

Structure et performance des programmes de planning familial en Afrique occidentale

Par John F. Stewart, Guy Stecklov et Alfred Adewuyi

Contexte: Le débat de longue date sur les avantages relatifs d'une structure verticale ou intégrée des prestations de services de planning familial revêt aujourd'hui une nouvelle importance, dans les régions pauvres d'Afrique occidentale, notamment, face à l'accentuation générale des prestations relatives à l'hygiène de la procréation.

Méthodes: Des études de cas menées en Côte d'Ivoire, au Nigéria, au Bénin, au Ghana et en Guinée, ainsi que de vastes études d'installations soumises à plusieurs mesures d'utilisation des effectifs, en Côte d'Ivoire et au Nigéria, servent à examiner l'efficacité de différentes structures organisationnelles de prestation de services de planning familial.

Résultats: Les programmes verticaux gérés par des organisations non gouvernementales assuraient près de la moitié (44%) de l'ensemble des années-couple de protection contraceptive en Côte d'Ivoire, et environ un quart au Bénin et en Guinée. Compte tenu des efforts de marketing social, les secteurs autres que les programmes intégrés du secteur public assuraient la majorité des années-couple de protection. Le Nigéria s'est avéré le seul pays où les programmes intégrés assuraient la plus grosse partie des années-couple de protection en 1994. Les études d'installations menées en Côte d'Ivoire et au Nigéria semblent indiquer des taux d'utilisation de capacité d'effectifs égaux ou supérieurs à 100% dans les structures de prestations de planning familial verticales, qui semblent ainsi exploiter plus efficacement leurs ressources de main-d'œuvre que les sites intégrés: les taux d'utilisation du personnel sont un peu plus élevés dans les programmes verticaux privés de la Côte d'Ivoire que dans les programmes intégrés du secteur public. Au Nigéria, les programmes verticaux présentent également des taux d'utilisation un peu plus élevés, même dans les programmes du secteur public.

Conclusions: Dans les pays disposant de programmes verticaux et intégrés, les programmes intégrés ne sont pas nécessairement supérieurs. Les mérites relatifs des deux approches dépendent presque certainement du contexte socio-économique et politique de leur application. Ainsi, les structures de programme optimales pourraient bien dépendre de la situation locale.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 1999, pp.17–24

Le Programme d'action adopté à la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) a étendu la portée de l'intérêt de la communauté internationale, au-delà du planning familial, à d'autres aspects de l'hygiène de la reproduction, dont la santé de la mère et de l'enfant, les maladies sexuellement transmissibles (MST), le virus HIV et le sida, entre autres considérations relatives à la condition de la femme dans le monde en voie de développement.

Le Programme d'action préconise la mobilisation de ressources considérables au soutien des besoins d'hygiène de la reproduction—estimées à USD 17 milliards pour l'an 2000. Soixante pour cent de ces ressources iront aux activités de planning familial, le reste devant être réparti entre les soins d'hygiène élémentaire de la reproduction (29%), la prévention des MST, du virus HIV et du sida (8%), la recherche et la définition des politiques de base (3%).¹ Le contraste est grand lorsque l'on sait que le milliard et demi de dollars consacrés en 1996

à l'assistance démographique par les gouvernements extérieurs et les fondations privées représentaient 15% à peine des ressources totales nécessaires projetées pour les activités de planning familial de l'an 2000.²

Etant donné les objectifs du Programme d'action, la nécessité d'organiser les ressources disponibles de manière aussi efficace que possible doit devenir une considération clé au niveau de la conception et de la mise en œuvre des programmes. L'un des plus grands défis consistera à minimiser les frais de prestation des services, que les prévisions évaluent à plus de 65% des ressources. Face à la demande hautement concurrentielle de ces ressources limitées, en Afrique subsaharienne surtout, l'identification de formes d'organisation efficaces des prestations devient chaque jour plus cruciale.

Structures verticales et intégrées

Au fil des ans, deux types de structures organisationnelles et administratives se sont dessinés pour la prestation de services de

planning familial et autres services associés: les programmes intégrés et les programmes verticaux. Les structures intégrées sont celles des organisations qui remplissent une combinaison de fonctions et tâches diverses. Ces systèmes offrent une certaine attraction politique et sont largement acceptés comme représentant la structure désirable des prestations de planning familial. Dans le contexte du planning familial, les structures verticales désignent les organisations ou programmes consacrés exclusivement à la prestation de services de planning familial. Si l'intégration des programmes est un concept à la mode, la démonstration empirique de la supériorité des programmes de planning familial intégrés par rapport aux programmes verticaux est mitigée.³

Bien que les termes «intégré» et «vertical» semblent clairement dichotomiques, la ligne de séparation est souvent ambiguë. La majorité des programmes présentent une structure hiérarchique avec, au sommet, les fonctions politiques et administratives et, à la base, les prestations de services. Chaque niveau du programme peut se caractériser par une structure verticale ou intégrée. Au niveau administratif ou de la direction, la responsabilité directoriale peut couvrir exclusivement le planning familial ou embrasser une variété de services. À la base, les services peuvent être assurés dans des sites ou par des prestataires remplissant une fonction unique. Aux sites à objectifs multiples, les services peuvent être assurés par un personnel distinct ou par le personnel sanitaire ordinaire mais à heures distinctes

John F. Stewart est professeur au Department of Economics et Guy Stecklov, adjoint à la recherche, au Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA. Alfred Adewuyi est professeur à la recherche au Department of Demography and Social Statistics à l'Obafemi Awolowo University, Nigéria. Les auteurs remercient les participants au séminaire du projet EVALUATION Project Seminar on Family Planning Program Structure, Cost and Performance organisé à Abidjan, Côte d'Ivoire, en 1997. Merci aussi à Dominic Mancini pour son assistance à la programmation et à l'analyse. Cette étude a été financée par les projets EVALUATION (don USAID n° DPE-3060-C-00-1054-00) et MEASURE Evaluation Project (don USAID n° HRN-A-00-97-0018-00). Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs et pas nécessairement celles de l'organisme de parrainage.

et dans les zones réservées aux activités de *planning familial*.

