

PJ-ABY-584

wn-99325

Male Involvement in Family Planning
A Review of Selected Program Initiatives in Africa

May 1996

Lalla Touré MD, MPH
Population & Reproductive Health Advisor

A



Male Involvement in Family Planning
A Review of Selected Program Initiatives in Africa

May 1996

Table of Contents

Introduction	1
Factors Affecting Contraceptive Use	2
Male Involvement Initiatives in Africa	4
Interventions to Increase Knowledge and Interest of Men	4
Interventions to Increase Access and Use of FP Services by Men	10
Lessons Learned	15
Recommendations for Next Steps	17
Bibliography	21

Introduction

Male involvement in family planning (FP) means more than increasing the number of men using condoms and having vasectomies; male involvement also includes the number of men who encourage and support their partner and their peers to use FP and who influence the policy environment to be more conducive to developing male-related programs. In this context "male involvement" should be understood in a much broader sense than male contraception, and should refer to all organizational activities aimed at men as a discrete group which have the objective of increasing the acceptability and prevalence of family-planning practice of either sex.

In the past, family-planning programs have focused attention primarily on women, because of the need to free women from excessive child-bearing, and to reduce maternal and infant mortality through the use of modern methods of contraception. Most of the family-planning services were offered within maternal and child health (MCH) centers, most research and information campaigns focused on women. This focus on women has reinforced the belief that family planning is largely a woman's business, with the man playing a very peripheral role.

Involving men and obtaining their support and commitment to family planning is of crucial importance in the Africa region, given their elevated position in the African society. Most decisions that affect family life are made by men. Most decisions that affect political life are made by men. Men hold positions of leadership and influence from the family unit right through the national level (IPPF, 1984). The involvement of men in family planning would therefore not only ease the responsibility borne by women in terms of decision-making for family-planning matters, but would also accelerate the understanding and practice of family planning in general (ibid.).

Only recently have family-planning associations recognized the importance of men's role and motivation in fertility decision making, particularly in Africa. But now that this has been recognized, the question is "what can family-planning and reproductive-health programs do to encourage men's cooperation?" (Hawkins, 1992; *Population Reports*, 1994).

Some programs have developed IEC campaigns aimed at increasing the awareness and knowledge of men. However, one of the crucial questions now facing these programs is how to move beyond increasing knowledge to changing attitudes and practice. How to address the needs of men through different service-delivery strategies is also an important question (Hawkins, 1992).

Various service-delivery strategies to meet those needs can be provided in a variety of ways, including primary health care facilities, special hours for men in MCH/FP

Factors Affecting Contraceptive Use

clinics, male-only clinics, STDs clinics, integration of FP promotion in AIDS prevention programs, mobile units, organized groups, income generating schemes, employment-based programs, youth programs and peer counseling, male-to-male community-based distribution of condoms, social marketing, involvement of private agencies and medical practitioners.

This paper highlights some of the key factors influencing contraceptive use, gives a brief summary of the literature on selected male-involvement initiatives taken in Africa, attempts to draw lessons learned from those initiatives, and then suggests some recommendations for the next steps.

Factors Affecting Contraceptive Use

Many factors, of course, affect women's and men's contraceptive use, but there are three key elements which deserve to be highlighted.

1. Men's support or opposition to their partners' practice of family planning has a strong impact on contraceptive use in many parts of the world, including Africa. Within marriage in Africa, men typically have more say than women in the decision to use contraception and in the number of children that the couple will have.

For example, according to the 1984 Zimbabwe Reproductive Health Survey, 42 percent of married women stated that it was the husband's responsibility to decide whether his wife should use FP methods. Focus groups conducted by Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC) and a private research agency suggested "that men were the ultimate decision makers on family size and FP matters in Zimbabwe." (Piotrow et al., 1992).

In Ghana, "despite the independent nature of some marital relationships, recent evidence indicates that men have the primary decision-making power in matters of FP." Both DHS data and focus-group research reveal that the husband is usually the effective decision-maker about fertility. Furthermore, husbands' family-planning attitudes and fertility goals usually are not influenced by those of their wives. And, when partners disagree on whether to use family planning, the man's preference usually dominates (*Population Reports*, 1994). Also, "There is a reason to suspect that men comprehend FP messages differently than women do. Men felt that financial considerations were the primary motivation for FP use, whereas women reported that health and the need for women to 'rest' were the primary motivations for use" (ibid).

According to an analysis from DHS surveys, the mean ideal family size for currently married men is higher than for married women. This difference is significant in West Africa, ranging from about two children in Burkina Faso to more than four

children in Niger and Senegal (exception is Ghana, 0.6). In East and North Africa, no significant difference in fertility desire was found. This shows the importance of targeting men with FP programs (Ezeh et al., 1996).

The husband's support is found to be a good predictor of future practice and continued use. There are studies done in the Philippines which indicate that the continuation rate among women whose husbands support their contraceptive practice is much higher than those whose husbands do not give support to their wives (IPPF, 1984). In South Korea researchers found that 71 percent of women whose husbands approved family planning had used contraception at some time, compared with 23 percent of women whose husbands did not approve (*Population Reports*, 1994). In Madagascar, Norplant continuation rates were higher after one year among couples in which the husband had been involved in the decision-making process, and among these couples both wives and husbands were more satisfied with Norplant than those in which only the wife was counseled (Tapsoba et al., 1993).

2. Spouse communication is positively associated with contraceptive use: DHS data from seven African countries (Botswana, Burundi, Ghana, Kenya, Senegal, Sudan, and Togo) show that the percentage of women using modern contraceptives is consistently higher in the group that had discussed FP with their husbands in the year before the interview than in the group that had not (JHU/PIP, 1994).

Because of lack of communication, many women do not know what their husbands think about FP. Many women think that their husbands disapprove of FP, when in fact the husband approves. In West Africa, about three quarters of the men and women had not discussed family planning with their spouse in the year preceding the survey, except in Ghana and Cameroon where the proportions were about one-half and two-thirds respectively. In East Africa, the figure is less than 40 percent, except in Burundi and Tanzania (Ezeh et al., 1996). In Burundi, 94 percent of men surveyed approved of contraceptive use, but only 48 percent had discussed it with their wives in the preceding year. (*Population Reports*, 1994). According to a 1993 DHS survey, 45 percent of married women in Tanzania either did not know what their husbands thought about FP or thought their husbands disapproved of family planning, when in fact many of the husbands approved.

3. Men's lack of access to services has been a barrier to family-planning use. Men cannot share responsibility for reproductive health and family planning if services and information do not reach them. Most FP clinics cater to women, so men are uncomfortable about going to these clinics. Men must be reached in other ways. This testimony from a Kenyan man is a good illustration of that need: "After having three children, my wife went on the pill for her contraception because we could no longer afford an accident with

Male Involvement Initiatives in Africa

the natural methods we were using. Her blood pressure immediately shot up, and she was advised to discontinue. She tried other methods, but they had complications too. I felt I was unfair and it was my duty, too, to take part in family planning. One morning we went together to our local family-planning clinic. I will never forget how embarrassed I felt. There was not even a single man there, just queues of women and their babies. This was a woman's world and I felt totally lost." (Wambui, 1995). This confirms the assumption that no matter how many men want to know about and utilize contraception, most family-planning programs have not yet given adequate attention to serving them.

Male Involvement Initiatives in Africa

There are some examples of experience and initiatives in various forms which illustrate a genuine concern and creative approach toward achieving greater male involvement in family planning in Africa. Programs to encourage men's involvement in family planning are expanding, especially through interventions to increase knowledge and interest of men, such as information, education, and communication campaigns using mass media, and interventions to increase access and use of FP services by men such as community-based distribution, condom sales and promotion, workplace programs, and a few male clinics and vasectomy services. Some of the field experiences have shown that well-targeted, focused male-involvement programs can have an impact on both male and female behaviors related to reproductive health.

Interventions to Increase Knowledge and Interest of Men

Promotional Campaigns

Zimbabwe

In 1988–89, the Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC) conducted a national education project targeting men, the first of its kind for sub-Saharan Africa. Funded by USAID with technical assistance from the Johns Hopkins University Population Communication Services (JHU/PCS) program, the project was designed to increase men's knowledge of, and promote more favorable attitudes toward, family planning, increase modern family-planning methods, and promote joint decision making.

The project used a radio serial drama, educational talks for men, and family-planning leaflets to promote these messages. An extensive evaluation found the radio drama to be the most effective method for reaching about two of every five men in both urban and rural areas. Of the other methods, the talks reached 11 percent of men, and the leaflets reached 5 percent. The proportion of men who reported

joint decision making in family planning rose from 25 percent to 35 percent from 1988 to 1989 (Chirambo, 1992).

Analysis of survey results from the first study (which controlled for demographic variables and radio ownership) found that men who were exposed to the campaign were 1.4 times as likely to use a modern family-planning method as were other men, 1.7 times as likely to use condoms, and 1.4 times as likely to believe that both husband and wife should participate in deciding how many children to have. However, the campaign was not entirely successful in promoting the idea of joint decision-making, because men who were exposed to the campaign were 2.4 times more likely than others to state that the husband alone decides whether to practice family planning (Kim, et al., 1996). But positive lessons from this first campaign were that Zimbabwean men want to learn more about family planning, and that communication materials directed at men can change men's attitudes towards family planning, stimulate discussion between husbands and wives, and motivate men to support the practice of family planning.

A second male-motivation campaign was launched in 1993, drawing heavily on the lessons learned during the first campaign, again to encourage male involvement in family planning and to encourage use of long-term methods to limit family size. This second campaign used a wide variety of media to reach more men and to expose them to multiple, reinforcing sources of information: radio, television, posters, newspapers, motivational talks, family festivals, a football tournament with giant puppet shows at half-time, live dramas, and musical shows. This campaign also focused on improving the quality of services by developing a new training curriculum and a video on counseling and interpersonal communication, and trained clinic-based health workers and community-based distribution agents.

A post-campaign evaluation showed that 88 percent of adults living in the campaign areas were exposed to at least one campaign material or activity. Again radio had the greatest reach, 62 percent of men, followed by print materials (posters, newspapers and magazines, and pamphlets reached 57 percent, 48 percent, and 46 percent of men, respectively). Football matches drew far larger audiences (18 percent of men) than any other type of community event. Exposure to the campaign was associated with a rise in use of modern contraceptives. Before the campaign, contraceptive demand was declining as a result of increases in contraceptive prices and primary health care fees. With the launch of the campaign, this trend reversed, and contraceptive demand, especially for long-term methods, began to rise. People exposed to three or more campaign components were 1.6 times as likely as others to use a modern contraceptive method.

According to the surveys, knowledge of long-term and permanent methods rose over the campaign period as did the number of people holding positive attitudes

Male Involvement Initiatives in Africa

toward them. The campaign also encouraged couples to communicate more about family planning and to decide jointly on a contraceptive method. The proportion who reported discussing family planning with their spouses or partners rose from 37 percent to 57 percent. Twenty-nine percent of men who were exposed to four or more campaign components reported that they had discussed family planning with their partners, consulted service providers, or adopted modern contraceptive methods, compared with 16 percent of men exposed to two or three components, and 2 percent of men exposed to just one component or none. As men became more interested in family planning, many wanted to play an active role in the decision-making process. Rather than leaving family planning decisions to their wives or partners, men were more likely after the campaign to believe that they alone should be responsible for making such decisions or that decisions should be made jointly. The rise in interest in solely male decision-making recorded by the surveys suggests that the campaign's reliance on traditional masculine images may have reinforced stereotypes about male decision-making and blurred campaign messages about the value of joint decision-making (Kim, et al., 1996).

Ghana

In September 1987, the Health Education Division of Ghana's Ministry of Health (MOH/HED) began a systematic family-planning IEC project with funding from USAID and technical assistance from JHU/PCS. The goals of the first phase of the project were to 1) increase knowledge of, and improve attitudes toward, family planning and promote contraceptive use among men and women of reproductive age, 2) enhance family-planning counseling skills among MOH service providers, and 3) strengthen the MOH's ability to develop, implement, monitor, and evaluate communication programs in health. The project used situational analysis, service provider training, and IEC material development and mobilization for two campaigns in three regions before expanding the campaign to remaining areas. The project used a wide variety of IEC material, media, and activities, including leaflets and booklets, motivational posters, national radio and television broadcasts, drama, a theme song, community audiovisual material, and community activities.

The second phase of the project highlighted male involvement in family planning. A November 1991 study of the project found that almost all males surveyed in six regions had seen or heard at least one IEC family planning campaign medium. In the Ashanti, Brong-Ahafo, and Central Regions where more intensive campaigns were run, more men were reached than in other regions. Findings indicate a significant increase in men's family planning knowledge and practice, and improvement in attitude with the increasing length of the project. Also, among those men exposed to the intensive campaign, 47 percent had discussed family planning with their partners, and 26 percent stated that they or their partners were using a more modern contraceptive method (Kim et al., 1992).

Niger

In 1987, Niger's Ministry of Health and Social Affairs (MOHSA) of the Directorate of Family Planning initiated a communication project in collaboration with the JHU/PCS. The project included an IEC campaign with three objectives: 1) to increase public awareness of modern methods of child spacing, 2) to reinforce positive attitudes toward contraceptive use, and 3) to motivate potential clients to seek family-planning services. Project activities took place over a two year period in Niger's capital, Niamey, and in the two urban centers of Maradi and Zinder. Project activities included a communication workshop for program managers, a national family-planning logo design, focus group discussions, two awareness seminars for opinion and political leaders, a series of radio and television broadcast dramas with family-planning themes, and contraceptive sample kits for health agents.

The project was not targeted to men exclusively. However, a post-project survey found that the project had contributed to positive changes in men's knowledge and attitudes: a 21 percent improvement in their ability to name one or more contraceptive methods without assistance; an 11 percent increase in approval of the use of contraceptives for birth spacing; men's exposure to television programs with family-planning themes increased by 94 percent; men's reports of hearing a radio program with a family-planning theme increased by 47 percent.

