensaires (Zone A: 109 comprimés/mois; Zone B: 125 comprimés/mois).

2. Chloroquine: La tendance pour la vente de la chloroquine est très similaire. Comme l'aspirine et la chloroquine devraient être utilisées ensemble pour traiter le paludisme, on devait s'attendre à cette ressemblance des courbes dans les figures IV-8 et IV-9. Comme c'était le cas pour l'aspirine, les ventes de chloroquine ont augmenté tout au long du projet, sauf pendant le dernier trimestre (Déc. 1983) où il y a eu une baisse marquée des ventes. Le nombre total de comprimés de chloroquine vendus a été de 81.635.

Une fois encore, les matrones ont été la principale source de chloroquine pour la population comme le montre la figure IV-9 et le tableau IV-3. Les matrones ont vendu respectivement en moyenne 92 et 85 comprimés/mois dans la Zone A et la Zone B, alors que les dispensaires ont vendu respectivement 44 et 53 comprimés par mois dans les Zone A et B, et les visiteuses à domicile 67 comprimés/mois.

3. Mébendazole: On a distribué un total de 29.017 comprimés de mébendazole au cours des 27 premiers mois du projet. Une fois encore les quantités vendues chaque trimestre ont augmenté avec le temps, mais les données de la figure IV-10 et du tableau IV-2 montrent d'intéressantes tendances.

Ce sont encore les matrones qui étaient la principale source de ce médicament pour la population et leurs ventes ont augmenté d'un bout à l'autre du projet sauf au cours du dernier trimestre où elles ont connu une baisse. Les ventes dans les dispensaires ont aussi augmenté pendant les 6 premiers trimestres mais ont baissé légèrement au cours des 3 derniers trimestres. Dans le cas des visiteuses à domicile, les ventes ont été les plus importantes au cours des premiers mois de visite--ce qui laisse supposer que la population-cible a peut-être réagi à l'attention spéciale qu'on a portée à ce problème au cours des visites à domicile. Cependant, au cours des derniers mois, les ventes ont baissé; les clients ont peut-être simplement changé de fournisseurs de service pour ce médicament.

Les données du tableau IV-3 démontrent encore le succès des visiteuses à domicile en ce qui concerne la distribution de mébendazole.

Figure IV-9

SECTEUR RURAL: DISTRIBUTION DES COMPRIMES
DE CHLOROQUINE PAR TYPE DE FOURNISSEUR DE SERVICE

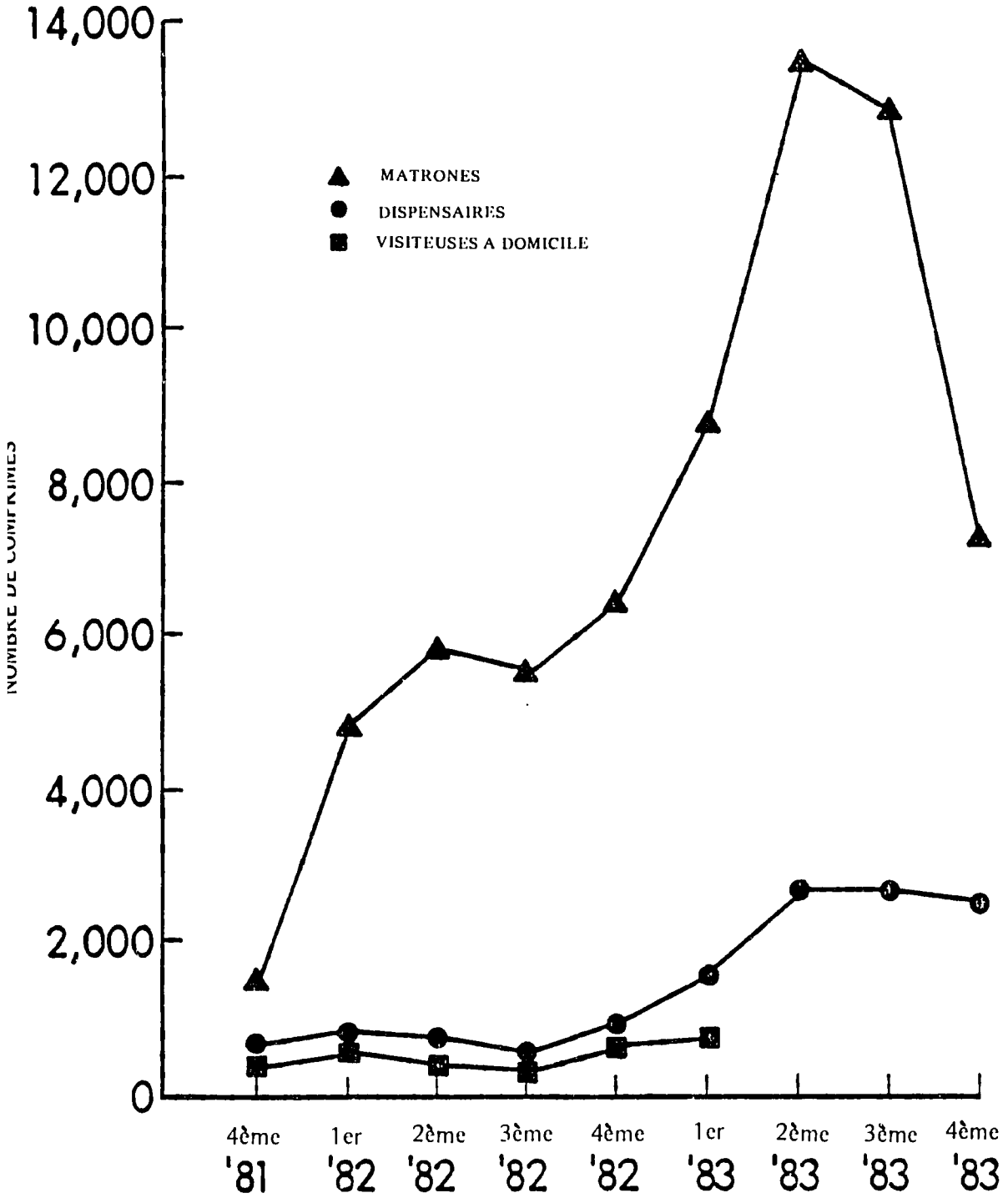


Figure IV-10

SECTEUR RURAL: DISTRIBUTION DES COMPRIMES
DE MEBENDAZOLE PAR TYPE DE FOURNISSEUR DE SERVICE

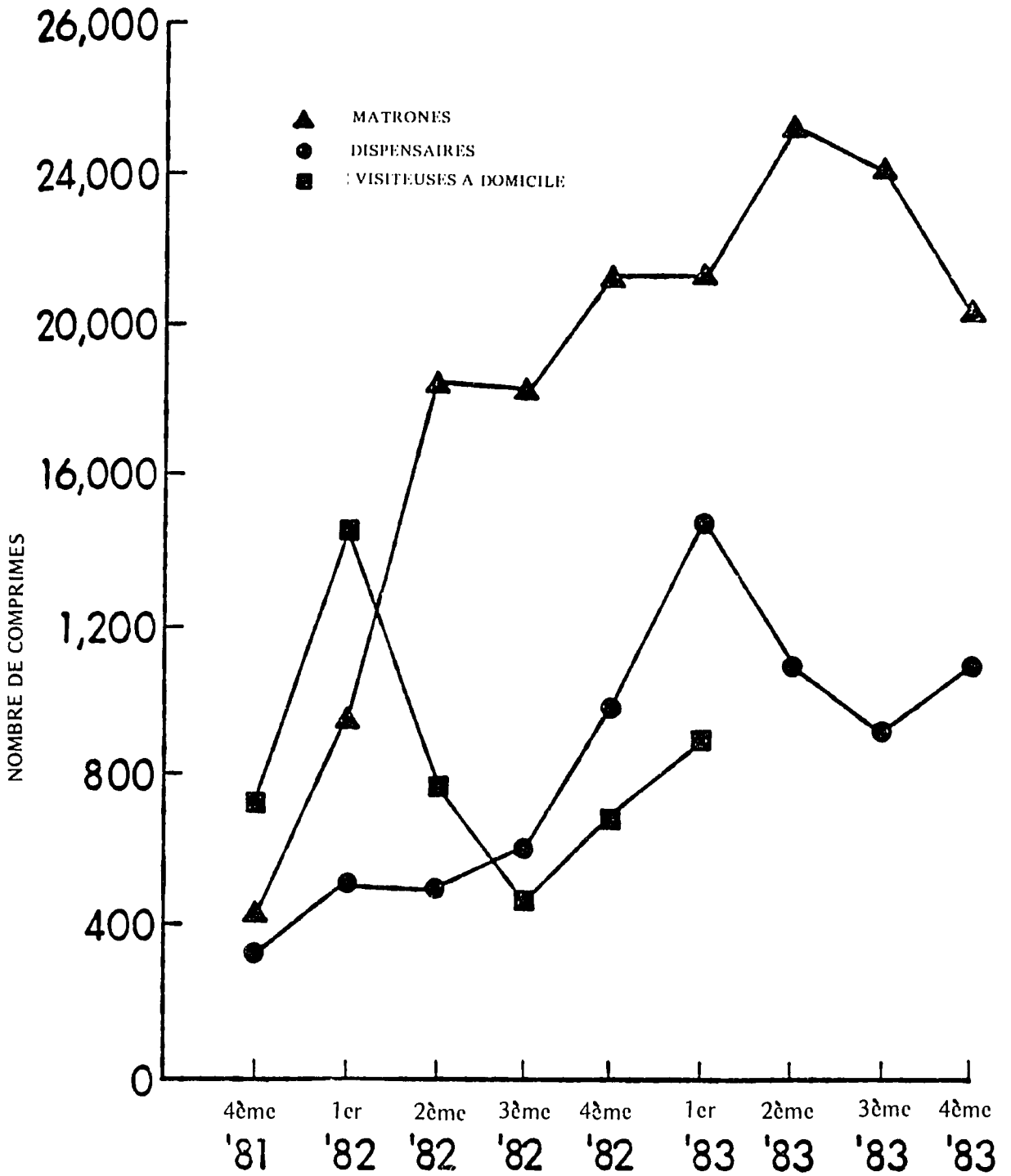


Tableau IV-3

QUANTITE MOYENNE DE CHAQUE MEDICAMENT DISTRIBUEE PAR FOURNISSEUR ET PAR MOIS

	Nombre moyen de médicaments distribués par fournisseur et par mois			
Zone	Comprimés d'Aspirine	Comprimés de Chloroquine	Comprimés de Mébendazole	Sachets d'Oralyte
Zone A				
Dispensaires	109	44	38	9
Visiteuses à domicile	96	67	82	13
Matrones	145	92	21	5
Zone B				
Dispensaires	125	53	20	5
Matrones	246	85	53	11

Alors que les matrones étaient les principaux fournisseurs de chloroquine et d'aspirine, les visiteuses à domicile ont distribué un plus grand nombre de comprimés de mébendazole par mois (82) que les autres distributeurs (matrones: 21 et 53 comprimés/mois respectivement dans la Zone A et B, et les dispensaires, 38 et 20 comprimés par mois respectivement dans les deux zones).

4. Oralyte: Il semble, d'après les niveaux de vente, que la population-cible s'intéresse beaucoup moins à ce produit qu'aux trois autres. En effet, un total de 6.510 sachets d'Oralyte a été vendu pendant les 27 premiers mois du projet.

Les courbes pour l'Oralyte étaient semblables à celles du mébendazole. Une fois encore, les matrones ont vendu la plus grande quantité de produit (malgré une baisse marquée des ventes pendant les deux derniers trimestres). Les ventes dans les dispensaires étaient basses au cours de la première année, mais ont plus que doublé au cours des trimestres suivants. Les visiteuses à domicile ont gardé un niveau modérément bas mais toujours constant.

Les données du tableau IV-3 montrent que si l'on considère les performances par fournisseur, les visiteuses à domicile ont de meilleurs résultats (13 sachets/fournisseur et par mois) que tous les autres fournisseurs (dont les ventes variaient de 5 à 11 sachets par fournisseur et par mois). Il est possible que le double rôle d'éducateur et de vendeur des visiteuses à domicile entre en ligne de compte dans cette différence.

D. Explication des tendances de vente de contraceptifs et de médicaments

1. Secteur urbain: les contraceptifs

L'augmentation progressive du MPC tout au long du projet (quoique marquée de fluctuations nettes qui reflètent les trois séries de visites à domicile) laisse supposer un accroissement de la prise de conscience et de l'acceptation du planning familial chez les habitants de Matadi.

Le fait qu'une plus grande quantité de contraceptifs ait été distribuée dans la Zone A que dans la Zone B peut être attribué à trois facteurs.

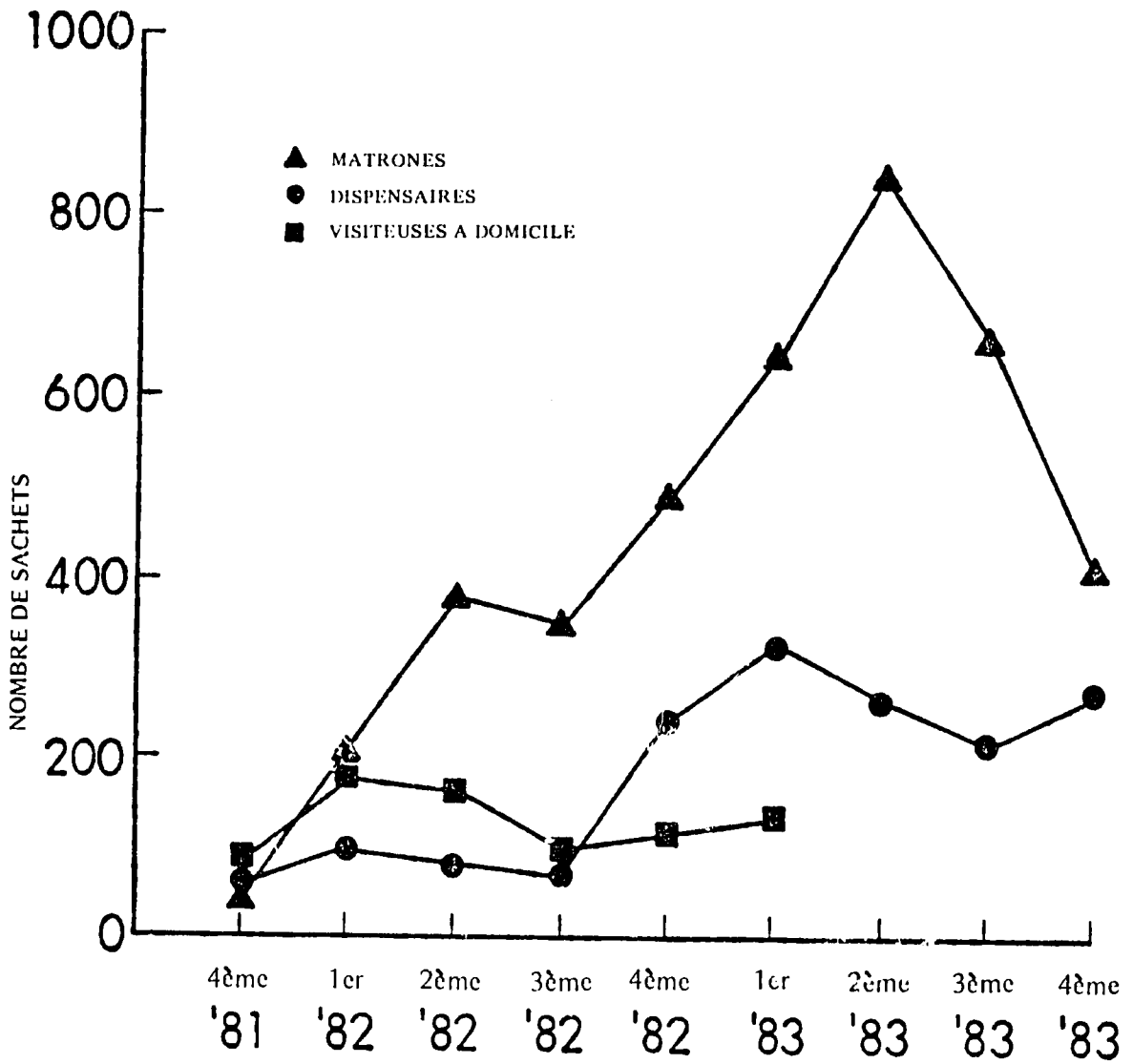
1. La Zone A est plus peuplée que la Zone B.

2. Certaines femmes vivant dans la Zone B ont peut-être acheté des contraceptifs dans la Zone A car plusieurs dispensaires sont situés au centre de la ville.

3. Les programmes d'extension effectués dans la Zone A ont suscité une plus grande de-

Figure IV-11

SECTEUR RURAL: DISTRIBUTION DES SACHETS D'ORALYTE
PAR TYPE DE FOURNISSEUR DE SERVICE



mande pour ces produits contrairement à la Zone B où aucun effort d'extension n'avait été fait.

Le rôle de ces programmes d'extension dans l'augmentation des demandes est mis en évidence par les résultats de l'enquête de suivi présentés dans le chapitre V.

Il est aussi intéressant d'observer qu'en l'absence de programme d'extension (Zone B), il y avait quand même une lente et constante augmentation du MPC fourni par les dispensaires, ce qui laisse supposer que peu à peu les gens ont accepté ce service au fur et à mesure qu'ils ont été plus informés.

2. Secteur rural: les contraceptifs

La distribution des contraceptifs dans le secteur rural est un peu moins prometteuse. On s'attendait bien à ce que le volume absolu soit beaucoup plus petit que dans le secteur urbain (parce que la région est moins peuplée, et que cette population est peut-être beaucoup plus résistante aux méthodes contraceptives modernes). Mais cela n'explique pas pourquoi la distribution des contraceptifs a augmenté progressivement au cours de la première année, puis a marqué un plateau. En outre, la distribution des contraceptifs parmi les principaux fournisseurs du secteur rural--les matrones -- a en fait diminué dans les derniers mois du projet compris dans cette évaluation.

3. Les facteurs influençant la demande de contraceptifs

Le personnel du PRODEF croit que la demande de ces services dans le secteur urbain et le secteur rural est le résultat de:

- une meilleure connaissance des méthodes de planning familial, surtout dans la zone où il y a un programme d'extension
- l'approbation largement répandue de l'espacement des naissances
- un meilleur accès aux contraceptifs modernes pour un prix modique
- la curiosité concernant un nouveau produit, surtout quand on le donne gratuitement lors de la première visite (dans la Zone A)

Les facteurs qui sont peut-être responsables du plateau dans l'acceptation des contraceptifs modernes dans le secteur rural sont les suivants:

- L'interruption des visites à domicile en février 1983. (Toutefois si c'était le seul facteur, on pourrait s'attendre à ce qu'il affecte seulement la Zone A, mais pas la zone B. De plus, on pourrait s'attendre à voir ce ralentissement dans les deux types de débouchés--matrones et dispensaires--et pas uniquement chez les matrones; et dans les deux secteurs--rural et urbain-- et non pas seulement dans le secteur rural.)
- Le fait que la curiosité pour le nouveau produit ne s'est pas convertie en un réel intérêt pour son utilisation.
- La déception apportée par les effets secondaires de certaines méthodes pour certaines utilisatrices.
- Des ressources en argent liquide plus limitées du fait de la dévaluation de la monnaie Zaïroise de plus de 400%. (Cependant, si c'était le seul facteur, on pourrait s'attendre à ce que tous les débouchés soient affectés tant dans le secteur urbain que dans le secteur rural).
- Une diminution de l'enthousiasme dans la collaboration des fournisseurs de service (infirmiers des dispensaires et matrones) à mesure que le charme de nouveauté de la nouvelle activité s'amenuisait.

- Un relâchement de la supervision des matrones qui pourrait avoir résulté du fait que le personnel a largement concentré ses efforts sur les enquêtes de suivi à partir de Juin 1983.

4. Le secteur rural: les médicaments

Les données concernant les quatre médicaments vendus dans le secteur rural soulignent deux points. Premièrement: les matrones et les dispensaires sont des débouchés tout à fait acceptables pour l'achat des produits dont la population-cible a vraiment besoin. Alors que les matrones fournissaient une moyenne de 8 MPC par mois, elles fournissaient une moyenne de 158 comprimés d'aspirine et 91 comprimés de chloroquine à la même population.

Deuxièmement, les visiteuses à domicile semblaient obtenir de bien meilleurs résultats--comparées aux dispensaires et aux matrones--pour les produits qui exigent que l'on éduque la population avant que celle-ci ne les accepte. Dans le cas de l'aspirine et de la chloroquine, que la population est habituée à se procurer pour les fréquentes crises de paludisme, les matrones distribuaient une quantité beaucoup plus grande par fournisseur que les visiteuses à domicile. Par contre, pour les contraceptifs, l'Oralyte et, dans une moindre mesure, le mébendazole, les visiteuses à domicile obtenaient le taux de vente le plus élevé par fournisseur.