Plusieurs combinaisons de structures organisationnelles verticales ou intégrées sont possibles aux différents niveaux des programmes. Ainsi, un programme dont la direction serait structurée verticalement pourrait très bien être intégré au niveau de la prestation des services ou vice-versa.⁴

Une forme ultime d'intégration se produit entre les divers types d'organisations participant aux activités de *planning familial* d'un pays, incluant généralement les programmes d'Etat et les organisations non gouvernementales. Bien que rarement signalée dans la littérature, cette intégration horizontale, coopération inter-organismes pour la planification et la mise en œuvre des programmes, joue un rôle important dans la rationalisation de l'apport de services dans de nombreux pays.⁵

Mérites des approches intégrées

Le débat sur les avantages relatifs des différentes formes organisationnelles du *planning familial* tient au lien présumé entre structure organisationnelle et performance. Une bonne performance est à son tour présumée découler de la prestation de grandes quantités de services de qualité à coûts réduits. Toutes ces dimensions sont toutefois interdépendantes: la quantité des prestations dépend en effet dans une certaine mesure de l'aptitude de l'organisation à répondre à la demande existante ou à générer une nouvelle demande; la demande peut quant à elle être fonction de la qualité des prestations, et la quantité tout autant que la qualité de ces prestations en affectent les coûts.⁶

Côté demande, les arguments en faveur de l'intégration des programmes reposent sur le principe que la reproduction ne peut être isolée des autres facettes de l'existence humaine. La fécondité est liée au revenu, au niveau d'instruction, à la production agricole et aux conditions sanitaires. La complexité des rapports entre ces différents aspects souligne la logique de l'intégration du *planning familial* aux autres activités sanitaires et de développement.

Les défenseurs de l'intégration argumentent du reste que le *planning familial* peut paraître plus acceptable aux communautés lorsqu'il est proposé de concert avec d'autres services.⁷ La situation s'avère tout particulièrement dans les sociétés où la demande est faible en raison de la valeur traditionnelle accordée aux familles nombreuses. Par l'in-

tégration du *planning familial* au contexte d'autres services valorisés (tels que les soins de santé de la mère et de l'enfant), les prestataires peuvent acquérir une meilleure crédibilité.⁸ Les services intégrés sont également considérés comme plus efficaces pour le consommateur même, qui peut bénéficier de services multiples en un même endroit ou auprès d'un même prestataire, réduisant ainsi les besoins de transport, le temps consacré à l'obtention des services et les autres coûts afférents.

Côté offre, les arguments au soutien de l'intégration reposent sur la rentabilité relative du *planning intégré*, dans la perspective du prestataire. Les avantages de coûts offerts par les programmes intégrés touchent aux économies de portée,* au partage des coûts fixes et à la capacité potentielle qu'offrent ces programmes d'atteindre de meilleurs taux d'utilisation des ressources. Par exemple, l'emploi d'une infrastructure et d'un personnel existants tire meilleur parti des ressources disponibles que la construction d'un système parallèle.⁹

L'intégration permet aussi d'éviter le doublement de l'effort d'administration et de prestation. Les structures existantes disposent déjà de systèmes de direction organisés, d'un personnel formé et de contacts établis avec les représentants communautaires utiles au *planning familial* et autres programmes sanitaires. Autre avantage encore de l'intégration du *planning familial* aux autres services sanitaires, certaines méthodes contraceptives (le stérilet et la stérilisation, par exemple) exigent l'intervention d'un personnel médical qu'il n'est pas toujours possible de trouver dans un programme vertical de distribution communautaire. De même, les clientes du *planning familial* sont souvent clientes aussi des services de santé de la mère et de l'enfant. Grâce à l'intégration, ces femmes peuvent être ciblées par le *planning familial* à travers le système de soins de santé.¹⁰

Mérites des approches verticales

Les arguments en faveur des structures verticales reposent largement sur les économies de la spécialisation. Là où les soins de santé ne sont pas fermement institutionnalisés, les programmes verticaux de *planning familial* sont souvent considérés avantageux, car les approches intégrées risqueraient de surcharger des systèmes de prestations fragiles et de réduire ainsi leur capacité de pénétration de vastes régions.¹¹

Les programmes à objectif unique peuvent être plus efficaces que les approches intégrées pour la simple raison que, pour

faire bien les choses, il est plus facile de n'en faire qu'une à la fois. Ainsi, un analyste argue qu'«un programme spécialisé met en évidence un problème particulier et facilite l'acquisition rapide de l'expertise et des ressources nécessaires à sa prompte résolution».¹²

Le dernier argument fondamental au soutien des systèmes verticaux concerne la simplicité relative de la surveillance des systèmes à objectif unique. Historiquement, les donateurs et organismes de prêt internationaux ont donné la priorité du financement aux activités à caractère démographique et de grosses sommes ont été allouées à l'assistance financière du *planning familial*. De nombreux pays en voie de développement ont dès lors bénéficié de fonds considérables au soutien de leurs programmes de *planning familial* alors que les autres activités de type sanitaire ont été négligées. Les programmes verticaux ont dès lors été jugés nécessaires pour éviter la diversion des fonds du *planning familial* au profit d'autres programmes. Face à l'appel lancé par le Programme d'action en faveur de l'allocation de plus de USD 10 milliards au *planning familial* d'ici l'an 2000, les avantages de contrôle inhérents aux programmes verticaux demeurent fort pertinents.

Il importe de souligner combien le succès d'une forme organisationnelle particulière dépend de l'environnement dans lequel elle doit opérer. Si les programmes verticaux peuvent être rentables dans une région à densité de population élevée et forte demande, l'intégration peut s'avérer plus rentable dans celles où la population est plus dispersée et présente une demande moindre de contraception.¹³ L'intégration peut être fructueuse au sein d'un système de soins de santé robuste, bien géré et fermement engagé sur la voie du *planning familial*, et elle peut s'avérer désastreuse sous un système faible, mal géré et sans véritable intérêt pour les objectifs du *planning familial*.

Evaluation de la situation

En 1994, le projet EVALUATION a entrepris une étude approfondie de la structure des services offerts en Afrique occidentale, en vue d'examiner l'évolution historique des prestations de *planning familial*, de décrire le degré d'intégration des services et de leur support et de comparer l'efficacité et le rendement des moyens mis en œuvre pour la prestation des services de *planning familial* dans la région. L'un des principaux axes de la recherche aura été la comparaison des approches verticales et intégrées de la prestation des services de *planning familial*.

*Le coût total de la production d'un lot de sorties différentes par une même entité (firme) est moindre que si chaque composant du lot était produit par une entité distincte.

L'étude ouest-africaine s'organise en deux branches. La première repose sur une série d'études de pays commandées dans cinq nations d'Afrique occidentale (Côte d'Ivoire, Nigéria, Bénin, Guinée et Ghana) dans le but de fournir une analyse descriptive de la structure existante des prestations de planning familial dans chaque pays, avec une attention particulière accordée aux expériences locales intégrées. Ces études tirent parti des données existantes disponibles, y compris les publications et rapports des programmes de planning familial, les statistiques du ministère de la Santé, les analyses de situation, les résultats des enquêtes démographiques et de santé (le cas échéant), et la consultation d'experts locaux.

La seconde partie repose sur les enquêtes menées au niveau des établissements de deux des pays à l'étude (Côte d'Ivoire et Nigéria), en vue de la collecte de données plus détaillées sur l'utilisation des ressources parmi les prestataires de services de planning familial. Cet article résume les études effectuées, avec mise en évidence des résultats relatifs aux structures de planning familial verticales et intégrées dont la pertinence paraît claire dans le contexte de la mise en œuvre du Programme d'action du Caire.