Recommendations for the project included, among others, targeting men as a primary audience for family-planning messages; developing messages targeted to men that emphasize the economic benefit of having fewer children; creating a new role model for men that portrays responsible men as those who discuss family planning with their partners; expanding awareness-raising into organized male networks, such as the political parties, employers, unions, the military, and paramilitary; using male Social Affairs agents to reassure men that society views family planning as desirable and responsible (Bashin et al., 1989).

Nigeria

The Planned Parenthood Federation of Nigeria (PPFN) conducted programs to enhance male motivation. These included educational outreach to leaders, family life education for youth, and reaching men through existing groups. Government officials, traditional rulers, and religious leaders were among those targeted, as were journalists, health educators, teachers, social workers, and agricultural extension workers. PPFN also made contacts with Nigerian Army units and the police. PPFN saw significant progress in developing program guidelines and initiating collaboration with other organizations (IPPF, 1984).

Male Involvement Initiatives in Africa

Campaign for Vasectomy Promotion

The Kenya Vasectomy Promotion Project, sponsored by JHU/PCS and the Association for Voluntary and Safe Contraception (AVSC), was designed to increase potential acceptors' knowledge of vasectomy. Messages stress that the vasectomy procedure is simple and safe, that men who have vasectomies remain healthy and virile, and that "wives love it because they no longer fear an accidental pregnancy." Wives in the television commercials: "He's strong really . . . We have great sex!" Radio, television, and newspaper ads also direct men to visit Kencom House, the male-only clinic in Nairobi, where specially trained male service providers and counselors make men feel welcome. Potential clients can also write or access a special telephone hotline for more information (Kumah, et al., n.d.).

Campaign for Employer-based Programs

In 1987, the Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ) launched a male-involvement campaign that included a campaign for industrial workers, targeting the working man. Since that time, PPAZ has held discussions with employers to encourage them to include family-planning services in work-site clinics. PPAZ has also been invited to give talks by the labor and social security ministry and at labor union meetings.

In 1984, John Snow, Inc., in conjunction with the National Council for Population and Development and funded by USAID, began the Family Planning Private Sector Programme in Kenya to help private companies and NGOs expand health services to their employees by including family planning. Health workers conducted education sessions in the workplace, as well as providing health services. The program also encouraged employers to form their own community-based committees that included representatives from management, unions, and workers to plan information and education programs. Cashew, tea, and sugar companies and paper mills were among the 30 employers involved in the program, all of which employ mainly men. The program aimed to recruit at least 30,000 new family-planning clients. No results were given for this program (*Population Reports*, 1986).

In 1989, with the support of AVSC, Mulanje Mission Hospital in rural Malawi took a leading role in increasing male participation in family planning by initiating a "child spacing club" for men. This club—modeled on the Man to Man program in Blantyre, an initiative of the NGO Banja La Mtsogolo—initiated educational seminars for male hospital staff ranging from grounds keepers to nurses; the club also took their child-spacing messages to two rural villages and a tea estate. One of the villages and the tea estate had asked to be involved after hearing about the project. Workshops were held at village meeting places, and over a seven-month period, 320 men actively participated in workshops, with many men requesting further learning

opportunities. Many of the men cited their exclusion from previous education and counseling opportunities as the reason for their lack of involvement in the past. As a result of the Mulanje Mission Hospital effort, the Mulanje staff have had more requests for visits than they can handle from other villages. The project has operated at very low cost to AVSC—only for educational materials and gasoline—while the staff have contributed their time and enthusiasm. As of November 1992, a second mission hospital was due to start a similar club (Mason, 1992).

Fathers' Clubs

In 1981, the Ministry of Health and Social Affairs in Mauritania launched a school for fathers to sensitize men to women's health problems and family planning. Fathers meet monthly to discuss issues that impact children and women. In 1984, the project expanded to include a weekly school for husbands, aimed at informing young men who do not yet have children about family health. No information is given about the results or effectiveness of the program (*Population Reports*, 1986).

A fathers' club initiated by the family health clinic of the Institute of Child Health and Primary Care of the University of Lagos, Nigeria, is credited with increasing awareness of family planning between 1975 and 1982. The fathers' club was one of the clinic's strategies for gaining support for family-planning and child health programs (Olukoya, 1985).

The Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG) sponsored three pilot "Daddies Clubs" through its special Male Motivation and Planned Parenthood project in 1980. These clubs were employer-based, located at the Pretsea Oil-Palm Plantation (Western Region), among Dungen Amasachina Young Farmers (Northern Region) and at the Tafo Cocoa Research Institute of Ghana (CRIG). Of these, the Pretsea project was the most successful. In 1982 alone, about 5,000 people were contacted, about 4,000 of them through lectures and discussion groups. About 1,620 were contacted through 450 follow-up visits to their homes. A total of 1,519 acceptors were recruited, of whom 1,310 were for non-clinical contraceptives and 209 for clinical services. The clinical acceptors were mostly women encouraged by their husbands to seek services. In addition to contraceptive services, the Pretsea program offered services regarding subfertility and infertility. Of the eight cases receiving treatment at the PPAG clinic, two women became pregnant. News about this side of family planning helped spread the word about the program, gained it further credibility, and attracted more people to the Daddies Club. These successes are credited with raising membership in the club from 25 to 100 (IPPF, 1984).

Male Involvement Initiatives in Africa

Sporting Events

"Ghanaian family-planning professionals have hit upon an innovative new scheme to get men and women talking about family planning. They sponsor tournaments of games that men like to play, such as soccer, tug-of-war, and checkers. Then they recruit the wives to oppose the men, altering the rules where necessary to make a fair match. Male soccer players are only allowed to use their left foot, for instance, and the female tug-of-war team is allowed extra members. The couples enjoy the matches, and the winners are given a gallon of condoms, or another prize that will spark conversation about family planning. Results seem to be good. Couples are talking, and family planning is losing its wicked connotations. Half of the reduction in fertility in one rural area in Ghana appears due to the acceptance of family planning by men." (Ellerston, 1992).

In Zimbabwe, a "Family Planning Challenge Cup" soccer match is used to mobilize men and attract them to the family-planning message. Each of the three tournament games played by four of Zimbabwe's top soccer teams attracted over 30,000 spectators, mostly men. Soccer was used as the image for the campaign along with the slogans "Play the Game Right" and "The Dream Team" (the latter being the nickname Zimbabweans give their national soccer team), which were used for billboards, t-shirts, and newspaper and television ads (Kumah, et al., n.d.).

Interventions to Increase Access and Use of FP Services by Men

Male Clinic

In March 1993, the first Family Planning Centre for Men (as part of the Population and Health Services/Marie Stopes Clinics) opened in Nairobi, Kenya, to provide vasectomy services, counseling, and other male reproductive health services in a confidential environment. In June 1993, the second Centre for Men was opened in Mombasa. This center offers two evening sessions of two hours per week. The need for these centers was identified during formative research conducted by Innovative Communication Systems as part of a campaign to increase vasectomy awareness and acceptance in Kenya. Since these first two centers opened, four more have been added. AVSC has provided training for Kenyan surgeons in no-scalpel vasectomy in connection with these centers. In addition, AVSC conducted IEC activities, largely through mass-media advertising, particularly via radio, to get basic information about vasectomy out to men. They also ran newspaper ads with coupons that could be returned to get more information. AVSC found that the number of men who used the Centre for Men rose sharply following each ad campaign. Through the experiences with the centers for men, AVSC has learned that men are interested in family planning. The majority of men don't want children they cannot care for. Men need good counseling and reproductive health services (Danforth, 1994).

Community-based Programs

Kenya

A March 1995 report by the Population Council's Africa Operations Research and Technical Assistance project, funded by USAID, describes a study undertaken in Kenya to gain programmatic experience in using community-based distribution agents trained to focus specifically on reaching males. In addition, insights were gained on the relative effectiveness of using trained teams of only men, trained teams of only women, and trained teams of both men and women in promoting and providing family-planning services and in educating men and women about HIV/AIDS. Previously, the assumption had prevailed that female CBD agents can discuss family planning or distribute contraceptives to women more effectively than male CBD agents. Evidence from this study held that this may not necessarily be true and that there is much to gain by using male CBD agents, particularly given that men who do not have regular jobs can devote more time to CBD activities, whereas women agents have household and other chores in addition to their CBD activities.

The following were among the findings of the study: all agents interviewed recommended a mixed group of male and female agents; involving males, both as distributors and as targets for family-planning activities and services resulted in a greater use of family planning by men and increased communication between spouses; education for HIV/AIDS prevention resulted in a sharp increase in positive behavior change among males, with little change for women; and HIV/AIDS education did not lead to greater discussion of the subject among partners (Population Council & FPAK, 1995).

Beginning in 1983, the Nairobi-based African Medical and Research Foundation (AMREF), with funding from USAID, ran training programs for shopkeepers in distributing non-prescription contraceptives to their customers. The scheme took advantage of community trust in the shopkeepers and the shopkeepers' experience in distributing drugs. To help shopkeepers learn to supply contraceptives and dispense commercial drugs more effectively, training focused on such topics as communications and client management, primary health, modern and traditional contraceptive methods, background instruction about Kenya's population growth, the importance of seeing the husband and wife together, and when to refer customers to a health center. In this scheme, most of the shopkeepers were men. The shopkeepers worked on a volunteer basis and gave free contraceptives without commission, citing their willingness to do something for their communities as their motivation (Mbuya, 1986).

Male Involvement Initiatives in Africa

Ghana

As part of the Ghana National Family Planning Program, GNFPP, mobile family-planning teams were organized to provide birth-control services to villages in the Danfa region. The staff of MCH centers and village-based primary health care workers supplemented the work of the GNFPP. Early in this effort, it was clear that family-planning services for men would be an important element, since nearly half the clients of these services were men. The program had several notable results: men proved to be better family-planning advocates than women; more men tried to persuade their friends to use contraceptives than did women; men who chose birth control for either themselves or their partners reported that their partners had fewer pregnancies than did women who participated directly in the program. An evaluation of the GNFPP by the School of Public Health at the University of California at Los Angeles attributes at least one-half of the fertility reduction in Danfa to male acceptance of contraception. Lessons learned showed that men in Danfa preferred visiting the mobile clinics for obtaining condoms, rather than buying them in a store, which required their traveling outside the village. However, this must be balanced against tying programs to formal health services that in other cases may be less mobile and more costly in terms of personnel. Community-based programs were seen as having the greatest opportunity for increasing men's use of birth control (IPPF, 1984).

Between 1980 and 1982, the Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG) conducted community-based distribution through 203 outlets, 133 of which were in urban and 70 in rural communities. One hundred twenty were administered by PPAG and 83 were administered by CBD agents who received token incentives for their involvement. Agents were often recruited from other PPAG programs. For example, agents at the Tafo Cocoa Research Institute of Ghana (CRIG) and the Pretsea Oil Palm Plantation were the secretaries of Daddies Clubs at those companies. Agents worked through pharmacies, maternity homes, groceries, banks, police and military barracks, and other points throughout the community in collaboration with PPAG to deliver non-clinical contraceptives. PPAG also has worked with local traditional birth attendants, some of whom are men, and given them training as CBD agents. TBAs were found to be very effective because of their credibility in their communities and their frequent contact with community members, whom they serve as traditional doctors. PPAG recruited about 100,000 acceptors through its CBD projects. Seven hundred boxes of condoms, 174,700 tubes of Neo-Sampon, and 23,300 cycles of pills were distributed (IPPF, 1984).

Planned Parenthood of Ghana offered a "cafeteria style" series of lectures on topics of interest and concern to men. The most popular lectures selected were on AIDS, impotence, the breakdown of relationships, and male and female physiology. Delivering the lectures to existing groups of men such as workers' committees, clubs, or

other groups has led to PPAG's success with the program. PPAG workers stress that family planning is to help couples have the number of children they want, which is up to each couple. They also emphasize the infertility services that family-planning associations offer. CBD programs back up the PPAG effort by making contraceptives available, for which family-planning field workers earn a 10 percent commission on the supplies they sell (Ellerston, 1992).

Swaziland

"Man Talk" was a program in Swaziland in which men who have been trained in communication talk with other men one-to-one in bars, pool halls, clubs, and factories. Other activities include distributing educational leaflets, motivational materials, and condoms and working with local business owners. An example of a result from this effort is that the owner of a nightclub was persuaded to install a condom dispensing machine in the men's restroom. At the time this activity was documented, negotiations were underway for a condom machine in the women's restroom (ibid).

Social Marketing

In Ghana in 1986, the SOMARC project of the Futures Group, funded by USAID, undertook a condom-marketing project aimed at middle- and lower-middle-class married men between 26 and 35 years old who had a secondary-school education. Panther condoms, the brand marketed, already had some name recognition from previous availability, though the condoms had not been sold since 1978. The theme for the campaign was "Panther Condoms Are Back." Television, radio, print, and point of purchase advertising were rolled out in four phases, with progressively more specific messages regarding family planning, generic condom advertising, trade advertising, and brand-specific advertising. Research was conducted to evaluate the effectiveness of these interventions in improving male attitudes toward the condom and in stimulating acceptance and use. More than 80 percent of the men in a 1991 urban sample knew the brand name, up from 50 percent in 1988. Men who had ever used a Panther condom increased from 12 percent in 1988 to nearly 50 percent in 1991, and nearly 60 percent of men who recalled a condom ad remembered Panther. Over 25 percent of all men in the sample claimed they were using a condom regularly, up from 9 percent of men in 1988. A 1990 consumer profile showed that over 42 percent of Panther users had never used contraception before they started using Panther. Thirty-six percent had switched from a less effective method, and 16 percent had switched from another brand or a more effective contraceptive. Ninety-eight percent of users were middle or lower-middle class, 89 percent had some secondary education, 57 percent were married, and 31 percent were younger than 25 years old. The majority of users were satisfied with the product

Male Involvement Initiatives in Africa

overall and intended to continue using it. Availability, quality, low price, and the advertising were the main reasons users chose Panther (Tipping, 1991).