Chapitre V

IMPACT DES INTERVENTIONS DE PLANNING FAMILIAL: RESULTATS DES ENQUETES

Réapprovisionnement des infirmiers des dispensaires urbains par Diakadulua Nlandu

Chapitre V

IMPACT DES INTERVENTIONS DE PLANNING FAMILIAL: RESULTATS DES ENQUETES[1]

A.
Raison d'être des enquêtes

Le plan d'étude du projet PRODEF consistait en: une enquête de base effectuée avant la mise en route des services; et une enquête de suivi menée au bout de 21 mois d'activité des services.

Le but principal de ces enquêtes était de vérifier dans quelle mesure s'était opéré un changement dans les connaissances, les attitudes et le comportement concernant le planning familial ainsi que l'utilisation des traitements appropriés pour le paludisme, les vers intestinaux et la déshydratation dûe à la diarrhée chez les enfants d'âge préscolaire. De plus, les questionnaires couvraient un certain nombre de sujets (cinq ans d'historique de grossesse, les pratiques de l'allaitement au sein, l'aménorrhée après l'accouchement et l'abstinence, les relations mari-femme, le contact avec les activités du PRODEF, la possession des articles du ménage, les caractéristiques socio-démographiques, etc. . .) Alors que des publications ultérieures exploreront en détail ces autres aspects, le présent rapport se concentre sur la question principale: jusqu'à quel point le PRODEF a-t-il atteint ses objectifs? Les dits objectifs étaient:

1. Accroître la connaissance des contraceptifs modernes.
2. Améliorer les attitudes envers le planning familial.
3. Accroître l'usage des contraceptifs modernes.
4. Diminuer le "nombre idéal d'enfants."
5. Augmenter l'usage des traitements appropriés pour les enfants de moins de cinq ans qui ont du paludisme, des vers intestinaux et de la déshydratation dûe à la diarrhée.

[1] Les données présentées dans les chapitres V et VI ont été traitées et programmées avec l'aide de Jeffrey Tharp, Felix Lee, et Kamel Esseghairi.

B.
Méthodologie

1. Sélection des répondantes

Dans l'enquête de base comme dans celle de suivi, un échantillon représentatif de femmes âgées de 15 à 49 ans avait été choisi dans le secteur urbain de Matadi, et dans le secteur rural avoisinant de Songololo.

Le secteur urbain: Le travail d'échantillonnage a été fortement entravé par l'absence d'une estimation digne de foi du nombre d'habitants et de cartes suffisamment détaillées pour montrer le nombre et l'emplacement des maisons. Deux autres facteurs ont encore compliqué le travail dans le secteur urbain: (1) un terrain montagneux avec des rues et des routes tortueuses qui suivent plutôt la topographie de chaque emplacement qu'aucun type de disposition en grille qui aurait permis l'utilisation de "carrés" naturels et (2) la très forte densité des logements qui faisait qu'il était difficile de distinguer une maison d'une autre par simple observation.

Le seul outil dont on disposait dans le travail d'échantillonnage à Matadi était une carte de la ville vieille de 12 ans, qui montrait les principales rues et les points de repère, ainsi que la densité relative de la population dans chaque quartier de Matadi (à l'aide de différents degrés de hachures).

Pour se rapprocher d'un échantillon de probabilité, la zone d'étude a été divisée en 109 carrés de dimension égale, lesquels ont été stratifiés par densité sur la base des hachures de la carte et de contrôles ponctuels sur le terrain. La première étape de l'échantillonnage a consisté à choisir au hasard 60 carrés qui ont été ensuite localisés sur le terrain à l'aide des points de repères et des rues figurant sur la carte. Une fois qu'un carré était délimité, chaque maison dans ce carré était portée sur la carte et dénombrée.

La deuxième étape de l'échantillonnage consistait à choisir au hasard 30 maisons par carré. Si le carré choisi ne contenait pas 30 maisons, un carré adjacent de densité similaire (faible) était sélectionné pour obtenir le nombre nécessaire.

On s'est efforcé d'interviewer toutes les femmes en âge de procréer dans une maison donnée. La procédure continuait jusqu'à ce que l'enquêteuse atteigne son quota de 30 interviews accomplies par carré. Au moins trois visites de rappel ont été faites dans les maisons sélectionnées pour localiser les femmes qui étaient éligibles mais absentes au moment de l'interview.

Dans l'enquête de suivi, les mêmes procédures d'échantillonnage ont été utilisées. Toutefois une nouvelle série de 60 carrés a été choisie au hasard pour l'étude urbaine. (Sur ces 60, 36 avaient déjà été utilisées dans l'enquête de base. Mais, dans ces carrés, les mêmes femmes n'étaient pas nécessairement sélectionnées).

A cause de la procédure d'échantillonnage utilisée, les femmes dans les zone à basse densité avaient de beaucoup plus grandes chances d'être sélectionnées que n'en avaient celles qui vivaient dans les zones à densité élevée. Pour compenser cette inégale probabilité de sélection, on a pondéré les données (pour le secteur urbain uniquement). Les résultats pour le secteur urbain qui figurent dans les Chapitres V et VI sont basés sur les données pondérées bien que le *n* non-pondéré soit donné.

Le secteur rural: Il y avait au total 53 villages dans le secteur étudié. Puisqu'il fallait les cartes de tous les villages pour les activités de prestation de service, il a été décidé de dresser un plan de chaque village et d'y faire des interviews plutôt que de ne les faire que sur un échantillon.

On s'est efforcé d'interviewer toutes les femmes en âge de procréer dans un foyer sur deux.

Taille de l'échantillon: Ces procédures ont donné le nombre suivant d'interviews accomplies:

	Secteur urbain	
	Zone A	*Zone B*
Enquête		
—de base	928	869
—de suivi	862	932

	Secteur rural	
	Zone A	*Zone B*
Enquête		
—de base	924	780
—de suivi	791	700

TOTAL (de base): 3.501
TOTAL (de suivi): 3.285

2. Instrument de l'enquête

Le questionnaire utilisé pour l'enquête de base a été rédigé en français et traduit ensuite en Kikongo, dialecte local. Cette version a été prétestée et de légères modifications ont été faites pour certains termes. La version révisée a été ensuite retraduite du Kikongo en français par un enseignant de l'école locale, qui ne savait rien de cette étude, pour s'assurer que le sens de toutes les questions avait bien été préservé lors de la traduction en Kikongo.

Le questionnaire pour l'enquête de suivi contenait presque toutes les questions d'origine ainsi que des questions supplémentaires qui ont été prétestées avant d'être utilisées.

3. Collecte et traitement des données

Le calendrier des collectes de données pour les deux enquêtes était le suivant:

Enquête	Urbaine	Rurale
—de base	Septembre--Décembre 1981	Février--Juin 1981
—de suivi	Février--Juin 1984	Juillet--Novembre 1983

Toutes les interviews ont été faites par des femmes de 20 à 25 ans, qui avaient suivi deux semaines de formation. Dans cinq pour cent des cas le superviseur a revisité les ménages pour vérification.

Dans l'enquête de base, la perforation des fiches d'ordinateur a été effectuée par une autre organisation à Kinshasa (CEPLANUT: Le Centre pour la Planification de la Nutrition Humaine). Les données ont été transférées des cartes perforées sur bandes magnétiques, puis envoyées à l'Université de Tulane pour être éditées et analysées. Dans les enquêtes de suivi, les données ont été directement traitées sur le terrain (à Nsona Mpangu et Matadi) au micro-ordinateur, et les cassettes ensuite expédiées à Tulane pour être éditées, traitées et analysées.

C.
Résultats des Enquêtes

1. Comparabilités de la Zone A et la Zone B pour les caractéristiques socio-démographiques.

Les conclusions complètes de l'enquête de base apparaissent dans le document "Results of the PRODEF/Tulane Survey, Parts I and II," (Résultats de l'enquête PRODEF/Tulane, Première et Deuxième Parties). (Voir Chapitre IX pour la référence complète). Ce document se concentre sur le problème de la comparabilité entre la Zone A et la Zone B de la composante rurale comme de la composante urbaine du projet (Note: il ne faut pas confondre cela avec les différences entre le secteur urbain et le secteur rural: en fait les populations urbaines et rurales diffèrent bien dans leurs caractéristiques socio-démographiques comme on peut s'y attendre. Mais ici le problème de la comparabilité est plutôt entre la Zone A et la Zone B de la population rurale et de la population urbaine.)

Idéalement, on pourrait espérer qu'au sein du secteur urbain et au sein du secteur rural (1) les Zones A et B seraient comparables lors de l'enquête de base, (2) qu'elles le seraient encore lors de l'enquête de suivi, et (3) qu'il y aurait peu de différence dans les caractéris-

Tableau V-1

RESUME DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE PAR SECTEUR ET PAR ZONE DE TRAITEMENT[1]

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=928	après n=862	avant n=869	après n=932	avant n=924	après n=791	avant n=780	après n=700
Age moyen (en années)	27,0	26,9	26,6	26,7	28,2	27,6	28,4	27,9
Education								
Aucune	20,7	13,5	23,7	9,2	40,4	31,2	41,1	29,1
1-6 Primaire (ou études ménagères)	39,9	42,3	34,2	29,7	44,2	46,5	41,5	47,0
Au delà de l'école primaire	39,4	44,2	42,0	61,2	15,5	22,2	17,3	23,9
Sait lire et écrire								
Oui	68,3	76,8	65,4	83,3	42,7	53,7	44,5	51,7
Non	31,7	23,2	34,6	16,7	57,3	46,3	55,5	48,3
Profession								
Femme au foyer	64,4	45,4	66,2	40,2	2,4	2,0	3,5	3,1
Vendeuse	19,3	26,9	18,6	20,2	2,4	2,4	2,3	1,9
Travaille dans les champs	6,0	7,3	5,5	8,3	92,6	93,2	90,8	93,4
Autre	10,1	20,5	9,7	31,1	2,6	2,4	3,4	1,5
Nationalité								
Zaïroise	94,2	90,5	89,4	82,5	59,5	66,0	83,8	90,3
Angolaise	5,8	9,1	10,6	17,2	40,5	33,8	16,0	9,7
Autre	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,3	0,1	0,0
Religion								
Catholique	44,8	45,1	39,7	35,9	37,3	36,5	32,6	34,6
Protestante	44,9	37,9	44,0	43,2	52,5	53,7	48,4	45,4
Autre ou aucune	10,2	17,0	16,4	20,9	10,2	9,7	18,9	20,0
Statut matrimonial[2]								
Actuellement mariée	70,5	61,5	69,4	77,3	62,0	77,3	62,6	78,4
Antérieurement mariée	4,2	8,2	2,5	8,9	7,6	7,1	7,3	8,4
Jamais mariée	25,3	30,2	28,1	35,2	30,3	15,5	30,0	13,1
Age moyen lors du premier mariage[3]	17,7	17,3	17,3	18,0	17,0	16,9	17,0	16,8
Nombre de femmes qu'a son mari[3]								
Une (la répondante)	90,4	87,4	92,2	85,7	73,8	79,7	75,6	82,6
Plus d'une	9,7	12,7	7,8	14,3	26,2	20,4	24,4	17,4

[1] Dans tous les tableaux des chapitres V et VI, le nombre de cas (n) n'est pas pondéré. Les pourcentages du secteur urbain sont pondérés (comme il est expliqué dans le texte), tandis que l'échantillon rural était auto-pondéré.

[2] Le terme "actuellement mriée" couvre à la fois les unions légales et le concubinage; le terme "antérieurement mariée" couvre les divorcées, les veuves et les femmes séparées.

[3] Chiffre basé sur les femmes qui étaient mariées ou en union libre.

tiques socio-démographiques des populations de l'enquête de base et de l'enquête de suivi.

Dans la vie réelle, les données ne sont pas toujours conformes à cet idéal. Le but de cette section est de décrire jusqu'où va la comparabilité entre les zones concernées par les deux enquêtes.

Pour les deux enquêtes, les répondantes des quatre groupes sans exception étaient d'âge similaire (la moyenne était de 27 ou 28 ans) comme l'indique le tableau V-I.

En ce qui concerne l'éducation, il n'est pas étonnant qu'il y ait eu un plus grand pourcentage de répondantes urbaines que de rurales qui aient continué leurs études au-delà de l'école primaire. Dans l'enquête de base, les niveaux d'éducation étaient très comparables pour la Zone A et la Zone B des deux secteurs. Dans l'enquête de contrôle, le nombre de celles qui étaient allées au delà de l'école primaire était plus élevé dans tous les groupes. Les Zones A et B du secteur rural étaient encore très comparables, tandis que, dans le secteur urbain, le niveau d'éducation était plus élevé parmi les femmes de la Zone B que celles de la Zone A.

Les données sur l'aptitude à lire et à écrire suivent le même modèle. Le pourcentage de répondantes qui pouvaient lire a augmenté dans tous les groupes entre les deux enquêtes. Le secteur rural conservait encore une forte comparabilité entre la Zone A et la Zone B. Mais, dans le secteur urbain, le nombre de celles qui pouvaient lire et écrire était plus élevé dans la zone B lors de l'enquête de suivi.

En ce qui concerne la profession, la majorité des femmes urbaines se déclarèrent femmes au foyer ou vendeuses dans les deux enquêtes, avec une assez forte comparabilité entre la Zone A et la Zone B. Par contre, dans les deux zones du secteur rural, et au cours des deux enquêtes, 91-93% des répondantes déclarèrent qu'elles travaillaient dans les champs en plus de leurs devoirs de femmes au foyer.

Il y avait quelques différences entre les zones en ce qui concerne la nationalité, du moins dans le secteur rural. Dans le secteur urbain, dans les deux zones et au cours des deux enquêtes, 89-94% des répondantes déclarèrent avoir la nationalité Zaïroise, le reste étant des Angolaises. Toutefois, dans le secteur rural, le pourcentage d'Angolaises était plus élevé dans la Zone A que dans la Zone B dans les deux enquêtes.

En ce qui concerne la religion, il y avait une bonne uniformité entre l'enquête de base et celle de suivi. Dans le secteur urbain, 80 à 90% des répondantes étaient protestantes ou catholiques, avec environ la moitié appartenant à chaque secte. Dans le secteur rural, 80 à 90% étaient aussi protestantes ou catholiques, mais il y avait plus de protestantes que de catholiques dans les deux zones au cours des deux enquêtes.

Les données concernant le statut matrimonial dans le secteur urbain laissent supposer une bonne comparabilité entre les Zones A et B au cours des deux enquêtes, quoique le nombre de femmes actuellement mariées ait été légèrement inférieur dans l'enquête de suivi. Pour le secteur rural, les données sur le statut matrimonial montrent des différences plus marquées qui sont en fait un artefact méthodologique. Pendant l'enquête de base dans le secteur rural, les femmes qui n'étaient pas légalement mariées mais vivaient en concubinage ont été classifiés par erreur comme "non mariées." Cette constatation laisse supposer qu'environ 15% des femmes ont pu être classifiées dans la mauvaise catégorie. Pendant l'enquête de suivi 77 et 78% des femmes de la Zone A et de la Zone B, respectivement, étaient mariées lors de l'enquête.

Dans tous les groupes, lors de deux enquêtes, la moyenne d'âge au moment du premier mariage était de 17 ans (sauf pour un groupe qui avait 18 ans). Environ 18% des femmes mariées dans le secteur urbain et 20% des femmes mariés dans le secteur rural avaient un mari polygame (c'est-à-dire qu'il avait plus d'une femme).

Dans la présente étude, il y a certaines différences entre la Zone A et la Zone B lors de l'enquête de suivi, ou entre l'enquête de base et l'enquête de suivi dans une zone donnée. Mais, pour la plupart, elles ne sont pas de grandeur suffisante pour influencer trop les résultats de l'étude.

Les différences en ce qui concerne le planning familial et la santé signalées ci-dessous ne peuvent donc pas être expliquées par des différences socio-démographiques ou socio-économiques entre les groupes étudiés, mais il faut plutôt les considérer comme le reflet de l'impact du projet PRODEF.

2. Connaissance des méthodes modernes et des méthodes traditionnelles

Dans l'enquête de base, les méthodes les plus largement connues dans le secteur urbain comme dans le secteur rural, étaient l'abstinence et le retrait (bien qu'un nombre surprenant de répondantes rurales de la Zone A aient aussi entendu parler de la ligature des trompes, parce que le Dr. Nlandu travaille dans cette région). Avant le projet PRODEF, moins de femmes connaissaient les méthodes contraceptives modernes que les méthodes traditionnelles.

Comme l'indique le tableau V-2, la situation a changé de façon très marquée pendant les 21 mois qui séparent l'enquête de base de l'enquête de suivi. Bien que le retrait ait continué à être la méthode la plus largement connue, la connaissance des contraceptifs modernes a augmenté de façon spectaculaire. Pour les répondantes urbaines de la Zone A (où il y avait le programme d'extension), le pourcentage de femmes qui avaient entendu parler des quatre méthodes offertes par les débouchés du PRODEF (pilule, mousse, Néosampoon et condoms) s'était accru d'au moins 19 points et même, dans un cas, de 49 points. L'augmentation parmi les répondantes urbaines de la Zone B (qui n'avaient pas reçu le programme d'extension) était aussi spectaculaire: une augmentation entre 26 et 42 points pour ces quatre méthodes différentes.

La connaissance des contraceptifs modernes a aussi augmenté nettement dans le secteur rural, surtout dans la Zone A. Le pourcentage de celles qui avaient entendu parler de chacune des quatre méthodes modernes (énumérées plus haut) s'était accru d'au moins 23 points dans la Zone A et d'au moins 17 points dans la Zone B.

On a pu observer une tendance générale au moment de l'enquête de suivi, c'était que la connaissance des contraceptifs modernes était plus élevée dans le secteur urbain que dans le secteur rural, et au sein de chaque secteur, elle était plus élevée en Zone A qu'en Zone B, ce qui laisse supposer l'impact du

Tableau V-2

CONNAISSANCE DES DIFFERENTES METHODES DE PLANNING FAMILIAL AVANT ET APRES LE PROJET PRODEF PAR SECTEUR ET PAR ZONE

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Sonololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=928	après n=862	avant n=869	après n=932	avant n=924	après n=791	avant n=780	après n=700
Pourcentages des répondantes qui avaient entendu parler de chacune des méthodes[1]								
retrait	72,1	88,5	70,1	85,3	57,1	79,6	70,1	85,1
abstinence	70,8	62,5	73,5	59,4	82,0	63,6	84,2	56,7
ceinture traditionnelle	64,8	74,0	67,0	66,8	56,2	67,6	59,6	71,3
injection	64,4	70,3	58,6	68,0	53,6	54,4	51,5	53,1
pilule (orale)	63,6	82,6	61,1	87,1	55,2	78,1	51,7	68,6
ligature des trompes	58,1	75,0	59,7	71,3	65,8	58,3	66,7	54,6
rythme, calendrier	51,2	59,2	49,9	60,4	36,1	27,9	37,6	18,4
condom	31,6	72,5	26,1	61,2	41,8	73,3	31,3	62,4
stérilet	24,0	50,0	19,7	47,1	42,7	45,6	39,6	33,3
méthodes vaginales	8,0	54,5	5,9	48,4	18,9	57,1	10,9	32,0
Néosampoon	----	61,3	----	55,5	----	44,6	----	32,1

[1] Ceci comprend les femmes qui la mentionne spontanément, affirment en avoir entendu parler quand on le leur demande, et/ou déclarent l'avoir utilisée à un moment donné.

programme d'extension. Il convient de noter que le Néosampoon (dont le nom n'avait même pas été mentionné dans l'enquête de base, parce qu'il n'avait pas encore été introduit) était connu de plus de la moitié des répondantes urbaines et au moins du tiers des répondantes rurales moins de deux ans après qu'il ait été mis à la disposition de la population.

Lors de l'enquête du suivi, les méthodes contraceptives modernes étaient, de la plus connue à la moins connue parmi les répondantes urbaines: la pilule, la ligature de trompes, l'injection, les condoms, le Néosampoon, la mousse (ou la crème) et le stérilet. L'ordre était le même pour les répondantes rurales sauf que le condom venait en second lieu.

Le tableau V-3 donne un résumé des données concernant la connaissance des méthodes modernes et traditionnelles. Au moment de l'enquête de base, au moins 94% des femmes de la Zone A et de la Zone B, tant dans le secteur urbain que dans le secteur rural, connaissaient au moins une méthode traditionnelle, et ce pourcentage était même plus élevé lors de l'enquête de suivi dans tous les groupes.

Lors de l'enquête de base, la population avait légèrement moins de connaissances sur les méthodes modernes que sur les traditionnelles. Le nombre de femmes qui connaissaient au moins une méthode moderne était inférieur d'environ 10% dans l'échantillon urbain (87/85) et de 20% dans l'échantillon rural (75/78) que pour les méthodes traditionnelles.