Études de pays

Méthodes

Pour chacun des cinq pays—Côte d'Ivoire, Nigéria, Bénin, Guinée et Ghana—une étude de cas a été préparée par des représentants et organismes au courant de l'histoire, du financement et de l'organisation des activités de planning familial du pays.* Ces études avaient pour but de produire une description hiérarchique détaillée de la structure des prestations dans chaque pays.

Les principaux organismes donateurs internationaux participant aux activités de planning familial de chaque pays ont été identifiés, et leurs activités suivies jusqu'aux organismes intermédiaires—organismes d'État et organisations non gouvernementales—chargés de la mise en œuvre des programmes. L'étude s'est également efforcée de décrire la forme organisationnelle à chaque niveau du système et de récolter les statistiques de prestation pertinentes.

Une grande partie de la recherche se fonde sur des expériences qui altèrent la structure des services. Notre analyse repose quant à elle sur l'observation directe des structures organisationnelles en place dans les pays à l'étude. Les variations structurelles observées sont le produit de chaque histoire nationale spécifique des

décisions, coordonnées ou non, relatives au financement, aux politiques et à l'allocation des ressources. Nous sommes dès lors limités à une évaluation descriptive de la situation effective de chaque pays.

Perspective historique du planning familial

Les cinq nations ouest-africaines examinées dans cet article partagent de nombreuses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, dont, notamment, de hauts indices de fécondité. Vers la fin des années 1980 et le début des années 1990, ces indices s'élevaient de 5,1 naissances par femme en Côte d'Ivoire à un peu plus de 6,6 en Guinée. La mortalité infantile atteignait des taux compris entre 124 décès par millier de naissances vivantes en Guinée et 73 pour mille au Ghana. Ces pays se caractérisaient du reste par une profonde pauvreté, une faible espérance de vie, des taux de mortalité maternelle élevés, des niveaux de soins médicaux primaires rudimentaires, des normes culturelles valorisant largement les familles nombreuses et de faibles taux de prévalence contraceptive.

L'introduction du planning familial, sous quelque forme que ce soit, et l'adoption de politiques démographiques nationales officielles y sont, en partie du moins, le produit des efforts d'organisations non gouvernementales (ONG). Dans chaque étude de pays, le coup d'envoi avait été donné par une ONG déjà affiliée ou l'étant devenue à la Fédération Internationale pour le planning familial (IPPF).

Structure des services de planning familial Malgré les différences marquées des structures en vigueur dans les cinq pays, il existe aussi de nombreuses similarités.

• **Intégration des prestations du secteur public.** Dans tous les cas, les prestations étatiques de services de planning familial sont actuellement intégrées au système de prestation des services de soins de santé primaires, même si la disponibilité de ces services varie grandement.

La Côte d'Ivoire représente l'une des situations extrêmes: jusqu'en 1991, le gouvernement y tolérait les activités de planning familial sans toutefois déployer d'effort concerté en faveur de leur intégration dans le système de soins de santé. En 1994, 70 seulement des 206 centres de soins organisés par l'État dans quatre régions[†] offraient des services de planning familial. La plupart étaient du reste affiliés à un programme extérieure: 17 faisaient partie du Programme de maternité sans risque (prestataire de services de santé de la mère et de l'enfant pleinement

intégrés, planning familial compris) organisé sous les auspices du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), et environ 37 bénéficiaient d'une forme d'assistance ou l'autre de l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF), une filiale de l'IPPF.

L'expérience de la Guinée et du Bénin est assez similaire à celle de la Côte d'Ivoire. La Guinée n'a adopté de politique démographique nationale et commencé à intégrer de services de planning familial au secteur de la santé publique qu'en 1992. En 1994, environ deux tiers des centres organisés par l'État offraient des services de planning familial. Une grande partie de ces centres opèrent en collaboration avec la Guinean Association for Family Well-Being (GAFWB), filiale locale de l'IPPF.

À l'image de la Côte d'Ivoire, il existe une distinction, en Guinée, entre les centres purement étatiques et ceux du secteur public exploités en collaboration avec les ONG ou autres organisations externes. En 1994, sur 300 et quelques centres de soins de santé, on dénombrait 95 cliniques «pilotes» organisées par l'État en collaboration avec la GAFWB et offrant des services de planning familial intégrés, et 28 cliniques publiques seulement offrant ces services sans intervention de la GAFWB.

Le Ghana est le premier des cinq pays à l'étude à avoir reconnu officiellement les activités de planning familial. Une politique démographique nationale y était adoptée dès 1969, suivie de la formation, en 1970, du Ghana National Family Planning Program chargé de l'exécuter. En 1989, 473 centres organisés par l'État offraient des services de planning familial dans un contexte intégré couvrant toutes les régions du pays, bien que de manière plus complète dans les centres urbains.

Le Nigéria présente un cas particulier, en ce que les services de santé publique sont assurés au niveau fédéral, fédéré et local du gouvernement. Les centres du secteur public assurent généralement leurs services de planning familial dans un contexte intégré. Selon une enquête menée en 1994 auprès de 251 établissements du

*Les individus et organismes suivants ont assuré la préparation des études de cas: Côte d'Ivoire—John F. Stewart (University of North Carolina) et Koume Koffi (Association ivoirienne pour le bien-être familial); Nigéria—Alfred Adewuyi (Obafemi Awolowo University) et Dominic Mancini (Carolina Population Center); Bénin—Aristide Aplogan (Operations Research Consultant); Ghana—Population Impact Project (University of Ghana); et Guinée—Amadou Lamarana Diallo (Association guinéenne pour le bien-être familial) et Boubacar Toure (ministère guinéen de la Santé).

†Aucun service de planning familial n'était disponible dans les six régions restantes du pays.

secteur public dans cinq des 30 états de la fédération nigérienne, environ 80% offraient, à chaque niveau gouvernemental, des services de planning familial.¹⁴ Une minorité des établissements d'Etat employait les services d'un système de prestations vertical: sept centres publics nigériens limitaient strictement leurs services au planning familial, et 16 offraient leurs services de planning familial dans le cadre d'une unité ou d'un service distinct en assumant exclusivement la responsabilité.

• *Prestations verticales et participation des ONG.* En dépit d'arrangements fort variables, chaque pays présente une structure de services de planning familial non gouvernementale parallèle au système d'Etat et de nature plus ou moins verticale.

Au Ghana, la Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG) exploitait ainsi 43 cliniques en 1989. Beaucoup offraient une variété de services de santé maternelle et de l'enfant en plus de leurs prestations de planning familial. Des cliniques de planning familial structurées verticalement opèrent au Nigéria sous l'égide de la Planned Parenthood Federation of Nigeria (PPFN), mais elles sont relativement moins significatives dans ce pays que dans les autres à l'étude.

