

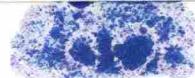


RAPPORT
DE
RECHERCHE

**ANALYSE
SITUATIONNELLE
DES SERVICES DE
PLANIFICATION
FAMILIALE DANS LES
REGIONS DE KOULIKORO
ET SIKASSO, MALI**

Août 1996

Vol. VI



48

1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
20100

TABLE DES MATIERES

| | Page |
|---|-------------|
| PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'EXECUTION DE L'ETUDE | iii |
| REMERCIEMENTS | iv |
| SIGNIFICATION DES ACRONYMES | v |
| LISTE DES TABLEAUX | vi |
| LISTE DES GRAPHIQUES | vii |
| RESUME | <u>viii</u> |
| INTRODUCTION | 1 |
| CARACTERISTIQUES DU PAYS | 2 |
| A/ MILIEU PHYSIQUE | 2 |
| B/ DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES | 2 |
| C/ ECONOMIE | 3 |
| D/ POLITIQUE SECTORIELLE DE SANTE ET DE POPULATION | 3 |
| METHODOLOGIE DE L'ETUDE | 6 |
| A/ JUSTIFICATIONS ET OBJECTIFS | 6 |
| B/ CADRE CONCEPTUEL | 7 |
| C/ ECHANTILLONNAGE | 7 |
| D/ INSTRUMENTS DE COLLECTE | 8 |
| E/ PREPARATION ET DEROULEMENT DE LA COLLECTE | 9 |
| F/ EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES | 10 |
| G/ DIFFICULTES RENCONTREES | 11 |
| H/ POPULATIONS FINALES DE L'ETUDE | 11 |
| <u>Première partie: LES POINTS DE PRESTATION DE SERVICES FIXES</u> | |
| Chapitre I: PROFIL DES CLIENTES ET DES PRESTATAIRES | 14 |
| 1.1. PROFIL DES CLIENTES PF | 14 |
| 1.2. PROFIL DES CLIENTES SR | 16 |
| 1.3. PROFIL DES PRESTATAIRES | 19 |
| Chapitre II: CAPACITE FONCTIONNELLE DES PPS | 22 |
| 2.1. INSTALLATIONS ET FACILITES CONNEXES | 22 |
| 2.2. EQUIPEMENTS ET MATERIEL | 24 |
| 2.3. SUPPORTS ET ACTIVITES D'IEC | 24 |
| 2.4. ACCESSIBILITE DES SERVICES | 26 |
| 2.5. CYCLE LOGISTIQUE | 27 |
| 2.6. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE | 27 |
| 2.7. GESTION ET SUPERVISION | 28 |
| 2.8. PERSONNEL | 29 |
| 2.9. LECONS APPRISES | 31 |
| Chapitre III: QUALITE DES SERVICES | 32 |
| 3.1. CHOIX DE LA METHODE CONTRACEPTIVE | 32 |
| 3.2. RELATIONS INTERPERSONNELLES | 37 |
| 3.3. INFORMATION DONNEE AUX CLIENTES | 37 |
| 3.4. COMPETENCE TECHNIQUE DES PRESTATAIRES | 40 |
| 3.5. MECANISME POUR ASSURER LA CONTINUITE | 43 |
| 3.6. INTEGRATION DES SERVICES | 44 |
| 3.7. LECONS APPRISES | 45 |

Deuxième partie: LA DISTRIBUTION A BASE COMMUNAUTAIRE

| | |
|---|----|
| Chapitre I: PROFIL DES CLIENTES ET DES ANIMATEURS | 46 |
| 1.1. PROFIL DES CLIENTES DBC | 46 |
| 1.2. PROFIL DES ANIMATEURS | 48 |
| Chapitre II: CAPACITE FONCTIONNELLE DES PPS | 51 |
| 2.1. EQUIPEMENTS ET MATERIELS | 51 |
| 2.2. SUPPORTS ET ACTIVITES IEC | 51 |
| 2.3. ACCESSIBILITE DES SERVICES | 52 |
| 2.4. CYCLE LOGISTIQUE | 52 |
| 2.5. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE | 53 |
| 2.6. GESTION ET SUPERVISION | 53 |
| 2.7. PERSONNEL | 53 |
| 2.8. LECONS APPRISES | 54 |
| Chapitre III: QUALITE DES SERVICES | 55 |
| 3.1. CHOIX DE LA METHODE CONTRACEPTIVE | 55 |
| 3.2. RELATIONS INTERPERSONNELLES | 57 |
| 3.3. INFORMATION DONNEE AUX CLIENTES | 57 |
| 3.4. COMPETENCE TECHNIQUE DES PRESTATAIRES | 58 |
| 3.5. LECONS APPRISES | 59 |
| 3.6. DISCUSSION SUR L'APPLICABILITE DE LA METHODOLOGIE | 59 |
| CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS | 60 |
| BIBLIOGRAPHIE | 65 |
| ANNEXE 1: DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES CONCEPTS | 66 |
| ANNEXE 2: CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DE L'ETUDE | 67 |
| ANNEXE 3: POURCENTAGES DES PPS NE DISPOSANT DES EQUIPEMENTS ET MATERIELS SPECIFIQUES | 68 |

PERSONNES AYANT CONTRIBUE A L'EXECUTION DE L'ETUDE

Equipe de conception : Baba TRAORE, Directeur p.i. du CERPOD; CERPOD; Fara Guédel MBODJ, chef Division des Opérations, CERPOD; Christine KOLARS, Michigan Fellow, CERPOD; Dr Tandia Fatoumata KEITA, chef de cellule recherche évaluation et statistiques, DSFC; Michel DIAWARA, assistant de recherche, CERPOD.

Comité de pilotage : Salif COULIBALY, Directeur CPS; Dr Doucouré Arkia DIALLO, chef de Division, DSFC; Cheik Tidiane SIMPARA, Directeur général adjoint, PSPHR; Mme DIANE Djénéba, DNAS; Mme Diallo Rokia DIAKITE, chargée de saisie et informatique, CPS; Dr Sidi SIDIBE, chargé de statistiques, CPS; Dr Aguibou COULIBALY, assistant de programme, Groupe Pivot Survie Enfant; Dr Mountaga BOUARE, chef Division Santé Direction régionale de la Santé de Koulikoro; Dr Mamadou Adama DIABATE, Médecin-chef de Sélingué; Mme Sidibé Nafissatou DIOP, informaticienne, diplômé en santé publique, CERPOD.

Bureau du Population Council de Bamako : Hervé Ludovic de Lys, Coordonnateur du Bureau; Dr Seydou DOUMBIA, Conseiller technique; Dr Amadou TRAORE, coordonnateur régional du programme DBC, Sikasso; Dr Bouaré Saran KEITA, coordinatrice régionale du programme DBC, Koulikoro.

Bureau du Population Council de Dakar : Dr Diouratié SANOGO, Directeur RO/AT; Annamaria CERULLI, Michigan fellow.

Personnel d'enquête :

Superviseurs : Mme Touré Awa KONE DSFC; Mme Samaké Aminata SININTA, retraitée; Mme CISSE Kadiatou, PMI Hamdallaye; Mme Touré Nana CISSE, AMPPF; Mme Diarra Fadimata HAIDARA, PMI Centrale.

Observatrices : Mme Dramé Mariam ONGOIBA, SSS commune V; Mme Tangara Maïmouna CISSE, Maternité Hamdallaye; Mme Aminata FAYE, PMI Lafiabougou; Mme DAKOUO Thérèse, PMI Sogoniko; Mme SANOGO Mariam, PMI Korofina; Mme Touré Kadiatou DOUMBIA, Maternité Djikoroni; Mme Coulibaly Oumou DIAKITE, PMI Missira.

Enquêteuses : Mme Dicko Fatimata DAMBA, ESS, Mme Fomba Salimatou SANGARE, Dr Fatoumata DJENEPO, Clinique Hogon; Dr Bintou COULIBALY, Clinique Hogon; Mme Sinaba Salimata SANGARE.

Agents de saisie : Madame TOURE Aoua, CERPOD, Madame Traoré Safiatou SANGARE, CERPOD.

REMERCIEMENTS

Cette étude est le fruit de la collaboration entre le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) et le Bureau du Population Council de Bamako. A cette occasion, le CERPOD tient à remercier le Population Council de lui avoir fait confiance.

Le CERPOD remercie aussi le Projet de Recherches Opérationnelles et d'Assistance Technique (RO/AT) en Afrique du Bureau du Population Council de Dakar pour son appui technique.

Un hommage est rendu aux institutions nationales suivantes qui ont été des partenaires privilégiées dans le cadre de l'étude :

- Cellule de Planification et Statistique (CPS)
- Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC)
- Projet Santé, Population, Hydraulique Rurale (PSPHR)
- Groupe Pivot Survie de l'Enfant
- Direction Régionale de la Santé de Koulikoro
- Direction Régionale de la Santé de Sikasso

Que le personnel du Service d'Appui Technique (SAT), le Service Comptable et Financier (SCF) et le Service Administratif et du Personnel (SAP) du CERPOD soit remercié pour sa contribution.

Les remerciements vont également à l'USAID pour avoir assuré le financement de l'étude et au Population Council de New York qui a été l'agence d'exécution du projet.

SIGNIFICATION DES ACRONYMES

- AMPPF, Association Malienne Pour la Protection et la Promotion de la Famille
CAP, Connaissances, Attitudes et Pratique
CERPOD, Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement
CPS, Cellule de Planification et de Statistique
CSA_NR, Centre de Santé d'Arrondissement Non Revitalisé
CSA_R ,Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
CSCOM, Centre de Santé Communautaire
DBC, Distribution à Base Communautaire
DOP, Division des Opérations
DRS, Direction Régionale de la Santé
DSFC, Division Santé Familiale et Communautaire
EAS, Etude d'Analyse Situationnelle
IVG, Interruption Volontaire de Grossesse
MSSPA, Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
MST, Maladies Sexuellement Transmissibles
ONG, Organisation Non Gouvernementale
PF, Planification Familiale
PPS, Point de Prestation de Service
PSPHR, Projet Santé, Population, Hydraulique Rurale
RO/AT, Recherches Opérationnelles/Assistance Technique en Afrique
SIDA, Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIS, Système d'Information Sanitaire
SR, Santé de la Reproduction
USAID, Agence Américaine pour le Développement International
VIH, Virus d'Immuno-déficience Humaine

• [2] 1981-1982 - 1982-1983

1981-1982-1983 - 1982-1983 - 1983-1984

1982-1983-1984

1983-1984-1985

1984-1985-1986

1985-1986-1987

1986-1987-1988

1987-1988-1989

1988-1989-1990

1989-1990-1991

1990-1991-1992

1991-1992-1993

1992-1993-1994

1993-1994-1995

1994-1995-1996

1995-1996-1997

1996-1997-1998

1997-1998-1999

1998-1999-2000

1999-2000-2001

2000-2001-2002

2001-2002-2003

2002-2003-2004

2003-2004-2005

2004-2005-2006

2005-2006-2007

2006-2007-2008

2007-2008-2009

2008-2009-2010

2009-2010-2011

2010-2011-2012

2011-2012-2013

2012-2013-2014

2013-2014-2015

2014-2015-2016

2015-2016-2017

2016-2017-2018

2017-2018-2019

2018-2019-2020

2019-2020-2021

2020-2021-2022

2021-2022-2023

2022-2023-2024

2023-2024-2025

2024-2025-2026

2025-2026-2027

LISTE DES TABLEAUX

| | Page |
|---|------|
| TABLEAU 1: Questionnaires et types de données collectées | 8 |
| TABLEAU 2: Répartition des PPS fixes selon la région | 12 |
| TABLEAU 3: Répartition des PPS et des clientes de l'étude | 13 |
| TABLEAU 4: Données socio-démographiques des clientes de SR/PF | 17 |
| TABLEAU 5: Indicateurs de fécondité chez les clientes de SR/PF | 18 |
| TABLEAU 6: Indicateurs de planification familiale des clientes SR/PF | 19 |
| TABLEAU 7: Données socio-démographiques des prestataires | 21 |
| TABLEAU 8: Indicateurs de fécondité et de PF des femmes prestataires | 21 |
| TABLEAU 9: Répartition des prestataires qui jugent quelques procédures et tests nécessaires selon la méthode contraceptive | 35 |
| TABLEAU 10: Répartition des prestataires qui jugent quelques restrictions nécessaires selon la méthode contraceptive | 35 |
| TABLEAU 11: Répartition des prestataires qui recommandent des méthodes contraceptives selon les préférences en matière de reproduction | 36 |
| TABLEAU 12: Répartition des clientes PF connaissant l'utilisation de la pilule | 39 |
| TABLEAU 13: Répartition des prestataires formés connaissant l'utilisation des méthodes contraceptives | 42 |
| TABLEAU 14: Principaux problèmes liés à l'utilisation des méthodes spécifiques du point de vue des prestataires | 42 |
| TABLEAU 15: Données socio-démographiques des clientes DBC | 47 |
| TABLEAU 16: Indicateurs de fécondité chez les clientes DBC | 48 |
| TABLEAU 17: Données socio-démographiques des prestataires DBC | 50 |
| TABLEAU 18: Indicateurs de fécondité chez les animatrices DBC | 50 |
| TABLEAU 19: Répartition des agents DBC disposant du matériel de travail fourni par le programme | 51 |
| TABLEAU 20: Répartition des agents DBC selon le matériel d'IEC | 52 |
| Tableau 21: Répartition des agents DBC formés selon la méthode contraceptive fournie au cours des trois derniers mois | 54 |
| TABLEAU 22: Répartition des animateurs selon la méthode contraceptive fournie au cours des trois derniers mois | 54 |
| TABLEAU 23: Répartition des agents DBC qui jugent quelques restrictions nécessaires selon la méthode contraceptive | 56 |
| TABLEAU 24: Répartition des agents DBC qui recommandent des méthodes contraceptives selon les préférences en matière de reproduction des clientes | 56 |
| TABLEAU 25: Répartition des clientes DBC connaissant l'utilisation de la pilule | 58 |
| Tableau 26: Répartition des agents DBC formés connaissant l'utilisation des méthodes contraceptives | 58 |

LISTE DES GRAPHIQUES

| | Page |
|---|------|
| GRAPHIQUE 1: Nombre de PPS fixes visités | 11 |
| GRAPHIQUE 2: Répartition des nouvelles clientes selon la méthode acceptée | 15 |
| GRAPHIQUE 3: Répartition des prestataires utilisant une méthode spécifique | 20 |
| GRAPHIQUE 4: Répartition des PPS selon la disponibilité des installations spécifiques | 22 |
| GRAPHIQUE 5: Répartition des PPS selon les caractéristiques du lieu des examens | 23 |
| GRAPHIQUE 6: Répartition des PPS ne disposant pas de l'équipement minimum nécessaire | 24 |
| GRAPHIQUE 7: Répartition des PPS selon le type de matériel d'IEC disponible | 25 |
| GRAPHIQUE 8: Répartition des PPS selon l'information fournie par les supports d'IEC | 25 |
| GRAPHIQUE 9: Répartition des PPS ayant connu des ruptures de stocks au cours des 6 derniers mois selon la méthode | 27 |
| GRAPHIQUE 10: Répartition des PPS selon la date de la dernière supervision | 28 |
| GRAPHIQUE 11: Répartition du personnel selon la catégorie socio-professionnelle | 29 |
| GRAPHIQUE 12: Répartition des prestataires selon le type de formation reçue en PF | 30 |
| GRAPHIQUE 13: Répartition des prestataires formés selon les méthodes fournies au cours des trois derniers mois | 31 |
| GRAPHIQUE 14: Répartition des PPS selon le type de contraceptif offert | 33 |
| GRAPHIQUE 15: Répartition des nouvelles clientes informées des méthodes | 33 |
| GRAPHIQUE 16: Répartition des clientes pour lesquelles le prestataire a été le premier à aborder les sujets spécifiques | 38 |
| GRAPHIQUE 17: Répartition des nouvelles clientes informées de l'utilisation de la méthode acceptée | 39 |
| GRAPHIQUE 18: Répartition des clientes pour lesquelles les antécédentes et examens médicaux ont été demandés | 40 |
| GRAPHIQUE 19: Répartition des clientes selon le déroulement de l'examen pelvien | 41 |
| GRAPHIQUE 20: Répartition des prestataires selon les moyens connus pour réduire la transmission du SIDA | 43 |

RESUME

Le Gouvernement du Mali, à travers le Population Council de Bamako, a commandité au cours de l'année 1995 une Etude d'Analyse Situationnelle (EAS) des services de planification familiale dans les régions de Koulikoro et Sikasso. Cette étude vise à évaluer les capacités de fonctionnement et la qualité des services. En outre, elle devait permettre de tester l'applicabilité de la méthodologie de l'étude à la Distribution à Base Communautaire (DBC) de contraceptifs. La réalisation de l'EAS a été confiée au CERPOD.