A partir de l'enquête de suivi, presque toutes les répondantes urbaines (de la Zone A ou B) connaissaient au moins une méthode moderne *et* une méthode traditionnelle. Dans le secteur rural, 9 répondantes sur 10 connaissaient au moins une méthode moderne.

Le nombre moyen de méthodes modernes connues (voir tableau V-3) démontre la même tendance que celle mentionnée ci-dessus. La connaissance est meilleure dans les deux secteurs urbains que dans les deux secteurs ruraux et, au sein de l'un ou l'autre, le nombre moyen de méthodes connues est plus élevé pour la Zone A que pour la Zone B.

Tableau V-3

CONNAISSANCE DES METHODES DE PLANNING FAMILIAL AVANT ET APRES LE PROJET: RESUME SOUS FORME DE TABLEAU

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=928	après n=862	avant n=869	après n=932	avant n=924	après n=791	avant n=780	après n=700
Pourcentage de femmes qui ont entendu parler de:								
--au moins une méthode moderne	87,0	97,3	85,1	96,7	75,4	97,1	77,7	86,1
--au moins une méthode traditionnelle	94,3	99,0	95,9	98,1	94,4	97,1	95,9	97,1
--au moins une méthode (de n'importe quel type)	96,6	99,6	97,6	98,7	95,9	99,9	96,7	99,6
Nombre moyen de méthodes connues:								
--modernes	2,7	4,7	2,3	4,4	2,9	4,1	2,6	3,4
--traditionnelles	2,8	3,1	2,7	3,0	2,6	2,7	2,7	2,6
--des deux types	5,6	7,8	5,0	7,4	5,5	6,8	5,3	6,0

3. Attitudes envers le planning familial

Dans les deux enquêtes, on demandait aux répondantes:

"Croyez-vous qu'il soit bon ou mauvais pour les couples d'utiliser des méthodes pour espacer les naissances et prévenir les grossesses ? "

Même dans l'enquête de base, plus de 90% des répondantes des quatre groupes (urbain/rural et A/B) les approuvaient. Lors de l'enquête de suivi, l'approbation du planning familial était virtuellement universelle dans la population étudiée comme le montre le tableau V-4.

Cela ne devrait pas nécessairement être interprété comme une approbation des méthodes contraceptives modernes puisque la question était rédigée de façon à se référer aux deux types de méthodes. Toutefois, ces résultats soulignent bien la valeur donnée à l'espacement des naissances dans cette population, ce qui est d'une importance-clé pour le succès à long terme des activités du PRODEF.

4. Essai des méthodes modernes

Lors de l'introduction de n'importe quelle innovation au sein d'une population, il y a une phase appelée "essai" durant laquelle l'individu intéressé expérimente le nouveau produit ou la nouvelle pratique. Bien que cela ne conduise pas nécessairement à un usage continu, cet essai représente néanmoins une étape importante dans le processus d'adoption.

Les résultats des deux enquêtes montrent une expérimentation largement accrue des méthodes contraceptives modernes après la mise en oeuvre du projet PRODEF. Dans le secteur urbain, le pourcentage de femmes mariées, ou ayant été mariées, qui avaient utilisé à un moment quelconque une méthode contraceptive moderne, est passé de 10% (au moment de l'enquête de base) à 48% parmi les femmes de la Zone A, et à 44% parmi les femmes de la Zone B. Il y a eu aussi dans le secteur rural, une augmentation plus faible mais substantielle puisque le pourcentage est passé de 8 à 34% dans la Zone A et de 7 à 27% dans la Zone B.

La tendance observée pour la connaissance des méthodes modernes s'est dégagée aussi des réponses à la question concernant "l'usage à un moment quelconque" d'un contraceptif moderne:

Les pourcentages étaient plus élevés dans le secteur urbain que dans le secteur rural, et, au sein de chaque secteur, ils l'étaient plus dans la Zone A que dans la Zone B.

Les méthodes spécifiques (tant modernes que traditionnelles) que les femmes de cette étude avaient utilisées à un moment quelconque figurent au tableau V-5. Les pourcen-

Tableau V-4

APPROBATION DU PLANNING FAMILIAL AVANT ET APRES LE PROJET, PAR SECTEUR ET PAR ZONE[1]

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=928	après n=862	avant n=869	après n=932	avant n=924	après n=791	avant n=780	après n=700
Opinion								
Bon	96,3	100,0	96,3	99,9	91,6	99,0	96,3	100,0
Mauvais	2,6	0,0	1,7	0,0	5,2	0,6	1,8	0,0
Ne sait pas	1,1	0,0	2,0	0,1	3,2	0,3	1,9	0,0

[1]Basée sur la question, "Croyez-vous qu'il soit bon ou mauvis pour les couples d'utiliser des méthodes pour espacer les naissances ou prévenir les grossesses?"

tages ne totalisent pas 100, car il était permis de donner des réponses multiples.

Dans les deux secteurs, urbain et rural, le retrait continuait à être la méthode utilisée par le plus grand nombre des répondantes. Venait ensuite l'abstinence dans trois des quatre groupes montrés dans le tableau V-5.

Cependant, il faut noter que, dans le secteur urbain recevant les visites à domicile, la pilule était mentionnée aussi fréquement que l'abstinence. Les pourcentages des femmes qui avaient expérimenté d'autres méthodes modernes a augmenté dans presque tous les cas, et pour tous les groupes, entre les enquêtes de base et de suivi, bien que le pourcentage pour n'importe quelle méthode donnée ait été tout à fait bas (moins de 15%, sauf pour la pilule dans le secteur urbain).

5. Emploi actuel des contraceptifs modernes

Un des principaux objectifs du projet PRODEF était d'accroître l'usage des méthodes contraceptives modernes parmi les femmes mariées en âge de procréer dans la population-cible. Les données du tableau V-6 démontrent quel degré de réalisation ce projet a obtenu.

Dans le secteur urbain, le pourcentage de femmes mariées de 15 à 49 ans qui utilisaient une méthode contraceptive moderne a augmenté, passant de 4 à 19% dans la Zone A et de 5 à 16% dans la Zone B. En même temps, le pourcentage de femmes utilisant une méthode traditionnelle a diminué de 16 points dans les deux zones (passant de 55 à 39 dans la Zone A, et de 51 à 35 dans la Zone B).

Tableau V-5

UTILISATION (PRESENTE OU PASSEE) DES METHODES DE PLANNING FAMILIAL AVANT ET APRES LE PROJET PAR SECTEUR ET PAR ZONE[1]

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=693	après n=583	avant n=625	après n=602	avant n=643	après n=668	avant n=546	après n=608
Pourcentages des répondantes qui ont utilisé à un moment quelconque:								
--une méthode moderne	10,2	48,0	9,8	43,6	7,9	33,7	6,6	26,7
--une méthode traditionnelle	77,8	82,4	81,2	89,5	80,5	83,7	82,4	88,7
--n'import quel type de méthode	81,2	97,3	84,7	96,3	83,1	92,9	83,6	95,4
Pourcentage des répondants qui ont utilisé à un moment quelconque:								
--le retrait	56,5	67,3	54,0	74,2	40,4	62,4	53,1	76,6
--le pilule	8,1	26,7	4,9	23,9	2,7	11,1	1,3	11,8
--l'abstinence	24,0	23,4	37,1	31,8	51,8	40,0	42,9	30,0
--rythme, calendrier	11,2	10,2	12,6	19,3	7,6	8,5	7,5	7,6
--Néosampoon	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	4,3	0,0	2,8
--condom	3,1	9,3	1,1	9,1	2,6	13,5	2,6	10,5
--ligature des trompes	0,7	5,3	2,7	4,1	3,7	3,0	0,9	3,0
--la ceinture traditionnelle	0,7	2,2	1,3	2,8	1,2	4,0	1,8	6,7
--les méthodes vaginales	0,7	2,9	0,0	2,0	0,0	10,2	0,2	2,5
--l'injection	1,9	2,2	2,0	3,7	0,4	1,8	0,2	0,7
--stérilet	0,7	1,1	0,5	1,4	1,2	1,3	0,4	3,0
--autres	0,9	0,3	0,2	0,0	1,1	0,4	1,1	0,5

[1] Basée sur les réponses des femmes mariées ou l'ayant été; les réponses multiples étaient possibles, si bien que les pourcentages ne donnent pas un total égal à 100 quand on les additionne.

L'usage des contraceptifs modernes s'est aussi accru dans les secteurs ruraux, passant de 5 à 14% dans la Zone A et de 2 à 10% dans la Zone B.

Le pourcentage de femmes utilisant une méthode traditionnelle a diminué de 12 points dans chaque zone, passant de 60 à 48% dans la Zone A, et de 65 à 53% dans la Zone B.

Ces accroissements de l'utilisation des méthodes modernes et ces diminutions de l'emploi des méthodes traditionnelles sont montrés pour les différentes méthodes au bas du tableau V-6.

Le pourcentage des femmes utilisant le retrait, l'abstinence, ou la continence périodique (méthode calendrier) a diminué dans chacun des quatre groupes. En même temps, le pourcentage des femmes utilisant la pilule, la ligature de trompes, les condoms, et les méthodes vaginales a augmenté dans les quatre groupes (à l'exception de 2 des 16 comparaisons en question).

Parmi les utilisatrices des contraceptifs modernes, la méthode la plus populaire, chez les répondantes urbaines était la pilule, suivie de la ligature de trompes, du Néosampoon et des condoms. Parmi les méthodes offertes par les débouchés du projet PRODEF, la mousse était la moins largement utilisée dans le secteur urbain.

La combinaison des méthodes pour le secteur rural différait selon la zone. Dans la Zone A (avec programme d'extension), les méthodes enregistrées (par ordre décroissant de fréquence) étaient les condoms, la mousse, la ligature des trompes, la pilule et le Néosampoon. Dans la Zone B, la ligature des trompes se trouvait en tête de liste, suivie de la pilule, des condoms, de la mousse et du Néosampoon. Deux facteurs peuvent expliquer la place des méthodes de barrage et de la ligature des trompes.

Premièrement, des études antérieures faites au Zaïre montrent que c'est la femme qui al-

Tableau V-6

UTILISATION ACTUELLE DES METHODES DE PLANNING FAMILIAL PARMI LES FEMMES ACTUELLEMENT MARIEES, AVANT ET APRES LE PROJET, PAR SECTEUR ET PAR ZONE

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=654	après n=527	avant n=602	après n=537	avant n=572	après n=612	avant n=488	après n=549
Pourcentage des répondantes qui utilisent actuellement:								
--une méthode moderne	4,4	18,8	4,5	16,2	5,2	13,7	1,6	10,4
--une méthode traditionnelle	54,5	39,0	50,7	34,5	59,5	48,0	64,5	52,5
--n'importe quel type de méthode	58,9	57,8	55,2	50,7	64,7	61,7	66,1	62,9
Pourcentages des femmes qui utilisent actuellement:								
--le retrait	33,2	23,9	30,4	20,4	20,9	18,8	35,5	30,8
--l'abstinence	14,0	13,6	15,7	12,5	28,3	26,8	20,7	19,5
--la pilule	2,5	7,8	1,0	7,7	0,5	2,1	0,2	2,7
--la ligature des trompes	0,8	4,9	2,2	4,7	3,7	2,6	1,0	3,1
--le Néosampoon	0,0	3,3	0,0	0,9	0,0	1,6	0,0	0,9
--le condom	0,6	1,8	0,5	0,3	0,3	3,4	0,2	2,4
--le stérilet	0,0	0,5	0,0	0,6	0,5	0,5	0,0	0,4
--l'injection	0,5	0,5	0,8	1,1	0,2	0,2	0,2	0,2
--rythme, calendrier	2,9	0,4	2,8	1,6	1,6	0,7	1,6	0,7
--la mousse (ou crème)	0,0	0,1	0,0	0,8	0,0	3,3	0,0	0,7
--la ceinture traditionnelle	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,9
--autre	2,6	0,8	1,8	0,2	8,0	---	6,5	0,4

laite qui est la plus motivée à éviter une autre grossesse. Autrefois, les visiteuses à domicile recommandaient initialement les méthodes de barrage pour les femmes qui allaitent (bien que cela soit maintenant changé). Ce fait pourrait expliquer pourquoi les femmes semblent préférer les condoms et la mousse à la pilule, surtout dans la Zone A.

Deuxièmement, bien que la ligature des trompes soit parmi les méthodes les plus largement utilisées, le directeur du programme attribue cela à des raisons médicales; c'est-a-dire que ce sont des femmes plus âgées (âge moyen--39 ans) qui ont eu de nombreuses grossesses (nombre moyen--8,4) et auxquelles leur médecin conseille de se faire ligaturer les trompes. La procédure est volontaire, mais elle est recommandée médicalement, et peut, mais ce n'est pas certain, représenter un désir de limiter le nombre d'enfants.

Il existe certaines contradictions entre les résultats rapportés dans l'enquête de suivi et ceux basés sur le taux de MPC, en ce qui concerne la combinaison des méthodes. Par exemple, le Néosampoon s'est révélé être plus apprécié que la mousse, si l'on se base sur le MPC; mais cela n'apparaît pas dans les données de l'enquête de suivi. Deuxièmement, le volume de condoms vendus, tant dans le secteur urbain que dans le secteur rural, est très bas en comparaison avec les autres méthodes. Et pourtant les données de l'enquête suggèrent que c'est une méthode importante surtout dans la Zone A du secteur rural. Il est donc nécessaire d'examiner plus à fond ces différences.

Plusieurs tendances se dégagent de ces résultats:

Premièrement, en accord avec les résultats concernant la connaissance et l'attitude, l'utilisation actuelle est plus élevée dans le secteur urbain que dans le secteur rural, et, dans chacun d'eux, elle est légèrement plus élevée dans la Zone A que dans la Zone B.

Deuxièmement, les données suggèrent fortement que certaines femmes de cette population ont remplacé les méthodes traditionnelles par des contraceptifs modernes. Alors que l'emploi des méthodes traditionnelles diminue et l'utilisation des méthodes modernes augmente, le pourcentage des femmes utilisant un type quelconque, traditionnel ou moderne, de méthode est semblable dans les deux enquêtes (ou marque un léger déclin).

Troisièmement, malgré ce phénomème de remplacement, les méthodes traditionnelles sont encore beaucoup plus largement utilisées que les méthodes modernes, dans un rapport de 2 à 1 dans le secteur urbain et un rapport de 3 à 1 dans le secteur rural.

6. Nombre d'enfants idéal

Le projet PRODEF met plutôt l'accent sur l'espacement des naissances que sur la limitation de la famille dans ses activités de promotion. Cependant, on a constaté dans d'autres pays que le simple fait de rendre accessibles des services de planning familial a pour effet de changer des attitudes concernant le nombre d'enfants désiré, ou nombre d'enfants idéal. Un des objectifs du projet PRODEF était de tester si cela se produirait ou non dans le contexte du Bas-Zaïre.

Les données concernant le nombre idéal d'enfants sont un peu difficiles à interpréter. Plus de 60% des répondantes de l'enquête de base ont répondu à cette question "Autant que Dieu m'en donnera," ou "Je ne sais pas." Ces réponses devraient être interprétées comme généralement pronatalistes, puisqu'elles reflètent le consentement d'avoir autant d'enfants qu'il en arrivera.

Les données du Tableau V-7 indiquent un léger changement entre l'enquête de base et l'enquête de suivi bien que ce soit surtout dans le secteur urbain. D'abord, le pourcentage de celles qui ont répondu, "Autant que Dieu m'en donnera" ou "Je ne sais pas" avait diminué, passant de 61 à 40% dans la Zone A et de 73% à 48% dans la Zone B du secteur urbain, ce qui laisse supposer que la population était alors plus consciente qu'elle peut décider du nombre d'enfants qu'elle désire.

En second lieu, parmi les répondantes urbaines qui avaient indiqué un chiffre précis

Tableau V-7

NOMBRE D'ENFANTS CONSIDERE IDEAL, AVANT ET APRES LE PROJET, PAR SECTEUR ET PAR ZONE

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=928	après n=862	avant n=869	après n=952	avant n=924	après n=791	avant n=780	après n=700
Nombre considéré idéal[1]								
1-2	0,3	1,4	0,5	1,4	0,3	0,4	1,2	0,9
3-4	7,0	13,8	4,7	12,6	4,0	5,6	5,8	7,3
5-6	18,7	29,6	10,3	26,0	13,7	20,9	18,7	19,7
7-8	7,2	9,6	7,5	9,5	6,7	10,0	10,0	9,3
9-10	4,9	3,5	3,3	2,7	3,8	2,7	3,1	3,1
11-12	0,5	0,3	0,3	0,2	0,3	0,1	0,3	0,4
13 ou plus	0,1	0,3	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0
"autant d'enfants que Dieu me donne"	46,0	38,4	57,3	40,6	62,1	57,1	52,1	56,0
ne sait pas	15,2	2,9	15,8	7,2	8,7	3,0	8,9	3,3
Nombre moyen[1]	6,2	5,6	6,1	5,6	6,4	6,1	6,0	5,9

[1]D'après les réponses des répondantes qui avaient donné un chiffre précis.

"idéal", le nombre moyen a diminué, passant de 6,1 et 6,2 (respectivement dans les deux zones) à 5,6.

Dans le secteur rural, le pourcentage de celles qui avaient répondu "Autant que Dieu m'en donnera" ou "Je ne sais pas" a diminué légèrement dans les deux zones. Le nombre moyen considéré idéal a aussi diminué mais très légèrement.

En forçant l'interprétation des données, on pourrait conclure que la diminution du nombre idéal d'enfants exprimé, et le fait qu'un grand nombre de femmes ait répondu par un chiffre précis (d'enfants) reflètent un impact positif du programme. Les auteurs préfèrent l'interprétation la plus conservatrice qu'il n'y a encore eu que peu de changement d'attitude vis-à-vis du nombre idéal d'enfants, mais que ce sera une variable importante à étudier dans l'étude d'évaluation au bout de cinq ans (prévue pour 1988).

D. Discussion

1. Les insuffisances du plan de recherche

Avant d'entamer la discussion des résultats, il faut dire quelques mots sur les limitations de cette recherche. Un défaut important de ce plan d'étude est qu'il n'y a pas de groupe témoin ("groupe de comparaison" en termes techniques) permettant de mesurer la portée du changment dans les zones de traitement. Cette décision d'avoir tous les membres de la population-cible dans quelque sorte de traitement a été prise conjointement par USAID à Washington et l'Université de Tulane, la principale justification en étant qu'un nombre maximum de gens auraient ainsi accès aux services de planning familial. Bien que cette décision ait été préférable du point de vue de la prestation des services, elle

n'était pas optimale pour évaluer l'impact du projet PRODEF (c.-à-d. pour mesurer son impact en comparaison de ce qui serait arrivé en l'absence du programme).

Un des problèmes de l'absence de groupe témoin est qu'on ne peut pas vérifier l'impact de "l'histoire", c.-à-d. d'autres événements qui ne faisaient pas partie du programme et qui auraient pu avoir lieu pendant cette période et affecter les variables des résultats qu'on étudie; cet événement pourrait être, par exemple, la prestation des services de planning familial par un autre fournisseur.

Ce défaut du plan d'étude est probablement moins grave dans le contexte du Bas-Zaïre, de 1981 à 1983, qu'il pourrait l'être dans d'autres pays. Il y a eu peu d'autres activités de planning familial dans ces régions qui auraient pu apporter de tels changements. Etant donné que le PRODEF était de loin le plus grand fournisseur de contraceptifs (et que les médecins privés sont au-dessus des moyens économiques de la plupart des gens), les changements de la prévalence des contraceptifs peuvent être attribués assez directement à ce programme. Bien que l'effet d'autres facteurs non liés au planning familial, tels que le changement des conditions socio-économiques, soit inconnu, une simple observation laisserait supposer que les conditions sont restées assez constantes pendant cette période (malgré la grande dévaluation de la monnaie zaïroise en Septembre 1983).

Bien qu'on ne puisse pas créer rétrospectivement un groupe témoin pour l'enquête de base, nous avons en fait établi des "groupes de comparaison" à partir de l'enquête de suivi. Dans le secteur urbain, on a effectué une "enquête supplémentaire" dans une région située à la périphérie de la ville qui présentait des caractéristiques socio-démographiques semblables mais qui n'avait pas du tout reçu les ressources du PRODEF. Ces données, collectées en automne 1984, serviront de groupe de comparaison "post-enquête seulement" (post test only). Elles n'étaient pas disponibles à temps pour être inclues dans ce rapport final, mais elles donneront plus de valeur au plan du projet lorsque celui-ci sera évalué après 5 ans de fonctionnement (en 1988).

Une approche semblable sera utilisée dans la région de Songololo. Pour la phase II du projet, une zone de la région de Songololo sera mise à part comme zone de comparaison pour le reste du projet. Les données qui seront collectées jusqu'à la mi-1985 pour ce groupe de villages serviront, avec quelque retard, de témoin "post enquête seulement" pour l'enquête rurale.