Roles of Male Opinion Leaders

From 1991 to 1993, an operations-research study was conducted by the Population Council and the Ministry of Public Health of Cameroon on the role of male opinion leaders in promoting and delivering family-planning services in rural areas. In this study, which was supported by USAID, KAP surveys were conducted before and after the intervention period of 12 months. During the 12-month period, male opinion leaders (MOLs) were trained in a variety of health interventions, including family planning, treatment of diarrhea, and antenatal and vaccination referrals, and completed IEC activities in rural areas surrounding Nkambe in Cameroon's north-west province. The MOLs received one-week initial training and three refresher courses during the intervention period. MOLs were supervised at the district level and worked in tandem with traditional birth attendants.

The results of the study indicate that MOLs were very active in delivering health interventions in rural areas, as shown by an average of 90 percent submission of monthly activity reports by MOLs. The effectiveness of their performance improved with successive refresher courses.

In the populations served, the pre-intervention KAP survey indicated that knowledge of specific family-planning methods was relatively low for both men and women. After the MOLs' intervention, levels of knowledge for all methods rose, with a dramatic change in knowledge of condoms and spermicides specifically. In the male sample, knowledge of condoms increased from 52 percent to 81 percent; for women, knowledge increased from 47 percent to 72 percent. For spermicides, men's knowledge increased from 12 percent to 44 percent, and women's knowledge increased from 17 percent to 42 percent. More than 6,000 condoms and nearly 4,500 spermicides were distributed in villages during the intervention period.

Approval of family planning only rose slightly, attributable to already positive attitudes noted in the pre-intervention survey. However, there remained a meaningful percentage of men (14.1 percent) and women (13.5 percent) who disapproved of family planning after the intervention period. In the post-intervention KAP survey, 34.6 percent of men and 40.1 percent of women had benefitted from MOL service provision. The target population was generally satisfied with the IEC activities the MOLs conducted (Population Council, 1993).

Family Life Education Programs for Youth

Between 1980 and 1982, the Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG) reached out to about 200 schools and youth organizations, and contacted nearly 90,000 people through Family Life Education (FLE) programs, referring about 15,000 acceptors for clinical and non-clinical services. This was achieved through specially organized lectures, film shows and educational materials. The programs were individualized to the needs of each institution and the group targeted, based on their age and experience. The program has raised some important issues on curriculum development and the whole question of how FLE should be effectively organized and introduced into the school system. As a result, the Ministry of Education began pilot FLE programs in selected schools, for a later introduction of FLE in due course into all second-cycle institutions in Ghana.

Counseling was found to be an important component of FLE, and PPAG was joined by another organization, the Christian Council of Ghana, for the training of 103 counselors. The YMCA of Ghana also joined the initiative, and trained more FLE counselors to be used at the grass-roots level to produce a multiplier effect. In 1981–1982 about 19,000 people were contacted with nearly 9,000 referrals made to the nearest Family Planning Clinics for service (IPPF, 1984).

Lessons Learned

- ◆ A well-designed and well-focused IEC campaign can have a positive impact on men by increasing their knowledge and improving their attitudes toward FP; this impact, in turn, will increase joint decision-making and promote contraceptive use for men and women. Well-designed family-planning campaigns can reach men by using multiple communication channels that appeal to them (such as radio dramas and sporting events) and by developing messages that relate FP support/use to responsible fatherhood and virile images. But one needs to be particularly careful not to reinforce the stereotype of male decision makers, and thereby reduce women's roles in making decisions, since women will still be the main users of contraception, given the diversity of female methods.
- ◆ Campaigns focused on work-site clinics are usually well perceived, as employers quickly pick up the benefits of FP programs for the company: fewer sick and maternity leaves, fewer child allowances. Also these campaigns can be cost-effective, given the high concentration of the target population in a relatively small area, as proven by the Malawi Mulanje Hospital's example.

Lessons Learned

- ◆ Innovative programs, such as the use of support groups, sporting events, fathers' clubs, and male opinion leaders, are excellent and give the opportunity to involve more men in program design and implementation. They demystify FP, and remove its negative connotations. The successes from Malawi's "Man to Man" and Swaziland's "Man Talk" initiatives show that using men to inform and educate other men about family-planning works. Male opinion leaders are underutilized and often ignored in family-planning programs. Given the strong credibility and respect they have within their communities, they can be very effective in promoting and delivering family-planning services in rural areas (especially condoms and spermicides) for both men and women.
- ◆ CBD programs have a great potential for increasing men's use of contraceptives. Men trained as CBD agents can be very effective in reaching both men and women, and can be more sustained advocates than women, because they can devote more time to CBD activities, as proven by the OR study in Kenya. But, it is very important to choose CBD agents from people who already enjoy community trust and respect. There is no standard rule for involving CBD agents that we can learn from the programs. Kenya shopkeepers and Cameroon male opinion leaders chose to be volunteers, while agents from the Ghana CBD program earned a 10 percent commission on the supplies they sell. The most important element is motivation.
- ◆ Social marketing is a strong channel to sell a contraceptive method, specifically condoms, if good advertising is coupled with availability, quality, and low price of the product. But one needs to be careful about the messages. In the SOMARC program, 16 percent of men acceptors had switched from another brand or a more effective contraceptive, which was not the intended impact. This supports the conclusion from some program managers that, while AIDS appears to have caused an increase in the use of condoms, it has not necessarily increased the usage of the condom as a family-planning measure (Chirambo, 1992).
- ◆ Vasectomy can be accepted in Africa if good counseling and quality services are associated with a strong information and sensitization campaign, as proven by the success of the Nairobi male clinic. But two important elements to be considered are confidentiality, and integration with other male reproductive health services.
- ◆ Males generally prefer clinics that offer a range of reproductive-health services for men. In several examples, we have seen that integration or availability of other services on site, such as infertility, STD management,

and sexual-disorder management, had a positive impact on male FP services, and gave further credibility to programs, which in turn increased the number of acceptors.

- ◆ Programs targeting young males, particularly those dealing with contraception, are very rare. The Planned Parenthood Association of Ghana's model should be encouraged and disseminated in other countries.

Recommendations for Next Steps

- ◆ Close the knowledge-practice gap: As in so many population programs that seek to change behavior, male-involvement programs display a classic KAP-gap; that is, there is a gap between knowledge and practice, between what people know they should do and what they actually do. Motivational campaigns, IEC activities, print media, operations research, workplace programs, Daddies Clubs, sporting events—all these approaches have been used to increase men's share in parental responsibility. Condom social marketing has been used, leading often to increased in condom use mostly for STDs/AIDS prevention. Male clinics succeeded in increasing vasectomy acceptors by offering good counseling and comprehensive reproductive health services. All of them have led to high level of awareness of family planning; however acceptance rates have remained relatively low. Therefore addressing this gap should be the next step in future programs.
- ◆ Include evaluation in program design: There is a need for better program design including evaluation. Most of the programs presented in this paper did not have an appropriate evaluation component. Those which did evaluate the effectiveness of their programs, such as the second Zimbabwe male motivation project, should be encouraged to use the results to adjust programs to achieve these desired goals.
- ◆ Exchange experiences: Program officers and managers working in the field should be brought together in order to exchange their experiences with current approaches, evaluate their relative successes and failure, highlight the success stories, and identify new strategies and directions for current and future programs. During that gathering, answers should be found to two key questions: a) How do we move from high level of awareness to high level of support and acceptance? b) How can we improve communication between couples about reproductive-health issues?
- ◆ Target messages to men: Special messages, targeted to men, should encourage them to be responsible and caring, and to discuss FP with their

Recommendations for Next Steps

partners. There is a need to target men as a primary audience with family-planning messages that emphasize the economic benefit of having fewer children, and create a new role model for men that portrays responsible men as those who discuss family size and contraception with their partners. In future campaigns, care should be taken to emphasize the need for the husband and the wife to share decisions.

- ◆ Pay attention to education and services for young men: It is important to introduce family-planning knowledge into the secondary schools and university as preparation for young people for future responsible parenthood. The most successful programs seem to be those which see sexuality education as a life-long process, beginning with programs to help parents teach their children, male and female alike, throughout their developmental years. Research has concluded that programs working with parents and children, first in separate groupings and later together, are by far the most successful in ensuring ongoing dialogue and the most meaningful behavioral change (IPPF, 1984).
- ◆ Provide advocacy training: There is a need for strong advocacy training for program managers, service providers, teachers, and male opinion leaders, in order to enable them to advocate and propagate family planning in their respective communities.
- ◆ Move urban lessons to rural areas: Most of the male-involvement initiatives are in big cities(urban areas). However, the inhabitants of the big cities are only a small proportion of the African population in most countries, most of whom live in the villages and rural areas. Moreover, the dependency of women on men is stronger in rural areas than in big cities. Therefore, there is a need to look at ways to expand or replicate these initiatives in the rural areas in order to reach this majority and have a greater impact.
- ◆ Learn about the male audience: There is a need for additional research. The first lesson of audience research is to "know your audience." Information on male attitudes, needs, and preferences is essential, also, understanding the needs and attitudes of men relating to sexuality is essential for the development of programs. Qualitative research should be carried out to look for answers to these questions: 1) What are the factors for further acceptance of family-planning programs by men? 2) What is men's role in fertility decision making? 3) How does a couple reach consensus on the choice and use of a contraceptive methods? 4) What are the determining factors for the acceptance or refusal by a woman to involve her partner in her reproductive health decision? 5) What are ser-

Recommendations for Next Steps

vice providers' thinking and attitudes towards men's and adolescent boys' involvement in reproductive health?

In addition, research on male methods should be pushed forward. There are only two major modern male contraceptive methods. This is often used by men as a good argument for not being involved in family planning, and can reinforce the image of a family program too often thought of as exclusively female. The practice of contraception cannot and should not be the sole responsibility of women. The responsibility for contraception should be shared equally between men and women. In order to make this a reality, more vigorous attempts should be made to develop a more acceptable male contraceptive (IPPF, 1984).

Bibliography

- Almaz, Terefe and Charles P. Larson. (1993). "Modern Contraception Use in Ethiopia: Does Involving Husbands Make a Difference?" *American Journal of Public Health* 83(11):1567-1576.
- Bashin, Michelle E. and Hubert A. Allen, Jr. (1989). *Family Planning Comes of Age in Niger. A Post-Project Survey of Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practice in Niamey, Maradi, and Zinder October 1989*. Ministry of Health and Social Affairs Directorate of Family Planning, Niger, and the Johns Hopkins University Population Communication Services.
- Chirambo, Kondwani. (1992). "Men Targeted for Family Planning in Zambia." *Network*. 13(1):16-17. Family Health International.
- Danforth, Nick. (1994) *Involving Men in Family Planning: Kenya and Baltimore*. Paper presented at the Lessons Without Borders Conference in Baltimore, MD, October 4, 1994.
- Ellerston, Charlotte. (1992). *African Men and Family Planning*, Paper Prepared for the U.S. Agency for International Development, September, 1992.
- Ezeh Alex C., Seroussi Michka, Raggers Hendrik, *Male Fertility, Contraceptive Use and Reproductive References*, Demographic Health Surveys Comparative Studies No. 17, March 1996, Macro International Inc.
- Finger, William R. (1992). "Pilot Programs Increase Men's Involvement." *Network*. 13(1):8-9. Family Health International.
- Green, Cynthia P., Sylvie I. Cohen, and Dr. Hedia Belhadj-El Ghoayel. "Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health." *Technical Report* 28, UNFPA.
- Hawkins, Kirstan. (1992). *Male Participation in Family Planning: A Review of Programme Approaches in the Africa Region*. Paper presented at a Workshop on Male Participation, Banjul, The Gambia, 25-28 November 1991. London.
- International Planned Parenthood Federation. (1984). *Male Involvement in Family Planning*. 73-76, 79-80.
- Johns Hopkins Population Communication Services/Population Information Program, *Male Involvement in Reproductive Health, Summary of Activities*, For distribution at AVSC Meeting, November 30, 1994.