La méthodologie associe les techniques d'inventaire et d'observation des interactions entre prestataires et clientes PF, mais aussi les interviews effectuées auprès du personnel de santé, des clientes de planification familiale et des consultantes des autres services de la santé de la reproduction. Compte tenu de la particularité de l'étude, des sages-femmes impliquées dans les prestations de service de planification familiale ont été mises à la disposition de l'équipe de recherche pour mener l'inventaire des équipements et matériels et les observations.

L'analyse des résultats distingue les points de prestations de service (PPS) fixes des villages de distribution à base communautaire.

Les PPS fixes

L'étude montre que les locaux des unités de planification familiale sont assez fonctionnels: 88% des PPS disposent d'une salle d'attente et 75% de toilettes fonctionnelles. Cependant, il a été constaté une insuffisance notoire des équipements et des matériels nécessaires aux prestations de services, tels que les tables gynécologiques (44% n'en possèdent pas), les moyens de stérilisation et de désinfection. De surcroît, les ruptures de stocks de contraceptifs sont assez fréquentes et concernent toute la gamme des contraceptifs, et plus particulièrement les méthodes de courte durée.

Les clientes sont en général satisfaites des services et en particulier de l'accessibilité géographique, mais les coûts des consultations et des contraceptifs ne sont pas conformes aux normes.

Le système d'information sanitaire est mal géré et son utilité mal perçue du personnel chargé des statistiques. Les supervisions ne sont pas régulières, 29% des PPS n'ont pas reçu la visite d'un superviseur au cours des trois derniers mois précédent l'étude.

Le personnel est en majorité constitué de femmes (81%). En outre, il est mal réparti au niveau de la pyramide sanitaire. La formation des prestataires s'avère insuffisante pour certains modules tel que le counseling (82% n'ont pas reçu une formation de ce type). Les prestataires eux-mêmes demandent à être recyclés.

Concernant la qualité des services, l'accès aux méthodes contraceptives connaît des limitations liées aux préjugés des prestataires qui subordonnent la fourniture de contraceptifs surtout à des restrictions socio-culturelles contraires aux normes et procédures en vigueur.

L'accueil est satisfaisant, mais le counseling semble orienté sur des thèmes spécifiques. Par ailleurs, toutes les conditions d'asepsie ne sont pas respectées lors des examens. Certains prestataires ne se lavent pas les mains au cours des examens pelviens et n'utilisent pas de gants stérilisés.

Les clientes et les prestataires ne maîtrisent pas le mode d'emploi des méthodes contraceptives et les précautions à prendre pour l'utilisation. Par exemple, 33% des prestataires et 66% des clientes ignorent la conduite à tenir si on n'oublie de prendre la pilule.

Enfin, il faut souligner que l'intégration des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ne semble pas effective.

La distribution à base communautaire

Tout l'équipement et le matériel distribué aux animateurs n'était pas disponible au moment de l'étude. Cependant, la disponibilité des contraceptifs est assez satisfaisante.

Les normes et procédures du programme sont dans l'ensemble respectées, notamment en ce qui concerne la vente des contraceptifs.

Les prestataires maîtrisent relativement bien le mode d'utilisation des contraceptifs. Leur faiblesse est qu'ils ne connaissent pas assez les précautions à prendre pour l'utilisation. Les restrictions socio-culturelles à l'offre des méthodes contraceptives sont par ailleurs répandues chez les agents DBC.

Applicabilité de la méthodologie à la DBC

Un des objectifs de l'étude était de tester la faisabilité de la méthodologie à la distribution à base communautaire de contraceptifs. A propos, l'étude a révélé toutes les difficultés, voire l'impossibilité, d'observer les consultations spontanées pour des raisons liées au contexte de la DBC: la rareté de la clientèle et la discrétion souhaitée dans la pratique contraceptive en milieu communautaire.

Compte tenu du fait que les conditions réelles des consultations ne peuvent pas être saisies, la méthodologie de l'étude d'analyse situationnelle telle qu'elle a été développée ne devrait pas comporter une composante observation. Pour les mêmes raisons, l'interview des clientes ne semble pas pertinente.

En définitive, la méthodologie s'applique partiellement à la DBC. Il ressort de ce qui précède, que seuls les questionnaires d'inventaire et d'interview des animateurs peuvent être retenus. Cependant, certaines questions de ces instruments de collecte doivent être revues. Par exemple, concernant le volet portant sur l'intégration des services, aucune causerie sur la santé n'a été organisée par les agents DBC en présence des équipes.

INTRODUCTION

L'étude d'analyse situationnelle (EAS) des services de planification familiale dans les régions de Koulikoro et Sikasso a été menée en 1995 par le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) agissant en qualité de contractant. Elle a été commanditée par le bureau du Population Council de Bamako et financée par l'USAID dans le cadre du programme de Distribution à Base Communautaire de contraceptifs (DBC).

Ce programme vise la décentralisation des services de planification familiale jusqu'au niveau le plus périphérique en vue d'une augmentation de la prévalence de la contraception moderne au Mali. Il a débuté par une phase expérimentale de trois ans dans 54 villages des régions de Koulikoro et Sikasso. En effet, les résultats de l'intervention ont montré que l'offre communautaire de méthodes modernes de contraception est en mesure d'accroître de façon significative les niveaux de connaissance et de pratique de la contraception en milieu rural. La stratégie d'intervention consiste à faire recruter par la communauté des animateurs (un homme et une femme) qui sont formés pour la fourniture de pilules, spermicides et préservatifs.

Au terme de la période quinquennale du programme (1994-1999), les cinq régions de Koulikoro, Sikasso, Ségou, Kayes et Mopti seront couvertes au rythme de deux régions par année.

Ce rapport consacré à l'analyse descriptive des résultats de l'EAS s'articule autour de deux parties relatives aux points de prestation de services (PPS) dits fixes et à la distribution à base communautaire. Chaque partie est subdivisée en trois chapitres : (i) le profil des clientes et des prestataires, (ii) la capacité fonctionnelle des centres de santé, et (iii) la qualité des services. L'analyse proprement dite est précédée de la description des caractéristiques du pays et de la présentation de la méthodologie de l'étude, tandis que les conclusions et les recommandations concluent le rapport.

Les ouvrages prévus dans le cadre de la dissémination des résultats de l'étude incluent une brochure dans laquelle les principaux résultats des deux régions sont comparés. En conséquence, le présent rapport est axé sur l'analyse des données pour l'ensemble de la zone de l'étude.

CARACTERISTIQUES DU PAYS

A/ MILIEU PHYSIQUE

Le Mali est un pays enclavé vaste de 1 248 574 km². Il est limité par l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et la Guinée au sud, la Mauritanie et le Sénégal à l'ouest.

C'est un pays de plaines et de plateaux constitué de trois zones climatiques. Du nord au sud, on trouve respectivement le Sahara désertique, la zone sahélienne et la partie tropicale. les limites de ces différentes zones dépendent des variations de la pluviométrie en importance et en durée, d'une année à l'autre.

Le réseau hydrographique dessert surtout le sud du pays. La partie septentrionale de cette zone est arrosée par le fleuve Sénégal et ses affluents, la partie orientale par le fleuve Niger et ses constituants. L'ensemble de ce réseau a un régime tropical : basses eaux pendant la saison sèche et hautes eaux pendant la saison des pluies.

Depuis 1971, la sécheresse s'est installée et a contribué et contribue encore à affecter les zones climatologiques et les mouvements de population sur tout le territoire.

B/ DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

La population du Mali est estimée à 9.012.000 habitants en 1995. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national. Les cinq régions du sud ont une population supérieure à un million d'habitants, tandis que les régions du nord totalisent moins de 500.000 habitants chacune. La population résidente du Mali est essentiellement rurale : 21% résident en milieu urbain.

Le taux d'accroissement naturel est de 2,7%, résultant d'un taux brut de natalité de 46,6 pour mille et d'un taux brut de mortalité de 19,5 pour mille pour la période 1982-1987. Le taux d'accroissement net est estimé à 1,81%, ce qui suppose une émigration élevée.

La population est jeune, conséquence de la fécondité élevée (7,1 enfants par femme selon l'EDS/1987): 46% sont âgés de moins de 15 ans, tandis que la part de la population de plus de 64 ans est de 3%. Les femmes se marient tôt (âge médian au premier mariage est de 16 ans environ) et le mariage est quasiment universel : en 1987, 92% des femmes en âge de procréer étaient en union.

Bien qu'ayant enregistré une baisse sensible au cours des vingt dernières années, la mortalité des enfants demeure encore élevée. La mortalité infantile a été estimée à 71,3 pour mille sur la base des données du recensement de 1987. De 35 ans en 1960, l'espérance de vie à la naissance est passée à 50 ans en 1976 et à 55 ans en 1987. Elle est estimée pour la période 1987-1992 à 59,9 ans pour les femmes et 56,5 ans pour les hommes.

C/ ECONOMIE

L'évolution de l'économie malienne s'est faite en dents de scie depuis l'indépendance du pays en 1960. Elle a subi plusieurs phases d'ajustement à la suite de différents Plans. C'est ainsi que, selon les prévisions du Plan de 1974-1978, le taux annuel de croissance économique aurait dû être de 7,1%; en réalité, le taux de croissance moyen a été de 4,4% par an. Durant cette même période, la croissance du secteur primaire (agriculture, élevage et pêche) n'a été que de 2,9 pour cent par an et celle des secteurs secondaire et tertiaire de 4,5% et 6,2% par an respectivement.

Le secteur rural est prédominant; c'est là que travaillent près de 85% de la population totale du Mali, mais c'est aussi le secteur qui produit le taux le plus bas de la production intérieure brute (P.I.B). Aujourd'hui, ce secteur connaît un regain de dynamisme avec la dévaluation du franc CFA qui rend compétitifs les produits agro-pastoraux.

Les secteurs secondaire et tertiaire comprennent principalement les activités industrielles, les services et le commerce. Les activités sont fondées sur la transformation, la commercialisation de produits agricoles, et sur l'élaboration et la distribution d'entrants nécessaires au développement du secteur agro-pastoral.

D/ POLITIQUE SECTORIELLE DE SANTE ET DE POPULATION

D.1. Politique sectorielle de santé

Le Mali a adopté en décembre 1990 une politique sectorielle de santé dont l'objectif est de réaliser la santé pour tous sur un horizon le plus rapproché que possible. La concrétisation de cet objectif passe par les objectifs intermédiaires suivants :

a) améliorer l'état de santé de la population afin qu'elle participe plus activement au développement socio-économique du pays en :

- réduisant la mortalité maternelle et infantile;
- réduisant la morbidité et la mortalité dues aux principales maladies;
- développant les services de planification familiale;
- faisant la promotion des attitudes et comportements sains favorables au bien-être de la famille.

b) étendre la couverture sanitaire tout en rendant les services accessibles à la population en:

- implantant un dispositif de soins adaptés aux réalités socio-économiques du pays et le plus rapproché que possible des populations;
- assurant les services de santé de qualité géographiquement et économiquement accessibles y compris la disponibilité des médicaments essentiels;
- intensifiant l'utilisation des services d'information, d'éducation et de communication.

c) rendre le système de santé viable et performant en :

- intégrant davantage la politique socio-sanitaire dans celle du développement socio-économique global du pays;
- rationalisant les services du secteur de la santé et leur expansion en rapport avec les

ressources disponibles et mobilisables;

- améliorant l'efficacité du système de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières;
- organisant la participation de l'Etat, des collectivités, des individus et des partenaires au développement à la prise en charge du système de santé;
- développant une approche multidisciplinaire et multisectorielle de l'action sanitaire.

La stratégie pour atteindre ces objectifs de développement sanitaire est basée sur l'approche des soins de santé primaires et sur les principes de l'Initiative de Bamako. Il s'agit de faire en sorte que la revitalisation des services de santé permette à la fois le renforcement de la gestion au niveau des services de santé de cercles, de communes, d'arrondissements et de villages; d'appliquer le système de recouvrement des coûts d'une partie des ressources de santé et d'accroître le taux d'accès aux soins de santé surtout parmi les communautés ou catégories de la population qui ne sont pas encore desservies. Une meilleure sensibilisation de la population s'impose à tous les échelons de la pyramide sanitaire pour la création de centres de santé communautaire et une gestion des problèmes de santé par les communautés.

Le développement de la référence (secteur hospitalier) occupe une large part dans la réforme en cours du système de santé au Mali.

D.2. Politique de population

Le Mali a adopté une politique explicite de population en 1991. Les grandes lignes de cette Déclaration de Politique Nationale de Population sont les suivantes :

- la maîtrise de la croissance démographique;
- la réduction de la mortalité et de la mortalité;
- la redistribution spatiale de la population;
- l'intégration de la migration internationale à la stratégie de développement;
- l'intégration de la femme au développement;
- l'amélioration des conditions de vie des enfants et des jeunes;
- la promotion des ressources humaines;
- la couverture des besoins alimentaires;
- la protection et la préservation des ressources renouvelables;
- l'amélioration des connaissances socio-démographiques.

Le contenu de la Politique de population qui interpelle la conscience de tout un chacun, s'articule autour des principes suivants :

- respect et protection de la famille
- possibilité pour les couples et les individus de décider librement et en toute responsabilité de la taille de leur famille et de l'espacement des naissances de leurs enfants. L'Etat, pour ce faire, prendra les mesures nécessaires pour leur faciliter l'accès à l'information, à l'éducation et aux moyens auxquels ils ont droit;
- respect des droits fondamentaux des enfants (survie, développement et protection). L'Etat et la société dégageront les moyens nécessaires à cet effet;
- nécessité d'oeuvrer pour l'intégration de la femme dans le processus de développement par l'amélioration de son statut.

Pour le volet santé, la mise en oeuvre de cette Politique s'inscrit dans la stratégie de soins de santé primaires en vue de réduire les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles et infantiles, mais aussi et surtout d'améliorer la santé de la reproduction, y compris la planification familiale.

La Division de la Santé Familiale et Communautaire, créée en 1980, est chargée de coordonner, d'augmenter et d'améliorer la qualité des services de planification familiale dans le pays. Cette Division est appuyée par des ONG comme l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF) créée en 1971 et par le Groupe Pivot Survie de l'Enfant qui regroupe plusieurs ONG. Ces organisations participent à la mise en oeuvre du programme national de planification familiale lancé en 1994.