Les groupes de comparaison créés "après-coup" sont loin d'être l'idéal. Cependant, compte-tenu de la situation présente, on pense que les zones de comparaison créées récemment renforceront en fait le plan de recherche à long terme pour l'évaluation des activités du PRODEF.

2. Impact du projet PRODEF sur le Planning Familial

Bien que les changements observés pendant la période d'étude ne puissent pas être attribués sans équivoque aux efforts du PRODEF (par défaut de groupe témoin dans cette étude), les tendances sont très prometteuses. La connaissance des méthodes modernes a augmenté de manière substantielle tant dans les régions desservies par les agents des programmes d'extension que dans celles où les contraceptifs n'étaient disponibles que dans les dispensaires. Les attitudes envers le planning familial (que beaucoup de répondantes interprétaient indubitablement comme l'espacement des naissances) ont été universellement positives, ce qui suggère qu'il y a une base solide pour pousser l'activité du PRODEF dans ce domaine.

L'utilisation des contraceptifs modernes a augmenté de façon très marquée. C'est sans surprise que l'on constate que le pourcentage des femmes mariées utilisant des contraceptifs était plus élevé dans le secteur urbain que dans le secteur rural; et, au sein de chaque secteur, plus élevé dans les zones qui recevaient les programmes d'extension que dans celles qui ne les recevaient pas.

Bien que la prévalence des contraceptifs ait augmenté plus dans la Zone A (avec programme d'extension) que dans la Zone B (sans programme d'extension) dans les deux sec-

teurs, il est remarquable que la différence n'ait pas été en fait plus grande. On a émis l'hypothèse que les visites à domicile étaient peut-être essentielles à tout accroissement de la prévalence des contraceptifs dans une population qui avait eu un accès aussi limité aux contraceptifs modernes dans le passé. Cette hypothèse n'a pas été confirmée par les résultats. Et même, on a aussi observé des hausses importantes dans les régions qui ne recevaient aucun programme d'extension, ce qui suggère que la facilité d'accès aux contraceptifs est peut-être le facteur-clé dans l'accroissement de la prévalence.

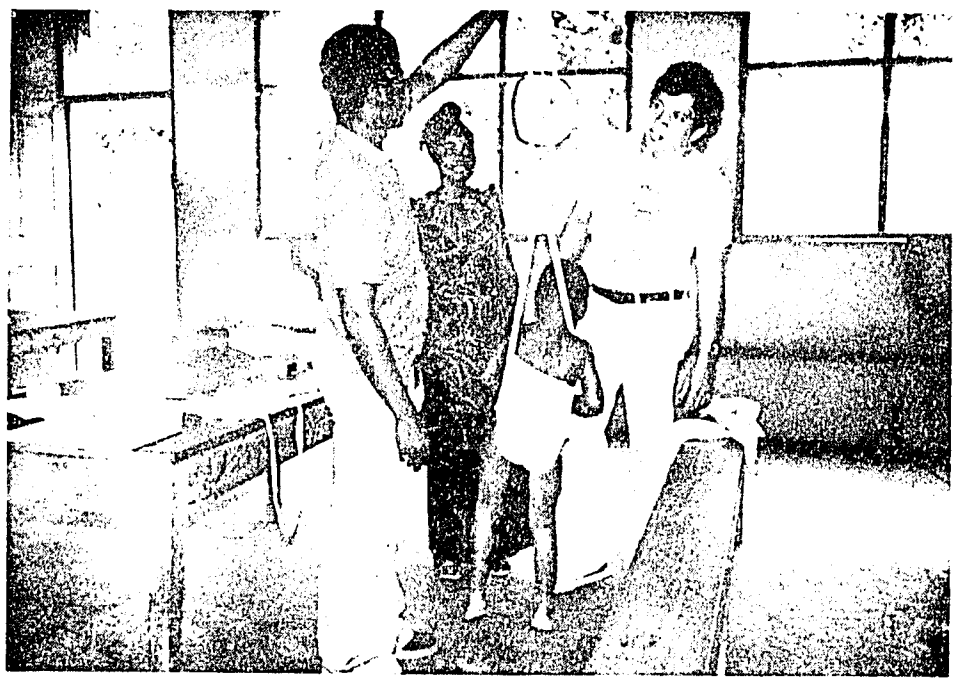
Enfin, les résultats laissent supposer que le projet du PRODEF a atteint son but d'améliorer la connaissance des méthodes modernes de planning familial et qu'il y a une demande de ces services quand ils deviennent disponibles pour la population à un prix raisonnable et de manière appropriée au point de vue culturel.

Chapitre VI

IMPACT DES INTERVENTIONS SUR LA SANTE INFANTILE

Démonstration de la préparation de l'Oralyte par Nsunda Nlandu

Supervision des mesures anthropométriques par Lumfuankenda Lelo et William Bertrand



Chapitre VI

IMPACT DES INTERVENTIONS SUR LA SANTE INFANTILE

La composante de santé infantile dans le projet PRODEF a été conçue pour renforcer l'acceptation des activités de planning familial parce qu'elle était en elle-même une intervention importante. Plus précisément, l'un des objectifs du projet était d'augmenter l'emploi des "traitements de choix" pour les enfants d'âge préscolaire souffrant de certaines maladies. Ces traitements étaient la chloroquine et l'aspirine pour le paludisme, le mébendazole pour l'infestation par les vers intestinaux, et l'Oralyte pour lutter contre la déshydratation dûe à la diarrhée.

Ce chapitre évalue le degré de réalisation de cet objectif, d'après les données des enquêtes rapportées dans le chapitre V. Dans le cadre des enquêtes de base et de suivi, tant dans le secteur urbain que le secteur rural, on demandait à toutes les répondantes ayant des enfants de moins de cinq ans: l'âge et le sexe de chaque enfant, l'incidence de fièvre (au cours des deux dernières semaines), des vers intestinaux (au cours des six derniers mois), de la diarrhée (au cours des deux dernières semaines) et comment elles avaient traité ces maladies, le cas échéant. En outre, on collectait les données anthropométriques de tous les enfants (les résultats en seront rapportés ailleurs). L'unité d'analyse des données présentées dans ce chapitre est l'enfant, non pas la répondante (qui pouvait avoir plusieurs enfants d'âge préscolaire). Le *n* dans chaque groupe est indiqué dans les en-têtes de colonnes des tableaux.

Bien que le PRODEF n'ait offert qu'un produit pour chaque type de maladie, la population avait aussi accès à d'autres types de médicaments (surtout dans le secteur urbain). Donc "le traitement de choix" était défini non seulement comme les produits offerts par le PRODEF, mais pouvait être aussi d'autre médicaments ou mesures considérés comme appropriés par le directeur du projet, ainsi qu'il est décrit ci-dessous.

A.
Emploi de la chloroquine dans le traitement du paludisme

Dans le secteur urbain, environ un tiers des enfants d'âge préscolaire (de 0 à 60 mois) ont été déclarés avoir eu de la fièvre au cours des deux semaines que précédaient les enquêtes de base et de suivi. On a demandé aux mamans si, à leur avis, leurs enfants avaient eu du paludisme. Selon les réponses, un quart environ de tous les enfants avaient eu du paludisme au cours des deux dernières semaines.

Le pourcentage d'enfants atteints de paludisme et qui avaient reçu le "traitement de choix" pour leur maladie est particulièrement importante pour cette évaluation. Le "traitement de choix" était défini par le directeur du projet comme étant la chloroquine, la quinine, les autres médicaments antipaludiques ou bien d'emmener l'enfant au centre sanitaire pour le faire traiter.

Dans le secteur urbain, les médicaments antipaludiques sont disponibles, mais pas par l'intermédiare du PRODEF. Les résultats des deux enquêtes montrent que, parmi les enfants qui avaient eu de la fièvre que l'on pensait être dûe à un accès de paludisme, le pourcentage de ceux qui avaient reçu le traitement de choix avait augmenté de 81 à 93% dans la Zone A et de 73 à 86% dans la Zone B (voir Tableau VI-1). Ces données laissent supposer que la population a un assez bon accès à ces produits et les utilise quand le besoin s'en présente, et aussi que des améliorations dans ce domaine se sont produites pendant la période couverte par les enquêtes.

Dans le secteur rural, le pourcentage d'enfants déclarés avoir eu de la fièvre était équivalent dans les zones A et B lors des deux enquêtes (comme on s'y était attendu), mais différait sensiblement entre celles-ci. Alors que la moitié des enfants dans l'enquête rurale de base étaient déclarés avoir eu de la fièvre au cours de deux dernières semaines, cela n'était vrai que pour un tiers des enfants au cours de l'enquête de suivi. De même, le pourcentage des enfants qu'on pensait spécifiquement atteints de paludisme était équivalent dans les zones A et B lors des deux enquêtes, mais plus bas lors de l'enquête de suivi que lors de l'enquête de base.

On soupçonne que cette différence peut être attribuée à la variation saisonnière d'incidence du paludisme (l'incidence la plus élevée était entre les mois d'Octobre et de Mai). Si le traitement du paludisme avait été le principal centre d'intérêt de ce projet il aurait fallu effectuer les deux enquêtes au même moment de l'année. Comme ce n'était pas le cas, nous avons pris des données collectées à différents moments de l'année et avons concentré notre attention sur le pour-

Tableau VI-1

CHANGEMENT DE PREVALENCE DU RECOURS AU TRAITEMENT DE CHOIX DU PALUDISME POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS PAR SECTEUR ET PAR ZONE

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=795	après n=637	avant n=640	après n=550	avant n=800	après n=901	avant n=604	après n=752
Pourcentage d'enfants ayant de la fièvre	32,4	32,9	34,7	37,2	48,0	32,5	48,4	34,6
Pourcentage d'enfants présumés atteints de paludisme	28,1	22,6	30,5	24,6	39,7	19,6	39,1	21,1
Pourcentage d'enfants présumés atteints de paludisme et qui avaient reçu le traitement de choix	81,0	93,2	72,5	86,4	74,1	87,6	66,3	89,3

centage des enfants atteints de fièvre qui ont reçu "le traitement de choix."

Dans le secteur rural, le pourcentage d'enfants recevant le traitement de choix pour le paludisme a augmenté de 74 à 88% pour la Zone A et de 66 à 89% pour la Zone B. On pourrait avancer que ce changement dans le secteur rural aurait eu lieu de toute façon, car un changement d'ampleur similaire a été constaté dans le secteur urbain, là où le PRODEF ne fournissait pas ces produits.

Toutefois, il faut mentionner que les répondantes urbaines avaient accès aux services de santé et aux médicaments de différentes sources, ce qui n'est pas le cas pour la population rurale. Comme tel, ce changement laisse supposer une contribution positive du projet PRODEF.

B.
Emploi du mébendazole dans le traitement des parasites intestinaux

On a aussi demandé aux mamans si leurs enfants avaient eu des vers intestinaux au cours des six derniers mois. Un peu moins de la moitié des enfants d'âge préscolaire à Matadi (Zones A et B, lors des deux enquêtes) étaient déclarés avoir eu des vers. De même, un peu moins de la moitié des enfants lors de l'enquête de base dans le secteur rural avaient eu des vers. Par contre, dans l'enquête rurale de suivi environ un tiers des enfants étaient estimés avoir eu des vers intestinaux au cours des six derniers mois.

Le "traitement de choix" pour les vers intestinaux était défini comme étant le mébendazole (le produit vendu par le PRODEF), vermox ou d'autres médicaments antihelminthiques. Comme le montre le Tableau VI-2, l'utilisation de ces produits est assez étendue, même dans le secteur rural (d'après les dires des mères).

Dans le secteur urbain (où le PRODEF n'a pas distribué ce médicament, car il était disponible auprès d'autres sources), le pourcentage d'enfants souffrant d'infestation par des vers intestinaux qu'on estimait avoir reçu le traitement de choix a augmenté de 90 à 95% dans la Zone A et de 80 à 89% dans la Zone B.

Dans le secteur rural, le pourcentage d'enfants recevant le traitement de choix a augmenté légèrement dans la Zone A (82 à 89%) tandis qu'il y avait peu de changement dans la Zone B (87% à 85%).

Tableau VI-2

CHANGEMENT DE PREVALENCE DU RECOURS AU TRAITEMENT DE CHOIX POUR LES VERS INTESTINAUX PARMI LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS PAR SECTEUR ET PAR ZONE

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur rural (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=795	après n=637	avant n=640	après n=550	avant n=800	après n=901	avant n=605	après n=752
Nombres d'enfants de moins de cinq ans déclarés avoir eu des vers intestinaux au cours des six derniers mois	358	309	312	250	349	284	298	228
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans déclarés avoir eu des vers intestinaux au cours des six derniers mois	45,0	48,5	48,8	45,5	43,6	31,5	49,3	30,3
Pourcentage d'enfants ayant des vers intestinaux et qui avaient reçu le traitement de choix	90,0	94,6	85,3	89,3	82,9	88,7	87,2	85,1

c.
Emploi de l'Oralyte dans le traitement de la déshydratation dûe à la diarrhée

Etant donné que la déshydratation dûe à la diarrhée est une des principales causes de mortalité infantile en Afrique subsaharienne, la dernière intervention sur la santé infantile a été l'administration de sels de réhydratation. Après une vive discussion sur l'emploi de l'Oralyte déjà emballée en paquets et d'une solution préparée chez soi, il a été décidé de promouvoir l'Oralyte au moins pendant la première phase du projet PRODEF.

Dans l'enquête de base, on signalait qu'environ 30% des enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines (secteur urbain et rural, Zone A et Zone B). Dans l'enquête de suivi, ce chiffre est descendu à 18-22% des enfants dans les différents groupes. Cette évaluation examine le pourcentage des enfants qui avaient eu la diarrhée et à qui on avait donné le "traitement de choix" (qui comprenait soit de l'Oralyte, soit une solution préparée chez soi).

La promotion des sels de réhydratation ne faisait pas partie des activités urbaines du PRODEF. Et, à vrai dire, les données du Tableau VI-3 laissent supposer qu'il n'y a aucun autre programme d'éducation, ni de source de produit répondant à ce besoin. Dans le secteur urbain, l'emploi des sels d'Oralyte ou de la solution sucre-sel faite à la maison était négligeable dans la Zone A et dans la Zone B lors de l'enquête de base comme de celle de suivi.

Les résultats du secteur rural montrent un progrès très léger. Dans le secteur rural, le pourcentage de gens utilisant "le traitement de choix" a augmenté de 2 à 8% dans la Zone A (où les visiteuses à domicile avaient montré ce produit aux mères, et leur avaient appris comment on l'utilise). Dans la Zone B (où l'Oralyte était disponible auprès des matrones et des dispensaires), le pourcentage des enfants recevant le traitement de choix a augmenté de 0 à 4%.

Que font les mères quand leurs enfants ont la diarrhée? Les données de l'enquête de suivi, sur les enfants qui avaient eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, indiquaient que la décision la plus fréquente était d'amener l'enfant au dispensaire (dans 54% des cas urbains et 45% des cas ruraux). Dans un quart des cas environ, dans le secteur urbain comme dans le secteur rural, l'enfant avait reçu un médicament quelconque. Dans à peu près 15% des cas, la maman déclarait

Tableau VI-3

CHANGEMENTS DANS LE RECOURS AU TRAITEMENT DE CHOIX POUR LA DIARRHEE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS PAR SECTEUR ET PAR ZONE

	Secteur urbain (Matadi)				Secteur urbain (Songololo)			
	Zone A		Zone B		Zone A		Zone B	
	avant n=795	après n=637	avant n=640	après n=550	avant n=800	après n=901	avant n=604	après n=752
Nombre d'enfants déclarés avoir eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines	257	140	192	105	243	162	176	140
Pourcentage d'enfants déclarés avoir eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines	32,3	22,0	30,0	19,1	30,4	18,0	29,1	18,6
Pourcentage d'enfants ayant eu la diarrhée et qui ont reçu le traitement de choix:								
--Oralyte ou solution sucre-sel	1,6	0,3	0,0	0,0	2,2	8,0	0,0	4,3

n'avoir rien fait. Des peaux de mangue, ou une solution d'eau de riz étaient administrées dans environ 5% des cas. Et finalement, il y avait les 8% dans la Zone A et les 4% dans la Zone B qui administraient à leur enfant soit de l'Oralyte, soit la solution sucre-sel.

D.
Impact des visites à domicile

Les résultats des enquêtes laissent supposer que les visites à domicile dans le secteur rural ont eu un effet positif sur l'emploi des "traitements de choix" pour deux des trois produits: le mébendazole, et l'Oralyte. Dans le cas des vers intestinaux, le pourcentage des enfants qui recevaient le traitement de choix a augmenté de 5% dans la Zone A (avec visites à domicile) tandis qu'il a légèrement diminué dans la Zone B (sans programme d'extension). De même, le pourcentage de ceux à qui on avait donné de l'Oralyte ou la solution sucre-sel en cas de diarrhée était légèrement plus élevé dans la Zone A que dans la Zone B.

Par contre, on a constaté juste le contraire dans le cas de la chloroquine; l'augmentation du pourcentage d'enfants traités avec ce médicament (ou un autre "traitement de choix") était plus importante dans la Zone B (sans programme d'extension) que dans la Zone A.

Dans le chapitre précédent, qui traitait du planning familial, les tendances observées entre secteurs (urbain/rural) et Zones (A/B) étaient suffisamment constantes pour toute une série de variables pour qu'on puisse conclure que les visites à domicile avaient vraiment eu un impact. Pour ce qui est des interventions sur la santé infantile, les changements sont moins spectaculaires et les tendances moins stables. Si cette série de questions sur la santé infantile avait été plus poussée, cette évaluation aurait pu avoir des résultats plus concluants. Pour le moment, il y a peu de preuves que les visites à domicile assurent un plus grand service à la population que si l'on se contente de rendre les produits disponibles à bas prix par l'intermédiaire des dispensaires et des matrones.

E.
Discussion

Aux yeux du personnel zaïrois et des membres de la population-cible, les interventions sur la santé infantile étaient une partie très importante de ce projet. Cependant, étant donné que ce projet était financé avec des fonds réservés aux problèmes de population, on a plus insisté sur la composante de planning familial.

Néanmoins, les données concernant les interventions sur la santé infantile ont fourni un aperçu utile sur plusieurs problèmes. D'abord, en rétrospective, c'est par hasard que le PRODEF n'a pas offert dans le secteur urbain au moins trois des quatre médicaments: chloroquine, aspirine, et mébendazole. Cela aurait constitué une considérable charge financière, administrative et logistique à supporter pour le projet, alors qu'en fait la grande majorité de la population semble avoir accès à ces services et à ces produits quand le besoin s'en fait sentir.

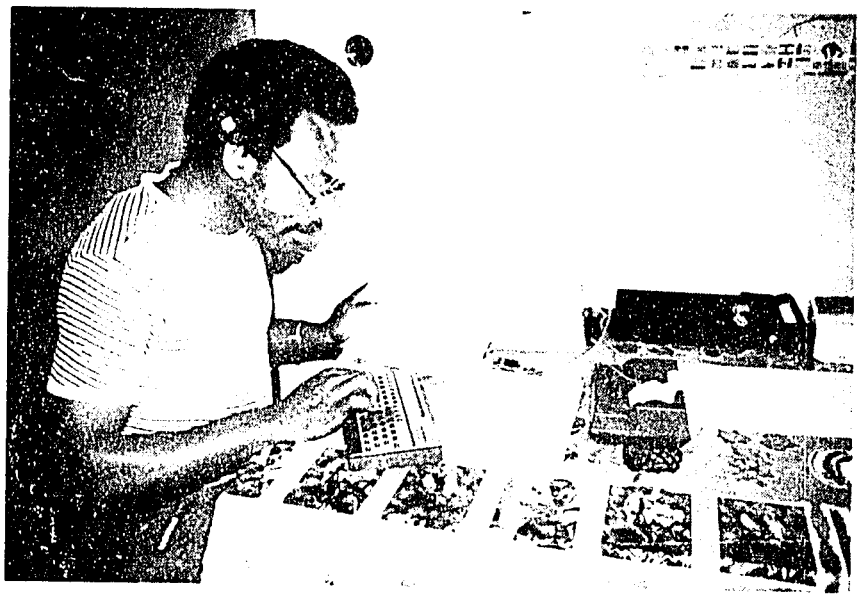
Cependant, ce n'est pas vrai pour les sels de réhydratation orale (qu'ils soient préemballés ou préparés à la maison). Etant donnée l'absence de ces produits dans le secteur urbain, le PRODEF pourrait bien envisager d'incorporer cette intervention dans son programme pour les cinq prochaines années. Dans le secteur rural, de légers progrès ont été faits, mais il faut travailler encore à renforcer la connaissance et la motivation en ce qui concerne les sels de réhydratation.