Dans les trois pays restants, ces ONG de planning familial ne s'occupent pas seulement de la prestation de services, mais encore du soutien direct des prestations offertes dans les établissements du secteur public. Bien que variable d'un pays à l'autre, ce soutien inclut la fourniture de contraceptifs ainsi que l'apport de services de gestion, d'encadrement et d'assistance technique.

En Côte d'Ivoire, l'AIBEF gère directement les prestations de planning familial

dans certains établissements d'Etat et assure une assistance technique dans d'autres. A l'exception des 17 établissements d'Etat assistés par le programme de maternité sans risque du FNUAP, ceux non assistés par l'AIBEF n'offrent pratiquement aucun service de planning familial. L'AIBEF exploite en outre ses propres cliniques à structure verticale, au nombre de sept, dont elles assurent l'approvisionnement en contraceptifs, en plus de celui de la plupart des cliniques du secteur public.

En Guinée, plus de trois quarts des cliniques «publiques» offrant des services de planning familial sont exploitées par la GAFWB, et une bonne partie du financement de leurs opérations provient de l'IPPF. De 1987 à 1994, 48% des ressources financières totales affectées au programme guinéen de santé de la famille provenaient de l'IPPF et 38%, de l'agence américain pour le développement international (USAID). Au Bénin, l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF), filiale locale de l'IPPF, exploite trois cliniques de planning familial essentiellement verticales bien qu'offrant aussi des consultations de soins pré- et postnataux. L'ABPF assure du reste l'approvisionnement en contraceptifs et équipement de 80 cliniques du secteur public.

Autre similarité encore, la plupart des pays possèdent un troisième système de prestations de planning familial, sous la forme d'un programme de marketing social ou de distribution communautaire faisant appel aux mécanismes du marché pour la distribution de contraceptifs. Ces programmes se caractérisent par une organisation largement verticale. Ils remplissent, dans plusieurs pays, une fonction importante au niveau de la prestation des services.

Répartition du produit du planning familial

Chaque établissement, dans les cinq pays, offre une combinaison variée de services de planning familial et les données ne sont pas toujours strictement comparables. Nous avons toutefois utilisé les années-couple de protection comme mesure approximative de l'importance de chaque type de structure au sein des différents pays.

Nous avons évalué le nombre total d'années-couple de protection assurées au Bénin, en Côte d'Ivoire et en Guinée au niveau national.* Pour le Nigéria, les données proviennent des résultats de l'enquête de 1995; ils ne couvrent que les établissements soumis à l'étude et ne sont dès lors pas représentatifs à l'échelle nationale. Pour le Ghana, le calcul s'est avéré impossible étant donné la rareté des don-

nées disponibles.

La distribution et le nombre total d'années-couple de protection sont présentés au tableau 1 par type de programme dans chacun des pays à l'étude. Les résultats soulignent le rôle essentiel, dans ces pays, des programmes de planning familial à structure verticale. A l'exception du Nigéria, où une nette majorité de consultations de planning familial se produisent dans les établissements largement intégrés du secteur public, une majorité ou, pour le moins, une très large proportion du total des années-couple de protection assurées par le planning familial le sont par les ONG ou à travers les systèmes de marketing social ou de distribution communautaire.

En Côte d'Ivoire, plus de la moitié des consultations de planning familial relevées dans un cadre clinique étaient intervenues dans les sept cliniques verticales de l'AIBEF, par rapport à 3% seulement dans les cliniques d'Etat non assistées par l'AIBEF. Pour l'année 1994, nous estimons que plus de 80% des années-couple de protection assurées en Côte d'Ivoire l'avaient été à travers les cliniques de l'AIBEF et le système de marketing social, par rapport à 17% à travers les cliniques du secteur public bénéficiant du support technique de l'AIBEF et 3% seulement à travers les cliniques publiques intégrées indépendantes de l'AIBEF.

En Guinée, environ 24% des années-couple de protection étaient le produit des cliniques de la GAFWB, 68% avaient été assurées par le programme de marketing social et le reste, à travers les établissements d'Etat. Pour le Bénin, nous estimons à 45% les années-couple de protection dérivées des méthodes cliniques obtenues dans les trois cliniques de l'ABPF, les 55% restants ayant été assurés à travers les quelque 400 établissements du secteur public.

La situation nigérienne diffère largement de celle des autres pays ouest-africains examinés ici. Plus de 70% des années-couple de protection assurées y étaient le produit des établissements d'Etat; comme indiqué plus haut, certains de ces établissements présentent toutefois une structure verticale plutôt qu'intégrée.

Etudes d'établissements

Selon les défenseurs de l'intégration, la combinaison d'activités de planning familial avec d'autres services permettra d'accroître l'efficacité d'utilisation des ressources. Pour approfondir la question, nous avons examiné les niveaux d'utilisation du personnel d'un échantillon d'établissements de la Côte d'Ivoire et du Nigéria. (L'analyse ne repose pas sur un

*Au Bénin, les données sont dérivées de la distribution contraceptive de stérilets (sur la base de 3,36 années-couple de protection par stérilet inséré) et du nombre total d'utilisatrices de la pilule et des injections (sur la base de une année-couple de protection par utilisatrice d'une méthode renouvelable). L'ABPF avait fourni des données sur l'usage du préservatif et des tablettes moussantes, mais pas les établissements du secteur public; ces méthodes ont dès lors été exclues des calculs des années-couple de protection clinique. Le produit du marketing social repose sur la distribution de préservatifs par l'Association Béninoise pour le Marketing Social. Toutes les données concernent l'année 1994. Celles de la Côte d'Ivoire se fondent sur la distribution de contraceptifs en 1994 et les résultats de l'étude d'établissements entreprise en 1995. Les établissements du secteur public assistés par l'AIBEF sont inclus dans la catégorie des établissements publics. Pour la Guinée, les données reposent sur une moyenne annuelle de la distribution contraceptive de 1987 à 1992 pour les établissements d'Etat (intégrés) et GAFWB (verticaux). Pour la Côte d'Ivoire et la Guinée, les données de marketing social sont extraites des chiffres de distribution de contraceptifs de Population Services International.

modèle expérimental.*) En Côte d'Ivoire, nous avons comparé les programmes à structure verticale aux établissements intégrés du secteur public.

Méthodes

Les informations ont été récoltées à l'aide d'une série d'instruments d'enquête. Les données relatives à l'organisation fondamentale de l'établissement (disponibilité de services, heures d'ouverture, gestion et structure organisationnelle) ont été recueillies à travers un questionnaire soumis à ses responsables. Un questionnaire d'inventaire a servi à la collecte des informations relatives aux ressources des établissements (effectifs, équipement et fournitures, et espace physique). Les statistiques de sortie du planning familial et des autres activités ont été obtenues directement, dans les dossiers de chaque établissement, dans le cadre de l'inventaire. Les responsables d'établissement ont également été interrogés sur l'allocation des effectifs, de l'espace et de l'équipement au planning familial par rapport aux autres activités de la clinique. Des données limitées ont du reste été obtenues sur la qualité des services, en termes de formation du personnel, caractère adéquat de l'équipement et de l'infrastructure, etc.