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

A/ JUSTIFICATIONS ET OBJECTIFS

En vue de mieux évaluer et planifier les actions et services de planification familiale, le Mali a réalisé au cours de ces dix dernières années des efforts importants quoiqu'insuffisants en matière de recherche. C'est dans ce cadre qu'a été menée en 1987 la première opération d'envergure nationale dénommée Enquête Démographique et de Santé (EDS) comportant un module sur les connaissances, attitudes et pratiques en matière de contraception. Celle-ci constitue encore de nos jours la principale source de données pour les planificateurs de la santé. Les données devenant caduques, une enquête similaire est en cours. Les résultats de celle-ci devront être disponibles en 1996. Entre les deux enquêtes, de nombreuses investigations à portée plus modeste ont été conduites par les institutions nationales et les ONG sur des sujets spécifiques. Outre la recherche, les systèmes d'information sanitaire national ou sectoriels génèrent des données routinières utilisées pour la gestion des programmes et projets de santé en général et ceux de la planification familiale en particulier.

La plupart des données d'enquête présentent la particularité d'être axées sur la mesure des niveaux d'utilisation de la contraception et la connaissance des déterminants. L'insuffisance des données relatives à la capacité de fonctionnement des structures et la qualité des services de planification familiale est apparue comme un handicap sérieux pour la mise en oeuvre des programmes. Pour y remédier, les pouvoirs publics du Mali, à l'initiative du bureau de Population Council de Bamako et sur financement de l'USAID, ont pris l'engagement de réaliser une étude d'analyse situationnelle qui couvrira progressivement les cinq régions d'intervention du programme national DBC.

L'objectif général de la présente étude est de contribuer à l'amélioration de la santé de la reproduction en permettant de fournir des données utiles à l'expansion du programme DBC dans les deux régions de Koulikoro et Sikasso.

Les objectifs spécifiques sont au nombre de quatre :

1. Déterminer le profil ainsi que les connaissances, attitudes et pratiques des clientes de SR/PF;
2. Evaluer le fonctionnement et la qualité des services de planification familiale;
3. Fournir des informations permettant de mieux élaborer les stratégies d'intervention en matière de SR/PF;
4. Tester l'applicabilité de la méthodologie à la DBC et fournir au projet des données de base nécessaires au suivi et à l'évaluation des activités.

B/ CADRE CONCEPTUEL

La méthodologie des études d'analyse situationnelle a été développée par le Population Council qui l'a expérimentée pour la première fois en 1989 au Kenya avant de l'étendre à d'autres pays africains¹, mais aussi à l'Amérique latine, à l'Asie et au Moyen Orient. La différence fondamentale entre l'analyse situationnelle et les enquêtes de type CAP est qu'elle s'adresse surtout aux problèmes qui affectent les prestations de services et non à ceux qui influent sur la demande. La méthodologie associe les techniques d'inventaire, d'observation des interactions entre prestataires et clientes de PF et d'interviews menées auprès du personnel de santé et des clientes de santé reproductive et planification familiale (SR/PF).

L'observation est une méthode qualitative de type exploratoire appropriée pour diagnostiquer un problème et en décrire le contexte. La technique de collecte des données varie d'une étude à l'autre. La méthode de la présente étude a été non participative, ouverte et structurée. En d'autres termes, la personne chargée de l'observation assiste de façon neutre à la consultation et note les échanges, faits et gestes sur la base d'un catalogue de questions thématiques. Il lui est exceptionnellement permis d'intervenir si des gestes dangereux pour la cliente sont sur le point d'être accomplis.

L'observation de l'interaction ne s'applique qu'à un seul prestataire. Celui qui recevait la première cliente était systématiquement sélectionné et observé pendant toutes ses consultations. Un des avantages de cette approche est de mettre le prestataire à l'aise au fil de l'observation et de réduire ainsi les comportements inhabituels que pourrait induire la présence d'un tiers. Afin de dissiper les doutes des clientes, les observatrices étaient revêtues de blouse.

Concernant les interviews, elles ont été structurées et directes, l'agent à charge de mener l'interrogatoire disposant d'un questionnaire qui en décrit les procédures.

La collecte de l'information a été confiée à des femmes plutôt qu'à des hommes. On estime que ce choix est de nature à réduire les erreurs de collecte avec l'hypothèse implicite que les observées et les interviewées seront plus à l'aise.

C/ ECHANTILLONNAGE

Trois unités statistiques ont été retenues dans l'étude : les PPS, les prestataires et les clientes de SR/PF. Tous les PPS des deux régions devaient être visités. Dans chaque PPS, les interviews concernaient les prestataires présents, l'ensemble des clientes de planification familiale et un échantillon de clientes des services autres que la planification familiale.

Une approche similaire a été adoptée concernant l'échantillon des 20 villages DBC de l'étude, à la différence qu'il n'existe pas de clientes SR. Cet échantillon était initialement composé de 11 et 9 villages choisis respectivement dans les régions de Sikasso et Koulikoro. La sélection des villages a été opérée par choix raisonné par le bureau du Population Council de Bamako

¹ Zaïre, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Madagascar, Bénin, Zimbabwe, Nigéria, Tanzanie et Sénégal.

parmi les villages DBC couverts par la DBC nationale dans les deux régions. Cependant, d'autres villages DBC ont été inclus dans l'échantillon au cours de la collecte.

D/ INSTRUMENTS DE COLLECTE

Les questionnaires ont été inspirés des instruments de collecte utilisés dans le cadre de l'analyse situationnelle du Sénégal menée en 1994, ceux-ci étant eux-mêmes adaptés des travaux du Population Council. Afin de tenir compte des besoins spécifiques des utilisateurs, ceux-ci ont été associés à leur élaboration à travers un Comité de pilotage composé des différentes institutions nationales qui interviennent dans la mise en oeuvre des programmes de santé en général, et de planification familiale en particulier.

Les supports de collecte sont au nombre de neuf, soit cinq pour les PPS fixes et quatre pour les sites de distribution à base communautaire. Il reste entendu que les instruments de collecte relatifs à la DBC sont plus "légers" en raison de leur spécificité (objectifs et ressources réduits). Le tableau 1 répertorie les différents questionnaires et le type d'informations collectées.

Tableau 1 : Questionnaires et types de données collectées, EAS/Mali 1995

| QUESTIONNAIRES | PPS | DONNEES COLLECTEES |
|---|------------------|--|
| 1. Inventaire des installations, équipements et matériels et procédures de gestion | PPS FIXES DBC | - Capacité de fonctionnement - Performances |
| 2. Observation de l'interaction entre prestataire et cliente de planification familiale | PPS FIXES DBC | - Qualité des services |
| 3. Interview des prestataires de planification familiale | PPS FIXES DBC | - Capacité de fonctionnement - Qualité des services |
| 4. Interview des clientes de planification familiale | PPS FIXES DBC | - Qualité des services |
| 5. Interview des clientes venues pour d'autres services de santé reproductive | PPS FIXES | - Qualité des services |

En vue d'assurer l'interface entre l'observatrice et l'enquêteuse, le questionnaire d'observation et le questionnaire d'interview de sortie des clientes de planification familiale ont été reliés en un document unique. Ainsi, à la fin de l'observation, l'observatrice était tenue de conduire la cliente auprès de l'enquêteuse. Par ailleurs, tous les instruments de collecte ont été édités avec des couvertures de couleurs différentes afin d'en faciliter la manipulation sur le terrain et pendant l'exploitation des données.

E/ PREPARATION ET DEROULEMENT DE LA COLLECTE

La collecte des données constitue une étape importante dans l'exécution d'une enquête. Aussi doit-elle être préparée avec soin. C'est dire tout l'intérêt qu'il faut accorder au recrutement et à la formation des agents de collecte.

E.1. Recensement des PPS

Deux mois avant le lancement de la collecte, les chef-lieux de cercle ont été visités en vue de procéder au recensement exhaustif des PPS fonctionnels à ce moment là. Le remplissage des fiches conçues à cet effet a été fait en collaboration avec les responsables des subdivisions sanitaires. L'information collectée porte sur la dénomination, la localisation et le nombre de prestataires du PPS, ainsi que la distance en kilomètres au chef-lieu de cercle. Ce travail a permis en outre d'informer les responsables sur les objectifs de l'étude et de mieux organiser les activités de l'enquête en fonction du calendrier des activités.

Les listes de PPS par cercle ont été mises à jour par les équipes au fur et à mesure qu'elles évoluaient sur le terrain.

E.2. Recrutement et formation du personnel de collecte

Le recrutement a porté sur trois catégories de personnel : les superviseurs, les observatrices et les enquêteuses. Du fait des compétences techniques que requiert l'observation, des sages-femmes dont la plupart avaient en charge une unité de planification familiale ont été mises à la disposition de l'étude par la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) pour jouer le rôle d'observatrice ou de superviseur d'enquête. Quant aux enquêteuses, elles ont été recrutées sur la base de leur expérience en matière d'enquêtes. Quelque-unes ont notamment participé à l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 1987. Au total, 17 personnes ont été formées en collecte dont 5 superviseurs, 7 observatrices et 5 enquêteuses.

La formation a duré deux semaines sous la supervision du coordonnateur de l'étude assisté par les autres membres de l'équipe de conception dont les interventions ont été programmées en fonction des thèmes traités. Elle a alterné la théorie et la pratique. La méthode pédagogique en salle a consisté en des séances de lecture des supports de collecte et des jeux de rôles au cours desquels l'apprentissage de l'interrogatoire en langue nationale bamanan a occupé une large part. Deux jours ont été consacrés à des travaux pratiques dans des formations sanitaires. Le manuel de formation de base du Population Council a servi de support à la conduite du stage. En vue de disposer d'un personnel de collecte polyvalent, les superviseurs, les observatrices et les enquêteuses ont subi ensemble la formation. Outre les objectifs pédagogiques, la session de formation a permis de parfaire les instruments de collecte.

Avant le lancement de la collecte, des activités diverses non moins importantes ont été menées. Il s'agit de la reproduction des instruments de collecte, l'élaboration du calendrier des tournées, la composition des équipes et la préparation matérielle. Cinq membres du personnel d'enquête ont été étroitement associés à la réalisation de ces tâches.

E.3. Collecte des données

Elle a fait appel à la méthode du ratissage consistant à "balayer" de façon progressive l'ensemble des PPS. Considérant la période fixée pour la collecte, les opérations de terrain ont démarré dans la région de Sikasso marquée par une saison des pluies précoce.

Cinq équipes ont été constituées, composées de trois personnes : une enquêteuse chargée des interviews des clientes de SR/PF, une observatrice de l'interaction entre prestataires et clientes et un superviseur qui, outre ses attributions de chef d'équipe, a été affectée à l'inventaire des équipements et à l'interview des prestataires. Deux équipes renforcées chacune par une deuxième observatrice, comptaient quatre agents de collecte au lieu de trois. Les PPS fixes supposés connaître une grande affluence ont été confiés à ces deux équipes.

Concernant la DBC, la stratégie de collecte a été modifiée sur le terrain. Du fait non seulement de la rareté de la clientèle, mais aussi des heures parfois indues des consultations, les observations ont été simulées. Pour les besoins de l'étude, il a été demandé à chaque animateur de faire venir une femme du village et de simuler la consultation. Cette femme pouvait être une cliente actuelle de l'agent DBC ou quelqu'une n'utilisant pas la contraception au moment de l'enquête. Conformément à la méthodologie de l'étude, la cliente est considérée comme ancienne ou nouvelle selon qu'on est dans l'une ou l'autre situation.

Chaque équipe a visité un PPS fixe par jour ouvrable, en y restant de l'ouverture jusqu'à la fermeture. Aucune contrainte d'horaires n'a été imposée vis-à-vis des villages DBC pour lesquels il n'existe pas de jours et d'horaires fixes. Les observations et les interviews ont eu lieu au domicile des agents DBC, les visites ayant été effectuées en fin de journée, après les opérations de collecte dans les PPS fixes.

L'appui technique fourni par l'encadrement aux équipes pour une application correcte des instructions a permis d'améliorer la qualité des données collectées. Ainsi, la plupart des questionnaires ont été discutés et contrôlés, les erreurs détectées étant corrigées en concertation avec les agents qui étaient régulièrement réunis pour des séances d'harmonisation et d'anticipation sur les problèmes. Il faut noter qu'au plan logistique, chaque équipe disposait d'un véhicule tout terrain, ce qui a contribué au respect du calendrier de la collecte. Le chronogramme détaillé des activités de l'étude figure en annexe.

F/ EXPLOITATION ET ANALYSE DES DONNEES

Le traitement informatique des données a été réalisé à l'aide de deux logiciels : Epi-Info pour la constitution des fichiers de données et Stata pour l'apurement et l'analyse des données. Les maquettes de saisie ont été conçues en collaboration avec l'équipe du Projet RO/AT du Population Council de Dakar. Deux agents ont procédé à la saisie des données. Il a fallu entre 10 à 20 minutes pour saisir un questionnaire.

En préambule aux travaux informatiques, les dispositions suivantes ont été prises :

- classement des questionnaires par entité administrative;
- codification des subdivisions administratives et des questions ouvertes;
- transcription et codification des commentaires et suggestions des personnes enquêtées.

G/ DIFFICULTES RENCONTREES

Le retard enregistré dans la soumission et l'approbation du protocole de l'étude a entraîné le report de la collecte de mars à juillet, donc à une période de forte pluviométrie, avec ses conséquences sur l'état des routes et sur le volume des activités des PPS. En effet, il semble que l'intensité des travaux agricoles pendant l'hivernage influence à la baisse la fréquentation des PPS en milieu rural.

Concernant spécifiquement la DBC, la difficulté majeure réside dans le fait qu'il n'est pas possible d'observer les conditions réelles des prestations de service dans la mesure où les conditions socio-économiques font que la pratique de la contraception est souvent cachée.

Les statistiques de services collectées au niveau du questionnaire d'inventaire ont été dans l'ensemble de mauvaise qualité malgré la formation et l'encadrement reçus.

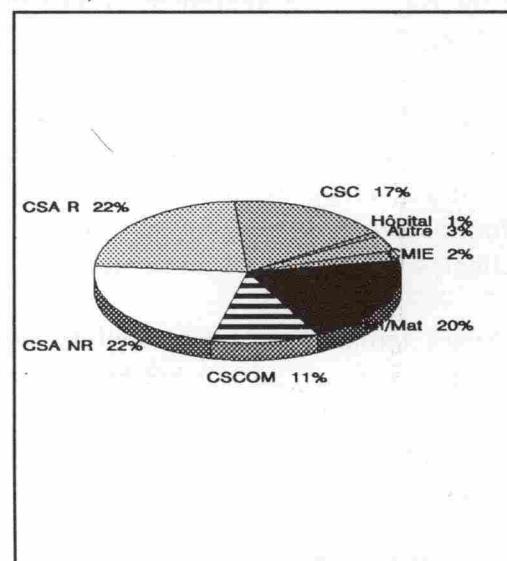
H/ POPULATIONS FINALES DE L'ETUDE

H.1. Répartition des PPS

Au total, 89 PPS fixes ont été visités dont 42 dans la région de Koulikoro et 47 dans la région de Sikasso (tableau 2). Ils se répartissent entre 30 centres de santé urbains et 59 ruraux.

Avec 74 PPS, soit 83% des formations sanitaires de l'étude, l'offre de services de planification familiale se concentre au niveau du secteur public. Le secteur privé ne compte que deux centres médicaux inter-entreprises et trois cliniques privées.

Graphique 1 : Nombre de PPS fixes visités, EAS/Mali 1995



L'échantillon des PPS fixes pour les deux régions inclut un hôpital, 15 CSC, 20 CSA revitalisés, 20 CSA non revitalisés, 10 CSCOM et 18 centres de PMI/Maternités. Les pourcentages correspondants sont donnés par le graphique 1.

Concernant la DBC, 32 villages dont 17 pour Sikasso et 15 pour Koulikoro ont été visités. Parmi ces villages, 5 ne font pas partie du programme national DBC, ce qui représente 1,6% de l'échantillon. Les questionnaires d'inventaire, d'observation et d'interview n'ont pas été administrés à tous les animateurs des villages DBC, la collecte étant fonction de la disponibilité de ces derniers.