Bibliography

- Kim, Y.M., C. Marangwanda, and A. Kols. (1996). *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs.
- Kim, Young Mi, Opia M. Kumah, Phyllis Tilson Piotrow, et al. (1992). *Family Planning IEC Project in Ghana: Impact on Ghanaian Males*. Paper presented at the 120th APHA Annual Meeting, Washington, D.C., November 1992.
- Kumah, Opia Mensah, Philippe F. Langlois, Cheryl L. Lettenmaeir, Sharon K. Rudy, Florence Chikara, and Mary A. Kotei. *Changing the Attitudes and Behavior of African Men Towards Contraception: Myths, Facts, Obstacles and Opportunities*.
- Lewis, Gary L. *A Review of Recent Findings on Family Planning Service Delivery Quality and the Roles of Men in Family Planning in Zimbabwe, 1990-1992*. Baltimore: Johns Hopkins University Center for Communication Services.
- Mason, Kate. (1992). "Not for Women Only: Child Spacing Clubs for Malawian Men." *AVSC News*, page 4.
- Mbuya, Isabel. (1986). The Forgotten Men of Kenya. *People*. 13(1).
- Olukoya, Adepeju A. (1985). "The Changing Attitude and Practice of Men Regarding Family Planning in Lagos, Nigeria." *Public Health*. 99:349-355.
- Piotrow, Phyllis T., D. Lawrence Kincaid, Michelle J. Hindin, et al. (1992) "Changing Men's Attitudes and Behavior: The Zimbabwe Male Motivation Project." *Studies in Family Planning*, 23(6):365-373.
- Population Council and the Family Planning Association of Kenya. (1995). *Increasing Male Involvement in the Family Planning Association of Kenya (FPAK) Family Planning Program*.
- Population Council and the Ministry of Public Health, Cameroon. (1993). *Promotion and Delivery of Family Planning Services in the Donga Mantung: an Operations Research Study on the Role of Male Opinion Leaders in Rural Cameroon*.
- Rogow, Debbie. (1990). "Man/Hombre/Homme: Meeting Male reproductive Health Care Needs in Latin America." *Quality/Calidad/Qualité*, No. 2. The Population Council.
- Swalche, R.M.A. and M. Mwaipopo. (1994). *Knowledge of, Attitude Towards and Practices of Family Planning, Family Welfare Issues Among Male Wage Workers in*
-

- Tanzania. A Preliminary Baseline Survey Report for the Male Motivation and Education Project.* Ministry of Community Development, Women Affairs and Children.
- Tapsoba, Placide, Robert Miller, and Lilia Rajoelison Ralalahavirenty. (1993). *Involving Husbands to Increase the Acceptability of NORPLANT in Antananarivo, Madagascar.* Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, San Francisco, CA, October 1993
- Tipping, Sharon. (1991). *Male Approval and Acceptance of Condoms in Diverse Cultural Settings: The SOMARC Social Marketing Experience.* SOMARC/The Futures Group. Paper presented at the APHA Annual Conference, Population and Family Planning Section. Session entitled: Contraceptive Social Marketing. November 12, 1991.
- Wambui, Catherine. (1995). Parents, Kenya: Male Only Centers: A New Concept in Family Planning, published in *Conveying Concerns: Women Write on Male Participation in the Family.* Publications of the Women's Edition Project, Population Reference Bureau, Inc.
- Wambui, Catherine. (1994). Male Only Centers: A New Concept in Family Planning. Published in *Conveying Concerns: Women Write on Male Participation in the Family*, Population Reference Bureau, Inc.:18-19.
- Yanyi, Djamba. (1990). "Rôle différentiel des époux dans la planification familiale en Afrique: Recherche méthodologique." *Cahiers Economiques et Sociaux*, XXIV:(1-2). Revue trimestrielle publiée par l'Institut de Recherches Economiques et Sociales, Université de Kinshasa, Zaïre.
- "Encouraging Men's Cooperation." *Population Reports* XXII(1):25-29, July 1994.
- "How Can Family Planning Programs Benefit Women?" *Population Reports*, XXII(1):15-25, July 1994.
- "Who Makes Reproductive Decisions?" *Population Reports*, XXII(1):18-19, July 1994.
- "Media Images Can Inspire New Behavior." *Population Reports*, XXII(12):21, July 1994.
- "Men—New Focus for Family Planning Programs." *Population Reports*, XIV(33):911-913. November-December 1986.
-

PN-ARy-584



SOUTIEN POUR
L'ANALYSE ET LA RECHERCHE
EN AFRIQUE

Participation des hommes à la planification familiale

Un examen d'initiatives choisies de programmes en Afrique

mai 1996

Lalla Touré MD, MPH
Conseillère en Population et Santé de Reproduction



The SARA Project is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR/SD/HRD)

25

The SARA Project is operated by the Academy for Educational Development with subcontractors Tulane University, JHPIEGO, Macro International, Morehouse School of Medicine, Population Reference Bureau, and Porter Novelli. SARA is funded by the U.S. Agency for International Development (AFR / ARTS / HHR) under Contract number AOT-0483-C-2178-00 (Project number 698-0483).

26

Participation des hommes à la planification familiale

Un examen d'initiatives choisies de programmes en Afrique

mai 1996

Lalla Touré MD, MPH
Conseillère en Population et Santé de Reproduction



Participation des hommes à la planification familiale

Un examen d'initiatives choisies de programmes en Afrique

mai 1996

Table des matières

Introduction	1
Facteurs affectant l'utilisation de la contraception	2
Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes	5
Interventions pour accroître la connaissance et l'intérêt des hommes	5
Interventions pour accroître l'accès et l'utilisation des services de PF par les hommes	12
Leçons apprises	18
Recommandations pour les prochaines étapes	20
Bibliographie	25

Introduction

La participation des hommes à la planification familiale (PF) signifie plus que l'accroissement du nombre d'hommes utilisant des condoms ou ayant des vasectomies; la participation des hommes inclut également le nombre d'hommes qui encouragent et soutiennent l'emploi de la contraception chez leur partenaire et chez leurs camarades et qui influencent le contexte de politiques afin de le rendre plus favorable à la mise en place de programmes concernant les hommes. Aussi, dans ce contexte, convient-il de comprendre la «participation des hommes» dans un sens bien plus large que la contraception masculine. Le terme se rapporte à toutes les activités organisationnelles visant les hommes en tant que groupe séparé et dont l'objectif est d'accroître l'acceptabilité et la prévalence de la pratique de la planification familiale tant chez les hommes que chez les femmes.

Par le passé, les programmes de planification familiale ont surtout prêté attention aux femmes, parce qu'il fallait libérer celles-ci d'un nombre excessif de maternités et diminuer la mortalité maternelle et infantile par le biais de l'emploi de méthodes modernes de contraception. La plupart des services de planification familiale étaient fournis dans les postes de protection maternelle et infantile (PMI) et la plupart des activités de recherche et de campagnes d'informations se concentraient sur les femmes. Cette priorité accordée à la femme a renforcé la croyance selon laquelle la planification familiale est surtout une affaire de femmes avec l'homme jouant un rôle très périphérique.

Il est de toute première importance dans la région africaine de faire participer les hommes et d'obtenir leur soutien et engagement face à la planification familiale, au regard de leur position élevée dans la société africaine. En effet, ce sont les hommes qui prennent la plupart des décisions qui affectent la vie familiale. Ce sont aussi les hommes qui prennent la plupart des décisions qui affectent la vie politique. La plupart des hommes détiennent des positions de commande et d'influence depuis la cellule familiale jusqu'aux sphères nationales (IPPF, 1984). Aussi, la participation des hommes à la planification familiale non seulement allégerait-elle la responsabilité qui incombe aux femmes du point de vue prise de décisions pour les questions de planification familiale mais elle permettrait également d'accélérer la connaissance et la pratique de la planification familiale en général (ibid.).

Ce n'est que récemment que les associations de planification familiale ont reconnu l'importance du rôle et de la motivation des hommes au niveau des prises de décisions concernant la fécondité, tout particulièrement en Afrique. Mais, à présent que ce rôle est reconnu, la question est de savoir «ce que les programmes de planification familiale et de santé de la reproduction peuvent faire pour encourager la collaboration des hommes ?» (Hawkins, 1992; *Population Reports*, 1994).

Facteurs affectant l'utilisation de la contraception

Certains programmes ont mis sur pied des campagnes d'IEC visant à accroître les connaissances et à sensibiliser davantage les hommes à la question. Mais, à présent une des questions cruciales qui se posent à ces programmes est de savoir comment dépasser le stade de l'accroissement des connaissances pour arriver au changement d'attitudes et de pratiques. Comment répondre aux besoins des hommes par le biais de différentes stratégies de prestation de services est également une question importante (Hawkins, 1992).

Diverses stratégies de prestation de services en vue de répondre à ces besoins peuvent être réalisées dans divers contextes, y compris les centres de soins de santé primaires, le fait d'organiser des heures spéciales pour les hommes dans les centres de PMI/PF, la création de centres uniquement destinés aux hommes, les services de traitement des MST, l'intégration de la promotion de la PF aux programmes de prévention du SIDA, les unités mobiles, les groupes organisés, les projets de mobilisation de revenus, les programmes sur les lieux du travail, les programmes pour jeunes et le counseling par le biais des camarades, la distribution communautaire des condoms homme-à-homme, le marketing social, la participation des organisations et des praticiens médicaux privés.

Le présent document met en exergue certains des facteurs clés influençant l'utilisation de la contraception, donne un bref récapitulatif de la littérature sur des initiatives choisies de participation des hommes, réalisées en Afrique. Il cherche à tirer les leçons apprises de ces initiatives et, ensuite, suggère certaines recommandations pour les étapes suivantes.

Facteurs affectant l'utilisation de la contraception

Il est évident qu'un grand nombre de facteurs viennent influencer l'utilisation de la contraception chez les femmes et les hommes mais trois de ces éléments clés méritent d'être relevés.

1. Le soutien ou l'opposition des hommes à la pratique de la planification familiale chez leur partenaire a un fort impact sur l'utilisation de la planification familiale dans de nombreuses parties du monde dont l'Afrique. Au sein du couple marié, l'homme a généralement plus à dire que la femme en ce qui concerne la décision d'utiliser la contraception et le nombre d'enfants qu'aura le couple.

Par exemple, selon l'Enquête sur la santé de la reproduction faite en 1984 au Zimbabwe, 42 pour cent des femmes mariées ont indiqué que c'était la responsabilité de leur mari de décider si son épouse devait utiliser des méthodes de PF. Les discussions de groupe réalisées par le Conseil national du Zimbabwe pour la Planification Familiale (ZNFPC) et par un bureau privé de recherche semblent

Facteurs affectant l'utilisation de la contraception

indiquer «qu'au Zimbabwe, c'est aux hommes que revient la décision finale de la dimension de la famille et des questions de PF» (Piotrow et al., 1992).

Au Ghana, «malgré la nature indépendante de certaines relations conjugales, des faits récents viennent montrer que ce sont les hommes qui détiennent le principal pouvoir de décision en ce qui concerne les questions de PF.» Aussi bien les données de l'EDS que la recherche faite avec des groupes de discussion dirigée indiquent que c'est généralement le mari qui prend les véritables décisions en matière de procréation. En outre, les attitudes en matière de planification familiale et les buts de fécondité du mari ne sont généralement pas influencés par ceux de sa femme. Et, lorsque les partenaires ne sont pas d'accord sur l'emploi de la planification familiale, ce sont généralement les préférences du mari qui l'emportent (*Population Reports*, 1994). De plus «il y a lieu de croire que les hommes comprennent différemment les messages de PF que les femmes. Les hommes trouvaient que les raisons financières représentaient la principale motivation de l'emploi de la PF alors que les femmes trouvaient que c'étaient la santé et le besoin pour la mère de se reposer qui étaient les principales motivations de l'utilisation» (*ibid.*).

Selon une analyse des enquêtes EDS, la dimension idéale moyenne de la famille pour les hommes actuellement mariés est plus élevée que pour les femmes mariées. Cette différence est significative en Afrique de l'Ouest, se situant dans une fourchette allant de deux enfants environ au Burkina Faso à plus de quatre enfants au Niger et au Sénégal (exception faite du Ghana : 0,6). En Afrique de l'Est et du Nord, aucune différence significative n'a été trouvée entre les souhaits en matière de fécondité. Cela nous montre combien il est important de cibler les hommes dans le cadre des programmes de PF (Ezeh et al., 1996).

On a constaté que le soutien du mari est un bon facteur prédisant la pratique future et l'utilisation continue. Des études faites aux Philippines indiquent que le taux de continuation chez les femmes dont les maris soutiennent leur utilisation de méthodes contraceptives est bien plus élevé que chez celles avec des maris qui ne les soutiennent pas (IPPF, 1984). En outre, des chercheurs en Corée du Sud ont trouvé que 71 pourcent des femmes dont le mari approuvait la planification familiale avait déjà utilisé par le passé une méthode de contraception, comparé à 23 pourcent des femmes avec des maris qui n'approuvaient pas (*Population Reports*, 1994). A Madagascar, les taux de continuation du Norplant étaient plus élevés après une année chez les couples où le mari avait participé à la décision et, au sein de ces couples, la femme et le mari étaient plus satisfaits du Norplant que chez les couples où seule la femme était allée au counseling (Tapsoba et al., 1993).

2. Il existe une association positive entre la communication conjugale et l'utilisation de contraceptifs: les données de l'EDS provenant de sept pays africains (Botswana, Burundi, Ghana, Kenya, Sénégal, Soudan et Togo)

Facteurs affectant l'utilisation de la contraception

montrent que le pourcentage de femmes utilisant des contraceptifs modernes est toujours plus élevé dans le groupe qui a discuté de la PF avec le conjoint l'année avant l'interview que dans le groupe où tel n'était pas le cas (JHU/PIP, 1994).

Le manque de communication fait qu'un grand nombre de femmes ne savent pas ce que leur mari pensent de la PF. Nombreuses sont les femmes qui pensent que leur mari n'approuvent pas la PF alors, qu'en fait, le mari l'approuve. En Afrique de l'Ouest, environ les trois quarts des hommes et des femmes n'avaient pas discuté de la planification familiale avec le conjoint/conjointe dans l'année précédant l'enquête, sauf au Ghana et au Cameroun où les proportions étaient respectivement de la moitié et des deux tiers. En Afrique de l'Est, le chiffre est de 40 pour cent, exception faite du Burundi et de la Tanzanie (Ezeh et al., 1996). Au Burundi, 94 pour cent des hommes enquêtés approuvaient l'emploi de la contraception mais 48 pour cent seulement en avaient parlé avec leur épouse pendant l'année précédente (*Population Reports*, 1994). Selon une enquête EDS de 1993, 45 pour cent des femmes mariées en Tanzanie soit ne savaient pas ce que leur mari pensait de la PF soit pensaient que leur mari n'approuvaient pas l'emploi de la PF alors, qu'en réalité, un grand nombre de maris approuvaient.