Enfin, on pourrait se demander si les interventions sur la santé infantile sont même nécessaires, étant donné qu'un grand pourcentage d'enfants recevaient déjà le "traitement de choix" pour le paludisme et les vers intestinaux lors de l'enquête de base, et que les changements qui sont survenus dans le secteur rural (qu'on peut attribuer en partie au PRODEF) correspondent à ceux du secteur urbain où le PRODEF ne fournissait pas les médicaments pour les enfants. Bien que les données disponibles ne répondent pas à cette question précise, les directeurs du projet sont néan-

moins tous d'accord sur le point que les interventions sur la santé infantile ont été cruciales pour l'acceptation générale du projet dans le secteur rural. Les données du chapitre IV indiquent le volume des transactions que les matrones, en particulier, faisaient en vendant de la chloroquine, de l'aspirine et du mébendazole. Bien que beaucoup de gens aient peut-être utilisé ces débouchés uniquement à des fins indépendantes du planning familial, la disponibilité des autres médicaments a indubitablement rehaussé la valeur du programme PRODEF aux yeux de la communauté.

Chapitre VII

RAPPORT COUT-EFFICACITE DES DEUX METHODES



Mombela Kinuani, "Capitaine" pour la mise des données sur micro-ordinateur

Jeffrey Tharp conversant avec Diasivi Nlandu

Chapitre VII

RAPPORT COUT–EFFICACITE DES DEUX METHODES[1]

A.
Raison d'être de l'analyse du rapport coût-efficacité

Ce chapitre examine le rapport coût-efficacité relatif des différents modes de prestation des services de planning familial au Bas-Zaïre. Le rapport coût-efficacité, l'une des nombreuses méthodes dont on dispose pour évaluer un programme gouvernemental ou social, dérive de l'analyse du rapport coût-bénéfice (C.B.). Dans l'analyse du C.B., l'analyste calcule les gains et le prix de revient (le coût) d'un programme donné en termes monétaires. Si les bénéfices sont supérieurs au prix de revient, le programme en question doit être entrepris puisque les bénéfices l'emportent sur les pertes et que, théoriquement, les gagnants pourraient compenser les perdants pour entreprendre le programme.

Le rapport C.B. peut-être utilisé pour évaluer différents programmes sociaux ou gouvernementaux possibles, tels que des programmes concurrents dans le cadre d'un budget fixe, ou les différentes dimensions d'un programme donné. Les mécanismes des règles de décision changent, mais les principes de base restent les mêmes. Toutefois, l'un des principaux obstacles, lors de l'analyse du C.B. d'un programme, consiste à évaluer monétairement certains bénéfices, en particulier les biens non-commercialisables. Par exemple, quel bénéfice retire la société d'une vie sauvée ou d'une naissance évitée?

L'analyse du rapport coût-efficacité (A.C.E.) est une solution de rechange utile à l'analyse C.B., parce qu'elle n'exige pas que l'analyste affecte une valeur monétaire aux bénéfices, et pourtant elle fournit un canevas naturel à la comparaison des différentes méthodes pour obtenir un résultat donné. Avec l'A.C.E., l'analyste tient pour établi que

[1] Le Dr. Mark McBride, expert-conseil du projet pour l'analyse du rapport coût-efficacité, a fait cette analyse et rédigé ce chapitre du rapport.

le résultat du programme est souhaitable (par exemple, de nouvelles acceptrices au programme de planning familial), sans lui attribuer de valeur monétaire. Il entreprend alors de calculer le rendement des différents programmes en unités physiques créées et de comparer ensuite les coûts relatifs des différentes méthodes pour obtenir ce rendement. Le résultat final type de l'A.C.E. est la comparaison du prix de revient (coût) par unité de rendement physique pour les différentes méthodes.

1. Calculs de rendement

Une mesure bien définie du rendement est essentielle à l'A.C.E. Dans certains cas, la mesure du rendement est assez évidente, dans d'autres, elle ne l'est pas. Par exemple, dans les projets de planning familial, on pourrait mesurer le rendement en nombre d'utilisatrices actives, ou de nouvelles acceptrices, en Mois-de-Protection-du-Couple ou en naissances évitées. On peut avancer des arguments en faveur de chacune de ces différentes mesures du rendement des programmes de planning familial, et les buts de l'analyse devraient influencer le choix de la mesure. En outre, on devrait aussi considérer les frais encourus pour la collecte des données dans les différentes façons de mesurer le rendement et les compromis qui se sont avérés nécessaires.

Le choix de la mesure du rendement devient plus difficile quand un programme donné fournit plusieurs types différents de rendements (par exemple, les contraceptifs et les médicaments pour les enfants de moins de cinq ans) ou quand la qualité du rendement varie (par exemple, l'environnement et les conditions dans lesquelles les services de planning familial peuvent être obtenus). L'existence de plusieurs types de rendements dans un programme gouvernemental ou social, soulève des questions importantes telles que: Comment définir une seule mesure de rendement? Ou comment départager les frais communs engagés pour obtenir différents rendements?

2. Calculs de coûts

Le calcul des coûts constitue l'autre face de l'A.C.E. Il faudrait le faire en utilisant la notion de coûts d'opportunité. Le coût d'opportunité désigne le fait d'évaluer les ressources en fonction de leur meilleure utilisation par ailleurs. Cette méthode mesure les autres utilisations des ressources auxquelles il faut renoncer pour assurer les services prévus au programme.

L'évaluation des ressources à leur coût d'opportunité demande une analyse approfondie. Tout d'abord, l'analyste ne doit pas oublier l'identité de ceux dont les buts vont être analysés. Dans la plupart des programmes à l'intérieur d'un pays, c'est le gouvernement qui s'intéresse à calculer les bénéfices sociaux et/ou les coûts sociaux. Mais, dans d'autres cas, ce peut être une agence de financement extérieure au pays qui veut comparer les différents usages de son budget limité dans la promotion de programmes. Dans ces derniers cas, le coût d'opportunité pour ces agences extérieures de financement peut-être le guide approprié pour évaluer les ressources. Cela pourrait être particulièrement vrai dans l'A.C.E. dont le but est de comparer le coût des différentes méthodes de prestation de service qui utilisent les maigres ressources de l'agence de financement.

Un second problème consiste à attribuer une valeur monétaire aux coûts d'opportunité. Dans le cas où la ressource est échangée ouvertement et librement dans un marché qui fonctionne bien, on peut utiliser le prix du marché. Mais, les complications surviennent quand le marché de ce bien ne fonctionne pas bien (par exemple, les ressources sont inemployées ou sous-employées) ou même n'existe pas. Ces deux dernières situations exigent que l'on ajuste les prix du marché pour estimer à leur juste valeur les ressources employées.

La méthode conventionnelle utilisée dans l'évaluation des prix des ressources est le recours aux comptes des dépenses du programme, c.-à-d. que le prix attribué à un article est celui que le programme a vraiment

payé pour l'avoir. Bien que cela semble logique, de nombreux problèmes se posent. Les dépenses faites pour fournir certaines ressources peuvent exagérer leur coût d'opportunité, surtout si cette ressource est actuellement sous-utilisée dans l'économie, ou si les moyens de production ont une vie utile plus longue que la période de leur paiement. Les frais réellement engagés pour réaliser un programme peuvent conduire à sous-estimer le coût d'opportunité du projet si certaines ressources sont données par d'autres sources ou sont déjà payées dans le cadre d'autres programmes. Ces exagérations et atténuations doivent être corrigées pour estimer à leur juste valeur le coût d'opportunité des ressources utilisées pour le groupe dont les buts sont analysés.

Un dernier problème dans le calcul des prix des programmes gouvernementaux ou sociaux se rattache aux dépenses communes qui produisent des résultats différents ou aux dépenses communes qui donnent un type de résultat commun avec des méthodes différentes (par exemple, le salaire du directeur d'un projet tel que le PRODEF qui utilise deux méthodes différentes pour la prestation du service). Ce type de situation exige que l'analyste prenne des décisions difficiles, forcément arbitraires, sur la façon de répartir ces frais communs entre les différents résultats obtenus. Il n'y a pas de moyen unique exact pour y parvenir et toute technique sera arbitraire. Toutefois, l'analyste doit être explicite dans les hypothèses qu'il utilise pour diviser les frais communs, et les utilisateurs des rapports d'A.C.E. devraient se rendre compte que les résultats de l'A.C.E. peuvent être grandement influencés par la façon dont les frais communs sont affectés.

Avant d'aborder la méthodologie et les résultats de l'A.C.E., le lecteur devrait être mis en garde sur l'emploi et l'abus de l'analyse suivante. Le bref aperçu de l'A.C.E. donné ci-dessus indique que tout résultat devrait être considéré comme approximatif et brut, étant données les difficultés inhérentes à l'exécution de toute A.C.E. On ne peut et ne doit pas conclure d'une A.C.E. que la solution la moins chère est nécessairement la meilleure ou l'unique option désirable. L'utilisateur de cette A.C.E. (ou de toute autre) devrait considérer les résultats de l'A.C.E. comme un élément parmi d'autres dans l'analyse de la valeur des différentes approches d'un programme gouvernemental ou social.

B. Méthodologie

1. Plan du programme

Comme il est décrit en détail dans le chapitre III, le projet PRODEF a utilisé deux approches différentes pour la prestation des services de planning familial et (dans le secteur rural seulement) de santé infantile:

Zone A:
- Approvisionnement des dispensaires existants
- Installation des matrones (secteur rural seulement)
- Activités des programmes d'extension (visites à domicile et réunions de groupe).

Zone B:
- Approvisionnement des dispensaires existants
- Installation des matrones (secteur rural seulement)
- *Pas d'activités de programme d'extension*

En plus du programme de service, le PRODEF a effectué diverses activités de recherche:

- Enquête de base
- Enquête de suivi
- Collecte des statistiques de service (nombre de visites à domicile, volume de contraceptifs distribués, quantité de médicaments vendus, etc. . .)

- Collecte des données de coûts pour cette A.C.E.[1]

2. Calcul du rendement

L'A.C.E. a pour but de déterminer le coût du programme de service en *éliminant l'élément recherche*. Le présent projet, financé par la Division de Recherche du Bureau de la Population, USAID/Washington, est fortement orienté vers la recherche, justement parce qu'il est destiné à être un projet de démonstration où il est important d'avoir des données exactes sur l'évolution ou l'impact du programme. Cependant, si on lançait des projets de services similaires ailleurs, il ne serait pas nécessaire, ni approprié, de s'encombrer chaque fois d'une forte composante de recherche; il vaudrait plutôt mieux investir ses ressources dans un réseau de prestation de services le plus puissant possible, dont l'évaluation pourrait se faire sur la base des statistiques de service. Pour cette raison, la présente A.C.E. se concentre sur le coût de la mise en oeuvre de l'élément service seulement, et non pas sur la recherche.

Bien que la fourniture de médicaments pour les enfants de moins de cinq ans constitue une partie importante du programme rural, cette activité est considérée comme accessoire aux mesures prises pour les services de planning familial. Les frais associés à cette activité seront donc traités comme des dépenses de ce projet (car on pense que la vente de ces médicaments intensifie l'acceptation du programme tout en étant importante en elle-même). Cependant, le rapport coût-efficacité du programme est basé uniquement sur son rendement en ce qui concerne le planning familial, et non pas en ce qui concerne la santé infantile.

La mesure de rendement utilisée dans cette analyse est le Mois-de-Protection-du-Couple (MPC), qui a été expliqué en détail dans le chapitre IV. Cette mesure a été choisie plutôt que d'autres mesures de rendement (par exemple le nombre de nouvelles acceptrices ou de naissances évitées) pour plusieurs raisons. Le MPC est un indicateur largement accepté de réalisation du programme dans le temps. Les données qui servent à le calculer sont obtenues aisément grâce aux inventaires de routine des produits. De plus, ces données sont en général extrêmement dignes de foi, parce que le volume des contraceptifs vendus doit concorder avec les revenus obtenus lors des ventes.

Le tableau VII-1 donne le résumé des taux de MPC par secteur (secteur urbain par rapport au secteur rural), par groupe de traitement (Zone A par rapport à Zone B) et par période (trimestres). Comme on l'a signalé dans le chapitre IV, dans le secteur urbain le MPC était nettement plus élevé que dans le secteur rural, en dépit du fait que le programme ait été en vigeur pendant une période plus courte pour le premier. Dans le secteur urbain, 23.773 MPC ont été fournis, comparés à 8.651 dans le secteur rural, le MPC était plus élevé dans la Zone de traitement A (approvisionnement et programme d'extension) que dans la Zone de traitement B (approvisionnement seulement):

- secteur urbain, Zone A: 20.126 MPC
  Zone B: 3.647 MPC

- secteur rural, Zone A: 6.077 MPC
  Zone B: 2.574 MPC

Les données sur le MPC présentées dans le tableau VII-1 constituent le dénominateur du rapport coût-efficacité.

3. Mesure des coûts du programme

Les données des dépenses engagées dans ce projet provenaient de deux sources: les registres financiers du contrat Tulane/USAID établis à New Orleans, et les relevés mensuels des dépenses engagées au Zaïre dans le cadre du

[1] Les données de frais ont été transmises régulièrement par le PRODEF à l'Université de Tulane en vue des remboursements de frais prévus par leur sous-traité. Ces données ont été ensuite codées et font partie des données de base de cette A.C.E.

Tableau VII-1

REPARTITION DE LA QUANTITE DE MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE PAR SECTEUR, PAR GROUPE DE TRAITEMENT ET PAR TYPE DE FOURNISSEUR[1]

	Oct-Déc 1981	Jan-Mars 1982	Avril-Juin 1982	Juillet-Sep 1982	Oct-Déc 1982	Jan-Mars 1983	Avril-Juin 1983	Juillet-Sep 1983	Oct-Déc 1983	Totaux
Secteur urbain										
Zone A										
Dispensaires	0	0	0	798	1.089	1.133	1.976	2.968	2.655	10.619
Visiteuses	0	0	0	2.655	1.144	1.932	725	2.001	1.051	9.523
Subtotal A	0	0	0	3.452	2.233	3.065	2.701	4.969	3.706	20.126
Zone B										
Dispensaires	0	0	0	212	425	578	818	739	875	3.647
Secteur urbain au total	0	0	0	3.665	2.658	3.643	3.519	5.708	4.581	23.773
Secteur rural										
Zone A										
Dispensaires	13	20	19	31	33	30	35	91	198	469
Matrones	56	146	288	552	656	569	828	793	422	4.311
Visiteuses	181	241	192	126	228	330	0	0	0	1.297
Subtotal A	250	407	499	709	917	929	863	884	620	6.077
Zone B										
Dispensaires	29	43	43	109	124	197	165	126	180	1.017
Matrones	0	0	151	151	202	180	288	317	269	1.557
Subtotal	29	43	195	260	325	376	453	443	449	2.574
Secteur rural au total	279	450	694	969	1.242	1.305	1.316	1.327	1.069	8.651
Totaux	279	450	694	4.634	3.900	4.948	4.834	7.035	5.650	32.424

[1]Toutes les données sur les Mois-de-Protection-du Couple ont été arrondies au nombre entier le plus proche. Les totaux des rangées et des colonnes peuvent ne pas correspondre aux sommes à cause de ces arrondissements.

sous-contrat entre Tulane et le projet PRODEF. De plus, les ressources obtenues à titre de dons figuraient à un prix estimé. C'est-à-dire que les prix des articles donnés au projet qui n'apparaissent pas dans les registres de Tulane (par exemple, les contraceptifs donnés par la Fondation Pathfinder) ont fait l'objet d'une estimation et ont été incorporés dans l'analyse.

La première étape de la préparation des données pour l'A.C.E. consistait à obtenir et coder toutes les données sur les frais réellement engagés dans le cadre du projet. Chaque article de coût a été classé selon une série de variables qui ont été utilisées ensuite dans l'analyse. L'Annexe B contient un exemplaire de guide de codification utilisé et d'autres détails concernant les hypothèses faites au cours du processus de codification. Au total, il y avait plus de 2500 coûts qui ont été codés d'après les variables suivantes:

- *Lieu où les dépenses ont été engagées* (au Zaïre, aux Etats-Unis mais essentielles à la duplication du projet, ou dans l'assistance technique aux Etats-Unis).[1]

[1]Alors que le projet de service pourrait être reproduit sans assistance technique externe, certains éléments essentiels à la duplication (médicaments, équipement, voiture, etc. . .) ont été achetés aux Etats-Unis. Cette variable essaie de faire la distinction entre les coûts qui pourraient être éliminés dans un futur projet et ceux qui ne pourraient pas l'être.

- *La date* à laquelle la dépense a été engagée.
- *La date* à laquelle la dépense a été payée.
- *Le type d'activité du projet engendré:* recherche, service, administration et autre.[1]
- *La description des dépenses:* salaires, indemnité journalière, carburant, etc
  Il y avait un total de 58 catégories de ce type.
- *Le type d'activité liée au service impliqué:* visite à domicile, formation, etc.
- *Le secteur:* urbain ou rural
- *La zone de traitement;* Zone A ou Zone B

En ce qui concerne les trois dernières variables, s'il n'était pas possible d'affecter clairement les frais, on les indiquait comme non-retraçables pour cette variable.

---

[1]Pour certaines dépenses, cette répartition était nette. Par exemple, les salaires des visiteuses à domicile étaient alloués entièrement aux prestations de service, tandis qu'au contraire les salaires des enquêteuses étaient entièrement qualifiés comme "recherche." Dans les cas où la répartition des coûts n'étaient pas nette (c.-à-d. les coûts communs: par exemple, le salaire du directeur qui était responsable de la surveillance des activités de service et de celles de recherche), les frais étaient partagés entre les différentes activités du projet et cette répartition dépendait du type de coût et de la période impliquée. Cette variable nous permet de séparer par la suite les coûts des recherches qui ne seraient pas nécessaires si l'élément "prestation de service" du projet devait être reproduit dans un autre endroit.

Les dépenses Zaïroises étaient enregistrées en dollars américains au taux d'échange officiel prédominant à la fin du mois où la dépense avait été engagée. Chaque dépense est censée refléter le coût d'opportunité des ressources pour l'AID, c'est-à-dire qu'on suppose que les ressources étaient achetées sur des marchés qui fonctionnaient assez bien, et que les buts de l'AID étaient bien ce sur quoi on se concentrait. Cette hypothèse peut exagérer le coût d'opportunité de la main-d'oeuvre, étant donné le taux de chômage au Zaïre. Les informations nécessaires pour ajuster vers le bas ces coûts de main-d'oeuvre, pour refléter le chômage, ne sont ni facilement disponibles ni sûres. Cependant, l'AID payerait probablement ces prix sans tenir compte des conditions d'emploi au Zaïre.

Les frais d'équipement ont été amortis tout au long du projet, en supposant que la valeur résiduelle serait nulle à la fin du projet. Cela exagère le prix du véhicule. Pour la plupart des frais d'équipement, une méthode d'amortissement en ligne droite était utilisée. Mais, pour le véhicule du projet (une "jeep" Landrover) l'amortissement était calculé sur le nombre de kilomètres parcourus. On a alors attribué le coût d'amortissement mensuel de la Landrover à certaines activités du projet, en se basant sur le registre d'utilisation du véhicule, obtenu grâce au journal de bord du chauffeur.

Estimation des prix. En plus de la codification de chaque dépense engagée par le projet PRODEF, on a essayé de calculer les coûts d'opportunité de toute ressource utilisée pour s'acquitter des activités du projet, mais qui n'est pas payée ou n'apparaît pas dans les registres de dépenses. On a identifié deux types de ressources utilisées mais pas payées directement: les contraceptifs distribués par la composante de service du projet, et le temps de certains bénévoles qui n'étaient pas payés (c.-à-d. les matrones). Le prix des contraceptifs utilisés a été estimé aux prix dominants du marché payés par l'AID et classifiés selon la série de variables décrites précédemment. Le prix des contraceptifs a été inclus dans l'analyse parce que l'AID était la source des

contraceptifs, quoique sous le patronage de différents programmes.

La valeur du temps de coopération des matrones n'a pas été évaluée pour deux raisons. Premièrement, faire une estimation des prix selon leur valeur marchande est presque impossible à l'aide des techniques habituelles en raison du manque de données. Deuxièmement, il est probable que si l'on reproduisait la composante de service du projet, l'AID ne payerait pas les services rendus par les matrones, ou nous nous sommes concentrés sur le coût d'opportunité du projet pour l'AID.