Tableau 2 : Répartition des PPS fixes selon la région, EAS/Mali 1995

| Type PPS | Koulikoro | | Sikasso | | Ensemble | |
|---|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| Hôpitaux | - | - | 1 | 2,1 | 1 | 0,1 |
| CSC | 7 | 16,7 | 8 | 17,0 | 15 | 16,8 |
| CSA_R | 9 | 21,4 | 11 | 23,4 | 20 | 22,5 |
| CSA_NR | 9 | 21,4 | 11 | 23,4 | 20 | 22,5 |
| CSCOM | 8 | 19,0 | 2 | 4,3 | 10 | 11,2 |
| PMI/Maternité | 8 | 19,0 | 10 | 21,2 | 18 | 20,2 |
| CMIE | 1 | 2,4 | 1 | 2,1 | 2 | 2,2 |
| Autre | - | - | 3 | 6,4 | 3 | 3,3 |
| Total | 89 | 100,0 | 42 | 100,0 | 47 | 100,0 |
| <i>CSC= Centre de santé de cercle/CSA= Centre de santé d'arrondissement/ CSCOM= Centre de santé communautaire/CMIE=Centre médical inter-entreprises</i> | | | | | | |

H.2. Prestataires et clientes

Au niveau des PPS fixes (tableau 3), 209 observations ont été réalisées avec 88 prestataires, soit une moyenne de 2,4 clientes par prestataire. Comme cela est indiqué plus haut, chaque prestataire a été observée avec l'ensemble de ses clientes le jour de l'enquête. Le questionnaire d'interview a été administré à 119 prestataires présents lors du passage du personnel de collecte.

L'échantillon des clientes de planification familiale se compose de 52 nouvelles acceptrices (le quart de l'échantillon) et 157 anciennes clientes. Parmi les anciennes clientes, 93% sont venues se réapprovisionner, tandis que 7% ont évoqué, soit des problèmes avec la méthode contraceptive utilisée, soit le désir de changer de méthode ou d'abandonner. Quant aux clientes SR, elles sont au nombre de 226.

Quatre femmes seulement sont venues se faire consulter pour un problème d'infécondité pendant l'enquête. En conséquence, leurs données ne sont pas analysées.

Concernant la DBC, 26 animatrices ont été observées au cours de consultations simulées et 52 agents DBC interviewés. L'échantillon des clientes est de 26.

Les effectifs des différents échantillons sont légèrement plus élevés à Sikasso qu'à Koulikoro pour les PPS fixes et inversement pour la DBC.

Tableau 3 : Répartition des prestataires et des clientes de l'étude, EAS/Mali 1995

| QUESTIONNAIRES | KOULIKORO | SIKASSO | TOTAL |
|--------------------------|-----------|---------|-------|
| Prestataires observés | 42 | 46 | 88 |
| Prestataires interviewés | 57 | 62 | 119 |
| Nouvelles clientes PF | 20 | 32 | 52 |
| Anciennes clientes PF | 47 | 110 | 157 |
| Clientes SR | 102 | 124 | 226 |
| | | | |
| Animateurs observés | 15 | 11 | 26 |
| Animateurs interviewés | 26 | 26 | 52 |
| Clientes DBC | 15 | 11 | 26 |



PREMIÈRE PARTIE

LES POINTS DE PRESTATIONS

DE SERVICES FIXES (PPS)

CHAPITRE I

PROFIL DES CLIENTES ET DES PRESTATAIRES

Le profil concerne les caractéristiques socio-démographiques, la fécondité et la planification familiale. Les clientes se composent des clientes de planification familiale et des femmes enquêtées dans les PPS alors qu'elles étaient venues demander des services autres que la contraception (soins prénatals et postnatals, suivi de l'enfant, soins curatifs, etc). Par opposition à la planification familiale, ces services sont désignés dans l'étude "santé de la reproduction". L'enquête conçue dans le cadre de la politique de SMI/PF a emprunté la nouvelle dénomination SR/PF adoptée par les pouvoirs publics en vue d'une amélioration future du programme.

1.1. PROFIL DES CLIENTES PF

1.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

La première colonne du tableau 4 donne les caractéristiques socio-démographiques des clientes de planification familiale.

L'âge médian des clientes PF est de 30 ans. En d'autres termes, la moitié des clientes est âgée de moins de 30 ans. Celles âgées de moins de 20 ans représentent 8% de l'échantillon, tandis que 21% sont âgées de 20 à 24 ans, 22% de 25 à 29 ans. A partir de 30 ans, les pourcentages diminuent.

Près de 90% des clientes PF sont mariées ou l'ont été. L'échantillon comprend 45% de clientes vivant dans un ménage monogamique et 37% ont des co-épouses. Les divorcées, séparées et veuves représentent 4% de l'échantillon.

Plus de la moitié des clientes PF (53%) n'ont pas été à l'école, 22% ont atteint le premier cycle et 16% le second cycle de l'école fondamentale. Celles qui ont suivi des études secondaires ou supérieures sont faiblement représentées (3%).

La structure de la religion confirme la prédominance des musulmans qui sont dans une proportion de 94%, contre 6% de chrétiens.

Avec 31% de l'échantillon, les Bambara sont les plus nombreux. Ils sont suivis des Sénoufo (20%) et des Peul (17%). Parmi les autres groupes ethniques figurent essentiellement les Minianka, les Malinké, les Somono et les Sarakolé.

1.1.2. Fécondité

La fécondité totale des clientes PF ou le nombre moyen d'enfants en fin de vie féconde pour chaque femme est de 7,3 enfants. Le nombre moyen d'enfants par femme croît avec l'âge (tableau 5, première colonne).

Au moment de l'étude, 47% des clientes PF allaient leur enfant. L'âge médian du dernier enfant encore en vie est de 19 mois.

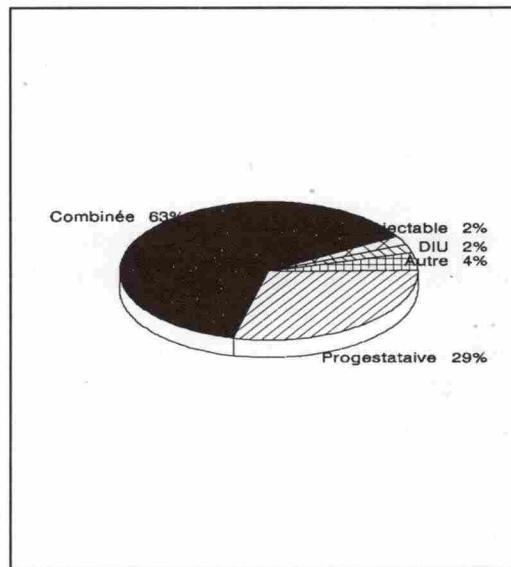
A la question de savoir si elles désiraient avoir d'autres enfants, 59% des clientes PF ont répondu par l'affirmative. Plus de 35% des clientes PF ne veulent plus avoir d'enfant supplémentaire. Seulement, 4% des clientes déclarent que cela dépend du mari ou de Dieu.

Concernant le prochain enfant, 60% des clientes PF souhaitent que sa naissance survienne dans un délai variant entre 1 et 5 ans à partir de la date de l'enquête. Moins de 1% des clientes PF le veut dans l'immédiat et 20% des clientes n'ont pas indiqué de date.

1.1.3. Planification familiale

**Graphique 2 : Répartition des nouvelles clientes selon la méthode acceptée
EAS/Mali 1996**

Le graphique 2 montre que la pilule (tous types confondus) est la principale méthode contraceptive utilisée par les nouvelles clientes : 92% l'ont acceptée dont 63% la pilule combinée et 29% la pilule progestative. Il reste entendu que le choix est fonction de la gamme de contraceptifs disponibles dans le PPS, mais aussi de la connaissance de l'existence de ces méthodes, de leurs avantages et inconvénients.



Des questions portant sur la communication entre conjoints ont été posées aux clientes PF (tableau 6). L'étude révèle que 87% des clientes PF discutent de planification familiale avec leur conjoint. Parmi ces dernières, presque toutes (99%) affirment que leurs époux savent qu'elles pratiquent la contraception.

1.2. PROFIL DES CLIENTES SR

1.2.1. Caractéristiques socio-démographiques

La répartition par âge des clientes SR est relativement homogène avant 30 ans (deuxième colonne du tableau 4) : 23% des clientes ont entre 15 et 19 ans, 23% entre 20 et 24 ans et 26% entre 25 et 29 ans. A partir de 30 ans, les pourcentages diminuent.

Les clientes SR sont presque toutes mariées ou l'ont été dans le passé. En effet, seules 3% des clientes sont célibataires. Les pourcentages de femmes mariées sans co-épouse et avec co-épouse sont respectivement de 55% et 40%.

Le niveau de scolarisation des clientes SR est bas : 70% des clientes n'ont pas été à l'école. Alors que 13% seulement ont le niveau du premier cycle, les pourcentages de femmes ayant atteint le second cycle, le secondaire et le supérieur sont faibles.

Les musulmanes représentent 95% de l'échantillon des clientes SR, tandis que 4% ont déclaré être chrétiennes.

Les groupes ethniques comprennent essentiellement des Bambara (34%), des Peul (17%), des Sénoufo (12%) et des Malinké (12%). Les proportions des Minianka, des Somono et des Sarakolé demeurent faibles.

1.2.2. Fécondité

Il ressort du tableau 5 (deuxième colonne) que le nombre moyen d'enfants par cliente SR en fin de vie féconde est de 5,9.

Près de la moitié des clientes SR (49%) allaient leur enfant au moment de l'étude. Les derniers enfants encore en vie de ces clientes ont un âge médian de 21 mois. Parmi ces enfants, 49% sont âgés de moins de 18 mois.

Plus des trois quarts (76%) des clientes SR ont affirmé qu'elles désiraient avoir d'autres enfants et 16% ont répondu négativement. Les réponses telles que "dépend de mon mari" ou "dépend de Dieu" sont faibles.

Onze pour cent des clientes SR souhaitent la naissance du prochain enfant dans l'immédiat, 59% entre 1 et 5 ans pour compter de la date de l'enquête et 25% ont répondu par "ne sait pas".

1.2.3. Planification familiale

Le tableau 6 montre que la connaissance de la contraception est assez répandue chez les clientes SR: 65% en ont entendu parler. Avec un pourcentage de 60%, la pilule est de loin la méthode contraceptive la mieux connue. Entre 16% et 19% des clientes connaissent les injectables, le DIU et les préservatifs.

La plupart des clientes SR (91%) approuvent la planification familiale. Par contre, 47% seulement pensent que leurs conjoints ont une opinion favorable à la planification familiale. Concernant la communication au sein du couple, 36% des clientes SR disent discuter de planification familiale avec leur mari.

Parmi les femmes venues pour des consultations en santé de la reproduction, peu sont sous contraception. Sur les 226 femmes interviewées, 6 seulement, soit moins de 3% de l'échantillon, sont des utilisatrices actuelles, tandis que 20% l'ont été dans le passé.

Ces résultats corroborent la tendance observée dans plusieurs pays africains, à savoir l'écart persistant entre la connaissance et la pratique de la contraception.

Tableau 4 : Données socio-démographiques des clientes de SR/PF, EAS/Mali 1995

| Caractéristiques | Pourcentages | |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | Clientes PF (n = 209) | Clientes SR (n = 226) |
| Age | | |
| 15-19 | 8,1 | 22,6 |
| 20-24 | 21,0 | 22,6 |
| 25-29 | 22,5 | 26,2 |
| 30-34 | 17,7 | 13,1 |
| 35-39 | 16,7 | 10,4 |
| 40 et + | 12,4 | 5,0 |
| Age médian | (30 ans) | (25 ans) |
| Situation matrimoniale | | |
| Mariée sans co-épouse | 45,4 | 55,3 |
| Mariée avec co-épouses | 37,2 | 39,8 |
| Célibataire | 11,0 | 3,1 |
| Divorcée/Séparée/Veuve | 4,3 | 1,3 |
| Niveau scolaire | | |
| Non scolarisée | 52,6 | 69,9 |
| 1er cycle | 22,0 | 12,8 |
| 2e cycle | 16,3 | 5,3 |
| Secondaire/Supérieur | 2,9 | 2,2 |
| Religion | | |
| Musulmane | 94,3 | 95,1 |
| Chrétienne | 5,7 | 4,0 |
| Ethnie | | |
| Bambara | 30,6 | 34,1 |
| Sénoufo | 20,1 | 11,9 |
| Peul | 16,8 | 16,8 |
| Malinké | 6,7 | 11,9 |
| Minianka | 7,7 | 3,5 |
| Somono | 5,3 | 4,0 |
| Sarakolé | 4,8 | 5,3 |
| Autre | 8,0 | 12,5 |

Tableau 5 : Indicateurs de fécondité chez les clientes de SR/PF, EAS/Mali 1995

| Parité | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| Age | (n = 209) | (n = 226) |
| 15-19 | 0,6 | 0,6 |
| 20-24 | 1,9 | 1,7 |
| 25-29 | 3,1 | 2,9 |
| 30-34 | 4,2 | 4,7 |
| 35-39 | 6,8 | 4,7 |
| 40 et + | 7,3 | 5,9 |
| Pourcentages | | |
| Allaitement | (n = 197) | (n = 183) |
| Oui | 47,2 | 49,2 |
| Age dernier né (en mois) | (n = 197) | (n = 183) |
| < 7 mois | 14,2 | 24,4 |
| 7-18 | 35,5 | 24,4 |
| 19-24 | 11,7 | 16,3 |
| 25 et plus | 31,5 | 34,9 |
| Médiane | (19 mois) | (21 mois) |
| Désir autres enfants | (n = 209) | (n = 226) |
| Oui | 59,3 | 76,5 |
| Non | 35,4 | 16,4 |
| Dépend du mari | 1,9 | 1,8 |
| Dépend de dieu | 1,9 | 3,5 |
| Date prochain enfant | (n = 124) | (n = 173) |
| Immédiatement | 0,8 | 11,0 |
| 1 an | 5,6 | 2,9 |
| 2-3 ans | 37,9 | 34,7 |
| 4-5 ans | 22,6 | 21,4 |
| Quand je serai mariée | 6,4 | 2,9 |
| Ne sait pas | 20,2 | 23,7 |
| Pas de réponse | 3,2 | 1,7 |

Tableau 6 : Indicateurs de planification familiale chez les clientes de SR/PF EAS/Mali 1995

| Indicateurs | Pourcentages | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Clientes PF (n = 209) | Clientes SR (n = 226) |
| Interface avec partenaire | | |
| Discute | 87,1 | 36,2 |
| Mari informé de l'utilisation | 99,4 | - |
| Connaissance | | |
| Oui | - | 65,0 |
| Méthodes connues | | |
| Pilule | - | 59,7 |
| Préservatif | - | 19,0 |
| DIU | - | 17,2 |
| Injectables | - | 15,9 |
| Attitudes | | |
| Client approuve | - | 90,7 |
| Partenaire approuve | - | 46,5 |
| Utilisation | | |
| Déjà utilisé | - | 19,9 |
| Utilise actuellement | - | 2,6 |
| <i>(-) Questions non posées</i> | | |

1.3. PROFIL DES PRESTATAIRES

Il s'agit des 119 prestataires présents et interviewés au cours de l'étude. Leurs caractéristiques socio-démographiques et de fécondité sont données par les tableaux 7 et 8.

1.3.1. Caractéristiques socio-démographiques

Sur le total des prestataires interviewés, 91 sont des femmes, soit 76% de l'échantillon.

Plus de 90% des prestataires sont âgés de plus de 30 ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'âge médian pour l'ensemble de l'échantillon des prestataires est de 38 ans. Pour les hommes et les femmes, cet indicateur est respectivement de 39 et 37 ans.