La dernière partie de l'enquête comprenait une analyse de scénario détaillée destinée à la collecte d'informations sur le mode d'allocation des ressources aux différents services.[†] Dans ce module, le responsable d'établissement ou le membre du personnel le plus directement responsable de la prestation des services de planning familial (et le plus au courant des procédures de l'établissement) a été invité à décrire les procédures et la durée moyenne des services de chaque type offerts aux différents types de clientèle. Le questionnaire marquait la distinction entre les nouvelles clientes et celles existantes et suivait le parcours d'une patiente hypothétique de la phase d'enregistrement initiale à celle, finale, de l'acceptation d'une méthode. Le «temps effectifs» total requis représente le total du temps consacré à l'enregistrement de la patiente, la consul-

Tableau 1. Nombre et répartition en pourcentage des années-couple de protection, selon la source du programme, par pays et par type de méthode

Pays et méthode	Organisation verticale non gouvernementale		Programme gouvernemental intégré		Marketing social/ autre*		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bénin								
Méthodes								
cliniques seules	10.227	44,9	12.540	55,1	na	na	22.767	100,0
Toutes méthodes	10.227	24,5	12.540	30,0	18.990	45,5	41.757	100,0
Côte d'Ivoire								
Méthodes								
cliniques seules	38.391	69,4	16.934	30,6	na	na	55.325	100,0
Toutes méthodes	38.391	43,8	16.934	19,3	32.283	36,8	87.608	100,0
Guinée								
Méthodes								
cliniques seules	5.212	75,8	1.664	24,2	na	na	6.876	100,0
Toutes méthodes	5.212	24,5	1.664	7,8	14.413	67,7	21.289	100,0
Nigéria								
Méthodes								
cliniques seules	26.019	18,0	101.297	70,0	17.272	11,9	144.588	100,0

*Y compris la distribution communautaire. Note: na=non applicable.

tation, l'examen médical et la procédure de planning familial ou la distribution de contraceptifs.

Une stratégie d'échantillonnage différente a été adoptée dans chaque pays. Au Nigéria, cinq états (Anambra, Kebbi, Lagos, Osun et Plateau) ont été inclus dans l'enquête, dont quatre sélectionnés aléatoirement parmi les états cibles de l'organisme USAID, et le cinquième choisi parmi les états non ciblés.[‡]

Dans chaque état, les établissements ont été sélectionnés sur la base des grappes d'échantillonnage utilisées lors de la dernière Enquête démographique et de santé (EDS). Une grappe EDS aléatoire a été sélectionnée, et tous les établissements repris dans le recensement des centres de soins de la juridiction locale comprenant cette grappe ont été inclus dans l'échantillon. D'autres grappes EDS ont été sélectionnées aléatoirement, et ainsi de suite jusqu'à atteindre le nombre d'établissements ciblé dans chaque état. L'échantillon nigérian représente dès lors un échantillon aléatoire des cinq états soumis à l'étude seulement, non représentatif du pays tout entier.

En Côte d'Ivoire, l'existence de services de planning familial n'ayant été rappor-

tée que dans quatre des 10 régions du pays, l'enquête a été limitée à ces quatre régions, relativement plus riches (sud, centre-nord, centre-ouest et nord du pays). Une procédure comparable à celle utilisée au Nigéria a été appliquée en Côte d'Ivoire, avec sélection de la sous-préfecture comme niveau de gouvernement local appelé à définir la région géographique de la grappe EDS. Etant donné notre intérêt pour les organisations verticales, les grappes EDS les plus proches des sept cliniques de l'AIBEF ont été sélectionnées automatiquement. Les établissements restants ont été sélectionnés par échantillonnage aléatoire. Après sélection aléatoire des grappes, nous avons inclus tous les établissements de la sous-préfecture de chacune.[§]

Les études d'établissement ont été menées en Côte d'Ivoire et au Nigéria entre la fin du printemps et le début de l'été 1995, sur un total de 100 établissements en Côte d'Ivoire et de 463 au Nigéria. Seuls ceux qui offraient des services de planning familial et dont les données étaient suffisantes à l'élaboration des variables nécessaires à l'analyse ont cependant été retenus, soit un nombre réduit à 32 en Côte d'Ivoire (sept cliniques verticales de

*Les systèmes de prestation des établissements ne sont pas le produit d'approches aléatoires; ils résultent plutôt des antécédents historiques politiques, de financement et des décisions d'exploitation des organisations responsables. Dans le cas de la Côte d'Ivoire, ces antécédents incluent les décisions prises par les principaux donateurs (USAID et IPPF) de consacrer leurs ressources à l'expansion du système vertical à travers l'AIBEF, la décision du FNUAP d'introduire son programme de maternité sans risques dans une série de cliniques d'Etat relativement petites au service de populations largement rurales, et la décision du gouvernement de déléguer largement la responsabilité du planning familial offert dans

les établissements publics à un autre organisme. La situation du Nigéria est très différente: sous chaque autorité responsable, certains établissements sont structurés verticalement et d'autres sont intégrés. Ici encore, les systèmes observés sont le produit des choix opérés par les organisations en jeu.

†L'analyse de scénario représente l'une des nombreuses approches possibles d'estimation du temps d'effectifs. D'autres méthodes (les approches basées sur l'observation, notamment) sont plus précises, mais elles sont aussi beaucoup plus onéreuses en présence de nombreux établissements. L'imputation des résultats d'estimations plus

précises relatives à un petit nombre d'établissements à une plus grande quantité d'établissements implique du reste un certain coût statistique.

‡USAID définit les états ciblés comme ceux où l'organisme a investi des ressources. La décision d'investissement résulte souvent d'un effort complexe de coordination avec les autres organismes donateurs, compte tenu des politiques adoptées par les gouvernements locaux.

§D'autres détails relatifs aux procédures d'échantillonnage des enquêtes du Nigéria et de la Côte d'Ivoire peuvent être trouvés ailleurs (source: EVALUATION Project, 1997, référence 3).

l'AIBEF et 25 cliniques du secteur public offrant leurs services de planning familial dans un environnement intégré), et à 209 au Nigéria, dont 25 structures verticales (le total incluant 162 établissements publics, dont 130 exploités par les gouvernements locaux, 41 cliniques privées et trois cliniques de la PPFN).

Mesures d'utilisation du personnel

Les coûts du personnel représentent une portion majeure du coût total des services de planning familial. Trois études des dépenses totales consenties aux activités de planning familial en Tanzanie, au Ghana et en Côte d'Ivoire estiment ces frais de personnel entre 30% et 45% des coûts directs de la prestation de services.¹⁵ Des éléments d'entrée nécessaires à la production du planning familial, la gestion efficace et la bonne utilisation du personnel sont probablement les aspects le plus étroitement liés au coût moyen de la sortie. Ainsi, un stérilet payé mais non vendu pendant une semaine donnée peut l'être la semaine suivante; 40 heures de temps d'équipe médicale payées pour la semaine mais non utilisées à des fins productives représentent toutefois 40 heures irrécupérablement perdues.