C.
Aperçu des coûts du projet

Le tableau VII-2 donne un résumé des coûts totaux du projet PRODEF, y compris les prix estimés, répartis selon le lieu où la dépense a été engagée et selon la nature des activités effectuées. Comme on peut le voir, les frais de recherche représentaient environ 60% des coûts du projet. Ces frais ont été principalement engagés aux Etats-Unis, mais quelques uns l'ont été au Zaïre (par exemple, les salaires des enquêteuses). Les frais se rapportant au service et à l'administration, 36% du total, ont été sutout engagés au Zaïre. Comme il a été mentionné précédemment, les frais engagés aux Etats-Unis pour service ont été subdivisés entre ceux qui sont essentiels à la duplication du projet et ceux qui sont liés à l'assistance technique fournie dans la réalisation de la composante de service du projet.[1]

Deux autres catégories de coûts (les contraceptifs et les frais de production du film de 16 mm) constituent des frais liés au service mais sont enregistrés séparément pour les raisons suivantes: en ce qui concerne le prix des contraceptifs, ce sont des prix estimés, et non des dépenses réellement faites dans le cadre de ce contrat. Dans le tableau VII-2, on peut voir que cela représentait 2,3% du coût total. Quant au film, son coût est indiqué séparément car cette dépense n'est pas essen-

[1] Le degré d'importance de l'assistance technique pour la duplication du projet est laissé au jugement du lecteur.

Tableau VII-2

REPARTITION DES COUTS DU PROJET SELON LE LIEU OU ILS ONT ETE ENGAGES ET SELON L'ACTIVITE

	Au Zaïre	Aux Etats-Unis essentiels pour répéter le projet	Aux Etats-Unis assistance techniques	Coût total	Pourcentage
Recherche	$ 65.817	$ 36.669	$267.458	$369.944	59,3%
Service	89.837	34.370	12.115	136.322	21,9
Administration	43.490	23.506	21.250	88.246	14,2
Contraceptifs	14.238	0	0	14.238	2,3
Film[1]	3.761	5.012	41	8.814	1,4
Nonretraçable	429	691	4.820	5.940	0,9
Coût total	$217.572	$100.248	$305.684	$623.504	100,0%
Pourcentage	34,9 %	16%	49,0%	100,0%	

[1] Ces coûts ne comprennent que ceux du film engagés jusqu'en Décembre 1983. Une bonne partie du travail de production a eu lieu plus tard en 1984.

tielle pour la reproduction du projet. (Le coût total du film était en fait supérieur, mais une partie de ces frais a été engagée après Décembre 1983).

Un pour cent seulement des frais n'ont pas pu être classifiés (n'étaient pas retraçables) dans les cinq catégories énumérées au tableau VII-2.

L'A.C.E. se concentre sur la composante de service du projet PRODEF. Les prix relatifs à la recherche et à la production du film ont donc été exclus pour le reste de l'analyse. Les coûts du service, de l'administration, des contraceptifs et les coûts non-retraçables (ci-après mentionnés collectivement comme frais relatifs au service) constituent la base de détermination du coût par Mois-de-Protection-du-Couple.

Le tableau VII-3 donne la répartition des frais relatifs au service par secteur et par groupe de traitement. Comme le montre ce tableau, deux tiers des coûts de service ne pouvaient pas être classifiés par secteur (ils n'étaient pas retraçables selon la variable secteur urbain/secteur rural). Sur le tiers des coûts qui étaient retraçables aux activités urbaines ou rurales, la moitié environ avait été engagée dans chaque zone.

Le tableau VII-4 montre une autre répartition des coûts relatifs au service selon le lieu où ils ont été engagés, par secteur et par activité. Plusieurs points intéressants émergent du tableau VII-4.

D'abord, les frais non-retraçables étaient plus grands parmi les frais engagés aux Etats-Unis qu'au Zaïre. Cela n'est pas étonnant compte tenu de la nature plus générale des services fournis aux Etats-Unis (par exemple, les frais de transport par avion).

Deuxièmement, les visites à domicile et les réunions de groupe constituaient une proportion relativement plus grande des prix retraçables que les matrones et les dispensaires en ce qui concerne le système de livraison. Une fois encore, cela n'est pas étonnant étant donné qu'il faut plus de personnel pour les visites à domicile et les réunions de groupe. Enfin, les dépenses engagées au Zaïre représentaient 61% du total des coûts relatifs au service. Le reste a été engagé aux U.S.A. et partagé entre les coûts essentiels à la duplication du projet et les coûts contractés pour fournir l'assistance technique.

Les coûts relatifs au service fournissent les données du numérateur pour l'analyse du rapport coût-efficacité qui suit.

Tableau VII-3

REPARTITION DES COUTS RELATIFS AU SERVICE PAR SECTEUR ET PAR GROUPE DE TRAITEMENT

Secteur/Zone	Oct 1980-Sep 1981 Coût total	Oct 1981-Sep 1982 Coût total	Oct 1982-Sep 1983 Coût total	Oct 1983-Dec 1983 Coût total	Oct 1980-Dec 1983 Coût total	Pourcentage
Secteur urbain						
Zone A	$ 0	$10.041	$14.955	$ 1.303	$ 26.299	10,7%
Zone B	0	100	1.069	342	1.510	0,6
Non-retraçable	286	3.449	5.850	1.349	10.934	4,4
Secteur rural						
Zone A	6.590	12.566	10.734	1.059	30.949	12,6
Zone B	128	940	2.963	678	4.709	1,9
Non-retraçable	367	3.012	3.845	323	7.547	3,1
Non-retraçable	$34.087	$64.197	$54.569	$10.996	$163.849	66,7%
Coût Total	$41.458	$94.305	$93.985	$16.050	$245.798	100,0%

Tableau VII-4

REPARTITION DES COUTS DE SERVICE SELON LES LIEUX OU ILS ONT ETE ENGAGES, LE SECTEUR ET L'ACTIVITE

Coûts de service engagés au Zaïre

Secteur	Visites à domicile, réunions de groupe	Matrones, dispensaires	Formation	Non-retraçable	Coût total au Zaïre	Pourcentage
Urbain	$22. 586	$6. 174	$ 591	$ 9. 393	$ 38. 744	26, 1
Rural	19. 283	2. 215	526	13. 018	34. 042	22, 9
Non-retraçable	6. 780	97	37	68. 788	75. 702	51, 0
Coût total	$47. 649	$8. 486	$1. 154	$91. 199	$148. 488	100, 0
Pourcentage des coûts Zaïrois	32, 1	5, 7	0, 8	61, 4	100, 0	

Coûts de service engagés aux Etats-Unis et essentiels pour répéter le projet

Secteur	Visites à domicile, réunions de groupe	Matrones, dispensaires	Formation	Non-retraçable	Coût total au Zaïre	Pourcentage
Urbain	$ 0	$ 0	$0	$ 0	$ 0	0, 0
Rural	3. 384	5. 222	0	0	8. 607	14, 7
Non-retraçable	6. 090	634	0	43. 238	49. 961	85, 3
Coût total	$9. 474	$5. 856	$0	$43. 238	$58. 568	100, 0
Pourcentage des coûts essentiels aux Etats-Unis	16, 2	10, 0	0	73, 8	100, 0	

Résumé des coûts de service[1]

(1) Secteur	(2) Au Zaïre	(3) Tulane essentiel pour répéter le projet	(4) Coût de reproduction du projet	(5) Assistance technique de Tulane	(6) Total des coûts de service	(7) Pourcentage
Urbain	$ 38. 744	0	$ 38. 744	$ 0	$ 38. 744	15, 8
Rural	34. 042	8. 607	42. 649	0	42. 649	17, 4
Non-retraçable	75. 702	49. 961	125. 663	38. 185	163. 849	66, 8
Coût total	148. 488	58. 568	207. 056	38. 185	245. 241	100, 0
Pourcentage du coût-total	60, 5	23, 9	84, 4	15, 6	100, 0	

[1] Colonne (4) = 2 + 3
Colonne (6) = 4 + 5

D.
Rapport coût-efficacité des différentes méthodes de prestation de service.

Le rapport coût-efficacité est obtenu en divisant les coûts d'une méthode donnée par la quantité de résultat obtenue avec cette méthode. Les coûts non-retraçables compliquent le processus, parce que toute répartition des coûts non-retraçables entre deux options possibles est arbitraire. Dans cette étude, nous avons résolu ce problème en émettant l'hypothèse que les coûts non-retraçables peuvent être affectés sur la base du rendement relatif entre les différentes méthodes de prestation de service. Par exemple, supposons que le rendement et les coûts suivants aient été produits dans le projet de planning familial.

	Méthode A	Méthode B	Total
Coûts			
Spécifiques de chaque méthode	$120	$60	--
Non-retraçables	--	--	$400
MPC fournis	60	40	100
Coût par MPC			
Spécifique de chaque méthode	2,00	1,50	--
Non-retraçable	4,00	4,00	--
Coût total par MPC	6,00	5,50	--

La répartition des 400 dollars USA de coûts non-retraçables basée sur le rendement relatif équivaut à supposer qu'il y a un coût non-retraçable par MPC pour le *projet*. Dans notre exemple, ce serait $4 par MPC fourni ($400 divisés par 100 MPC). Ainsi le coût par MPC pour la méthode A dans cet exemple est de $6: $2 par MPC en coûts spécifiques à la méthode A et $4 par MPC en coûts non-retraçables. Pour la méthode B, le coût par MPC serait de $5.50: $4.50 par MPC en coûts spécifiques à la méthode B et $4 par MPC en coûts non-retraçables.

Le processus de répartition des coûts non-retraçables pour le projet PRODEF était encore compliqué par le fait qu'il y avait des coûts qui ne pouvaient pas être retracés entre les deux secteurs (urbain et rural). Ces coûts non-retraçables ont été répartis sur la base du rendement relatif des secteurs urbains et ruraux. Cependant, parmi les coûts spécifiques du secteur urbain ou du secteur rural, il y avait des coûts qui n'étaient pas retraçables entre les deux zones de traitement (A et B). Ces prix non-retraçables au sein même de la région ont été répartis entre la zone A et la zone B sur la base des rendements relatifs de la Zone A et la Zone B dans le secteur.

Le tableau VII-5 donne un aperçu initial du coût par MPC du projet PRODEF. Ce tableau

Tableau VII-5

REPARTITION DES COUTS DE SERVICE PAR MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE SELON LE TYPE D'ACTIVITE

	Sans l'assistance technique		Y compris l'assistance technique	
Coût par MPC	$6,39		$7,56	
Répartition des coûts	$/CMP	Pourcentage	$/CMP	Pourcentage
Visite à domicile/réunions de groupe	$1,76	27,6	$1,76	23,3%
Dispensaires/matrones	0,44	6,9	0,44	5,8
Formation	0,04	0,6	0,04	0,4
Non-retraçable	4,15	64,9	5,32	70,4

montre le coût moyen par MPC pour l'ensemble du projet de service divisé selon les activités spécifiques relatives au service (par exemple, les visites à domicile). Le coût d'ensemble d'un MPC pour le projet était de 6,63 dollars USA, sans compter le coût de l'assistance technique aux Etats-Unis pour les questions relatives au service. C'est une estimation du coût par MPC pour la duplication du projet. Si l'assistance technique aux Etats-Unis pour les questions de service est incluse, le coût par MPC monte à 7,86 dollars USA. Les coûts non-retraçables représentaient les deux-tiers de ce MPC "moyen", tandis que les visites à domicile et les réunions de groupe constituent encore 28% du coût. Les dispensaires, les matrones et la formation contituaient le reste des frais. L'importance de cette fraction non-retraçable des coûts n'est pas étonnante, étant donné que les salaires du personnel administratif, le coût des véhicules, et l'équipement (qui sont la plupart du temps non-retraçables) représentent la plupart des coûts du service.

Le tableau VII-6 fournit la comparaison du rapport coût-efficacité des deux méthodes possibles: l'approvisionnement des débouchés de service et les programmes d'extension (Zone A) ou l'approvisionnement des débouchés mais sans programme d'extension (Zone B) pour les secteurs urbains et ruraux. L'assistance technique des Etats Unis est comprise dans le tableau VII-6. Le coût par MPC est indiqué pour chaque période du projet tout entier, pour le secteur urbain et le secteur rural, et pour les différentes méthodes au sein de chaque région.

Le tableau VII-6 révèle plusieurs constatations intéressantes concernant le projet. Premièrement, le coût du MPC "moyen" a baissé tout au long du projet. Ceci reflète les frais élevés de démarrage au début de ce type de projet. Comme le projet a continué au delà de 1983, on s'attendrait à voir le coût par MPC rester à ce niveau relativement bas.

Deuxièmement, le coût par MPC était plus bas dans le secteur urbain que dans le secteur rural. Cela reflète probablement la densité plus grande de la population dans le secteur urbain qui entraîne une plus grande utilisation de ces services. On s'attend à ce que cette tendance aux coûts plus élevés dans le secteur rural persiste tant que le projet PRODEF continuera pour la deuxième phase. Le fait que le coût par MPC dans le secteur urbain (Zones A et B combinées) soit d'environ 20% plus bas que dans le secteur rural et que le niveau de rendement urbain soit nettement plus élevé (d'environ 250%), laisse supposer que (1) le coût par MPC diminue lentement alors que

Tableau VII-6

COUT DU SERVICE PAR MOIS-DE-PROTECTION-DU-COUPLE, PAR SECTEUR ET PAR GROUPE DE TRAITEMENT

	Oct 1980 à Sep 1981	Oct 1981 à Sep 1982	Oct 1982 à Sep 1983	Oct 1983 à Sep 1983	Oct 1980 à Sep 1983
Coût/MPC dans l'ensemble	--	$15.57	$4.54	$2.84	$ 7.58
Coût/MPC par Zone					
Secteur urbain					
Total	--	$14.31	$4.04	$2.60	$ 6.68
Zone A	--	14.45	4.16	2.59	6.82
Zone B	--	12.01	3.43	2.63	5.33
Secteur rural					
Total	--	17.50	6.01	3.87	10.05
Zone A	--	18.60	6.36	3.96	11.02
Zone B	--	13.64	5.23	3.76	7.76

le rendement augmente, ou bien (2) que le secteur urbain a atteint un point où le coût supplémentaire d'un MPC de plus augmente avec l'accroissement plus poussé et que, dans le secteur rural, le coût supplémentaire d'un MPC de plus baisse encore avec l'augmentation du rendement. Une analyse poussée de ce point sera possible dans l'avenir, une fois que le projet aura fonctionné pendant une période plus longue.

Pour ceux qui connaissent bien les opérations quotidiennes de ce projet, la différence de coût par MPC entre les secteurs urbains et ruraux est étonnamment faible ($6,68 dans le secteur urbain contre $10,05 dans le secteur rural) étant donné que le volume des contraceptifs distribués était tellement plus important dans le secteur urbain, mais que les dépenses entrant dans ces coûts étaient similaires. Cette différence de coût par MPC entre les régions a diminué tout au long du projet. La raison pour laquelle il n'y a pas une différence plus grande entre les deux, tient à notre incapacité de distinguer si les coûts sont imputables au secteur urbain ou au secteur rural, ce qui se traduit par les coûts non-retraçables élevés du projet. Dans les $6,68 de coût par MPC dans le secteur urbain, l'élément non-retraçable était de $5,05, alors que, sur les $10,05 par MPC dans le secteur rural, l'élément non-retraçable était aussi de $5,05. Dans le secteur urbain, le coût spécifique par région est de 32% supérieur au composant non-retraçable, tandis que dans le projet rural, il lui est de 99% supérieur. Cela montre combien il est plus cher d'opérer dans le secteur rural que dans le secteur urbain, en plus de ce que coûte l'établissement de la structure de base du projet.

Il est particulièrement intéressant de noter dans cette analyse le rapport coût-efficacité relatif du traitement A (avec l'approvisionnement des contraceptifs et un programme d'extension) par rapport au traitement B (avec juste l'approvisionnement en contraceptifs). Dans le secteur rural comme le secteur urbain, le coût par MPC est plus élevé dans la ZoneA que dans la Zone B. Dans le secteur urbain, un MPC coûte $7,11 en Zone A, alors qu'il coûte $6,18 dans la Zone B, dans le secteur rural, les montants respectifs étaient de $11,22 et $7,95.

Deux tendances intéressantes apparaissent dans le Tableau VII-6. D'abord la différence entre les Zones A et B diminue avec le temps, au point de disparaître presque totalement dans le dernier trimestre de l'analyse. Mais ce résultat est trompeur. Pendant le dernier trimestre de l'analyse, l'activité de visite était devenue nulle dans le secteur rural et avait baissé de moitié dans le secteur urbain (voir Tableau VII-1). Compte-tenu de cette situation, on s'attendrait à ce que les coûts des deux méthodes soient à peu près comparables. La période la plus adéquate pour faire une comparaison valable se situe probablement vers l'année médiane, d'Octobre 1982 à Septembre 1983, où tous les aspects du projet de service étaient en pleine opération. Pour cette période, on voit environ 1 dollar USA de différence par MPC dans les deux secteurs (urbain et rural) entre la Zone A et la Zone B.

Ceci amène la seconde conclusion. Le programme d'extension élève bien les frais réellement engagés dans la mise en oeuvre du projet, car les visiteuses à domicile sont des employées salariées à plein temps. Par contre, le programme d'extension n'augmente pas substantiellement le coût du MPC quand ces activités sont en plein fonctionnement. Toutefois, il augmente nettement le rendement obtenu comparé au résultat obtenu quand on se contente de rendre disponibles les contraceptifs (Zone B). Si l'accroissement de l'utilisation des contraceptifs est un objectif important et si le programme d'extension assure un MPC de plus haute "qualité" en ce que concerne l'éducation et la motivation du client, alors le programme d'extension achète ces aspects de qualité supérieure pour un supplément de prix relativement faible.

E.
Poursuite de l'ACE dans la phase II du projet

Comme le projet PRODEF continue pendant le cycle de financement suivant, on obtiendra des données mensuelles supplémen-

taires sur les coûts et les rendements. A mesure que ces données supplémentaires seront disponibles, l'équipe de recherche pourra faire des études plus approfondies sur la relation entre les prestations de service selon les différentes méthodes et leurs coûts. Il est nécessaire d'avoir ces données portant sur une plus longue période pour incorporer l'analyse statistique des données dans la technique du rapport coût-efficacité. Une analyse plus poussée permettra à l'analyste de faire de meilleures prédictions sur ce qui arrivera en matière de coûts lorsqu'on modifiera le plan et le niveau d'activité du programme de prestation de service.

Chapitre VIII

EVALUATION QUALITATIVE DES POINTS FORTS DU PRODEF ET DES DIFFICULTES RENCONTREES

Le Bureau de Matadi

L'équipe des enquêteuses pour l'enquête de suivi

Chapitre VIII

EVALUATION QUALITATIVE DES POINTS FORTS DU PRODEF ET DES DIFFICULTES RENCONTREES[1]

L'idée d'espacer les naissances n'est pas nouvelle pour la population du Bas-Zaïre. Les femmes dans ce territoire reconnaissent l'importance de l'espacement des naissances pour leur santé et celle de leurs enfants. Cependant, les méthodes traditionnelles que les couples ont utilisées dans le passé pour éviter la grossesse peuvent ne pas être satisfaisantes à l'avenir, comme par exemple de renvoyer la femme dans son village pendant deux ans, jusqu'à ce que l'enfant soit sevré et qu'une autre grossesse soit acceptable. Le projet PRODEF a essayé de présenter aux femmes des méthodes modernes, qui leur fourniront des moyens plus satisfaisants d'espacer les naissances à l'avenir.

Il y a certains aspects de ce projet qui ont bien marché et que nous recommanderions à ceux qui souhaitent entreprendre des activités similaires. Toutefois, il y a eu aussi certains problèmes et des limitations, qu'il s'avère utile de faire connaître à nos collègues.

A.
Les points forts du projet

Le projet PRODEF a réussi à atteindre ses objectifs pour plusieurs raisons, dont certaines sont tout à fait tangibles alors que d'autres le sont moins.

Les ressources matérielles. En général, le projet a eu les ressources matérielles nécessaires pour effectuer les activités programmées. Au Zaïre, c'est souvent un obstacle majeur à la réalisation de n'importe quel type de programme. Mais, le PRODEF a eu la chance d'avoir un véhicule, certains équipements et fournitures de bureau, un peu de matériel pour les dispensaires, l'équipement de tournée pour les enquêteuses et les visiteuses à domi-

[1]Ce chapitre a été écrit par le Dr. Nlandu Mangani et la Citoyenne Matondo Mansilu (mentionnés dans tout ce rapport comme les directeurs Zaïrois du projet), et traduit et paraphrasé par Jane Bertrand pour le rapport en Anglais.

cile, les contraceptifs, les médicaments, etc. . . Cela a contribué au bon moral des membres de l'équipe et leur a donné les outils nécessaires pour s'acquitter de leur travail. En outre, le fait qu'ils pouvaient compter recevoir leur salaire mensuel (même si c'était en retard, comme cela arrivait de temps en temps) améliorait le moral du personnel.

Le style d'administration. Dans les rapports entre l'Université de Tulane et les directeurs du projet, comme dans les rapports entre ces derniers et le reste du personnel au Zaïre, le style d'administration n'était pas autoritaire mais participatif. L'organigramme est connu et respecté, mais la supervision des activités est faite avec un esprit de collaboration et non d'interrogation. Le personnel, à tous les niveaux, a été encouragé à discuter de ses problèmes à coeur ouvert, plutôt que de les cacher. Cela a aidé au développement d'une véritable confiance au sein du personnel.