La structure de la situation matrimoniale est fonction du sexe. Chez les hommes, 93% sont mariés et 7% sont célibataires. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 80% et 12%. Les femmes prestataires divorcées, séparées ou veuves représentent moins de 8 pour cent. Concernant la polygamie, 43% des femmes ont au moins une co-épouse, tandis que 21% des hommes sont polygames.

Les musulmans sont largement majoritaires: 98% des femmes et 96% des hommes ont déclaré être de cette religion. Les chrétiens sont respectivement de 4% et 2%.

La répartition ethnique consacre la prédominance des bambara parmi les prestataires. Ils sont 35% chez les femmes et 29% chez les hommes. Les autres groupes importants sont les Peul, les Malinké et les Sénoufo dont les pourcentages varient de 12% à 14%.

1.3.2. Fécondité des femmes prestataires

La fécondité est étudiée uniquement pour les femmes prestataires et porte sur la parité et l'âge du dernier enfant, ces deux variables étant les seules retenues en la matière pour cette population.

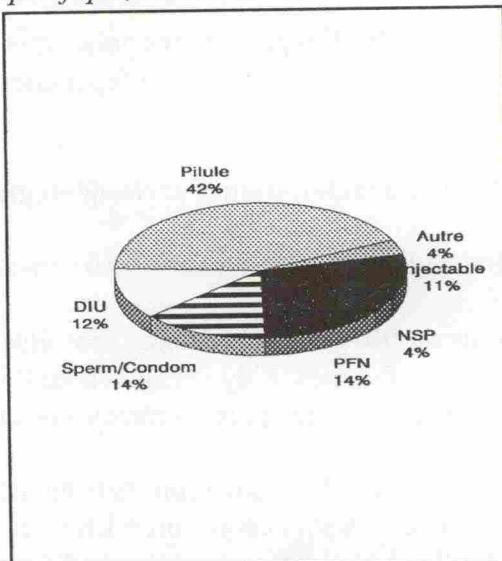
La descendance finale des femmes prestataires s'établit autour de 4 enfants par femme, la diminution de la parité moyenne pour le dernier groupe d'âges (45 et+) étant due probablement à la faiblesse de l'effectif. L'impact de l'instruction et de la profession exercée par cette population sur la pratique de la contraception expliquerait cette taille de la famille relativement réduite.

Pour 18% des femmes prestataires, le dernier enfant en vie a moins de 18 mois. Il est à supposer que ces femmes allaient au moment de l'enquête. L'âge médian du dernier né est élevé. Il est de 5 ans.

1.3.3. Planification familiale

Au moment de l'étude, 63% des femmes prestataires enquêtées ou leur conjoint utilisaient une méthode contraceptive. Le graphique 3 montre que 42% des utilisatrices sont sous pilule, 12% sous DIU et 11% sous injectables. Avec 28% d'utilisatrices, la prévalence de la planification familiale naturelle et des méthodes ponctuelles (condoms et spermicides) chez les prestataires est plus élevée que celle des clientes.

Graphique 3 : Répartition des prestataires utilisant une méthode spécifique, EAS/Mali 1995



Parmi les femmes prestataires qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives, 33% justifient leur comportement par le désir d'avoir un enfant.

Chez les hommes, 75% déclarent que leur partenaire ou eux-mêmes utilisent une méthode contraceptive. Parmi les couples qui pratiquent la planification familiale, 67% utilisent la pilule, 15% le préservatif et 9% les spermicides.

Tableau 7 : Données socio-démographiques des prestataires, EAS/Mali 1995

| Caractéristiques | Pourcentages | | |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| | Hommes (n = 28) | Femmes (n = 91) | Ensemble (n = 119) |
| Age | | | |
| 24-29 | 7,1 | 9,9 | 9,2 |
| 30-34 | 10,7 | 23,1 | 20,2 |
| 35-39 | 32,1 | 30,8 | 31,1 |
| 40-44 | 28,6 | 28,6 | 26,6 |
| 45 et + | 21,4 | 7,7 | 10,9 |
| Age médian | (39 ans) | (37 ans) | (38 ans) |
| Situation matrimoniale | | | |
| Monogamie | 71,4 | 37,4 | 45,4 |
| Polygamie | 21,4 | 42,9 | 37,8 |
| Célibataire | 7,1 | 12,0 | 10,9 |
| Divorcé/Séparé/Veuf | - | 7,7 | 5,9 |
| Religion | | | |
| Musulman | 96,4 | 97,8 | 97,4 |
| Chrétien | 3,6 | 2,2 | 2,6 |
| Ethnie | | | |
| Bambara | 28,6 | 35,2 | 33,6 |
| Peul | 10,7 | 14,3 | 13,4 |
| Malinké | 25,0 | 13,2 | 16,0 |
| Sarakolé | - | 4,4 | 3,4 |
| Sénoufo | 21,4 | 13,2 | 15,1 |
| Minianka | - | 3,3 | 2,5 |
| Sonrai | - | 4,4 | 3,4 |
| Samogo | - | 4,4 | 3,4 |
| Autre | 10,8 | 7,7 | 8,4 |

Tableau 8 : Indicateurs de fécondité chez les femmes prestataires, EAS/Mali 1995

| Age | Parité (n = 91) | Pourcentages (n = 87) | Age dernier né (en mois) | | | | |
|------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------|-------|------------|-----------------|
| | | | < 7 mois | 7-18 | 19-24 | 25 et plus | Plus de 60 mois |
| 24-29 | 1,9 | 7,0 | | | | | |
| 30-34 | 3,2 | 11,4 | | | | | |
| 35-39 | 4,1 | 11,4 | | | | | |
| 40-44 | 4,3 | 25,4 | | | | | |
| 45 et + | 3,4 | 44,7 | | | | | |
| | | | (60 mois) | | | | |

CHAPITRE II

CAPACITE FONCTIONNELLE DES PPS

L'évaluation du fonctionnement des points de prestations de service porte sur les ressources et les mécanismes administratifs et de gestion mis en place au niveau de ces structures. Les composantes suivantes sont examinées:

- installations et facilités connexes;
- équipements et matériels;
- supports et activités d'IEC;
- accessibilité des services;
- cycle logistique;
- système d'information sanitaire;
- supervision;
- personnel.

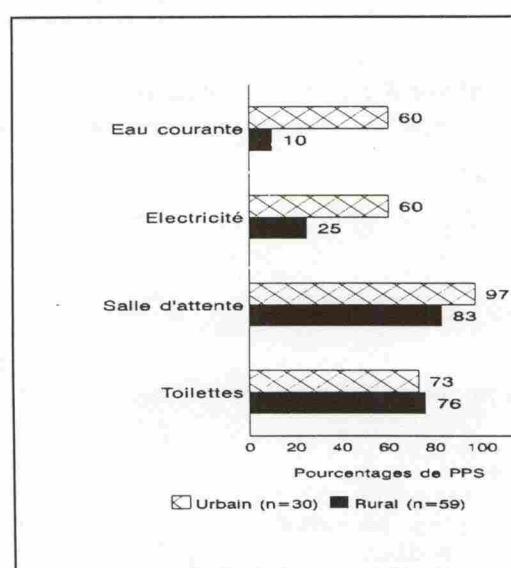
2.1. INSTALLATIONS ET FACILITES CONNEXES

Cette section porte sur les résultats de l'inventaire des caractéristiques des locaux abritant les unités de planification familiale et singulièrement en ce qui concerne les lieux de réception, de consultation et des examens. L'état et l'organisation de ces lieux ont de l'importance étant donné que la mise à disposition d'un cadre "agréable" au niveau des structures de santé peut être un facteur incitatif à l'acceptation et à la continuité de la contraception.

2.1.1. Disponibilité des installations spécifiques

Graphique 4 : Répartition des PPS selon la disponibilité des installations spécifiques, EAS/MALI 1995

Comme on pouvait s'y attendre, l'eau courante et l'électricité concernent davantage le milieu urbain: 60% des PPS des chefs-lieux de région et de cercle bénéficient de ces installations, tandis que 10% et 25% des PPS du milieu rural en sont respectivement équipés. Le mode de classification des PPS selon le milieu d'implantation fait que des localités aux caractéristiques urbaines ont été probablement considérées comme rurales. Concernant les autres types d'aménagement, une salle d'attente et des toilettes fonctionnelles existent dans la plupart des PPS, qu'ils soient urbains ou ruraux.



2.1.2. Caractéristiques de la salle d'attente

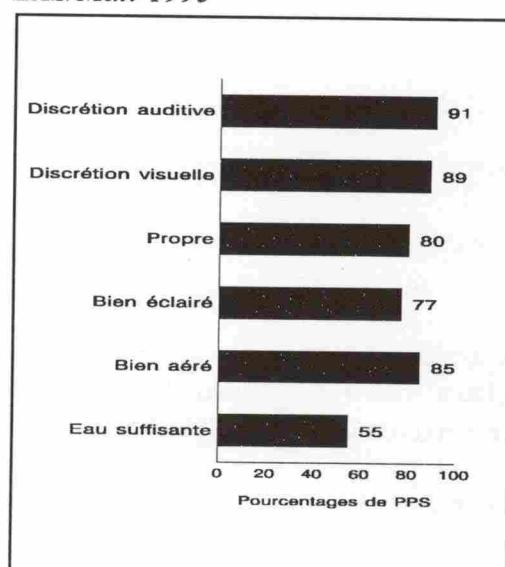
L'étude montre que 87% des PPS disposent d'une salle d'attente protégée et dotée de sièges suffisants à l'intention des clientes. Pour 91% des PPS, le passage conduisant de la salle d'attente à la salle de consultation est couvert, assurant ainsi la protection des clientes contre les intempéries.

2.1.3. Caractéristiques de la salle des examens

Les examens cliniques, pelviens notamment, doivent avoir lieu dans l'intimité et dans les meilleures conditions matérielles possibles. Dans la plupart des PPS (94%), le bureau du prestataire ou une pièce attenante à celui-ci font généralement office de salle d'examens.

Graphique 5 : Répartition des PPS selon les caractéristiques du lieu des examens EAS/Mali 1995

Selon les résultats de l'observation (graphique 5), 91% des PPS sont équipés d'une salle suffisamment isolée pour assurer la discréetion auditive des examens, la discréetion visuelle étant effective pour 89% des PPS. Cette salle est jugée propre pour 80% des PPS, bien éclairé pour 77% des PPS, bien aéré pour 85% des PPS. Par contre, l'eau n'existe en quantité suffisante que dans 55% des PPS.

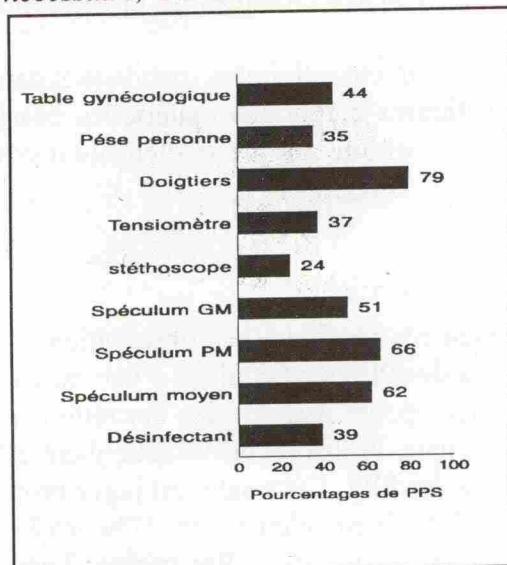


2.2. EQUIPEMENTS ET MATERIELS

Les équipements et matériels standards de planification familiale ont été consignés dans le questionnaire d'inventaire et leur disponibilité vérifiée au cours de l'étude. L'annexe 3 donne les pourcentages de PPS ne disposant pas de ces équipements qui sont classés en 35 rubriques.

Graphique 6 : Répartition des PPS ne disposant pas de l'équipement minimum nécessaire, EAS/Mali 1995

Le graphique 6 met en évidence le sous-équipement qui prévaut dans les PPS : par exemple, 44% des PPS ne disposent pas de table gynécologique et 37% n'ont pas de tensiomètre. L'insuffisance des consommables tels que les doigtiers s'expliquerait par le fait que la politique des médicaments essentiels prévoit la gestion de ces produits dans les points de vente pour un recouvrement des coûts.



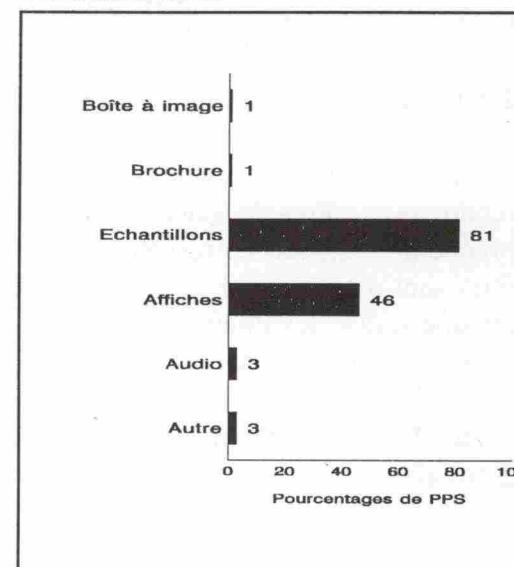
L'annexe 3 met en évidence l'insuffisance des moyens de stérilisation et de désinfectant au niveau des PPS : l'eau de javel et les produits pour la stérilisation chimique manquent respectivement dans 62% et 97% des PPS.

De même, les PPS sont sous-équipés en supports pour la collecte et la gestion de la clientèle et des services.

2.3. SUPPORTS ET ACTIVITES D'IEC

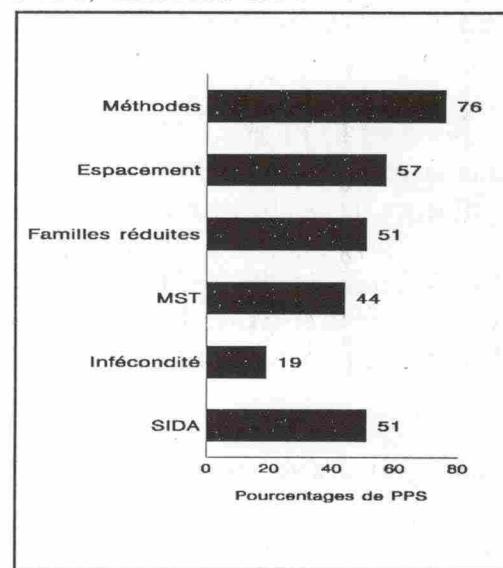
Des supports pour la promotion tels que panneaux et affiches sur la planification familiale doivent être présents au niveau de chaque formation sanitaire dispensant de tels services. Cette disposition n'est observée que dans 29% des PPS de l'étude.

Graphique 7: Répartition des PPS selon le matériel d'IEC disponible EAS/Mali 1995



Du matériel d'IEC est aussi utile lors de la consultation pour étayer les explications données par les prestataires aux clientes. Les supports disponibles ont ainsi été inventoriés et le contenu des messages et des causeries décrit. De l'inventaire, il découle que 81% des PPS sont en mesure d'utiliser des échantillons de contraceptifs et 46% des affiches au cours du counseling. Moins de 5% des unités de planification familiale disposent des autres types de matériel d'IEC tels que les boîtes à image, les brochures et les modèles anatomiques (graphique 7).

Graphique 8 : Répartition des PPS selon l'information fournie par les supports d'IEC, EAS/Mali 1995



Il ressort du graphique 8 illustrant la répartition des PPS selon l'information fournie à travers les panneaux et affiches publicitaires que les messages véhiculés portent surtout sur les méthodes contraceptives, les intentions reproductive, les MST et le SIDA : entre 44% et 76% des PPS ont affiché des supports d'IEC qui évoquent ces thèmes. La promotion par voie d'affichage des services portant sur l'infécondité n'est réalisée que dans 19% des PPS.