3. Le manque d'accès des hommes aux services a été une barrière à l'emploi de la planification familiale. S'ils n'ont pas accès aux services et à l'information, il n'est guère possible pour les hommes de partager la responsabilité en ce qui concerne la santé de la reproduction et de la planification familiale. La plupart des services ou centres de planification familiale sont à forte orientation féminine faisant que les hommes ne s'y trouvent pas à l'aise. Il faut atteindre les hommes par d'autres manières. A preuve, les commentaires suivants d'un kenyan : «Après avoir eu trois enfants, ma femme a commencé à prendre la pilule car nous ne pouvions pas nous permettre un accident avec les méthodes naturelles que nous utilisons. Sa tension artérielle a grimpé de suite et on lui a conseillé d'arrêter. Elle a essayé d'autres méthodes mais là-aussi, il y a eu des complications. J'avais le sentiment de ne pas assumer ma part car la planification familiale entraînait également dans mon devoir. Un beau matin, nous sommes allés ensemble à notre centre local de planification familiale. Je n'oublierai jamais à quel point j'étais embarrassé. Pas un homme en vue, que des files de femmes et de bébés. C'était un monde de femmes et je m'y sentais complètement perdu» (Wambui, 1995). Cela confirme bien le fait que, quel que soit le nombre d'hommes qui veulent connaître et utiliser la contraception, la plupart des programmes de planification familiale ne leur ont pas encore prêté une attention suffisante.

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

Voici des exemples d'expériences et d'initiatives sous diverses formes qui témoignent d'une véritable volonté et d'une approche créative en vue d'une plus grande participation des hommes à la planification familiale en Afrique. Il existe de plus en plus de programmes visant à encourager la participation des hommes à la planification familiale, surtout par le biais d'interventions visant à accroître les connaissances et l'intérêt des hommes, par exemple les campagnes d'information, d'éducation et de communication et les interventions pour élargir l'accès et augmenter l'emploi des services de PF par les hommes tels que les services de distribution communautaire, les ventes et promotion de condoms, les programmes sur les lieux du travail et la création de quelques centres pour hommes et services de vasectomie. Certaines expériences de terrain ont montré que des programmes bien ciblés de participation des hommes peuvent avoir un impact sur les comportements, tant masculins que féminins, touchant à la santé de la reproduction.

Interventions pour accroître la connaissance et l'intérêt des hommes

Campagnes promotionnelles

Zimbabwe

En 1988-1989, le Conseil National de la Planification Familiale du Zimbabwe (ZNFPF) a réalisé un projet national d'éducation ciblant les hommes, le premier du genre pour l'Afrique subsaharienne. Financé par l'USAID avec l'assistance technique des Services de Communication en matière de Population de l'Université Johns Hopkins (JHU/PCS), le projet a été conçu pour augmenter les connaissances des hommes en matière de planification familiale, promouvoir des attitudes masculines plus favorables face à la PF, accroître l'emploi des méthodes modernes de planification familiale et encourager une prise de décisions conjointe au sein du couple.

Le projet a utilisé une série de feuillets radiophoniques, des causeries éducatives pour les hommes et des dépliants sur la planification familiale pour promouvoir ces messages. Une évaluation exhaustive a constaté que le feuillet radiophonique était la méthode la plus efficace pour atteindre environ deux hommes sur cinq dans les zones tant urbaines que rurales. En ce qui concerne les autres moyens utilisés, les causeries ont atteint 11 pour cent des hommes et les dépliants ont atteint 5 pour cent. La proportion des hommes qui ont signalé une prise de décisions conjointe pour la planification familiale a augmenté, passant de 25 pour cent à 35 pour cent de 1988 à 1989 (Chirambo, 1992).

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

Une analyse des résultats de l'enquête de la première étude (qui a tenu compte des variables démographiques et de la possession d'une radio) constatait que les hommes exposés à la campagne étaient 1,4 fois plus susceptibles que les autres hommes d'utiliser une méthode moderne de planification familiale, 1,7 fois plus susceptibles d'utiliser des condoms et 1,4 fois plus susceptibles de penser que le mari et la femme devraient décider ensemble du nombre d'enfants que le couple souhaite avoir. Mais la campagne n'a pas entièrement réussi à promouvoir l'idée de la prise de décisions conjointe puisque les hommes qui avaient été exposés à la campagne étaient 2,4 fois plus susceptibles que les autres d'indiquer que le mari seul doit décider si le couple pratiquera ou non la planification familiale (Kim, & al., 1996). Toutefois, les leçons positives retirées de la première campagne montrent bien que les hommes au Zimbabwe souhaitent en apprendre davantage à propos de la planification familiale et que la matériel de communication visant les hommes peut changer les attitudes des hommes face à la planification familiale, stimuler la discussion entre mari et femme et motiver les hommes à supporter la pratique de la planification familiale.

Une seconde campagne de motivation des hommes a été lancée en 1993, s'inspirant pour beaucoup des leçons tirées de la première campagne et, là aussi, encourageant la participation des hommes à la planification familiale ainsi que l'emploi des méthodes à long terme pour la limitation des naissances. Cette seconde campagne a utilisé une variété de médias pour atteindre un plus grand nombre d'hommes et pour les exposer à de multiples sources d'informations se renforçant mutuellement : radio, télévision, affiches, journaux, causeries de motivation, festivals familiaux, tournoi de football avec un grand jeu de marionnettes pendant l'entracte, pièce de théâtre en direct et concert de musique. Cette campagne visait également à améliorer la qualité des services grâce à la mise au point d'un nouveau plan de formation et à une vidéo sur le counseling et la communication interpersonnelle. Une formation a été apportée à des agents de santé des cliniques et à des agents de distribution communautaire.

Une évaluation post-campagne a montré que 88 pour cent des adultes vivant dans les régions couvertes par la campagne avaient été exposés à au moins un matériel ou à au moins une activité de la campagne. Là aussi, c'est la radio qui a eu la plus vaste portée, 62 pour cent des hommes, suivi du matériel imprimé (affiches, journaux et revues atteignaient respectivement 57 pour cent, 48 pour cent et 46 pour cent des hommes). Les matchs de football ont réuni des publics bien plus grands (18 pour cent des hommes) que tout autre type d'événement communautaire. L'exposition à la campagne a été associée à une utilisation accrue des contraceptifs modernes. Avant la campagne, la demande pour la contraception diminuait suite au renchérissement des prix des contraceptifs et des tarifs des soins de santé primaires. La campagne a permis d'inverser cette tendance et la demande

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

pour la contraception, surtout les méthodes à long terme, a commencé à grimper. Les personnes exposées à trois volets de la campagne ou plus étaient 1,6 fois plus susceptibles que d'autres d'utiliser une méthode de contraception moderne.

Selon les enquêtes, la connaissance des méthodes permanentes et à long terme s'est accrue tout au long de la campagne au même titre que le nombre de gens ayant des attitudes positives face à ces méthodes. La campagne a également encouragé les couples à communiquer davantage à propos de la planification familiale et à décider conjointement du choix d'une méthode de contraception. La proportion de ceux qui ont indiqué avoir discuté de la planification familiale avec le conjoint(e) ou le ou la partenaire a augmenté, passant de 37 pourcent à 57 pourcent. Vingt-neuf pour cent des hommes qui ont été exposés à quatre volets de la campagne ou plus ont indiqué qu'ils avaient discuté de la planification familiale avec leur partenaire, qu'ils avaient consulté un prestataire de services ou avaient adopté des méthodes de contraception moderne, comparé à 16 pourcent des hommes exposés à deux ou trois volets et à 2 pourcent des hommes exposés à juste un volet ou à aucun. Au fur et à mesure que les hommes commençaient à s'intéresser davantage à la planification familiale, un grand nombre d'entre-eux tenaient à jouer un rôle actif au niveau de la prise de décisions. Plutôt que de laisser la décision de la planification familiale à leur épouse ou partenaire, les hommes étaient plus susceptibles après la campagne de penser qu'eux-seuls étaient responsables de la prise de cette décision ou alors qu'elle devait être prise ensemble. L'intérêt plus grand porté à la seule prise de décision masculine noté par les enquêtes suggère que les images masculines traditionnelles encouragées par la campagne ont pu renforcer des stéréotypes sur la prise de décisions de la part des hommes et voiler la valeur de la prise de décisions conjointe (Kim, & al., 1996).

Ghana

En septembre 1987, la Division de l'Éducation Sanitaire du Ministère de la Santé au Ghana (MSP/DES) a commencé un projet systématique d'IEC pour la planification familiale avec un financement de l'USAID et une assistance technique de JHU/PCS. La première étape du projet avait pour but : 1) de renforcer les connaissances et d'améliorer les attitudes sur le plan de la planification familiale et de promouvoir l'emploi de la contraception chez les hommes et les femmes en âge de procréer, 2) de renforcer les compétences de counseling en matière de planification familiale au sein des prestataires de services du MSP, et 3) de renforcer, au sein du MSP, les capacités à formuler, exécuter et évaluer les programmes de communication sanitaire. Le projet a utilisé des analyses situationnelles, la formation des prestataires de services et la mise au point de matériel d'IEC ainsi que des activités de mobilisation pour deux campagnes dans trois régions avant d'étendre la campagne aux régions restantes. Le projet a utilisé toute une gamme de matériel, de média et d'activités d'IEC, y compris des dépliants et des livrets, des affiches de

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

motivation, des émissions diffusées à la radio et à la télévision nationales, une pièce de théâtre, une chanson à thème, du matériel audiovisuel communautaire et des activités communautaires.

La seconde étape du projet plaçait au premier plan la participation des hommes à la planification familiale. Une étude du projet faite en novembre 1991 constatait que presque tous les hommes enquêtés dans les six régions avaient vu ou entendu au moins un média d'IEC de la campagne de planification familiale. Un plus grand nombre d'hommes ont été atteints dans les régions d'Ashanti, de Brong-Ahafo et dans le centre où des campagnes plus intenses ont été déployées, que dans les autres régions. Les résultats suggèrent une nette augmentation dans les connaissances et la pratique de la planification familiale chez les hommes et des améliorations dans les attitudes au fur et à mesure plus le projet avançait. En outre, parmi les hommes exposés à la campagne intensive, 47 pourcent avaient discuté de la planification familiale avec leur partenaire et 26 pourcent ont indiqué qu'eux-mêmes ou leur partenaire utilisaient une méthode contraceptive moderne (Kim et al., 1992).

Niger

En 1987, la Direction de la Planification Familiale du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales du Niger (MSPAS) a démarré un projet de communication en collaboration avec JHU/PCS. Le projet comprenait une campagne d'IEC avec trois objectifs : 1) sensibiliser davantage le public aux méthodes modernes d'espacement des naissances, 2) renforcer les attitudes positives envers l'utilisation de la contraception, et 3) motiver les éventuels clients à consulter les services de planification familiale. Les activités du projet se sont déroulées sur une période de deux ans à Niamey, la capitale du Niger et dans les deux centres urbains de Maradi et de Zinder. Les activités du projet comprenaient, entre autres, un atelier de communication pour les responsables de programmes, la conception d'un logo national pour la planification familiale, des discussions de groupe dirigées, deux séminaires de sensibilisation pour les dirigeants d'opinion et les leaders politiques, une série de feuillets radiophoniques et télévisés sur des thèmes de planification familiale et des trousseaux avec des échantillons de contraceptifs pour les agents de santé.

Le projet n'était pas destiné uniquement aux hommes. Mais une enquête post-projet a constaté que le projet avait contribué à des changements positifs dans les connaissances et les attitudes des hommes : une amélioration de 21 pour cent dans leur capacité de nommer, sans aide, une ou plusieurs méthodes contraceptives ; une augmentation de 11 pour cent dans l'approbation de l'utilisation de contraceptifs pour l'espacement des naissances ; l'exposition des hommes aux programmes télévisés sur la planification familiale a augmenté de 94 pour cent et le

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

nombre d'hommes indiquant avoir écouté un programme radiophonique sur la planification familiale a augmenté de 47 pour cent.

Voici certaines des recommandations du projet : viser les hommes comme public primaire des messages de planification familiale ; formuler des messages visant les hommes qui soulignent les avantages économiques des familles plus petites ; créer un nouveau modèle pour les hommes qui présentent un homme responsable comme étant un homme qui discute de la planification familiale avec sa partenaire ; réaliser des activités de sensibilisation au sein des réseaux masculins organisés, par exemple, les partis politiques, les employeurs, les syndicats, les militaires et les organisations para-militaires ; utiliser les agents des affaires sociales pour les rassurer et leur montrer que la société juge que la planification familiale est chose souhaitable et responsable (Bashin et al., 1989).

Nigéria

La Fédération de la Planification Familiale du Nigéria (PPFN) a réalisé des programmes pour motiver davantage les hommes : activités d'éducation pour les dirigeants, éducation à la vie familiale pour les jeunes et sensibilisation des hommes par le biais des groupes existants. Les représentants officiels du gouvernement, les leaders traditionnels et les dirigeants religieux étaient parmi les personnes ciblées au même titre que les journalistes, les éducateurs sanitaires, les enseignants, les agents sociaux et les agents de vulgarisation agricole. Le PPFN a également pris contact avec l'armée et la police. Des progrès très importants ont pu être réalisés en élaborant des directives et en commençant à collaborer avec ces groupes (IPPF, 1984).

Campagne pour la promotion de la vasectomie

Le Projet de promotion de la Vasectomie au Kenya, parrainé par JHU/PCS et l'Association pour la Contraception Chirurgicale Volontaire (AVSC), a été conçu pour augmenter la connaissance de la vasectomie chez les éventuels acceptants. Les messages insistent sur le fait que la procédure est simple et sans danger, que les hommes qui ont eu une vasectomie restent en bonne santé et virils et «que les épouses sont ravies car elles ne craignent plus une grossesse accidentelle», tel qu'indiqué par ces annonces publicitaires passées à la télévision avec les épouses qui disent : « Il est tellement fort... nous avons une vie sexuelle fantastique. » Les annonces à la radio, à la télévision et dans les journaux encouragent également les hommes à se rendre à la Maison Kencom, seule clinique pour homme à Nairobi où des prestataires et des conseillers hommes spécialement formés accueillent chaleureusement les hommes et les mettent à l'aise. Les éventuels clients peuvent également écrire ou appeler une permanence téléphonique s'ils souhaitent avoir plus d'informations (Kumah, et al., n.d.).