L'identification du personnel au projet. Dans le même esprit, la majorité du personnel du PRODEF s'est fortement identifiée au projet. Peut-être parce que le PRODEF est quelque chose de nouveau dans la région, et peut-être aussi parce que ce projet est devenu quelque chose de très connu grâce à leurs efforts, les membres du personnel ont une certaine fierté de mener à bien ce travail. Cela ne veut pas dire qu'il n'y avait pas de problèmes parmi les membres du personnel, car il y en a eu. Cependant, les changements de personnel ont été très bas et la coopération généralement élevée.

Dans ce projet, on devrait souligner le fait que presque tout le personnel du PRODEF avait eu à apprendre son travail en le faisant, "sur le tas", (à l'exception de quelques infirmières qui travaillaient comme visiteuses à domicile et qui connaissaient le sujet). Personne n'avait reçu de formation antérieure pour faire de la recherche, et beaucoup d'aspects du service étaient aussi nouveaux. Toutefois, notre expérience laisse supposer que ces techniques peuvent être enseignées si le projet a des ressources suffisantes et des experts-conseils expérimentés pour les aspects qui ne peuvent pas être couverts par les personnes locales.

La volonté de réussir. Les directeurs du projet ont toujours été conscients du fait que c'était l'un des premiers projets de recherche opérationnelle en planning familial dans un pays francophone subsaharien. Cela a quelque peu intensifié le désir de mener à bien les choses, et de trouver des solutions aux problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentaient. C'était aussi partiellement dû à un sentiment d'engagement vis-à-vis de l'Université de Tulane et un désir de ne pas décevoir les personnes qui s'étaient donné du mal pour obtenir les fonds nécessaires pour financer cette entreprise.

Cette fierté d'être l'un des premiers projets de ce type s'est aussi traduite en une volonté d'effectuer certaines besognes qui dans d'autres circonstances auraient pu sembler extrêmement fatigantes, par exemple demander aux visiteuses à domicile de collecter des statistiques assez détaillées sur le service ou de compiler des données supplémentaires nécessaires à l'analyse du rapport coût-efficacité.

L'appui des autorités politiques et administratives. Les directeurs du projet veulent insister sur l'importance du rôles des autorités locales politiques et administratives dans la réalisation des activités du PRODEF. Parmi ceux-ci, on trouve: les commissaires de la région du Bas-Zaïre à Matadi, les autorités administratives de la Zone de Songololo, et, dans le secteur rural, les chefs de localités (ou villages). Ces personnes ont non seulement approuvé les activités du PRODEF, mais les ont légitimées en leur donnant un soutien actif. Les commissaires de zones ont encouragé les gens à assister aux réunions de groupe sur le planning familial à Matadi. Les chefs de village ont annoncé l'arrivée des visiteuses à domicile prévue par le calendrier des visites de façon à ce que les femmes du village n'aillent pas aux champs à cette date.

La collaboration des infirmiers des dispensaires et des matrones. Alors que le PRODEF fournit la structure administrative des activités qui portent maintenant son nom, le travail au niveau de la communauté a été fait en grande partie par les infirmiers des dispensaires et les matrones. Leur volonté de parti-

ciper était aussi essentielle au succès de cette entreprise. Les cours de formation, les sessions de perfectionnement, et visites de supervision ont renforcé leur travail. En fait, on pense qu'on pourrait faire encore plus si la supervision était meilleure.

B.
Les Difficultés

Les problèmes rencontrés dans ce projet peuvent être classés dans les catégories suivantes: difficultés culturelles, logistiques, financières et les difficultés liées à la communication.

Les barrières culturelles. La distribution communautaire de contraceptifs était considérée par certains individus comme une flagrante violation des principes moraux traditionnels et de la philosophie pronataliste de la population Bantoue. Pour certains, le simple fait de parler de relations sexuelles était tabou. Bien qu'il y ait eu une résistance au programme de la part de certaines personnes au début, il n'y a jamais eu de rejet collectif ou organisé du programme au niveau de la communauté. Il est intéressant de noter que les cas de refus individuels étaient souvent présentés sous quelque prétexte (tel que des raisons personnelles ou familiales).

Notre solution à ce type de problème, quand il s'est présenté, était d'aller à l'encontre de ces attitudes négatives par un programme éducatif de haute qualité, dans lequel notre personnel pouvait établir un lien très fort avec les membres de la communauté, les éduquer sur le planning familial et les y motiver.

Les problèmes logistiques. Depuis le début, ceux qui étaient responsables du projet ont pris soin de rendre disponibles l'équipement et les ravitaillements nécessaires à la réalisation d'un projet de ce type: les fournitures de bureau, les provisions pour les visiteuses, les contraceptifs et les médicaments, un véhicule robuste, etc.

Concernant ces articles, on a dû faire face à deux problèmes. Le premier tenait au véhicule qu'on utilisait pour tous les aspects du projet: la collecte des données pendant les enquêtes, les visites à domicile, les visites de supervision, les voyages de Nsona Mpangu à Matadi et Kinshasa pour des raisons administratives, etc. Parce que beaucoup d'activités dépendaient de cet unique véhicule, il n'était par toujours possible d'accomplir le travail selon le calendrier prévu. C'est une des raisons pour lesquelles il a été nécessaire de prolonger la période nécessaire pour accomplir la première phase du projet. Il aurait été préférable d'avoir au moins un moyen de transport supplémentaire pour couvrir toutes les activités prévues dans le programme.

Le second problème rencontré concerne une importante livraison de mousse contraceptive qui est arrivée peu de temps avant la date de péremption. Dans ce type de programme, le calcul des quantités de contraceptifs commandées aurait dû être basé sur l'augmentation du nombre des utilisateurs, si ce genre de calcul était possible.

Les contraintes financières. La dévaluation de la monnaie zaïroise de plus de 400% en Septembre 1983 a profondément bouleversé le budget programmé pour ce projet de plusieurs façons:

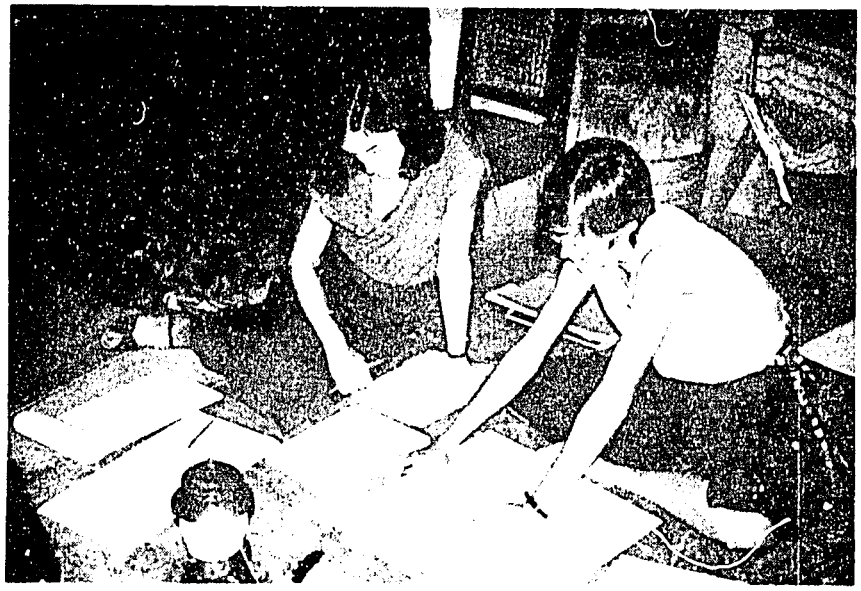
- une diminution du pouvoir d'achat de la monnaie locale et une dépendance exagérée du marché extérieur (U.S.A.)
- l'insuffisance des salaires du personnel zaïrois par rapport à la situation économique, ce qui a créé un certain ressentiment au sein du personnel
- l'incapacité de retirer de l'argent des banques locales pendant un certain nombre de mois de crise financière nationale.

En plus, des retards dans l'envoi des rapports financiers mensuels du PRODEF à Tulane ont eu pour résultat de retarder parfois l'obtention des remboursements nécessaires à la poursuite des activités du projet. Ce dernier problème peut être résolu par l'envoi plus régulier des rapports financiers. Mais les trois premiers sont plus difficiles à résoudre parce qu'ils dépendent de la situation économique du pays. Il faut donc faire des efforts spéciaux pour que ces problèmes ne paralysent pas les activités du projet.

Les problèmes de communication. La communication entre l'Université de Tulane à New Orleans, et Kinshasa, bien que lente, a été assez régulière et prévisible. (Elle a pris la forme de courrier par la valise diplomatique américaine, par télex, et de courrier porté par des voyageurs allant au Zaïre ou en venant.) Cependant, la communication entre Kinshasa et Nsona Mpangu a été plus problématique. Le véhicule du projet ne fait le voyage à Kinshasa, en moyenne, qu'une fois par mois, et le système radiophonique n'est pas toujours sûr. Cela a entraîné des frustrations et des retards dans la réalisation de certaines activités du projet. Il serait souhaitable à l'avenir d'organiser un système de courrier plus régulier entre Kinshasa et Nsona Mpangu.

Chapitre IX

MANUSCRITS ET PUBLICATIONS



Jane Bertrand et Amy McConnell : Traitement des données à la lumière de la lampe à pétrole

Kimbuende Niangasa au travail

Chapitre IX

MANUSCRITS ET PUBLICATIONS

A ce jour, les articles et rapports suivants ont été produits. Il faut mentionner qu'une bonne partie du matériel qui sera publié à la suite de ce projet, sera préparée en 1985, car il sera basé sur les données de l'enquête de suivi, lesquelles n'ont été disponibles (entièrement éditées et corrigées) qu'en Janvier 1985.

A.
Articles publiés ou acceptés pour la publication

Bertrand, Jane T., Nlandu Mangani, et Matondo Mansilu. 1984. "The Acceptability of Household Distribution of Contraceptives in Zaïre." *International Family Planning Perspectives* 10 (1): 21-26. Disponible en Français sous le titre: "L'acceptabilité de la distribution de contraceptifs à domicile au Zaïre". *Perspectives Internationales de Planning Familial.* Numéro spécial de 1984, pp. 10-16.

Bertrand, Jane T., Nlandu Mangani, Matondo Mansilu et Evelyn G. Landry. 1985. "Factors Influencing the Use of Traditional versus Modern Family Planning Methods in Bas-Zaïre." *Studies in Family Planning.* 16 (6): 332-341.

Mock, Nancy B., Jane T. Bertrand, et Nlandu Mangani. "Correlates and Implications of Breastfeeding in Bas-Zaïre." *Journal of Biosocial Science* (sous presse)

B.
Mémoire présenté à un congrès professionel

Jane T. Bertrand, Nlandu Mangani, et Matondo Mansilu. "Acceptability of Household Distribution of Contraceptives in Zaïre." Présenté au Congrès de l'Association Américaine de Santé Publique à Dallas du 14 au 17 Novembre 1983.

C.
Rapports sur l'enquête de base

Nlandu Mangani, Matondo Mansilu, Butuena Mayambu, Jane T. Bertrand, William E. Bertrand, et Evelyn G. Landry 1982. "Results of the PRODEF/Tulane Survey in Bas-

Zaïre. Part I. Population Characteristics, Reproductive Ideals, and Fertility Control." Polycopié, New Orleans. Disponible aussi en Français sous le titre: "Résultats de l'Enquête PRODEF/Tulane du Bas-Zaïre. Première Partie. Les Caractéristiques de la Population, les Idéaux de Reproduction et le Contrôle de la Fécondité."

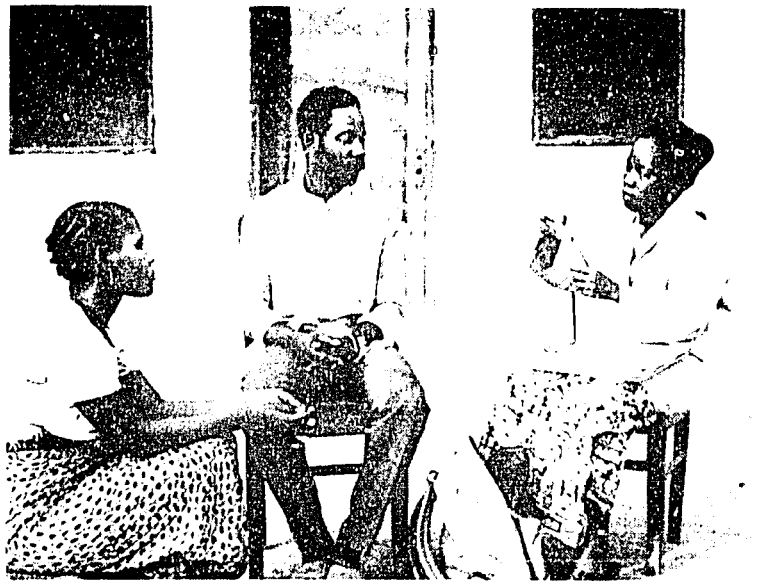
Nlandu Mangani, Matondo Mansilu, Butuena Mayambu, Kabamba Nkamany, Kinjanja Kayinge, Jane T. Bertrand, William E. Bertrand, Evelyn G. Landry, et Stanley Terrell. 1983. "Results of the PRODEF/Tulane Survey in Bas-Zaïre. Part II. Indicators of Morbidity and Nutritional Status in Preschool Aged Children." Polycopié, New Orleans. Disponible aussi en Français sous le titre: "Résultats de l'Enquête PRODEF/Tulane du Bas-Zaïre. Deuxième Partie. Indicateurs de la Morbidité et du Statut Nutritionnel des Enfants de Moins de Cinq Ans."

D.
Manuscrits en préparation

- L'impact du projet PRODEF sur l'emploi des contraceptifs et les rapports coût-efficacité relatifs des deux méthodes expérimentées (Jane Bertrand et Mark McBride).
- Une analyse démographique des schémas d'espacement des naissances et du taux global de fécondité au Bas-Zaïre (Amy Ong Tsui).
- Espacement des naissances et nombre d'enfants dans une famille par rapport au statut nutritionnel des enfants de moins de cinq ans (Stanley Terrell).
- Abstinence après l'accouchement, aménorrhée et lactation: les corrélations qui affectent la fécondité (Jane Bertrand).

Chapitre X

CONCLUSIONS



Kilukidi Mengi expliquant l'emploi de la mousse

Diakadulua Nlandu et Mabena Kuizibuami près du fleuve Zaïre à Matadi

Chapitre X

CONCLUSIONS

La meilleure façon de formuler les conclusions tirées de l'expérience du Projets de Recherche Opérationnelle sur le Planning Familial au Bas-Zaïre est d'énoncer les leçons apprises jusqu'ici.

1. La promotion du planning familial, en particulier celle des contraceptifs modernes, a été acceptée culturellement au Bas-Zaïre. Bien que les membres de la population-cible n'aient pas tous approuvé cette activité, il n'y pas eu d'opposition collective au programme (telle que le refus de le laisser fonctionner dans une communauté donnée). Au contraire, les commissaires de Zone, dans le secteur urbain, et les chefs de village, dans le secteur rural, ont bien accueilli et activement soutenu le projet PRODEF.

2. Le programme vertical (les services de planning familial) s'est révélé acceptable dans le secteur urbain. Trois facteurs peuvent expliquer pourquoi les habitants du secteur urbain ont accepté un programme vertical:

(a) une plus grande prédisposition aux nouvelles idées venant de l'extérieur,

(b) un besoin plus profondément ressenti de moyens efficaces de contrôle des naissances, et

(c) l'accessibilité aux autres débouchés, pour les interventions sur la santé infantile (du moins pour le paludisme et les vers intestinaux).

3. Dans le programme rural qui comprenait en même temps le planning familial et les interventions sur la santé infantile, cette dernière a beaucoup renforcé la valeur du programme aux yeux de la communauté. Nous ne pouvons pas dire si un programme vertical aurait pu être ou aurait été acceptable dans le secteur rural. Mais le volume des médicaments vendus pour les enfants de moins de cinq ans dans le secteur rural reflète l'importance de cet élément du programme pour les habitants ruraux. Des commentaires anecdotiques faits par les visiteuses à domicile laissent supposer qu'il est beaucoup plus facile d'aborder le sujet du planning familial une fois que l'on a parlé de la santé des enfants.

4. *Les matrones se sont révélées un canal efficace et culturellement acceptable de distribution des contraceptifs et de certains médicaments pour les enfants de moins de cinq ans.* Bien qu'il y ait eu, au début, une certaine réticence de la part des membres de la communauté à parler de planning familial avec un voisin, celle-ci a diminué apparemment, du moins en partie, étant donné que le taux de MPC pour les matrones a augmenté pendant les cinq premiers trimestres du projet. En outre, la quantité des médicaments achetés par l'entremise des matrones laisse supposer que la population aura recours à leurs services quand le besoin s'en fera sentir.

5. *Les effets du programme n'ont pas été immédiats; la quantité de MPC a plutôt augmenté progressivement tout au long du projet dans les deux secteurs.* Dans le secteur urbain, la pente de la courbe (une tendance généralement ascendante) laisse supposer qu'à partir de 1983 (la fin de la période évaluée), le programme gagnait encore de nouveaux clients. Dans le secteur rural, le programme a montré une tendance ascendante pour le MPC pendant les cinq premiers trimestres, puis il a marqué un plateau.

6. *La pilule et le Néosampoon étaient les méthodes les plus populaires parmi les clientes du programme.* La mousse contraceptive, qui était initialement populaire dans le secteur rural, n'a plus été autant demandée quand le Néosampoon a été aussi mis en circulation. Dans l'ensemble les méthodes de barrage représentaient un pourcentage plus important de l'utilisation totale des contraceptifs que l'on n'aurait pu s'y attendre, d'après l'expérience des autres pays. On pense que cela provient du fait que les femmes qui allaitent groupe particulièrement motivé à éviter les grossesses préfèrent (et/ou bien on le leur a recommandé) utiliser les méthodes de barrage plutôt que la pilule.

7. *Le simple fait de mettre les contraceptifs modernes à la disposition de la population par l'intermédiaire des débouchés existants et des matrones (traitement dans la Zone B) était suffisant pour accroître la prévalence des contraceptifs.* Dans le secteur urbain, la prévalence parmi les femmes mariées en âge de procréer s'est élevée de 5 à 16%. Tandis que dans le secteur rural, elle a augmenté de 2 à 10%.

8. *Cependant, les niveaux de prévalence des contraceptifs étaient plus élevés dans les zones qui recevaient à la fois l'approvisionnement des dispensaires et les programmes d'extension (Zone A) que dans celles qui ne recevaient pas de programme d'extension (Zone B).* La prévalence dans la Zone A du secteur urbain a augmenté de 4 à 19% et celle de la Zone A du secteur rural est passée de 5 à 14%.

9. *Bien que le traitement qui combine l'approvisionnement des débouchés et le programme d'extension soit plus efficace pour accroître la prévalence des contraceptifs, il est aussi plus cher.* Le rendement en termes de MPC était beaucoup plus élevé dans la Zone A que dans la Zone B pour le secteur urbain comme le rural. Toutefois, les coûts (pour les salaires des visiteuses à domicile, le transport, etc. étaient aussi beaucoup plus élevés, et, en fait, contrebalançaient le niveau plus élevé de MPC. A partir de l'année médiane du programme (Octobre 1982-Septembre 1983), le coût par MPC était approximativement plus cher d'un dollar U.S.A. dans la Zone A que dans la Zone B.

10. *Bien que le coût par MPC soit légèrement plus élevé pour la Zone A que pour la Zone B, cela correspond probablement à "une plus haute qualité de MPC."* C'est-à-dire que les visiteuses à domicile travaillant dans la Zone A avaient un niveau d'éducation plus élevé, recevaient une formation plus intensive et une supervision plus directe que les matrones et, dans beaucoup de cas, que les infirmiers des dispensaires. De ce fait, la qualité du service offert dans la Zone A était peut-être un peu meilleure, bien que nous n'ayons aucune donnée empirique sur ce point.

11. *Le coût par MPC est plus élevé dans le secteur rural que dans le secteur urbain.* La différence entre les deux, si on combine la Zone A et la Zone B sur toute la durée du projet, est de 6,68 dollars U.S.A. en secteur urbain par rapport à $10,05 en secteur rural. En fait, ces chiffres minimisent la réelle ampleur de la différence, car les coûts spécifiques à la région (en plus des coûts non-retraçables

encourus pour le simple établissement du programme) sont plus élevés dans le secteur rural que dans le secteur urbain.

12. Il n'est pas recommandé que des programmes similaires utilisent la méthode des visiteuses à domicile dans les secteur ruraux à moins qu'ils ne puissent résoudre les problèmes de transport. Dans le présent projet, l'équipe rurale était très sous-utilisée, parce qu'elle devait entrer en concurrence avec d'autres membres du personnel pour utiliser le seul véhicule du projet. Par contre, l'équipe urbaine des visiteuses à domicile agissait très efficacement parce qu'elle ne dépendait pas du véhicule du projet pour le transport.