Enfin, dans beaucoup de pays pauvres, ce temps d'équipe médicale est une contrainte ferme. Le nombre de professionnels formés dans le domaine médical est très limité et il est beaucoup plus difficile d'accroître leur nombre que d'obtenir des fournitures, un équipement ou un espace supplémentaire. L'utilisation efficace du personnel médical existant revêt dès lors une importance critique dans ces régions.

*Par exemple, si une infirmière travaille 40 heures/semaine et qu'il lui faut 30 minutes pour accomplir toutes les tâches nécessaires à l'insertion d'un stérilet, cette infirmière peut effectuer un maximum théorique de 80 insertions par semaine. Si cette infirmière en effectue 60 en l'espace d'une semaine, le taux d'utilisation du personnel serait de 75%. Il est important de noter que si le taux d'utilisation maximum théorique est de 100%, il existe un nombre indéterminé de raisons justifiant les variations. D'abord, personne, dans aucune organisation, ne passe 100% de son temps à l'accomplissement strict de ses tâches affectées. Il y a les moments d'absence de clientèle, les temps d'attente, d'une étape à l'autre, pendant les procédures requérant une série successive d'opérations (enregistrement, consultation, etc.), et les complications éventuellement rencontrées, les critères de temps définis ne représentant pas un paramètre fixe.

†En Côte d'Ivoire, bien que n'offrant pas de services de planning familial, 29 établissements d'Etat ont été soumis à une collecte complète de données d'effectifs et de visites. Le nombre moyen de patientes reçues par heure d'effectifs dans ces cliniques ne différerait pas significativement du nombre moyen reçu par heure d'effectifs dans les cliniques d'Etat qui offraient des prestations de planning familial. Il semble ainsi qu'il n'existe pas de grandes différences entre les temps d'effectifs requis pour les consultations de planning familial et les autres.

Nous avons choisi, pour ces raisons, les taux d'utilisation du personnel comme mesure de l'efficacité de la prestation des services. Nous avons ainsi supposé qu'une procédure particulière nécessitait une certaine quantité moyenne de temps d'effectifs. Le temps d'effectifs total disponible se définit comme le nombre total d'heures d'emploi des effectifs au service de l'établissement. La quantité totale de temps d'effectifs disponible pendant une période de temps donnée (une semaine, par exemple), divisée par le temps d'effectifs nécessaire à la réalisation d'une procédure, représente le nombre maximum de procédures réalisable par semaine pourvu que les effectifs consacrent chaque minute de leur temps à la tâche.

La quantité effective de sortie produite durant la semaine, divisée par la quantité maximale de production possible, représente la mesure d'utilisation des effectifs.* La notion devient un peu plus compliquée en présence de sorties multiples à exigences de temps distinctes. Ainsi, les taux d'utilisation du personnel peuvent être calculés sous l'hypothèse d'une combinaison constante de sorties produites.

Unités d'analyse

Les données des études d'établissements de la Côte d'Ivoire et du Nigéria ont servi à l'élaboration de quatre variables distinctes d'analyse:

•*Durée de visite de planning familial.* Cette variable a été définie en fonction des réponses des responsables d'établissement dans le cadre de la partie scénario de l'enquête. Pour chaque type de visite de planning familial, nous avons additionné les exigences de temps déclarées pour tous les types de personnel impliqués et toutes les procédures effectuées (enregistrement, consultation, examens physiques et fourniture d'une méthode contraceptive). Une moyenne pondérée du temps nécessaire à chaque type de visite a été définie, en fonction de la composition réelle des types de visites reçues dans l'établissement. Cette variable peut être interprétée telle la quantité moyenne de temps d'effectifs passé par le personnel de l'établissement par visite de planning familial, compte tenu de la combinaison courante des visites reçues et les procédures types telles que décrites par le responsable de l'établissement.

•*Taux d'utilisation du personnel affecté au planning familial.* Nous avons divisé le nombre réel de visites de planning familial enregistrées dans un établissement par le nombre maximum de visites qui auraient pu être acceptées si la totalité du temps d'effectifs était affectée au planning

familial. Le résultat peut être interprété tel le rapport entre le nombre de visites effectivement produites par l'établissement et le nombre de visites qu'il pourrait produire s'il y consacrait tout son temps d'effectifs (compte tenu des exigences de temps des visites de planning familial et la composition des types de visites). Cette variable ne peut être interprétée en soi telle une mesure d'efficacité des cliniques intégrées, puisqu'elle diminue, par définition, à mesure que la quantité de services offerts aux clientes non intéressées par le planning familial augmente. Il vaut mieux y voir, dès lors, une mesure de l'«effort» de planning familial déployé au niveau de l'établissement.

•*Taux d'utilisation totale du personnel.* Nous avons ensuite divisé le nombre total de visites (de planning familial et autres) par le nombre maximum de visites de planning familial que permettrait le temps d'effectifs total. A durée moyenne de visite de planning familial égale à celle des autres types de visites, cette mesure offre une indication de l'utilisation globale des effectifs.

•*Taux d'utilisation exclusive du personnel affecté au planning familial.* Enfin, nous avons divisé le nombre réel de visites de planning familial par la quantité de temps d'effectifs consacrée à l'activité (le dénominateur étant dérivé du rapport entre les heures totales de temps d'effectifs consacrées aux services de planning familial ou autres et la durée spécifique moyenne d'établissement estimée par visite). Cette mesure est probablement la plus précise, mais elle ne peut être calculée que dans les établissements affectant entièrement une partie de leurs effectifs au planning familial. Un grand nombre d'établissements en sont dès lors exclus.

Résultats

Les valeurs d'utilisation du personnel calculées pour les différents types d'établissements de la Côte d'Ivoire et du Nigéria sont présentées au tableau 2. Pour la Côte d'Ivoire, les établissements sont répartis entre centres AIBEF à structure verticale et cliniques multi-services intégrées non AIBEF.[†] Pour le Nigéria, où l'étude avait porté sur un beaucoup plus grand nombre d'établissements, le tableau présente les résultats des différents types d'organisations: établissements du secteur public, cliniques de la PPFN et prestataires privés. Il est ainsi possible de comparer les résultats des structures de prestations intégrées et verticales dans plusieurs types d'organisations.

Au Nigéria, les services du secteur public représentent la plus large catégorie. Il s'agit cependant d'un agrégat de trois

niveaux distincts d'établissements d'Etat. L'analyse de ces trois niveaux en tant que catégories distinctes ne produit aucune différence majeure au niveau des performances et nous avons dès lors cumulé les trois catégories en un même niveau du secteur public.