Chaque PPS doit normalement organiser au moins une causerie sur la santé par jour. Sur 89 PPS visités, seulement 12 PPS, soit 13% ont organisé une causerie dont sept séances ont été consacrées à la planification familiale.

2.4. ACCESSIBILITE DES SERVICES

Il est traité dans cette section les opinions des clientes de planification familiale sur l'accessibilité géographique et sociale des centres de santé.

2.4.1. Accessibilité géographique

La quasi-totalité des clientes (92%) estime qu'il n'existe pas d'obstacles majeurs pour se rendre aux centres de santé. Plus des trois quarts des clientes (76%) ont choisi le PPS le plus proche de leur lieu de résidence. Parmi celles qui ont préféré des déplacements plus longs, 60% sont motivées par la recherche de services de meilleure qualité. Un résultat intéressant est que toutes les clientes semblent satisfaites de leur choix dans la mesure où 96% sont disposées à recommander le PPS d'inscription à d'autres personnes.

Au total, 42% des clientes connaissent au moins deux PPS offrant des services de planification familiale.

2.4.2. Jours et horaires d'ouverture

Il a été demandé aux équipes de terrain d'être présentes dans les centres de santé avant l'heure d'ouverture officielle (7h 30) jusqu'au moment de la fermeture pour constater elles-mêmes l'organisation quotidienne des services. Parmi les PPS ayant reçu des clientes le jour de visite des équipes, 39% ont démarré les prestations de service à l'heure. Le démarrage des prestations a accusé un retard de moins d'une heure dans 21% des PPS et de plus d'une heure pour 29% d'entre eux.

Les services de PF sont offerts tous les jours ouvrables de la semaine (du lundi au vendredi) dans la plupart des PPS (82%). Les services sont en général disponibles toute la journée, l'affluence de la clientèle déterminant le volume des activités.

Dans la quasi-totalité des PPS (97%), il existe un système de réception des clientes selon l'ordre d'arrivée. Généralement, le système consiste à faire asseoir les patientes sur un ou plusieurs bancs au fur et à mesure qu'elles se présentent et de les recevoir dans cet ordre.

2.4.3. Coût des services

En dehors des structures privées peu nombreuses dans l'étude, les contraceptifs sont normalement offerts de façon gratuite dans les programmes de planification familiale. Selon la réglementation en vigueur, la cliente est tenue de verser à l'inscription un forfait de cinq cents francs (500 FCFA) pour l'obtention de la carte de client ou pour son renouvellement.

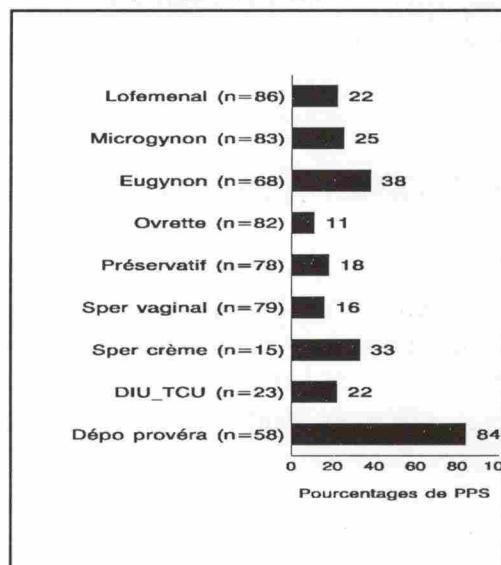
Ces dispositions sont diversement appliquées dans les PPS. En effet, les frais de consultation varient de 100 à 750 francs, 77% des PPS ne réclamant pas cependant plus de 200 francs. Les pilules, les spermicides, les condoms et les injectables sont gratuits dans presque la moitié des PPS, alors qu'ailleurs le coût unitaire est de 50 à 300 francs. Concernant les injectables, des ordonnances sont la plupart du temps délivrées aux clientes.

2.5. CYCLE LOGISTIQUE

La gestion correcte des stocks des produits contraceptifs permet d'éviter les ruptures et partant, de limiter les échecs dans l'utilisation des méthodes contraceptives. En outre, elle permet d'assurer la disponibilité à tout moment de produits contraceptifs non périmés.

Graphique 9 : Répartition des PPS ayant connu des ruptures de stocks au cours des 6 derniers mois selon la méthode, EAS/Mali

Les ruptures de stocks concernent l'ensemble des produits contraceptifs. Elles sont plus importantes pour les injectables (84% des PPS) du fait surtout des problèmes d'approvisionnement constatés au niveau national au moment de l'étude (graphique 9). Les durées de rupture de stocks sont variables.



Comme supports à la logistique des contraceptifs, 65% des PPS utilisent des registres ou des fiches de stocks pour faire l'inventaire des contraceptifs reçus. Toutefois, les produits contraceptifs ne sont pas rangés selon leur date de péremption dans 28% des PPS. Selon les données du guide d'inventaire, 84% des PPS disposent d'un local approprié de stockage des contraceptifs.

Dans neuf PPS sur dix (90%), les responsables déclarent posséder un système de commande de contraceptifs. Plus de la moitié d'entre eux (54%) respectent le seuil d'alerte de commande.

2.6. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

L'étude renseigne sur les supports de collecte de l'information nécessaire au suivi des clientes, à la détermination du volume des activités pour la gestion des services de planification familiale.

Concernant le suivi des clientes, 85% des PPS utilisent des fiches de consultation individuelles qui sont régulièrement mises à jour. Parmi les PPS qui gèrent de tels formulaires, 87% possèdent des fiches exploitables et 80% les classent par ordre. Pour 40% des PPS, aucune personne n'est attribuée au classement des fiches, tout membre du personnel pouvant y accéder.

Dans 85% des PPS, des registres d'activités journalières sont utilisés. Parmi ces PPS, 74% élaborent des rapports qui doivent parvenir chaque mois au niveau supérieur. Toutefois, l'échéance n'est pas respectée pour près de la moitié des PPS. Par rapport aux statistiques transmises, le tiers seulement des PPS reçoit une rétro-information. Selon les responsables des PPS, le mode de transmission des supports s'opère généralement par l'intermédiaire des superviseurs.

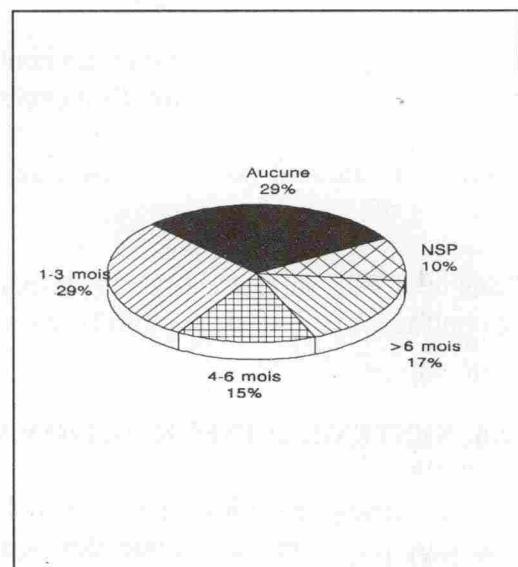
Lorsqu'on a posé la question de savoir à quoi peuvent servir les supports de collecte, 67% des responsables des PPS ont cité la commande des contraceptifs, 58% la détermination des performances, 46% l'élaboration des rapports mensuels, 36% le suivi médical des clientes, 19% le suivi à domicile et 10% la recherche. On constate que l'utilité de l'information pour la gestion des services n'est pas bien perçue de la part des agents chargés des statistiques.

2.7. GESTION ET SUPERVISION

La gestion du personnel, ainsi que la planification et la supervision des activités sont abordées dans cette partie. La supervision porte, entre autres, sur les techniques de planification familiale, la logistique, le système d'information, l'IEC, l'administration et les finances, avec une attention particulière sur la PF clinique. Elle doit avoir lieu tous les trois mois de la région vers les cercles et chaque mois pour les autres niveaux du système de santé.

Graphique 10 : Répartition des PPS selon la date de la dernière supervision EAS/Mali 1995

Le graphique 10 montre que la supervision se caractérise par son irrégularité : 29% des PPS n'ont pas reçu la visite d'un superviseur au cours des trois derniers mois précédent l'étude et autant ont été supervisés durant la même période. Pour les autres PPS, la supervision remonte à plus de trois mois.



Ce sont 41% seulement des PPS qui tiennent des réunions internes à périodicité variable pour discuter des activités de santé dont la planification familiale.

L'étude révèle par ailleurs que les attributions et responsabilités du personnel de planification familiale ne sont décrits que pour 30% des PPS. Des documents portant sur les programmes d'activités et les objectifs n'ont été respectivement trouvés que dans 19% et 17% des PPS.

2.8. PERSONNEL

La qualification, la disponibilité, l'ancienneté dans le service et la formation du personnel sont traités dans cette section.

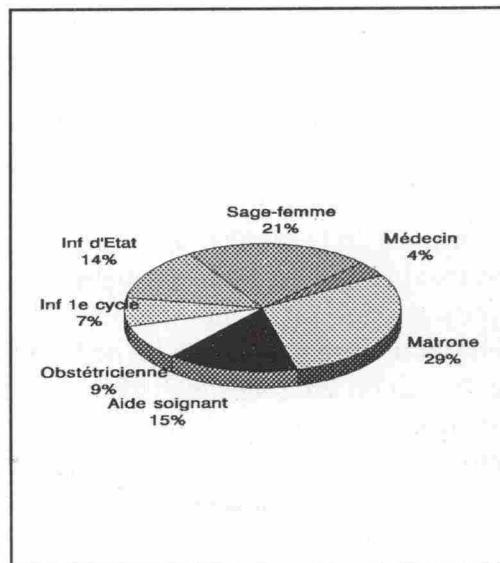
2.8.1. Qualification et disponibilité du personnel

Au total, 228 agents impliqués dans l'offre de prestation de services de planification familiale ont été recensés, qu'ils soient présents ou absents le jour de passage des équipes d'enquête. Ceci correspond à une moyenne de 2,6 personnes par PPS.

Le personnel féminin représente 81% des effectifs. Cette structure pose le problème de l'implication des hommes dans l'offre et l'acceptation de la planification familiale

Graphique 11 : Répartition du personnel selon la catégorie socio-professionnelle EAS/Mali 1995

La répartition du personnel fait apparaître une prédominance des matrones (29%) au niveau de l'offre de prestations de service PF (graphique 11). Elles sont suivies des sages-femmes (21%), des aide-soignants (15%) et des infirmiers d'Etat (14%). Les autres catégories du personnel sont faiblement représentées, notamment les médecins chargés de la supervision dont le pourcentage n'est que de 4%.



Les résultats de l'étude mettent en évidence l'inégale répartition du personnel au sein des structures de santé, surtout en ce qui concerne les personnels les plus nombreux. Par exemple, 67% des PPS ne disposent pas de sages-femmes. Le pourcentage est de 39% pour les matrones.

L'étude donne une indication sur le volume des absences du personnel constatées le jour de visite des équipes. Aucune sage-femme n'était présente pour 34% des PPS, tandis que 13% des PPS n'avaient pas de matrone disponible. Ceci pourrait s'expliquer en partie par la formation en périnatale des sages-femmes de la région de Koulikoro et de la grève des matrones du cercle de Sikasso pendant la période de l'enquête.

2.8.2. Ancienneté dans le service

Pour la moitié du personnel enquêté, l'affectation dans le PPS date de moins de cinq ans. Onze pour cent y effectuent leur première année de séjour, et plus du quart y émargent depuis plus de dix ans.

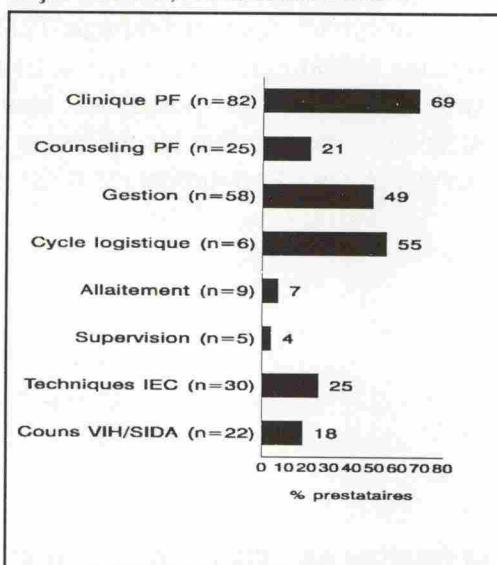
Concernant l'ancienneté dans la planification familiale, la durée médiane est de quatre ans environ. Par contre, 13% des prestataires exercent le métier depuis moins d'un an.

2.8.3. Formation du personnel

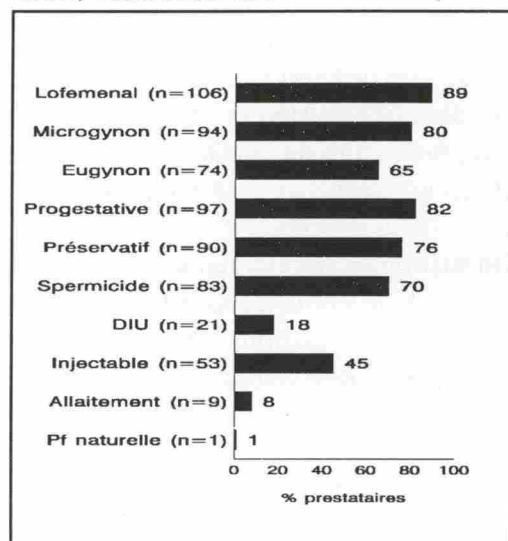
L'étude distingue la formation structurée de la formation sur le "tas", et au sein de chacune d'elles la théorie de la pratique. L'analyse porte uniquement sur la première stratégie de formation parce que ses objectifs et son contenu sont mieux définis. Par ailleurs, le Norplant en expérimentation et la contraception chirurgicale volontaire (CCV) peu vulgarisées ne sont pas traités.

Le graphique 12 est révélateur de l'intérêt accordé par les pouvoirs publics au développement des compétences en techniques de planification familiale au niveau de la formation du personnel : 69% des prestataires ont reçu une formation de ce type. Les cours portant sur la gestion et le cycle logistique tendent d'autre part à prendre de l'essor. Par contre, la formation en counseling (PF et VIH/SIDA), en allaitement maternel et en techniques d'IEC doit être renforcée pour tous les prestataires, sachant que la supervision ne concerne qu'une partie du personnel.

Graphique 12 : Répartition des prestataires selon le type de formation reçue en PF, EAS/Mali 1995



Graphique 13 : Répartition des prestataires formés selon les méthodes fournies au cours des trois derniers mois, EAS/Mali 1995



Il ressort du graphique 13 donnant la répartition des prestataires formés (quel qu'en soit le type) ayant fourni des méthodes contraceptives au cours des trois derniers mois précédent l'étude, entre 65% et 89% ont prescrit des pilules, ou des spermicides, ou bien des préservatifs. Par contre, seulement 18% des prestataires ont posé ou retiré des stérilets et 45% ont fourni des injectables.

Les formations sont en général de date récente : 70% et 60% du personnel ont subi une formation théorique ou pratique au cours des 24 mois qui précèdent l'étude.

Malgré les efforts consentis à la formation, 64% des prestataires estiment que leur formation est insuffisante. Le fait qu'ils ne soient pas formés sur toutes les méthodes ou que la formation ait été mal assimilée sont les raisons les plus couramment citées.

2.9. LECONS APPRISES

Les résultats présentés dans ce chapitre montrent que l'accessibilité des services de planification familiale est assez satisfaisante dans les régions de Koulikoro et Sikasso. Par contre, il a été constaté une insuffisance des équipements et des matériels nécessaires aux prestations de services. De surcroît, les ruptures de stocks de contraceptifs sont assez fréquentes.

Le système d'information sanitaire est mal géré et son utilité mal perçue du personnel chargé des statistiques. Les supervisions ne sont pas régulières.