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

Campagne pour les programmes sur les lieux du travail

En 1987, l'Association de la Planification Familiale de la Zambie (PPAZ) a lancé une campagne sur la participation des hommes visant notamment les ouvriers des industries. Depuis, le PPAZ discute avec les employeurs pour les encourager à fournir des services de planification familiale dans des dispensaires sur les lieux du travail. Le PPAZ a également été invité à donner des causeries par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale et lors de réunions avec les syndicats.

En 1984, John Snow, Inc. – conjointement avec le Conseil National pour la Population et le Développement et avec un financement de l'USAID – a démarré le Programme de planification familiale dans le secteur privé du Kenya pour aider les entreprises privées et les ONG à fournir la planification familiale dans le cadre des prestations sanitaires pour les employés. Des agents de santé ont réalisé des séances d'éducation sur les lieux du travail et ont fourni des services de santé. Le programme a également encouragé les employeurs à créer leurs propres comités communautaires avec des représentants de la direction, des syndicats et des ouvriers pour planifier des programmes d'information et d'éducation. Les usines de noix d'acajou, de thé et de sucre et les usines de papier faisaient partie des 30 entrepreneurs participant au programme et employant tous en grande majorité des hommes. Le programme visait à recruter au moins 30 000 nouveaux clients de la planification familiale. Aucun résultat n'a été donné pour ce programme (*Population Reports*, 1986).

En 1989, avec le soutien de l'Association pour la Contraception Chirurgicale Volontaire (AVSC), l'hôpital missionnaire de Mulanje dans les zones rurales du Malawi a pris un rôle de premier plan en ce qui concerne la participation des hommes à la planification familiale en créant le «club de l'espacement des naissances» pour les hommes. Ce club - calqué sur le programme Homme à Homme à Blantyre, initiative de l'ONG Banja La Mtsogolo - a commencé à organiser des séminaires d'éducation pour le personnel masculin de l'hôpital allant du jardinier aux infirmières. Le club s'est également fait porteur de son message sur l'espacement des naissances l'apportant dans deux villages et une plantation de thé. Un des villages et la plantation de thé ont demandé à participer après avoir entendu parler du projet. Les ateliers ont été tenus sur les endroits publics du village et, sur période de sept mois, 320 hommes ont participé activement à des ateliers avec un grand nombre d'hommes souhaitant pouvoir participer à d'autres activités éducatives. Un grand nombre d'hommes ont cité leur exclusion des activités précédentes d'éducation et de counseling comme étant la raison de leur manque de participation par le passé. Suite à l'effort de l'Hôpital missionnaire de Mulanje, le personnel de Mulanje a eu plus de demandes de visites qu'il ne pouvait satisfaire des autres villages. Le projet a fonctionné à un coût très faible pour l'AVSC - uniquement pour le matériel éducatif et l'essence - et le personnel a

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

apporté temps et enthousiasme. En novembre 1992, un second hôpital missionnaire devait démarrer un club analogue (Mason, 1992).

Clubs des pères

En 1981, Le Ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Mauritanie a créé une école pour les pères pour sensibiliser les hommes aux problèmes de santé et de planification familiale des femmes. Les pères se rencontrent tous les mois pour discuter des questions affectant les enfants et les femmes. En 1984, le projet s'est élargi et a créé une école hebdomadaire pour les maris visant à informer les hommes jeunes qui n'ont pas encore d'enfants à propos de la santé familiale. Aucune information n'est donnée sur les résultats ou l'efficacité du programme (*Population Reports*, 1986).

Un club des pères créé par la clinique de santé familiale de l'Institut de la Santé Infantile et des Soins Primaires de l'Université de Lagos au Nigéria a réussi à augmenter la connaissance de la planification familiale entre 1975 et 1982. Le club des pères était l'une des stratégies utilisées par la clinique pour renforcer le soutien donné aux programmes de planification familiale et de santé infantile (Olukoya, 1985).

L'Association de la Planification Familiale du Ghana (PPAG) a parrainé trois activités pilotes «Daddies Clubs» ou clubs des pères dans le cadre de son projet spécial en 1980 sur la motivation des hommes et la planification familiale. Ces clubs étaient situés sur les lieux du travail, dans la plantation d'huile de palme de Pretsea (Région de l'Ouest), parmi les Jeunes agriculteurs Dingu Amasachina (Région du Nord) et à l'Institut de Recherche sur le Cacao de Tafo au Ghana (CRIG). De tous ces projets, celui de Pretsea a été le plus réussi. Rien qu'en 1982, environ 5000 personnes ont été contactées dont 4000 par le biais de conférences et de groupes de discussions. Environ 1620 personnes ont été contactées par le biais de 450 visites de suivi à leur domicile. Un total de 1519 acceptants ont été recrutés dont 1310 pour des contraceptifs non-chirurgicaux et 209 pour des services cliniques. Les acceptants cliniques étaient surtout des femmes encouragées par leur époux à consulter les services. Outre les services contraceptifs, le programme Pretsea offrait des services de traitement de la sous-fécondité et de l'infécondité. Deux femmes sont tombées enceintes parmi les huit traitées dans la clinique du PPAG. Les nouvelles qui se sont répandues quant à cet aspect de la planification familiale a fait connaître le programme, lui assurant crédibilité et attirant un plus grand nombre de personnes aux clubs des pères. Réussites dont on dit qu'elles ont permis d'augmenter le nombre de membres de 25 à 100 (IPPF, 1984).

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

Événements sportifs

«Les professionnels ghanéens de la planification familiale ont trouvé un nouveau moyen imaginaire pour pousser les hommes et les femmes à parler de la planification familiale. Ils parrainent des tournois de jeux auxquels les hommes aiment participer, par exemple les matchs de football, la corde de traction et les échecs. Ensuite, ils recrutent des femmes qui seront les adversaires des hommes modifiant chaque fois que nécessaire les règles pour vérifier un match juste. Par exemple, les joueurs masculins ne peuvent utiliser que le pied gauche en jouant au football et pour tirer sur la corde, les femmes ont droit à avoir des membres supplémentaires dans leurs équipes. Les couples aiment bien ces matchs et les gagnants remportent un gallon de condoms ou un autre prix qui stimulera la conversation à propos de la planification familiale. Les résultats semblent bons. Les couples s'entretiennent et la planification familiale n'est plus entachée de honte. La moitié de la réduction de la fécondité dans une zone rurale au Ghana semble due à l'acceptation de la planification familiale de la part des hommes» (Ellerston, 1992).

Au Zimbabwe, un match de football «la coupe de la planification familiale» est utilisé pour mobiliser les hommes et leur faire entendre le message de la planification familiale. Chacun des trois tournois avec quatre des meilleures équipes de football du Zimbabwe a attiré plus de 30 000 spectateurs, surtout des hommes. Le football a été utilisé comme l'image pour la campagne de pair avec les slogans «jouer le bon jeu» et «l'équipe de rêve». Ce dernier étant le sobriquet que les zimbabwéens donnent à leur équipe nationale de football. Ces slogans ont été utilisés pour les pancartes, les T-Shirts ainsi que pour les annonces dans les journaux et à la télévision (Kumah, et al., n.d.).

Interventions pour accroître l'accès et l'utilisation des services de PF par les hommes

Centre pour homme

En mars 1993, le premier centre de planification familiale pour homme (dans le cadre des services de population et de santé/cliniques Marie Stopes) a ouvert ses portes à Nairobi au Kenya. Ces centres fournissent de manière confidentielle des services et conseils pour la vasectomie et d'autres services de santé de la reproduction, pour homme. En juin 1993, le second centre pour homme a été ouvert à Mombasa. Ce centre offre deux séances de soir de deux heures par semaine. La nécessité de disposer de tels centres a été relevée par une recherche formative effectuée par Innovative Communication Systems dans le cadre d'une campagne pour sensibiliser davantage à la vasectomie et accroître son acceptation au Kenya. Quatre centres en plus se sont rajoutés depuis l'ouverture de ces deux premiers centres. L'AVSC a fourni une formation à des chirurgiens kenyans portant sur la

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

vasectomie sans bistouri en rapport avec l'ouverture de ces centres. En outre, l'AVSC a réalisé des activités d'IEC, surtout par le biais de publicité dans les mass-média, tout particulièrement par la radio, pour informer les hommes sur les faits fondamentaux de la vasectomie. Des annonces ont également été passées dans les journaux avec des coupons pouvant être renvoyés pour obtenir plus d'information. L'AVSC a constaté que le nombre d'hommes utilisant le Centre pour homme s'est très nettement accru suivant chaque campagne d'annonce. L'expérience faite en matière de ces centres a montré à l'AVSC que les hommes étaient intéressés par la planification familiale. La majorité des hommes ne veulent pas d'enfants s'ils n'ont pas les moyens de s'en occuper. Les hommes ont besoin de bons services de conseils et de consultations en matière de santé de la reproduction (Danforth, 1994).

Programmes communautaires

Kenya

Un rapport de 1995 du projet de recherche opérationnelle et d'assistance technique en Afrique du Population Council, financé par l'USAID, décrit une étude entreprise au Kenya afin de renforcer l'expérience en ce qui concerne l'utilisation des agents de distribution communautaire formés pour pouvoir tout particulièrement s'adresser aux hommes. De plus, le projet a permis de mieux comprendre l'efficacité relative des équipes formées avec uniquement des hommes, celles des équipes formées avec uniquement des femmes et celles des équipes formées avec des hommes et des femmes pour la promotion de la planification familiale, la présentation des services de PF et l'éducation des hommes et des femmes en matière de VIH/SIDA. Auparavant, on partait de l'hypothèse selon laquelle les animatrices de la distribution communautaire peuvent discuter de la planification familiale ou distribuer des contraceptifs aux femmes de manière plus efficace que ne sauraient le faire des agents masculins. Les faits recueillis dans le cadre de cette étude montrent que ce n'est pas forcément le cas et que d'énormes avantages sont liés à l'utilisation des agents masculins de la distribution communautaire, surtout parce que les hommes qui n'ont pas un travail régulier peuvent consacrer plus de temps à leurs activités de distribution communautaire, alors que les femmes doivent s'occuper des travaux ménagers en plus de leurs activités de distribution communautaire.

L'étude a dégagé les résultats suivants : tous les agents interviewés ont recommandé un groupe mixte d'agents hommes et femmes ; la participation des hommes comme distributeurs et comme cibles pour les activités et les services de planification familiale a permis d'accroître la pratique de la planification familiale chez les hommes et a renforcé la communication entre époux ; l'éducation en matière de prévention du VIH/SIDA a entraîné un net changement positif chez les hommes

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

avec, par contre, peu de changements chez les femmes. L'éducation en matière de VIH/SIDA n'a pas entraîné une plus grande discussion du sujet entre partenaires (Population Council & FPAK, 1995).

Dès 1983, la Fondation Africaine Médicale et de Recherche (AMREF), située à Nairobi, a commencé avec un financement de l'USAID de réaliser des programmes de formation pour les commerçants portant sur la distribution à leurs clients de contraceptifs ne nécessitant pas d'ordonnance. Le projet exploitait la confiance qu'avait la communauté dans les commerçants et l'expérience de ces derniers concernant la distribution de médicaments. Afin d'aider les commerçants à fournir les contraceptifs et à distribuer plus efficacement les médicaments commerciaux, la formation se concentrait sur des questions telles que les communications et la prise en charge des clients, la santé primaire, les méthodes contraceptives modernes et traditionnelles, une instruction générale sur l'accroissement de la population au Kenya, l'importance de voir ensemble le mari et la femme et les cas où il faut aiguiller les clients vers un centre de santé. Dans le cadre de ce projet, la plupart des commerçants étaient des hommes. Ils étaient prêts à faire du bénévolat et à donner des contraceptifs gratuits sans commission citant leur volonté à faire quelque chose pour la communauté comme leur motivation (Mbuya, 1996).

Ghana

Dans le cadre du Programme National de Planification Familiale du Ghana (GNFPP), des équipes mobiles de planification familiale étaient organisées pour pouvoir fournir des services de régulation des naissances à des villages de la région de Danfa. Le personnel des centres de PMI et les agents de soins de santé primaires des villages ont complété le travail du GNFPP. Dès le début, on s'est rendu compte que les services de planification familiale pour les hommes seraient un élément important puisque pratiquement la moitié des clients de ces services étaient des hommes. Le programme est arrivé à plusieurs résultats notables : les hommes se sont montrés de meilleurs défenseurs de la planification familiale que les femmes ; un plus grand nombre d'hommes ont essayé de persuader leurs amis d'utiliser des contraceptifs que ne l'ont fait les femmes ; les hommes qui ont choisi une méthode de régulation des naissances pour eux-mêmes ou pour leur partenaire ont indiqué que leur partenaire avait moins de grossesses que les femmes qui ont participé directement au programme. Une évaluation du GNFPP par l'Ecole de Santé Publique à l'Université de Californie à Los Angeles attribue au moins une moitié de la réduction de la fécondité de la région de Danfa à l'acceptation de la contraception chez les hommes. Les leçons apprises ont montré que les hommes dans le Danfa préféraient se rendre dans les unités mobiles pour obtenir des condoms plutôt que de les acheter dans un magasin car pour cela il leur fallait se déplacer à l'extérieur du village. Toutefois, il convient de peser cela contre le fait de relier les programmes à des services de santé formels qui, à d'autres occasions, pourraient

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

être moins mobiles et plus chers du point de vue personnel. On a jugé que c'étaient les programmes communautaires qui offraient les meilleures possibilités d'accroître la pratique de la planification familiale chez les hommes (IPPF, 1984).