Selon les procédures signalées par les responsables d'établissement, une visite de planning familial type requerrait 15 à 30 minutes de temps d'effectifs. Au Nigéria, les établissements à structure verticale accorderaient un peu plus de temps d'effectifs à chaque visite que les établissements intégrés relevant de la même autorité, bien que les différences ne se soient pas avérées statistiquement significatives. En Côte d'Ivoire, une tendance inverse a été observée, et la différence s'est révélée marginalement significative (à $p < 0,10$).

Dans l'ensemble, l'analyse de scénario de la Côte d'Ivoire laisse entendre un besoin de temps moyen, pour une prestation de planning familial type, calculé à 16,5 minutes. Cette valeur, raisonnablement proche de celle de 15 minutes estimée dans le cadre des méthodes d'observation de l'analyse de situation de la Côte d'Ivoire,¹⁶ vient étayer les données de notre analyse de scénario.

L'analyse de situation du Nigéria suggère une durée moyenne de visite de planning familial plus longue qu'en Côte d'Ivoire: la durée moyenne non pondérée des services, dans tous les types de programmes du Nigéria, a été calculée à 22 minutes tant au niveau de l'analyse de situation qu'à celui de notre approche par scénario. Malgré les différences claires apparues entre nos résultats et ceux des analyses de situation des deux pays, l'écart ne paraît pas excessivement large. Aussi nos résultats d'analyse de scénario présentent-ils une cohérence raisonnable avec les estimations des analyses de situation menées en Côte d'Ivoire et au Nigéria.

Le taux d'utilisation des effectifs du planning familial dresse également un tableau assez uniforme dans les deux pays et sous les différentes autorités responsables. Environ 4% à 7% des capacités du personnel vont à la prestation des services de planning familial dans les établissements intégrés. (En Côte d'Ivoire, cette valeur ne s'applique qu'aux établissements du secteur public qui offrent ce type de services; dans la plupart des établissements étatiques du pays, aucune capacité n'y était affectée.)

Les données du Nigéria requièrent une interprétation complémentaire. Les établissements à structure «verticale» sont pour la plupart prestataires d'une variété de ser-

Tableau 2. Valeur moyenne des mesures d'utilisation de personnel sélectionnées, par type de programme, en Côte d'Ivoire et au Nigéria, 1995

Mesure	Côte d'Ivoire		Nigéria		PPFN‡	Privé		
	Intégré*	Vertical†	Etat			Intégré	Vertical	
			Intégré	Vertical				
Durée de visite de planning familial								
Moyenne	19,73	14,98	31,58	35,33	28,45	12,07	15,88	
Ecart type	9,40	4,46	28,80	35,35	24,53	23,04	17,81	
N	25	7	209	23	3	41	3	
Taux d'utilisation du personnel affecté au planning familial								
Moyenne	0,07	0,97	0,05	0,07	1,20	0,04	0,13	
Ecart type	0,12	0,75	0,13	0,10	1,81	0,10	0,10	
N	25	7	143	19	3	41	3	
Taux d'utilisation totale du personnel								
Moyenne	0,53	1,00	0,70	0,82	1,29	0,19	0,17	
Ecart type	1,20	0,71	1,49	1,37	1,98	0,20	0,11	
N	25	7	143	19	3	41	3	
Taux d'utilisation exclusive du personnel affecté au planning familial								
Moyenne	0,28	1,29	0,11	0,21	1,20	0,14	0,15	
Ecart type	0,37	0,50	0,20	0,23	1,81	0,35	na	
N	16	6	89	17	3	13	1	

*Les établissements intégrés sont ceux non affiliés à l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF). †Les établissements verticaux sont ceux associés à l'AIBEF. ‡Le PPFN n'exploitait que des programmes verticaux. Note: na=non applicable.

vices sanitaires mais ont choisi d'offrir des services de planning familial à travers une unité ou un département distinct. Les taux d'utilisation des effectifs indiqués pour le planning familial couvrent la totalité du personnel de l'établissement, et pas seulement celui de l'unité de planning familial.

Les structures totalement verticales incluses dans l'échantillon—les cliniques AIBEF de la Côte d'Ivoire et PPFN du Nigéria—présentent dans les deux cas des taux d'utilisation des effectifs d'au moins 100% pour toutes les mesures. Il faut en déduire que le personnel passe moins de temps par patiente que la durée signalée comme généralement requise par visite. Ainsi, la sortie produite pourrait y être accrue par simple expansion du personnel ou par réduction du temps consacré à chaque visite.

Les taux d'utilisation totale du personnel semblent indiquer de meilleurs résultats dans les établissements à structure verticale. En Côte d'Ivoire, si 20 minutes de temps d'effectifs sont consacrées, en moyenne, par visite, le temps d'effectifs actuellement disponible devrait permettre de recevoir presque deux fois plus de patientes que le nombre actuel. L'importance des écarts types révèle de plus grands excès de capacité encore dans de nombreux établissements, tandis que d'autres ont atteint leur limite. Il ne s'agit pas là d'une nouvelle observation, et la tendance est confirmée par les analyses de situation des deux pays. (Au Nigéria, par exemple, 19% des établissements servaient

75% de la clientèle totale comprise dans l'échantillon.¹⁷)

En Côte d'Ivoire, nos trois mesures de comparaison de l'utilisation des ressources révèlent toutes une meilleure utilisation des ressources de main-d'œuvre dans les établissements de l'AIBEF (structure verticale) que dans les programmes intégrés. Ces différences sont marginalement significatives ($p < 0,10$) et sont observées quelle que soit l'importance du temps d'effectifs consacré au planning familial: temps total (mesure du taux d'utilisation au planning familial) ou temps déclaré (taux d'utilisation du personnel consacré exclusivement au planning familial). Même lorsque la mesure est combinée de manière à inclure les visites de planning familial et les autres, les structures verticales semblent tirer parti de leurs ressources de main-d'œuvre près de deux fois plus que les établissements intégrés, bien que, ici encore, la différence ne soit pas statistiquement significative.

Plus ambigus, les résultats du Nigéria confirment toutefois généralement la meilleure utilisation des ressources de main-d'œuvre dans les structures verticales. (Le seul exemple de résultat contraire apparaît dans le taux d'utilisation des effectifs des établissements privés du Nigéria.) Cinq mesures sur six laissent supposer des valeurs moyennes supérieures dans les établissements à organisation verticale de chaque type de programme, mais les différences ne sont pour la plupart pas significatives. (Dans la majorité des cas, les

écarts types sont cinq fois plus grands que la différence observée dans les estimations d'utilisation moyenne.)

En Côte d'Ivoire, l'efficacité des établissements de l'AIBEF pourrait être attribuée au caractère non gouvernemental de l'organisation plutôt qu'à la structure de ses prestations. Au Nigéria, les résultats indiquent toutefois une efficacité supérieure aussi dans beaucoup d'établissements du secteur public. D'un autre côté, il se peut que les établissements ciblant des populations particulières et que cela fausse aussi nos résultats. Une analyse plus approfondie des facteurs de la demande serait manifestement utile.