13. Si le projet devait être répété dans d'autres regions du Zaïre (en supposant que les conditions socio-démographiques et culturelles soient à peu près comparables), le traitement A (avec approvisionnement des débouchés, l'établissement des matrones et des visites à domicile) est recommandé à condition que:

- le programme se déroule dans un secteur urbain où il n'est pas nécessaire de fournir des moyens de transport aux visiteuses à domicile
- le coût substantiel que constituent les salaires des visiteuses à domicile, et le faible coût supplémentaire par MPC ne soient pas un souci
- l'objectif du projet soit d'accroître la prévalence des contraceptifs dans toute la mesure du possible.

14. Par contre, la méthode B (avec approvisionnement des débouchés et établissement des matrones, mais pas de programme d'extension) est recommandée à condition que:

- le programme se déroule dans un secteur rural (surtout si le transport est susceptible de présenter un problème)
- il soit important de garder les coûts (en valeur absolue et en valeur relative par MPC) aussi bas que possible
- l'agence de financement ou les administrateurs du projet veuillent bien sacrifier un certain progrès de la prévalence des contraceptifs pour maintenir les coûts bas.

15. La supervision des matrones doit être constante si elles doivent continuer à avoir un rôle productif dans le projet. La chute du taux de MPC parmi les matrones vers la fin de l'année 1983 peut être attribuée en partie à un relâchement de la supervision quand le personnel du projet concentrait toute son énergie sur l'enquête de suivi. De plus, certains problèmes concernant la collecte des fonds (provenant des ventes) auraient pu être évités avec des contrôles plus fréquents.

16. Les directeurs zaïrois du projet attribuent partiellement la réussite de ce projet au fait que les ressources matérielles permettant d'effectuer les activités étaient suffisantes. Dans un pays où les problèmes financiers tourmentent beaucoup d'organisations et de programmes, le PRODEF avait le luxe d'avoir les ressources matérielles nécessaires (un véhicule, des contraceptifs, des équipements et fournitures, sans parler du payement des salaires des employés) disponibles pour la mise en oeuvre des activités. Tout au long du projet, il est rare que le manque de ressources ait été mentionné comme raison d'avoir manqué une date limite ou de n'avoir accompli certains aspects du projet.

17. L'Université de Tulane attribue le succès du projet en grande partie à la direction du Docteur Nlandu Mangani, de la citoyenne Matondo Mansilu et de la citoyenne Batuena Mavambu. Ces trois personnes ont assuré une direction ferme, une surveillance qui était aussi un soutien, et un vrai sens d'engagement envers le reste du personnel qui, à son tour, a répondu par un grand dévouement au travail qu'on lui demandait de faire.

Annexe A

PERSONNEL AMERICAIN ET ZAIROIS PARTICIPANT A CE PROJET

Penny Jessop avec ses collaborateurs Zaïrois

Annexe A
PERSONNEL AMERICAIN ET ZAIROIS PARTICIPANT A CE PROJET

Zaïre: Personnel du PRODEF

Nlandu Mangani, M.D., M.P.H.	Directeur
Matondo Mansilu	Directrice Adjointe
Butuena Mavambu	Coordinatrice urbaine
Bakanza Mambona	Administrateur
Nlandu Diasivi	Superviseur
Mombela Kinuani	Micro-ordinateur, inventaire des stocks
Diakadulua Nlandu	Responsable des inventaires, assistant de recherche
Lumfuankenda Lelo	Superviseur
Manteza Buluena	Enquêteuse et visiteuse
Muila Nsoni	Enquêteuse et visiteuse
Kiakanua Buanga	Enquêteuse et visiteuse
Pelani Zolana	Enquêteuse et visiteuse
Banda Liya	Enquêteuse et visiteuse
Loda Miezi	Enquêteuse et visiteuse
Nsakala Mpindi	Enquêteuse et visiteuse
Batete Nzailu	Enquêteuse
Nsunda Lutete	Enquêteuse et visiteuse
Buanga Keti	Visiteuse
Kilukidi Mengi	Enquêteuse et visiteuse
Beki Makonda	Visiteuse
Kidiela Dianka	Visiteuse
Kiese Lukombo	Visiteuse
Nsukami Luntala	Visiteuse
Masaka Muaka	Visiteuse
Dituabanza Nzuzi	Enquêteuse
Lusaka Situtala	Enquêteuse
Makadidi Nsongo	Enquêteuse
Kabutako Dianduakila	Enquêteuse
Mbenza Baku	Enquêteuse
Mpemba Moanda	Enquêteuse
Nsambu Za Nzambi	Enquêteuse
Mabena Kuizibuani	Chauffeur/mécanicien
Kimbuende Niangasa	Secrétaire

Voix du Zaïre (Matadi)

Bibimbu Kuhuna	Chef de Programmation

Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID)

Elizabeth Maguire, M.A.	Moniteur technique, Bureau de la Population, USAID/Washington
Richard Thornton, M.P.H.	Officiel de Santé Publique, USAID/Zaïre
Kenneth Heise, M.P.H.	Conseiller en population, USAID/Zaïre

Personnel de l'Université de Tulane

Jane T. Bertrand, Ph.D.	Investigatrice principale
Patricia Jessop, M.P.H.	Gérante
William E. Bertrand, Ph.D.	Expert-conseiller en échantillonnage et micro-ordinateurs
Evelyn G. Landry, M.P.H.	Assistante en traitement des données et calcul du rapport coût-efficacité
Felix Lee	Assistant en micro-ordinateurs
Nancy B. Mock, M.P.H.	Experte-conseillère en analyse des données sur l'allaitement maternel
Stanley Terrell, M.P.H.	Expert-conseiller en analyse des données sur l'état nutritionnel des enfants
Amy Ong Tsui, Ph.D.	Experte-conseillère dans l'analyse des données démographiques
Amy McConnell-Franklin	Assistante de recherche
Jeffrey Tharp	Assistant de recherche
Kamel Esseghairi, M.D.	Assistant de recherche
Robert Mullen, M.P.H.	Assistant de recherche
Betty Gonzales	A aidé dans le traitement de texte
Dorothy Henriques	A aidé dans le traitement de texte
Beverly Giroir	A aidé à dactylographier
Erica Bennett	A aidé à dactylographier

Les Experts-Conseillers

Mark McBride, Ph.D. Miami Université de l'Ohio	Expert-conseiller en analyse du rapport coût-efficacité
Maria Wawer, M.D. Université de Johns Hopkins	Experte-conseillière pour l'élaboration du projet et la formation des matrones et des infirmiers des dispensaires
Melvin Thorne, M.D. Université de Johns Hopkins	Expert-conseiller pour l'élaboration du projet et la formation des matrones et des infirmiers des dispensaires

Annexe B

GUIDE DE CODIFICATION UTILISE DANS L'ANALYSE DU RAPPORT COUT-EFFICACITE

Mombela Kinuani avec les réserves

Annexe B
GUIDE DE CODIFICATION UTILISE DANS L'ANALYSE DU RAPPORT COUT-EFFICACITE

Ce qui va suivre est une description du système utilisé pour classer les dépenses engagées par le Projet de Recherche Opérationnelle sur le Planning Familial au Bas-Zaïre (contrat AID/DSPE-C-0089). Ces coûts représentent les "données de numérateur" pour l'analyse du rapport coût-efficacité de ce projet.

Il y a deux sources de données de coûts: (1) les registres tenus par la gérante du projet à l'Université de Tulane, Mlle. Penny Jessop, et (2) les pièces de comptabilité soumises à l'Université de Tulane par l'organisation homologue, le CBZO (Communauté Baptiste du Zaïre-Ouest), au Zaïre, qui indiquent les dépenses engagées dans le cadre du sous-contrat au Zaïre.

Les données des coûts, collectés dès le début du projet en Octobre 1980 ont été classées selon un nombre de variables et mises sur ordinateur sous la forme esquissée ci-dessous. Des notes explicatives accompagnent certaines catégories.

COL	VARIABLES/CODES	NOTES EXPLICATIVES
1-4	*Date* (mois, année)	Où les dépenses ont été engagées.
6-9	*Date* (mois, année)	Où les frais ont eté payés.
Pourcentage de chaque coût qui peut être attribué à:		La répartition par type d'activité a éte estimée par l'investigatrice principale à Tulane. Certaines activités peuvent être entièrement attribuées à l'une des catégories (par ex. salaires des enquêteuses 100% recherche; salaires des visiteuses à domicile= 100% service). Les autres hypothèses faites pour cette répartition sont énumérées ci-dessous.
11-13	*Service*	
15-17	*Recherche*	
19-21	*Administration*	
23-25	*Autre*	
27	*Emplacement*	Où les dépenses ont été engagées.
	1. au Zaïre	"Les coûts au Zaïre" sont ceux portés sur les pièces de comptabilité du sous-contrat par le CBZO à Tulane.
	2. à Tulane mais essentiel pour la reproduction du projet (par ex.: médicaments, équipement, fournitures utilisés au Zaïre)	Les deux catégories "à Tulane" correspondent aux frais directement payés dans le cadre du contrat USAID/Tulane. La distinction entre les catégories (2) et (3) a été faite par l'investigatrice principale dans l'intention de distinguer les articles achetés par Tulane, seulement parce qu'ils n'étaient pas disponible localement au Zaïre, ou auraient nécessité un payement en dollars (et ne pouvait donc pas relever du budget du sous-contrat où ils devraient normalement se classer) par opposition avec les frais engagés pour fournir une assistance technique au projet (les salaires des experts-conseillers, les frais d'avion, les indemnités journalières), ainsi que toutes les dépenses faites pour les services et les fournitures utilisés à Tulane.
	3. à Tulane (assistance technique)	

29-30	*Type de dépense*	Comme elles figurent dans le registre des pièces de comptabilités mensuelles. Celles-ci seront regroupées en un plus petit nombre de catégories dans l'analyse ultérieure.
	01. Salaire de J. Bertrand	
	02. Salaire de P. Jessop	
	03. Voyage	Frais d'avion, de taxis, de bus/frais de traversée en bac (ferry).
	04. Indemnités journalières	Les taux varient suivant les individus. Toutes les sommes payées pour les dépenses hors de la ville au personnel du projet. Les frais de déplacement n'ont pas été considérés ici, parce qu'on a supposé que les déplacements se faisaient dans la voiture du projet, à moins que le contraire ne soit spécifié.
	05. Expéditions	Les expéditions de matériel de Tulane au Zaïre.
	06. Ordinateur	
	07. Fournitures consommables	
	08. Frais opériationnels	De bureau (c.-à-d, photocopie, photos, etc.)
	09. Dépenses diverses	
	10. Equipement	Les pièces de rechange pour les bicyclettes et la Land Rover, les fournitures de bureaux (par ex. corbeilles à papiers, cadenas, bois de charpenterie, etc.) réparation des bicyclettes et de la Land Rover.
	11. Prix des médicaments	Médicaments achetés aux Etats-Unis pour être expédiés au Zaïre.
	12. Essence	A Kinshasa.
	13. Autre salaire d'expert-conseiller	
	14. Autre voyage d'expert-conseiller	
	15. Autres frais de restauration d'expert-conseiller	
	16. Frais de restauration de l'enquêteuse du CBZO payés par Tulane	
	17. Frais de restauration de la visiteuse à domicile du CBZO payés par Tulane	
	18. Salaire du directeur	
	19. Salaire de la directrice adjointe	
	20. Salaire du superviseur des enquêteuses	
	21. Salaire du chauffeur	
	22. Salaire de l'enquêteuse	
	23. Salaire de la visiteuse à domicile	
	24. Salaire du superviseur des visiteuse à domicile	
	25. Salaire de l'administrateur	
	26. Salaire du secrétaire	

	27. Salaire du codeur	
	28. Salaire des assistants en cartographie	
	29. Avantages sociaux au Zaïre	Fournitures médicales, examens, médicaments, traitement, lunettes.
	30. Fournitures consommables du dispensaire	
	31. Essence, huile, etc.	
	32. Réparation	Entretien des équipements
	33. Frais d'expédition, livraison des fournitures aux dispensaires	
	34. Frais de restauration pendant les sessions de formation	Toutes les sommes payées au personnel du projet pendant les sessions de formation étaient mentionnées spécifiquement dans la description des dépenses.
	35. Kérosène	Parfois portés sur les mêmes pièces de comptabilité que l'essence.
	36. Magazines, livres	
	37. Salaires divers	
	38. Loyer	
	39. Salaire de la promotrice	
	40. Salaire de la coordinatrice urbaine	
	41. Salaire des inventoristes ruraux	
	42. Salaire des inventoristes urbains	
	43. Salaires du superviseur des enquêteuses	
	44. Salaire du superviseur des visiteuses à domicile (urbain)	
	50. Pièces de comptabilité illisibles	
	51. Salaire des étudiants à Tulane	
	52. Avantages sociaux à Tulane	
	53. Frais indirects	
32-38	*Frais en dollars américains*	Les frais engagés au Zaïre ont été convertis en dollars américains au taux d'échange officiel coté le dernier jour du mois où la dépense avait été engagée.

40-45	*Numéro de référence de la dépense tel qu'il apparaît dans le registre ou les pièces de comptabilité mensuelles*	Ce numéro de référence à six chiffres peut être utilisé pour repérer une dépense dans les registres selon le code suivant: • Pour les registres de Tulane: Catégorie (2 chiffres) Page (2 chiffres) Numéro de ligne (2 chiffres) • Pour les pièces de comptabilité mensuelles: Mois (2 chiffres) Année (2 chiffres) Numéro de la page (2 chiffres)
47	*Activité spécifique:* 1. Visite à domicile 2. Réunion de groupe 3. Distribution au dispensaire 4. Formation 5. Autres 6. Production du film au Zaïre 7. Frais indirects à Tulane	Cette classification est destinée à fournir beaucoup plus d'informations sur la nature des activités liées au service au Zaïre. Les dépenses engagées pour les activités indépendantes du service et/ou en dehors du Zaïre sont classées comme "autres".
49	*Région:* 1. Ville de Matadi (projet urbain) 2. Zone de Songololo (projet rural) 3. "Non-retraçable"	Ce projet a deux composantes: une urbaine, une rurale. Dans la mesure du possible les dépenses engagées au Zaïre ont été classées de la sorte. Dans beaucoup de cas, cette répartition ne pouvait pas être faite et les articles ont été classés comme "non-retraçable".
50	*Groupe de traitement* 1. Groupe A 2. Groupe B 3. "Non-retraçable"	Comme l'un des principaux objectifs de l'analyse est de déterminer le rapport coût-efficacité relatif de deux méthodes (A et B), il est important de classer, dans la mesure du possible, les frais suivant cette répartition. Dans beaucoup de cas, cette répartition ne peut pas être faite et les articles ont été classés comme "non-retraçable".

Analyse du Rapport Coût-Efficacité au Zaïre: Classification des Coûts

Informations supplémentaires sur les procédures utilisées pour classer les coûts

1. Pourcentages: Service, Recherche, Administration, Autre

Bien que le Projet de Recherches Opérationnelles au Zaïre soit un projet "de service et de recherche", l'analyse du rapport coût-efficacité (ACE) se concentrera uniquement sur le service (c.-à-d. ce qu'a coûté la réalisation de ce type de programme et quelle a été l'efficacité relative des deux méthodes utilisées).

Ainsi l'ACE exclut tous les frais de recherche. Pour ce faire, il a fallu classifier tous les frais en service ou en recherche. Par la suite, deux autres catégories ont été ajoutées: administration et autre. L'administration est considérée essentielle pour la reproduction du projet et sera peut-être combinée avec le "service" plus tard. La catégorie "autre" est utilisée pour les dépenses engagées à Tulane et qui sont difficiles à classer dans les trois autres catégories.

Tandis que certains articles ont été facilement classifiés suivant cette répartition, d'autres ne pouvaient pas l'être (tels que le salaire du directeur du projet et celui de la directrice adjointe,le carburant utilisé pour mener à bien toutes les activités du projet, les fournitures de bureau, et l'équipement utilisé à tous usages, etc.). Il a été décidé que dans de tels cas, on attribuerait à ces coûts des pourcentages qui reflètent l'ensemble des activités effectuées dans le cadre du projet cette année-là (comme il a été observé par l'investigatrice principale). Ces pourcentages étaient les suivants:

	Pourcentage de Service	Pourcentage de Recherche	Pourcentage d'Administration	Pourcentage d"'Autres"
Oct 1980–Sept 1981	10	70	20	0
Oct 1981–Sept 1982	60	20	20	0
Oct 1982–Mai 1983	60	20	20	0
Juin 1983–la fin	20	70	10	0

Ainsi, tous les articles pour lesquels une classification plus spécifique n'était pas possible ont été classés selon les "pourcentages généraux" de l'année.

Tous les frais engagés à Tulane pour les fournitures opérationnelles et consommables ont été désignés comme 100% imputables à la recherche pendant toutes les années du projet.

Les pourcentages attribuées à certains frais qui reviennent périodiquement sont les suivants:

1. *Salaires à Tulane*

Jane Bertrand, Salaire (pour toutes les années)	= 10% Service
	= 70% Recherche
	= 20% Administration
Penny Jessop, Salaire (pour toutes les années)	= 25% Service
	= 75% Administration
Assistant de Recherche	= 100% Recherche

2. *Salaires au Zaïre*

Superviseur des enquêteuses	= 100% Recherche
Enquêteuses	= 100% Recherche
Assistants de cartographie	= 100% Recherche
Codeur	= 100% Recherche
Coordinatrice urbaine	= 100% Service
Superviseur des visiteuses à domicile	= 100% Service
Visiteuses à domicile	= 100% Service
"Inventoriste" (l'homme qui fait les inventaires)	= 100% Service
"Promotrice"	= 100% Service

(NOTE: Les salaires du Directeur, de la Directrice adjointe, de l'Administrateur,du Secrétaire et du Chauffeur sont tous déterminés par les "pourcentages généraux" de l'année.)

3. *Autres dépenses au Zaïre*

Cartes	= 50% Service, 50% Recherche
Frais de restauration, voyages, pour les enquêteuses	= 100% Recherche
Frais de restauration, formation:	
pour les visiteuses,	= 100% Service
pour les matrones,	= 100% Service
pour les infirmiers des dispensaires	= 100% Service
Les soins médicaux (70-20-10 ou 60-20-20)	= "Pourcentages généraux"

2. Datation des pièces de comptabilité

On rendait compte à Tulane des frais supportés au Zaïre par la CBZO par des pièces de comptabilité mensuelles pour les remboursement des frais. En général toutes les dépenses engagées pendant un mois donné étaient attachées au rapport financier pour ce mois-là.

Cependant, dans les quelques cas où les récépissés du mois antérieur (par ex. Février) étaient attachés au rapport d'un mois donné (par ex. Mars), on les enregistrait avec les frais de ce mois-là (Mars), parce qu'ils étaient remboursés au cours d'échange de ce mois.

En règle générale, si plusieurs mois étaient regroupés dans un paquet, ils étaient rassemblés par mois. Toute pièce de comptabilité "égarée" (par date) était donc considérée porter la même date que celles parmi lesquelles elle se trouvait.

Si un paquet comprenait plusieurs mois totalement mélangés (cela n'est arrivé qu'une fois), on s'est efforcé d'inscrire et de calculer chacun selon sa vraie date individuelle.

3. Pièces de comptabilité illisibles

Chaque mois, les pièces de comptabilité sont groupées par type de dépense. Et donc, les pièces illisibles (où l'on ne voyait que les montants) étaient classifiées comme telles, et les pourcentages pour le service, la recherche, l'administration et autres sont inscrits selon la répartition générale de cette année-là (voir la section où l'on explique les pourcentages).

S'il n'y avait aucune indication mentionnant à qui elles appartenaient, on les inscrivait comme "Divers" et on leur affectait les pourcentages généraux de l'année.

Si elles étaient totalement illisibles, on les omettait (après avoir regardé si les originaux étaient plus clairs).

4. Frais bancaires

Même si les frais bancaires figuraient sur les pièces comptables du Zaïre, ils n'étaient pas inclus dans les frais mensuels parce qu'ils ne sont pas remboursés dans le cadre du sous-traité.

5. Autres coûts liés au service non compris dans l'analyse du rapport coût-efficacité

L'analyse du rapport coût-efficacité ci-jointe n'inclut aucun des frais liés aux voyages, aux frais de restauration, aux honoraires, etc. des deux médecins consultants, Madame le Dr. Maria Wawer et Monsieur le Dr. Melvin Thorne, de l'Université de Johns Hopkins, qui ont joué un rôle-clé dans la planification du programme de service et surtout dans l'élaboration du programme d'étude et de la formation des visiteuses à domicile.

Ces frais n'ont pas été incorporés à l'analyse du rapport coût-efficacité au début, car l'Université de Tulane ne payait pas ces dépenses et elles n'apparaissaient donc pas sur nos registres.