De 1980 à 1982, l'Association de la Planification Familiale au Ghana (PPAG) a réalisé une distribution communautaire par le biais de 203 points de vente dont 133 en zone urbaine et 70 dans les communautés rurales. Cent-vingt étaient administrés par le PPAG et 83 étaient administrés par des agents de distribution communautaire qui ont reçu des incitations symboliques pour leur participation. Les agents étaient souvent recrutés auprès d'autres programmes du PPAG. Par exemple, les agents de l'Institut de Recherche du Cacao de Tafo (CRIG) et de la plantation d'huile de palme de Pretsea étaient les secrétaires des Clubs des pères dans ces sociétés. Les agents travaillaient par le biais des pharmacies, des maternités, des épiceries, des banques, de la police et des baraques militaires et par l'intermédiaire d'autres points de la communauté en collaboration avec le PPAG afin de distribuer des contraceptifs non-cliniques. Le PPAG travaillait aussi avec des accoucheuses traditionnelles et certains accoucheurs traditionnels et leur a apporté une formation d'agents de distribution à base communautaire. On s'est rendu que les accoucheurs et accoucheuses étaient très efficaces suite à la crédibilité dont ils jouissaient dans la communauté et leur contact fréquent avec des membres communautaires pour lesquels ils sont tels des docteurs locaux. Le PPAG a recruté environ 100 000 acceptants par le biais de ses projets de distribution communautaire. Sept-cents boîtes de condoms, 174 700 tubes de Neo-Sampon et 23 300 plaquettes de pilules ont été distribués (IPPF, 1984).

L'Association de Planification Familiale du Ghana a donné des séries de conférence «style cafétéria» sur des thèmes intéressant les hommes. Les conférences les plus suivies portaient sur le SIDA, l'impuissance, la fin d'une relation et la physiologie de l'homme et de la femme. La réussite rencontrée par le PPAG avec le programme reposait en grande partie sur ces conférences faites auprès de groupes d'hommes tels que les comités d'employés, les clubs et autres groupements. Les agents du PPAG insistent sur le fait que la planification familiale est là pour aider les couples à avoir le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir. Ils font également ressortir les services de traitement de l'infécondité qu'offrent les associations de planification familiale. Les programmes de distribution à base communautaire viennent renforcer les efforts du PPAG en rendant les contraceptifs disponibles. Les agents de terrain de la planification familiale gagnent une commission de 10 pour cent sur les produits qu'ils vendent (Ellerston, 1992).

Swaziland

«Man Talk» (conversation entre hommes) était le nom du programme du Swaziland qui devait apporter une formation en communication à des hommes qui,

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

ensuite, allaient parler face-à-face à des hommes dans les bars, près des piscines, dans les clubs et les usines. Distribution de dépliants éducatifs, de matériel de motivation et de condoms et collaboration avec les employeurs étaient au titre des autres activités. Et prenons l'exemple suivant montrant certains des résultats auxquels est arrivé le programme : le propriétaire d'une boîte de nuit a installé une machine de distribution de condoms dans les toilettes pour homme. Au moment de l'étude de cette activité, des négociations étaient en cours pour installer une machine à condoms dans les toilettes des femmes (Ellerston, 1992).

Marketing social

Au Ghana en 1986, le projet SOMARC du Futures Group, financé par l'USAID, a entrepris un projet de marketing de condoms visant les hommes mariés des classes intermédiaires-inférieures âgés entre 26 et 35 ans qui avaient reçu une instruction secondaire. Les condoms Panther, la marque vendue était déjà connue dans une certaine mesure puisqu'elle avait été distribuée auparavant bien que les condoms n'aient pas été vendus depuis 1978. La campagne avait pour thème «les panthers sont de retour.» La publicité suivait un plan en quatre étapes avec télévision, radio, imprimé et publicité au point de vente avec des messages de plus en plus spécifiques sur la planification familiale, la publicité générique des condoms, la publicité dans les commerces et la publicité spécifique à la marque. Des recherches ont été faites pour évaluer l'efficacité de ces interventions du point de vue amélioration des attitudes des hommes face au condom et stimulation de l'acceptation et de l'utilisation. Plus de 80 pour cent des hommes dans un échantillon urbain de 1991 connaissaient le nom de la marque, alors que ce pourcentage était de 50 pour cent en 1988. Le nombre d'hommes qui avaient utilisé un condom Panther a augmenté, passant de 12 pour cent en 1988 à pratiquement 50 pour cent en 1991 et pratiquement 60 pour cent des hommes qui se souvenaient d'une publicité sur les condoms se rappelaient des Panthers. Plus de 25 pour cent de tous les hommes de l'échantillon indiquaient qu'ils utilisaient régulièrement un condom, alors qu'en 1988 le pourcentage était de 9 pour cent. Un profil des consommateurs de 1990 montrait que plus de 42 pour cent des utilisateurs de Panther n'avait jamais utilisé une méthode de contraception avant de commencer à utiliser Panther. Trente-six pour cent avaient changé de méthode car la méthode utilisée auparavant était moins efficace et avaient changé de marque ou avaient abandonné un contraceptif plus efficace. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des utilisateurs appartenaient aux classes intermédiaires ou intermédiaires-inférieures, 89 pour cent avaient suivi une partie du secondaire, 57 pour cent étaient mariés et 31 pour cent avaient moins de 25 ans. La majorité des utilisateurs étaient contents du produit en général et avaient l'intention de continuer à l'utiliser. Disponibilité, qualité, faible prix et publicité étaient les principales raisons du choix en faveur de Panther (Tipping, 1991).

Initiatives de programmes en Afrique sur la participation des hommes

Rôles des dirigeants d'opinion hommes

De 1991 à 1993, une étude de recherche opérationnelle a été faite par le Population Council et le Ministère de la Santé publique au Cameroun sur le rôle que jouent les dirigeants d'opinion hommes dans la promotion et la prestation de services de planification familiale dans les zones rurales. Dans le cadre de cette étude soutenue par l'USAID, des enquêtes CAP ont été faites avant et après la période d'interventions de 12 mois. Tout au long de cette période d'interventions, une formation a été apportée aux dirigeants d'opinion en matière d'interventions sanitaires diverses telles que la planification familiale, le traitement de la diarrhée et les aiguillages pour soins prénatals et vaccinations. Des activités d'IEC ont été réalisées dans les zones rurales entourant Nkambe dans la province au Nord-Ouest du Cameroun. Les dirigeants d'opinion ont reçu une formation initiale d'une semaine et trois stages de recyclage pendant la période d'intervention. Les dirigeants d'opinion étaient supervisés au niveau local et travaillaient de pair avec les accoucheuses traditionnelles.

Les résultats de l'étude indiquent que les dirigeants d'opinion étaient très actifs en ce qui concernent les interventions sanitaires dans les zones rurales; à preuve, la présentation d'une moyenne de 90 pour cent des rapports d'activités mensuels de la part des dirigeants d'opinion. Leur efficacité augmentait après des recyclages réussis.

Au sein des populations desservies, l'enquête CAP pré-intervention a indiqué que la connaissance de méthodes de planification familiale spécifiques était relativement faible pour les hommes et les femmes. Après l'intervention des dirigeants d'opinion, les niveaux de connaissance pour toutes les méthodes ont augmenté avec un changement impressionnant dans les connaissances des condoms et des spermicides. Au sein de l'échantillon des hommes, la connaissance des condoms s'est accrue, passant de 52 pour cent à 81 pour cent ; pour les femmes, la connaissance s'est accrue de 47 pour cent à 72 pour cent. En ce qui concerne les spermicides, la connaissance des hommes s'est accrue de 12 pour cent à 44 pour cent et la connaissances des femmes est passée de 17 pour cent à 42 pour cent. Plus de 6000 condoms et presque 4500 spermicides ont été distribués dans les villages pendant la période d'intervention.

L'approbation de la planification familiale n'a que légèrement augmenté du au fait que des attitudes déjà positives avaient été notées par l'enquête pré-intervention. Toutefois, il restait un pourcentage significatif d'hommes (14,1 pour cent) et de femmes (13,5 pour cent) qui n'approuvaient pas la planification familiale après la période d'intervention. L'enquête CAP post-intervention notait que 34,6 pour cent des hommes et 40,1 pour cent des femmes avaient bénéficié de la prestation de ser-

Leçons apprises

vices des dirigeants d'opinion. La population ciblée était généralement satisfaite des activités d'IEC réalisées par les dirigeants d'opinion (Population Council, 1993).

Programmes d'éducation à la vie familiale pour les jeunes

De 1980 à 1982, l'Association de la Planification Familiale du Ghana (PPAG) a couvert environ 200 écoles et organisations de jeunes et a contacté presque 90 000 personnes par le biais des programmes d'éducation à la vie familiale envoyant environ 15 000 acceptants dans les services cliniques et non-cliniques. Cette sensibilisation s'est faite par le biais de conférences spécialement organisées, de projection de films et de matériels d'éducation. Les programmes étaient individualisés par rapport aux besoins de chaque institution et les groupes étaient ciblés en fonction de leur âge et expérience. Le programme a soulevé des questions importantes concernant la formulation du plan d'étude ainsi que l'organisation et l'introduction de l'éducation à la vie familiale dans les écoles. Par la suite, le Ministère de l'Education a commencé des programmes pilotes d'éducation à la vie familiale dans des écoles choisies prévoyant d'introduire par la suite l'éducation à la vie familiale dans les institutions secondaires du pays.

On a constaté que le counseling était une partie importante de l'éducation à la vie familiale et une autre organisation, le Conseil Chrétien du Ghana, est venu rejoindre le PPAG pour apporter une formation à 103 conseillers. Le YMCA du Ghana est également venu joindre les rangs et a formé davantage de conseillers pouvant intervenir au niveau communautaire afin de produire un effet multiplicateur. De 1981 à 1982, environ 19 000 personnes ont été contactées avec presque 9000 aiguillages vers les centres de planification familiale les plus proches (IPPF, 1984).

Leçons apprises

- ◆ Une campagne d'IEC bien conçue et bien ciblée peut avoir un impact positif sur les hommes en augmentant leurs connaissances, en améliorant leurs attitudes face à la planification familiale et cet impact, à son tour, renforcera la prise de décisions conjointe et encouragera l'utilisation de la contraception au sein des hommes et des femmes. Une campagne de planification familiale bien conçue peut atteindre les hommes en utilisant de multiples canaux de communication que les hommes aiment bien (par exemple, les feuillets radiophoniques et les événements sportifs) et en élaborant des messages qui relient la PF à l'image virile du père responsable. Toutefois, il faut faire particulièrement attention de ne pas renforcer le stéréotype de l'homme qui prend les décisions, réduisant ainsi le rôle des femmes dans le processus décisionnel puisque les

femmes continueront à être les principales utilisatrices de la contraception vu la diversité des méthodes pour femme.

- ◆ Les campagnes visant les dispensaires sur les lieux du travail sont généralement bien reçues car les employeurs réalisent rapidement les avantages des programmes de PF pour leurs sociétés : moins de congés de maladie et de maternité et moins d'allocations familiales. De plus, ces campagnes peuvent être efficaces par rapport aux coûts vu les concentrations élevées de la population cible dans une zone relativement petite, tel que le montre l'exemple de l'hôpital Mulanje du Malawi.
- ◆ Des programmes novateurs, par exemple les groupes de soutien, les événements sportifs, le club des pères et les dirigeants d'opinion présentent une excellente occasion de faire participer un plus grand nombre d'hommes à la conception et à la mise en oeuvre des programmes. Ils démystifient la PF et la libèrent de ses mauvaises connotations. La réussite rencontrée par les initiatives «homme-à-homme» au Malawi et «conversation d'homme» au Swaziland montrent bien qu'il est possible et efficace de faire appel aux hommes pour informer et éduquer d'autres hommes sur la planification familiale. Les programmes de planification familiale sous-utilisent souvent et, pis, ignorent les dirigeants d'opinion. Mais ces derniers, grâce au respect et à la crédibilité dont ils jouissent au sein de la communauté, arrivent à promouvoir et à fournir avec beaucoup d'efficacité les services de planification familiale dans les zones rurales (surtout les condoms et les spermicides) aussi bien pour les hommes que pour les femmes.
- ◆ Les programmes de distribution à base communautaire sont un excellent moyen de renforcer l'utilisation des contraceptifs chez les hommes. Les hommes formés pour être des agents de distribution à base communautaire arrivent bien à atteindre les hommes et les femmes et défendent mieux la cause que les femmes car ils peuvent consacrer plus de temps aux activités de distribution communautaire, tel que le montre l'étude de la recherche opérationnelle au Kenya. Mais il est très important de choisir les agents communautaires au sein de personnes qui jouissent déjà du respect et de la confiance de la communauté. Il n'existe pas de règle type que nous puissions appliquer et qui viendrait de l'expérience acquise par ces programmes. Les commerçants au Kenya et les dirigeants d'opinion au Cameroun ont choisi d'être des volontaires alors que les agents du programme de distribution à base communautaire du Ghana gagnaient une commission de 10 pour cent sur les produits qu'ils vendaient. La motivation représente l'élément le plus important.