Les analyses de situation indiquent par ailleurs qu'en Côte d'Ivoire comme au Nigéria, les établissements à plus gros volume semblent traiter plus efficacement la charge de leur clientèle. Il se peut par conséquent que nos mesures d'utilisation du personnel suraccentuent l'impact de la structure par manque d'égard au volume représenté par la clientèle. L'examen, dans nos données, du rapport entre volume de la clientèle et taux d'utilisation des effectifs semble indiquer une relation positive, mais la différence n'apparaît que dans les établissements du secteur public de la Côte d'Ivoire. L'importance des économies d'échelle n'en mérite pas moins une analyse plus approfondie.

Enfin, dans les établissements intégrés à structure verticale partielle à travers l'affectation de personnel aux activités exclusives du planning familial, le niveau d'utilisation des effectifs s'est avéré assez faible, et ce tant en Côte d'Ivoire qu'au Nigéria.

Conclusion

La mise en œuvre du Programme d'action du Caire présente bien des défis, quand on pense à la magnitude des ressources nécessaires et à la limitation probable des fonds disponibles. Une partie considérable des ressources devant être générée localement, la gageure paraît d'autant plus grande pour les nations les plus pauvres, où le besoin est grand mais la capacité d'autofinancement, réduite. Bien que l'esprit du Caire préconise l'intégration du planning familial aux autres services d'hygiène de la reproduction, le résultat de nos travaux laisse entendre qu'il serait dommage de rejeter systématiquement les approches verticales.

La prestation de services organisés verticalement par une ONG s'est souvent révélée une source importante (si pas prédominante) de services de planning familial, malgré un nombre d'établissements relativement restreint pourtant, sur-

tout dans les pays où le programme national de planning familial était faible (Côte d'Ivoire, Bénin et Guinée). Dans ces mêmes pays, les programmes de marketing social faisaient également partie intégrante des prestations de planning familial.

Si les programmes verticaux produisent une demande supérieure à celle des établissements publics intégrés, la cause en est peu claire, qu'il s'agisse de services de meilleure qualité, d'une meilleure concentration organisationnelle ou de la faiblesse du système d'Etat. Les données descriptives de nos études semblent toutefois indiquer l'entrée en jeu de tous ces facteurs.

L'affectation des ressources entre les différents éléments du Programme d'action est également liée à la question. D'après les études menées dans les établissements, les prestataires de services verticaux (ONG surtout), plutôt que d'être moins efficaces, semblaient en fait opérer à des niveaux d'efficacité égaux ou même supérieurs à ceux de leurs homologues intégrés.

Enfin, bien que l'élimination des infrastructures générales et administratives doublées soit considérée tel un argument majeur en faveur de l'intégration, plusieurs des pays à l'étude semblent évoluer dans la direction inverse: plutôt que de voir la structure politique et administrative du secteur public incorporer le planning familial dans l'administration existante, les ONG verticales semblent étendre leur assistance administrative, logistique et technique aux établissements organisés par l'Etat. Qui plus est, et cela, vraisemblablement, en réponse à l'appel de la Conférence du Caire, les filiales de l'IPPF semblent avoir commencé à inclure des services autres que de planning familial (soins de la grossesse, etc.) dans leurs propres cliniques.

Notre recherche n'est pas sans limitations. Les résultats concernent en premier lieu un ensemble de pays où la prévalence contraceptive demeure très faible et les conditions sanitaires particulièrement rudimentaires. En second lieu, notre étude représente un examen descriptif des systèmes de prestation dans cinq pays où le planning familial ne semble pas compter au nombre des grandes priorités du gouvernement et où une grande partie de l'aide consentie à ses programmes émane d'organismes fermement et spécifiquement engagés au service du planning familial. L'allocation de cette assistance au soutien de programmes suivant, dans une large mesure, la structure d'organisation verticale, n'est guère surprenante.

Ainsi, si les structures de services de planning familial verticales semblent ex-

ploiter leurs ressources de main-d'œuvre plus efficacement que les systèmes intégrés, les mérites relatifs des différents types d'organisation dépendent presque certainement des conditions économiques, sociales et politiques de l'endroit. Pour tirer le meilleur parti possible de ressources limitées, il est indispensable d'adapter chaque structure de programme à la situation locale.

Références

1. Nations Unies, *Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development*, Cairo, du 5 à 13 septembre 1994, New York: United Nations Publications, 1994.
2. Vlassoff M, Exterkate M et Eelens F, *Global resource flows for population activities: post-ICPD experience*, rapport présenté au congrès de la Population Association of America, Chicago, IL, USA, du 2 à 4 avril 1998.
3. EVALUATION Project, rapports présentés au Seminar on family planning program structure, cost and performance, Côte d'Ivoire, du 29 à 30 juillet 1997, Chapel Hill, NC, USA: Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill.
4. Betemariam W, *Issues in vertical and integrated family planning service delivery*, Options II Project, Washington, DC: The Futures Group International, 1993.
5. Ibid; et Ness G, *Integration in Family Planning*, Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press, 1984.
6. Simmons R et Phillips JF, *Integration of family planning with health and development*, dans: Lapham RL et Simmons GB, réds., *Organizing for Effective Family Planning Programs*, Washington, DC: National Academy Press, 1987.
7. Ibid.; et Gillespie D, *Issues in integrated family planning and health programs*, dans: Wawer M et al., réds., *Health and Family Planning in Community-Based Distribution Programs*, Boulder, CO, USA: Westview Press, 1985.
8. Korten DC, *New issues, new options: a management perspective on population and family planning*, *Studies in Family Planning*, 1979, 10(1):3-14.
9. Simmons R et Phillips JF, 1987, op. cit. (voir référence 6).
10. Files LA, *A reexamination of integrated population activities*, *Studies in Family Planning*, 1982, 13(10):297-302; et Simmons R et Phillips JF, 1987, op. cit. (voir référence 6).
11. Gillespie D, 1985, op. cit. (voir référence 7).
12. Ibid.
13. Ickis J, *Structural issues related to delivery of systems*, in Lapham RL et Simmons GB, 1987, op. cit. (voir référence 6); et Sadik N, *Maternal and child health and family planning programmes*, dans: *Population Policies and Programmes: Lessons Learned from Two Decades of Experience*, New York: Fonds des Nations Unies pour la Population; et New York: New York University Press, 1991.
14. EVALUATION Project, 1997, op. cit. (voir référence 3).
15. Ibid.
16. Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF), *Analyse situationnelle du programme d'extension des services de planification familiale en Côte d'Ivoire, Ouagadougou, Côte d'Ivoire: AIBEF; et New York: Population Council, 1992.*
17. Askew I, Mensch B et Adewuyi A, *Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria*, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(5):268-283.