Le personnel est mal réparti et est insuffisamment formé sur plusieurs modules.

CHAPITRE III

QUALITE DES SERVICES

La qualité des services est définie au sens large comme la façon dont les clientes sont traitées au sein du système de prestations de services. La qualité des services contribue à l'augmentation de la prévalence contraceptive dans les programmes de planification familiale et, en conséquence à la réduction de la fécondité.

On distingue six éléments de la qualité des services (Judith Bruce, 1990) :

1. le choix de la méthode contraceptive
2. les relations interpersonnelles
3. l'information donnée aux clientes
4. la compétence technique des prestataires
5. les mécanismes pour assurer la continuité
6. l'intégration des services

Pour des raisons méthodologiques, plusieurs thèmes de la qualité des services abordés dans le guide d'observation de l'étude ont été dupliqués dans la partie relative à l'interview des clientes de planification familiale. Entre les deux types de données, seront privilégiés celles issues de l'observation.

3.1. CHOIX DE LA METHODE CONTRACEPTIVE

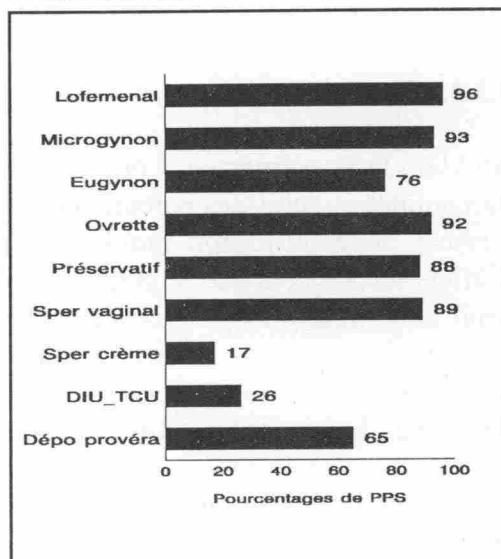
La diversité des méthodes contraceptives, la possibilité pour la cliente d'accéder à la méthode de son choix et la levée des restrictions que s'imposent les prestataires sont autant de préoccupations que le gestionnaire de tout programme de planification familiale doit prendre en considération.

3.1.1. Accès aux méthodes contraceptives

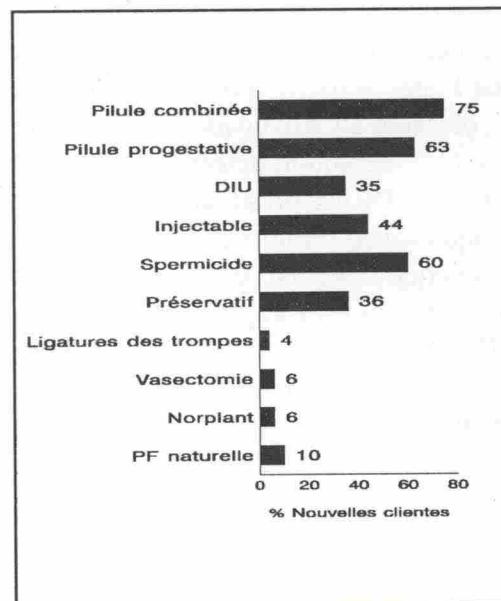
A la lumière du tableau 14, les contraceptifs de courte durée (pilules, condoms et spermicides) sont les principales méthodes modernes offertes dans les centres de santé : entre 87% et 97% des PPS en sont dépositaires. Viennent ensuite les méthodes hormonales injectables de moyenne durée offertes dans 65% des PPS. Par contre, les contraceptifs de longue durée tel que le stérilet sont peu répandus puisqu'ils ne sont présents que dans 29% des PPS.

Parmi les pilules, on distingue les progestatives et les combinées dont les principales marques disponibles sont le Lofemenal et Microgynon. Pour les injectables et les stérilets, il s'agit respectivement du Depo Provera et du TCU 380 A.

Graphique 14 : Répartition des PPS selon le type de contraceptif offert EAS/Mali 1995



Graphique 15 : Répartition des nouvelles clientes informées des méthodes, EAS/Mali 1995



Le quart des clientes déclare n'avoir pas obtenu la méthode préférée parce qu'elle n'était pas disponible. La non disponibilité affecte surtout les injectables.

Par ailleurs, on peut douter de la totale liberté de choix laissée aux clientes. En effet, pour 37% des observations, une méthode spécifique a été encouragée par le prestataire.

3.1.2. Contraintes à l'utilisation des contraceptifs

Au Mali, le gouvernement a pris des mesures pour lever certaines restrictions comme l'accord du conjoint et celui des parents pour les adolescents et les jeunes. De plus, la prestation de services de planification familiale tient compte d'un catalogue de contre-indications et d'effets secondaires que le prestataire se doit de dépister et de communiquer à la cliente. En dépit de la mise à disposition de protocoles de formation qui renseignent sur les procédures de la prestation, il arrive que des prestataires se fixent des tests et des restrictions jugés nécessaires mais non édictés par les programmes pour des raisons de santé publique, d'éthique, de sous-information, ou de résistance au changement.

En général, l'offre des méthodes contraceptives est assujettie à l'examen physique des clientes, alors que les analyses de laboratoire ne sont demandées qu'en cas de suspicion de pathologie et par conséquent, ne sont pas obligatoires. Ces analyses concernent les examens d'urine et de sang, le dépistage des MST et le frottis cervico-vaginal. Contrairement aux normes en vigueur, elles sont considérées par certains prestataires comme un préalable à la prescription de contraceptifs. Cependant, quelle que soit la méthode, pas plus de 5% des prestataires en éprouvent la nécessité, sauf pour le dépistage des MST qui constitue un point d'attention et pour lequel les pourcentages varient de 8% à 14% (tableau 9).

De même, le fait de discriminer la fourniture des contraceptifs par rapport à des variables tels que l'âge, la parité, l'allaitement, la situation matrimoniale et l'opinion du conjoint constitue un obstacle à l'expansion de la planification familiale. Le tableau 10 montre que l'âge est un critère de sélection déterminant, notamment en ce qui concerne les contraceptifs hormonaux. Plus de 40% des prestataires assujettissent la prescription des pilules et des injectables à l'âge. L'âge moyen minimum fixé est de 16 ans pour les pilules et de 32 ans pour les injectables, tandis que l'âge maximum est de 40 ans pour les méthodes contraceptives. Pour 11% et 26% des prestataires, l'éligibilité doit être subordonnée à la situation matrimoniale de la cliente ou à l'avis du conjoint. La prise en compte de l'allaitement est surtout importante pour les pilules combinées. Pour les prestataires qui font intervenir la parité, le nombre minimum d'enfants requis par les prestataires est de 6 à 7 pour les pilules, de 5 pour les injectables et de 4 pour les stérilets.

Tableau 9 : Répartition des prestataires qui jugent quelques procédures et tests nécessaires selon la méthode contraceptive, EAS/Mali 1995

| Procédures et tests jugés nécessaires | Pourcentages | | | | |
|---------------------------------------|--------------|------|-----|-----|-----|
| | Pilule | DIU | INJ | SPE | PRE |
| Analyse d'urine | 2,6 | 3,8 | 3,8 | 0,9 | 0,0 |
| Examen de sang | 1,7 | 2,5 | 2,9 | 0,0 | 0,0 |
| Dépistage MST | 14,3 | 18,9 | 9,3 | 7,9 | 0,0 |
| Frottis cervico-vaginal | 4,3 | 11,3 | 4,8 | 0,9 | 0,0 |

DIU = dispositif intra-utérin/INJ = injectable/
SPE = spermicide/PRE = préservatif

Tableau 10 : Répartition des prestataires qui jugent quelques restrictions nécessaires selon la méthode contraceptive, EAS/Mali 1995

| Restrictions | Pourcentages | | | | | |
|-----------------------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| | PP | PC | PRE | SPE | DIU | INJ |
| Variables prises en compte | | | | | | |
| Age minimal | 40,3 | 40,3 | 7,5 | 13,4 | 16,0 | 55,5 |
| Age maximal | 42,0 | 41,2 | 2,5 | 9,2 | 12,6 | 40,3 |
| Parité | 7,5 | 6,7 | 0,0 | 0,0 | 16,0 | 46,2 |
| Allaitement | 25,9 | 41,0 | 9,4 | 8,4 | 15,6 | 24,0 |
| Etat matrimonial | 18,2 | 11,9 | 11,1 | 9,3 | 25,4 | 15,6 |
| Avis conjoint | 23,1 | 19,5 | 22,9 | 14,0 | 26,5 | 18,7 |

PP = pilule progestative/PP = pilule combinée/PRE = préservatif/
SPE = spermicide/DIU = dispositif intra-utérin/INJ = injectable

3.1.3. Contraception et préférences en matière de reproduction

Il a été demandé aux prestataires de préciser les types de méthodes à recommander ou non selon les préférences des clientes en matière de reproduction. La pertinence d'une telle information est qu'elle permet d'apprécier jusqu'à quel point les prestataires sont à même de conseiller efficacement les clientes dans le choix des méthodes. Le tableau 11 révèle que le personnel réussit à discerner les méthodes selon les objectifs de fécondité.

En ce qui concerne les méthodes contraceptives d'espacement, 93% des prestataires ont cité la pilule, 62% les spermicides, 56% les préservatifs et 54% les injectables. Concernant les méthodes de limitation des naissances, 71% des prestataires ont cité la ligature des trompes, 23% la vasectomie et 34% les injectables.

Il est anormal qu'un certain nombre de prestataires recommandent les pilules, les préservatifs, les spermicides et les injectables comme méthodes d'arrêt.

Quoique partie intégrante des curricula de formation et utilisée par une proportion relativement élevée de prestataires, la planification familiale naturelle, par rapport aux autres méthodes, est fortement déconseillée aux clientes : 13% des prestataires sont de cet avis.

A la question de savoir quel conseil donner à une femme qui allaite et qui désire planifier, plus de la moitié des prestataires a répondu juste en disant qu'ils suggéreraient à la cliente de continuer l'allaitement et d'utiliser une méthode progestative. Par contre 20% disent que les conseils dépendent de l'âge de l'enfant et 17% recommandent de coupler l'allaitement à n'importe quelle méthode.

Tableau 11 : Répartition des prestataires qui recommandent des méthodes contraceptives selon les préférences en matière de reproduction des clientes, EAS/Mali 1995

| Méthodes | Recommandations | | |
|------------------|-----------------|--------------|-----------------------------------|
| | Pour espacer | Pour arrêter | Ne recommande jamais (n = 119) |
| Méthodes | | | |
| Pilule | 93,3 | 2,5 | 0,8 |
| Préservatif | 56,3 | 2,5 | 1,7 |
| Spermicide | 62,2 | 3,4 | 2,5 |
| Ligature trompes | 0,8 | 70,6 | 2,5 |
| Vasectomie | 0,0 | 22,7 | 4,2 |
| DIU | 46,2 | 5,9 | 3,4 |
| Injectable | 53,8 | 34,5 | 2,5 |
| Norplant | 7,6 | 3,4 | 0,0 |
| Allaitement | 5,8 | 1,7 | 0,8 |
| PF naturelle | 5,9 | 0,0 | 13,4 |

3.2. RELATIONS INTERPERSONNELLES

La nature des rapports de convivialité entre le personnel et la cliente depuis l'accueil jusqu'à la sortie de la consultation est un des facteurs incitatifs pour l'acceptation et la continuité de la planification familiale.

3.2.1. Accueil

Au niveau de l'accueil, il ressort de l'observation que les règles de bienséance ont été respectées dans la mesure où la quasi-totalité des clientes ont eu droit à des salutations cordiales et à des places pour s'asseoir. En outre, dans tous les PPS, les clientes ont été consultées selon l'ordre d'arrivée après une attente jugée globalement raisonnable. Seulement, 10% ont trouvé le délai d'attente long et 89% des clientes ont attendu moins d'une heure.

3.2.2. Satisfaction de la cliente

La plupart des clientes semblent satisfaites du déroulement de la consultation. Plus de 9 femmes sur 10 jugent convenable la durée de la consultation qui varie de 19 minutes chez les nouvelles acceptrices à 8 minutes chez les anciennes clientes. Toutes les clientes trouvent que la consultation s'est déroulée dans la discréction et affirment avoir reçu des informations claires et les services désirés.

3.3. INFORMATION DONNEE AUX CLIENTES

La consultation est une occasion appropriée pour mener le counseling. Un counseling bien mené dissipe les rumeurs et favorise l'acceptation et la continuation de la contraception.

3.3.1. Sujets discutés avec la cliente

Une des tâches assignées aux prestataires est de discuter avec les clientes des expériences en matière de fécondité et des sujets qui permettent d'aboutir à un choix éclairé des méthodes contraceptives. A cet égard, les résultats de l'observation révèlent que l'observance des normes est fonction du statut de la cliente.

Graphique 16 : Répartition des clientes pour lesquelles le prestataire a été le premier à aborder les sujets spécifiques EAS/Mali 1995

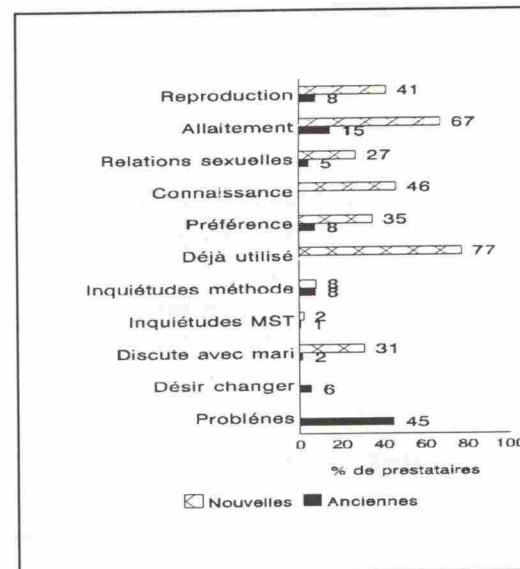
Chez les nouvelles clientes, l'âge du dernier enfant, l'utilisation passée de la contraception et l'allaitement sont les thèmes majeurs discutés lors de la consultation. Ceux-ci ont été respectivement abordés avec 83%, 77% et 67% des nouvelles clientes. Ces proportions varient de 8% à 46% pour les autres rubriques.

Parmi les anciennes clientes, les problèmes liés à l'utilisation de la méthode sont davantage discutés (45% des cas). C'est dire que chez 55% d'entre elles, ces questions n'ont pas été abordées. Or, il est manifeste qu'une utilisatrice qui ressent des inquiétudes par rapport à une méthode et qui de surcroît n'est pas prise en charge est une candidate potentielle à l'abandon.

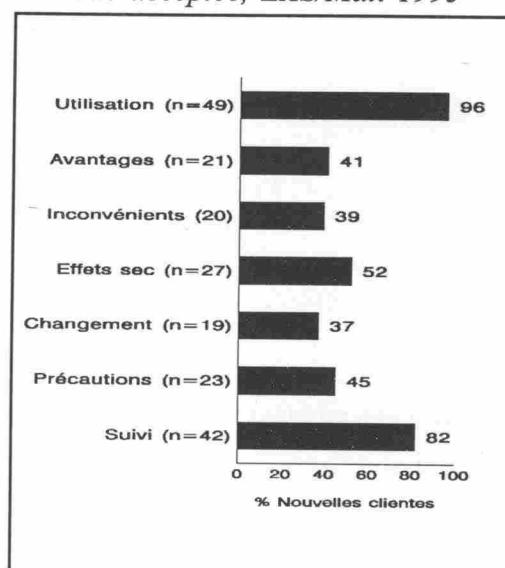
Par ailleurs, l'étude montre que seuls 23% des prestataires ont présenté le préservatif comme une méthode contraceptive qui protège contre les MST/SIDA. L'analyse du contenu de la consultation montre l'insuffisance du counseling.