Recommandations pour les prochaines étapes

- ◆ Le marketing social est une très bonne filière de vente des contraceptifs, surtout pour les condoms si une bonne publicité est alliée à la disponibilité, à la qualité et au faible prix du produit. Mais il faut faire attention aux messages. Dans le cadre du programme SOMARC, 16 pour cent des utilisateurs avaient abandonné une autre marque ou un autre contraceptif plus efficace, ce qui n'était pas l'impact souhaité. Cela corrobore la conclusion de certains responsables de programmes disant que, si le SIDA semble avoir entraîné une augmentation dans l'emploi du condom, cela n'a pas forcément accru l'utilisation du condom en tant que mesure de planification familiale (Chirambo, 1992).
- ◆ La vasectomie peut être acceptée en Afrique, si on conjugue un bon counseling, des services de qualité à une solide campagne d'information et de sensibilisation, tel qu'en témoigne la réussite rencontrée par le centre pour homme à Nairobi. Mais, il faut tenir compte de deux éléments importants : la confidentialité et l'intégration à d'autres services de santé de la reproduction pour homme.
- ◆ Généralement, les hommes préfèrent des centres de santé qui offrent toute une gamme de services de la santé de la reproduction pour homme. Plusieurs exemples nous ont montré que l'intégration ou la disponibilité d'autres services fournis sur place, par exemple le traitement de l'infécondité, le traitement des MST et des problèmes sexuels avaient un impact positif sur les services de PF pour homme et augmentaient la crédibilité des programmes, ce qui à son tour augmentait le nombre d'utilisateurs.
- ◆ Les programmes ciblant les adolescents, surtout ceux insistant sur leur participation à la contraception sont rares, surtout en ce qui concerne leur participation à la contraception. L'initiative de l'Association de Planification familiale du Ghana devrait être encouragée et diffusée dans d'autres pays.

Recommandations pour les prochaines étapes

- ◆ Réduire l'écart entre la connaissance et la pratique : A l'instar de maints programmes de population qui cherchent à changer le comportement, le programme de participation des hommes affiche un écart classique dans les CAP ; à savoir, un écart entre les connaissances et la pratique, entre ce que les gens disent qu'ils vont faire et ce qu'ils font effectivement. Campagnes de motivation, activités d'IEC, média imprimé, recherche opérationnelle, programmes sur les lieux du travail, club des pères, événements sportifs - autant d'approches qui ont été utilisées pour que

Recommandations pour les prochaines étapes

les hommes prennent une plus grande part dans la responsabilité parentale. Le marketing social des condoms a été utilisé, augmentant souvent l'utilisation des condoms, essentiellement pour la prévention des MST/SIDA. Les centres pour homme ont réussi à accroître le nombre d'acceptants en fournissant un bon counseling et des services complets de santé de la reproduction. Toutes ces activités ont permis un niveau élevé de connaissance de la planification familiale mais les taux d'acceptation sont restés relativement faibles. Aussi, convient-il de combler cet écart lors de la prochaine étape des futurs programmes.

- ◆ Inclure un volet évaluation à toutes les conceptions de programmes : La plupart des programmes présentés dans ce document n'ont pas un solide volet évaluation. Ceux qui ont effectivement évalué l'efficacité de leurs programmes, tel que le deuxième projet de motivation des hommes au Zimbabwe, devrait utiliser les résultats pour procéder à des ajustements dans les programmes en vue d'arriver à ces buts souhaités.
- ◆ Echanger les expériences : Réunir les responsables et managers de projets qui travaillent sur le terrain pour qu'ils puissent échanger leurs expériences en matière d'approches, évaluer leurs réussites et échecs locaux, faire ressortir les succès et identifier de nouvelles stratégies et directions pour les programmes actuels et futurs. Lors de cette rencontre, des réponses devraient être trouvées à deux grandes questions : a) comment pouvons-nous passer d'un niveau de connaissance élevé à un niveau élevé de soutien et d'acceptation ? b) comment pouvons-nous améliorer la communication au sein du couple sur les questions de santé reproductive ?
- ◆ Cibler les hommes avec les messages : Des messages spéciaux ciblant les hommes devraient les encourager à être responsables, à se soucier et à discuter de la PF avec leur partenaire. Il faut cibler les hommes, en tant que public primaire, avec des messages de planification familiale qui relèvent les avantages économiques des familles plus petites et qui montrent un nouveau modèle d'hommes qui montre des hommes responsables comme étant des hommes qui discutent de la planification familiale et de la dimension de la famille avec leur partenaire. Les futures campagnes devraient souligner la nécessité du partage de la décision entre mari et femme.
- ◆ Accorder plus d'attention à l'éducation et aux services des hommes jeunes : Il est important d'introduire la connaissance de la planification familiale dans les lycées et les universités pour préparer les jeunes à leurs futures responsabilités de parent. Les programmes les plus réussis

Recommandations pour les prochaines étapes

semblent ceux qui considèrent que l'éducation sexuelle est un processus s'étalant sur une vie entière, en commençant par des programmes qui aident les parents à enseigner à leurs enfants, filles et garçons, tout au long des années de croissance. La recherche a conclu que des programmes travaillant avec des parents et des enfants, d'abord en groupements séparés et plus tard ensemble sont de loin ceux qui réussissent le mieux à instaurer un dialogue et à réaliser le changement comportemental le plus significatif (IPPF, 1984).

- ◆ **Former et plaider :** De solides programmes de formation en matière de plaider sont nécessaires pour les responsables de programmes, les prestataires de services, les enseignants et les dirigeants d'opinion pour leur permettre de «plaider» en faveur de l'adoption de la planification familiale dans leurs communautés respectives.
- ◆ **Reproduire les initiatives urbaines au milieu rural :** La plupart des initiatives de participation des hommes se font dans les grandes villes (zones urbaines). Mais les habitants des grandes villes ne représentent qu'une petite proportion de la population africaine car, dans la plupart des pays, la majorité de la population vit dans les villages et les zones rurales. En outre, dans les zones rurales, les femmes dépendent davantage des hommes que dans les grandes villes. Par conséquent, il faudrait voir comment on peut étendre ou reproduire ces initiatives dans les zones rurales pour atteindre cette majorité et avoir un plus grand impact.
- ◆ **Apprendre d'avantage sur la publique masculine :** Pour cela il faut faire des recherches complémentaires. La première leçon de la recherche auprès des publics est «connaissiez votre public». Il est de toute première importance d'avoir une information sur les attitudes et les préférences des hommes, de même qu'il est capital de comprendre les besoins et les attitudes des hommes face à la sexualité avant de formuler les programmes. Une recherche qualitative devrait être faite pour trouver les réponses à ces questions : 1) Quels sont les facteurs qui pourraient pousser les hommes à accepter davantage les programmes de planification familiale ? 2) Quel est le rôle des hommes au niveau des prises de décisions en matière de fécondité ? 3) Comment un couple se met-il d'accord sur le choix et l'utilisation d'une méthode contraceptive ? 4) Quels sont les facteurs déterminants l'acceptation ou le refus de la part d'une femme de faire participer son partenaire à sa décision concernant la santé reproductive ? 5) Quelles sont les positions et les attitudes des prestataires concernant la participation des hommes et des adolescents à la santé de la reproduction ?

Recommandations pour les prochaines étapes

En outre, il convient de pousser plus loin la recherche sur les méthodes pour homme. Il n'existe que deux grandes méthodes contraceptives modernes pour homme. Argument souvent invoqué par les hommes pour expliquer leur non-participation à la planification familiale et qui en plus risque de renforcer l'image du programme de PF comme étant le territoire des femmes. La pratique de la contraception ne peut pas et ne devrait pas être la seule responsabilité des femmes. La responsabilité de la contraception devrait être partagée à part égale par les hommes et les femmes. Pour en faire une réalité, il convient de déployer des efforts plus vigoureux pour mettre au point un contraceptif pour homme plus acceptable (IPPF, 1984).

Bibliographie

- Almaz, Terefe et Charles P. Larson. (1993). «Modern Contraception Use in Ethiopia: Does Involving Husbands Make a Difference?» *American Journal of Public Health* 83 (11):1567-1576.
- Bashin, Michelle E. et Hubert A. Allen, Jr. (1989). *Family Planning Comes of Age in Niger. A Post-Project Survey of Family Planning Knowledge, Attitudes and Practice in Niamey, Maradi and Zinder, Octobre 1989*. Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction de la planification familiale, Niger et les Services de communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins.
- Chirambo, Kondwani. (1992). «Men targeted for Family Planning in Zambia.» *Network* 13(1):16-17. Family Health International.
- Danforth, Nick. (1994) *Involving Men in Family Planning: Kenya and Baltimore*. Document présenté lors de la conférence Lessons Without Borders à Baltimore, MD, le 4 octobre, 1994.
- Ellerston, Charlotte. (1992). *African Men and Family Planning*, document présenté pour l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international, septembre, 1992.
- Ezeh, Alex C., Seroussi, Michka, Raggers, Hendrick. Male Fertility, Contraceptive Use and Reproductive References, Demographic Health Surveys Comparative Studies No. 17, Macro International Inc., mars 1996.
- Finger, William R. (1992). «Pilot Programs Increase Men's Involvement.» *Network* 13 (1):8-9. Family Health International.
- Green, Cynthia P., Sylvie I. Cohen et Dr. Hedia Belhadj-El Ghoayel. «Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health.» *Technical Report 28*, FNUAP.
- Hawkins, Kirstan. (1992). *Male Participation in Family Planning: A review of Programme Approaches in the Africa Region*. Document présenté lors de l'atelier sur la participation des hommes, Banjul, Gambie, le 25-28 novembre 1991. Londres.
- International Planned Parenthood Federation. (1984). *Male Involvement in Family Planning*. 73-76, 79-80.

Bibliographie

- Johns Hopkins Population Communication Services/Population Information Program, *Male Involvement in Reproductive Health, Summary of Activities*, distribué à une réunion de AVSC, le 30 novembre 1994.
- Kim, Y.M., C. Marangwanda, et A. Kols. (1996). *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994*. Baltimore: Ecole de Santé publique de Johns Hopkins, Centre des Programmes de Communication.
- Kim, Young Mi, Opia M. Kumah, Phyllis Tilson Piotrow, et al. (1992). *Family Planning IEC Project in Ghana: Impact on Ghanaian Males*. Document présenté lors de la 120ième réunion annuelle APHA, Washington, D.C., novembre 1992.
- Kumah, Opia Mensah, Philippe F. Langlois, Cheryl L. Lettenmaier, Sharon K. Rudy, Florence Chikara et Mary A. Kotei. *Changing the Attitudes and Behavior of African Men Towards Contraception: Myths, Facts, Obstacles and Opportunities*.
- Lewis, Gary L. *A Review of Recent Findings on Family Planning Service Delivery Quality and the Roles of Men in Family Planning in Zimbabwe, 1990-1992*. Baltimore: Université Johns Hopkins, Centre pour les Services de Communication.
- Mason, Kate. (1992). «Not for Women only: Child Spacing Clubs for Malawian Men.» *AVSC NEWS*, page 4.
- Mbuya, Isabel. (1986). The Forgotten Men of Kenya. *People*. 13(1).
- Olukoya, Adepeju A. (1985). «The changing Attitude and Practice of Men Regarding Family Planning in Lagos, Nigéria.» *Public Health* 99:349-355.
- Piotrow, Phyllis T., D. Lawrence Kincaid, Michelle J. Hindin, et al. (1992) «Changing Men's Attitudes and Behavior: The Zimbabwe Male Motivation Project.» *Studies in Family Planning*, 23(6):365-373.
- Population Council and the Family Planning Association of Kenya. (1995). *Increasing Male Involvement in the Family Planning Association of Kenya (FPAK) Family Planning Program*.
- Population Council et le Ministère de la Santé publique, Cameroun. (1993). *Promotion and Delivery of Family Planning Services in the Donga Mantung: an Operations Research Study on the Role of Male Opinion Leaders in Rural Cameroon*.

- Rogow, Debbie. (1990). «Man/Hombre/Homme:Meeting Male Reproductive Health Care needs in Latin America.» *Quality/Calidad/Qualité*, No 2. The Population Council.
- Swalehe, R.M.A. et M.Mwaipopo. (1994). *Knowledge of, Attitude Towards and Practices of Family Planning, Family Welfare Issues Among Male Wage Workers in Tanzania. A Preliminary Baseline Survey Report for the Male Motivation and Education Project*. Ministère du Développement communautaire, des Affaires féminines et des Enfants.
- Tapsoba, Placide, Robert Miller et Lilia Rajoelison Ralalahavirenty. (1993). *Involving Husbands to Increase the Acceptability of NORPLANT in Antananarivo, Madagascar*. Document présenté lors de la réunion annuelle de l'Association américaine de santé publique, San Francisco, CA, octobre 1993.
- Tipping, Sharon. (1991). *Male Approval and Acceptance of Condoms in Diverse Cultural Settings: The SOMARC Social Marketing Experience*. SOMARC/The Futures Group. Document présenté lors de la conférence annuelle APHA, Section Population et Planification familiale. Séance intitulée : Marketing social des contraceptifs. Le 12 novembre, 1991.
- Wambui, Catherine. (1995). Parents, Kenya: Male Only Centers: A New Concept in Family Planning, publié dans *Conveying Concerns: Women Write on Male Participation in the Family*. Publications du Women's Edition Project, Population Reference Bureau, Inc.
- Wambui, Catherine. (1994). Male Only Centers: A New Concept in Family Planning. Publié dans *Conveying Concerns: Women Write on Male Participation in the Family*, Population Reference Bureau, Inc.:18-19.
- Yanyi, Djamba. (1990). «Rôle différentiel des époux dans la planification familiale en Afrique: Recherche méthodologique.» *Cahiers Economiques et Sociaux*, XXIV:(1-2). Revue trimestrielle publiée par l'Institut de Recherches Economiques et Sociales, Université de Kinshasa, Zaire.
- «Encouraging Men's Cooperation.» *Population Reports*, XXII(1):15-25, juillet 1994.
- «How Can Family Planning Programs Benefit Women?» *Population Reports*,XXII(1): 15-25, juillet 1994
- «Who Makes Reproductive Decisions?» *Population Reports*, XXII(1):18-19, juillet 1994.

Bibliographie

«Media Images Can Inspire New Behavior.» *Population Reports*, XXII(12):21, juillet 1994.

«Men-New Focus for Family Planning Programs.» *Population Reports*, XIV(33):911-913, novembre-décembre 1986.