3.3.2. Information relative à l'utilisation

Le recours à un support matériel ou visuel est un moyen approprié pour faire la démonstration de l'utilisation des méthodes contraceptives. Il ressort de l'observation qu'aucun matériel IEC n'a été utilisé au cours de la consultation chez 29% des nouvelles acceptrices. Les échantillons de contraceptifs ont été le support le plus utilisé. Cette situation découle en partie de l'insuffisance du matériel.



Graphique 17: Répartition des nouvelles clientes informées de l'utilisation de la méthode acceptée, EAS/Mali 1995



Des explications relatives à la méthode nouvellement acceptée ont été généralement données par les prestataires, même si l'information demeure incomplète. Celle-ci est relative au mode d'utilisation, aux avantages, inconvénients et effets secondaires de la méthode, ainsi que les dispositions à prendre en cas de problème ou de changement de méthode, ou bien du calendrier de visites de contrôle. Il s'avère que les prestataires insistent surtout sur le mode d'utilisation et la programmation des visites subséquentes.

3.3.3. Connaissance des méthodes contraceptives par les clientes

La série de questions portant sur la connaissance des contraceptifs de la part des clientes utilisatrices permet d'évaluer de façon indirecte la qualité de l'information fournie par les prestataires de service. L'exercice porte uniquement sur les acceptrices de pilule étant donné que les autres utilisatrices sont faiblement représentées dans l'étude.

En raison de sa popularité, les connaissances minimales requises en matière d'utilisation de la pilule semblent universelles chez les clientes concernant le début de la première prise, la fréquence et la réversibilité de la méthode (tableau 12). Cependant, 34% seulement des clientes savent la conduite à tenir en cas d'oubli de prendre une pilule. Le temps moyen entre l'arrêt de la méthode et la reprise de la fécondité est de 2 mois environ pour les clientes qui en ont chiffré la durée, alors que 35% ignorent la date de retour des règles et 29% uniquement des clientes ont raison de dire que la fécondité est aussitôt recouvrée.

Moins de 50% des clientes utilisatrices ont pu citer des effets secondaires liés aux méthodes. Les maux de tête et les douleurs abdominales sont cités par près de 40% des clientes.

Tableau 12: Répartition des clientes PF utilisatrices connaissant l'utilisation de la pilule EAS/Mali 1995

| Méthodes | Pourcentage de réponses justes |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| PILULE | n = 184 |
| Prise 1er-7 ^e jour règles | 92 |
| Une pilule par jour | 99 |
| Prise immédiate pilule oubliée | 34 |
| Réversible | 90 |

3.4. COMPETENCE TECHNIQUE DES PRESTATAIRES

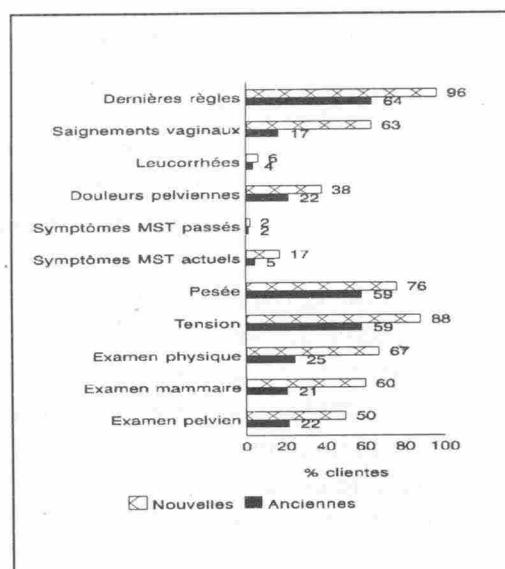
Sont appréciés dans cette section les faits et gestes que les prestataires sont tenus d'accomplir afin de préserver entre autres la santé des clientes. L'évaluation porte principalement sur les antécédents et examens médicaux, les conditions d'asepsie lors de l'examen pelvien et le degré de connaissance des méthodes contraceptives de la part des prestataires.

La technicité par rapport à l'insertion et au retrait du DIU et du Norplant n'est pas étudiée du fait de la faiblesse des effectifs, la plupart des clientes étant sous pilule. Les données analysées sont tirées du guide d'observation, excepté celles relatives à la connaissance sur les méthodes qui proviennent du questionnaire d'interview des prestataires.

3.4.1. Antécédents et examens médicaux

Le processus de la consultation semble différer selon que la cliente soit nouvelle ou ancienne. L'interrogatoire relatif aux antécédents et la réalisation des examens médicaux sont moins systématisés chez les anciennes clientes. Pour les nouvelles clientes, l'attention porte davantage sur la connaissance de la date des dernières règles et à un degré moindre sur les saignements vaginaux pour ce qui est des antécédents médicaux (96% et 63% des clientes sont interrogées sur ces aspects). La prise de la tension artérielle, la pesée, les examens physique, mammaire et pelvien sont effectués dans des proportions variables (entre 50% et 88%).

Graphique 18 : Répartition des clientes pour lesquelles les antécédents et examens médicaux ont été demandés EAS/Mali 1995

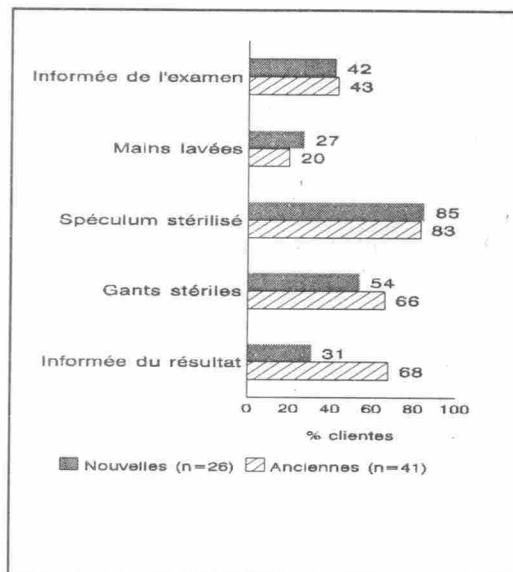


Les analyses de sang, d'urine et le frottis cervico-vaginal s'inscrivent dans le cadre d'une recherche para-clinique complémentaire des examens cliniques. Il est donc aisé de comprendre pourquoi ces analyses sont rarement demandées.

3.4.2. Déroulement de l'examen pelvien

Les données de l'étude révèlent que les conditions d'asepsie ne sont pas rigoureusement observées au cours de l'examen pelvien. En effet, pour 20% à 27% des clientes, les prestataires ne se sont pas lavé les mains au cours de l'examen pelvien, tandis que près de la moitié des nouvelles clientes et le tiers des anciennes clientes ont subi l'examen en l'absence de gants stérilisés. Par contre, l'utilisation de spéculum stérilisé est assez répandue (plus de 80%). Enfin, la majorité des clientes n'est informée ni de la décision de procéder à l'examen, ni de ses résultats.

Graphique 19 : Répartition des clientes selon le déroulement de l'examen pelvien, EAS/Mali 1995



Sachant les conséquences graves que la non observance de toutes les conditions d'asepsie peut avoir sur la santé des consultantes et des populations, surtout dans un contexte de pandémie du SIDA, il est urgent de prendre les mesures qui s'imposent afin d'améliorer les conditions des prestations.

3.4.3. Connaissance des méthodes par les prestataires

Les prestataires formés ont été uniquement interviewées sur les méthodes contraceptives fournies au cours des trois derniers mois avant l'enquête. Le tableau 13 montre que l'utilisation des méthodes contraceptives est généralement connue des prestataires. Toutefois, le tiers des prestataires ignore ce qu'il faut faire lorsqu'on oublie de prendre une pilule et 42% confondent la date de rappel du Noristerat. Rangés parmi les contraceptifs les plus communs, les spermicides font l'objet d'une utilisation relativement mal assimilée : 21% des prestataires ignorent à quel moment il faut mettre le spermicide et 38% ne peuvent pas fournir des indications correctes sur l'après-usage.

Les prestataires ont également été questionnés sur les délais de rétablissement de la fécondité une fois la méthode abandonnée. Ceux qui pensent que le retour de la fécondité est immédiat représentent 36% dans le cas de la pilule, 22% pour le DIU et 2% pour les injectables. Pour ceux qui déterminent une durée, celle-ci est en moyenne de 2 mois pour la pilule, 3 mois pour le stérilet et 7 mois pour les injectables. Les réponses relatives aux délais de retour de la fécondité ne correspondent pas à ce qu'on sait à l'heure actuelle de la technologie contraceptive.

En ce qui concerne la connaissance des problèmes mineurs ou majeurs liés à l'utilisation des méthodes contraceptives, les effets secondaires cités par les prestataires figurent au tableau 14.

Tableau 13 : Répartition des prestataires formés connaissant l'utilisation des méthodes contraceptives, EAS/Mali 1995

| Méthodes | Pourcentage de réponses justes |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| PILULE | (n = 118) |
| Prise 1er-7 ^e jour règles | 98 |
| Une pilule par jour | 99 |
| Prise immédiate pilule oubliée | 67 |
| Méthode réversible | 100 |
| DIU | (n = 59) |
| Pose: | |
| Tout moment sauf cas grossesse | 12 |
| Tout moment | 12 |
| 10 mn après accouchement | 5 |
| 48 H après accouchement | 3 |
| 6 semaines après accouch. | 10 |
| Pendant les règles | 90 |
| Vérification en touchant les fils | 88 |
| Contrôle après 1 ou 4 semaines | 85 |
| Méthode réversible | 100 |
| INJECTABLE | n = 101 |
| Insertion: | |
| 1er-5 ^e jour règles | 97 |
| 6 semaines après accouchement | 11 |
| Contrôle: | |
| 2 mois si Noristerat | 58 |
| 3 mois si Depo Provera | 92 |
| Méthode réversible | 98 |
| SPERMICIDES | (n = 117) |
| Mis 5 à 10 mn avant rapport | 79 |
| Valable pour un rapport | 99 |
| Toilette pas avant 6 heures | 62 |
| PRESERVATIF | (n = 117) |
| Porté avant intromission | 93 |
| Enlevé après éjaculation | 91 |

Tableau 14 : Principaux problèmes liés à l'utilisation des méthodes spécifiques du point de vue des prestataires, EAS/Mali 1995

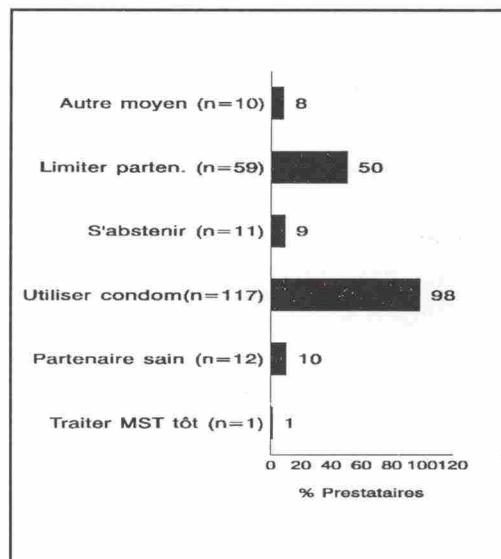
| METHODES | PROBLEMES MINEURS | PROBLEMES MAJEURS |
|--------------|---|---|
| Pilule | - Nausées - Légers maux de tête - Saignements | - Migraines |
| DIU | - Règles abondantes | - Douleurs abdominales - Saignements |
| Injectables. | - Aménorrhées - Saignement irrégulier | - Saignements abondants |

3.4.4. Connaissance du SIDA

La connaissance de la pandémie du SIDA est généralisée chez les prestataires : 94% en ont entendu parler. En réponse aux questions portant sur la prise en charge des séropositifs et des malades, 97% affirment qu'ils seraient disposés à mener un counseling sur le VIH/SIDA et 79% accepteraient de dispenser des services de planification familiale à des clientes porteuses du VIH ou sidéennes.

Concernant les voies et moyens utilisés pour réduire la transmission du SIDA, 98% des prestataires interrogées citent le préservatif, tandis que 50% suggèrent de limiter le nombre de partenaires sexuels. L'abstinence n'est évoquée que par moins de 10% des prestataires.

Graphique 20 : Répartition des prestataires selon les moyens pour réduire la transmission du SIDA EAS/Mali 1995



A une autre question portant sur les méthodes contraceptives susceptibles de protéger du SIDA, 86% citent le préservatif, mais 20% évoquent les spermicides, ce qui est surprenant de la part des prestataires.

Au niveau de la pratique clinique, 61% à 88% recommandent principalement l'utilisation d'instruments et de gants stérilisés pour prévenir le SIDA. Pourtant, cette attitude est en contradiction avec la pratique observée lors de la consultation (voir section précédente). Cette divergence pourrait s'expliquer en partie par l'insuffisance des équipements. Parmi les autres moyens préconisés, l'utilisation de l'eau de javel est mentionnée par 12% des prestataires.

3.5. MECANISMES POUR ASSURER LA CONTINUITE

Il s'agit de la célérité avec laquelle on donne satisfaction à la clientèle et de l'ensemble des procédures mises en oeuvre pour encourager la continuation de l'utilisation de la contraception. Ainsi, la quantité des contraceptifs fournis et le calendrier des consultations subséquentes sont autant de facteurs qui peuvent avoir un impact sur la pratique contraceptive.

Une méthode contraceptive a été fournie le jour de la consultation à 90% des nouvelles clientes et à 72% des anciennes clientes qui ont exprimé le besoin de changer de méthode.

Pour les clientes servies en contraceptifs, la date et le lieu de la prochaine visite au PPS ont été spécifiés par le prestataire. Concernant les nouvelles acceptrices de pilule, 83% ont obtenu un cycle. Ceci correspond aux normes en vigueur au moment de l'étude. En effet, c'est seulement à partir de la deuxième visite que les femmes devaient recevoir trois plaquettes.

3.6. INTEGRATION DES SERVICES

L'intégration des services est une stratégie essentielle de la politique de santé du Mali. Par l'organisation des services et du flux de l'information, elle contribue à l'accès aux services de planification familiale.

3.6.1. Types de services offerts dans les PPS

Le paquet d'activités ciblées concerne les consultations prénatales, les consultations post-natales, la vaccination, la nutrition, les MST, les consultations des nourrissons, les services curatifs et la planification familiale. Ces services ne sont intégrés que dans 20% des PPS de l'étude, mais 95% des PPS comptent au moins un de ces services, en plus de la planification familiale.

3.6.2. Promotion de la planification familiale

Un échantillon de 226 femmes venues se faire consulter dans des services autres que la planification familiale ont été interviewées sur ce qu'elles ont vu ou entendu en matière de planification familiale, étant entendu que la politique veut que la promotion en soit faite au niveau des centres de santé.

A la question "Est-il possible d'avoir des services de PF dans ce PPS?", 52% des clientes ont répondu par oui, 28% par non et 20% par "Ne sait pas". En d'autres termes, 48% des femmes ignorent l'intégration des services de planification familiale et de santé de la reproduction.

Le jour de la visite, 79% des clientes n'ont ni vu, ni entendu quelque chose relative à la planification familiale. Pour les 21% des femmes qui affirment le contraire, les causeries sur la santé, les affiches et le counseling lors de la consultation constituent les principales sources d'information.

Une solution à ces problèmes serait de mener des recherches opérationnelles afin de réviser les stratégies d'IEC en planification familiale.

3.6.3. Promotion des services autres que la PF

Au niveau des services de planification familiale, les clientes doivent être informées de la disponibilité des autres services offerts dans le PPS : lutte contre les MST/SIDA, prise en charge des enfants sains et malades, consultation des mères, etc. Moins de 5% des prestataires ont informé les clientes de l'existence de ces services au cours de la consultation.

3.7. LECONS APPRISES

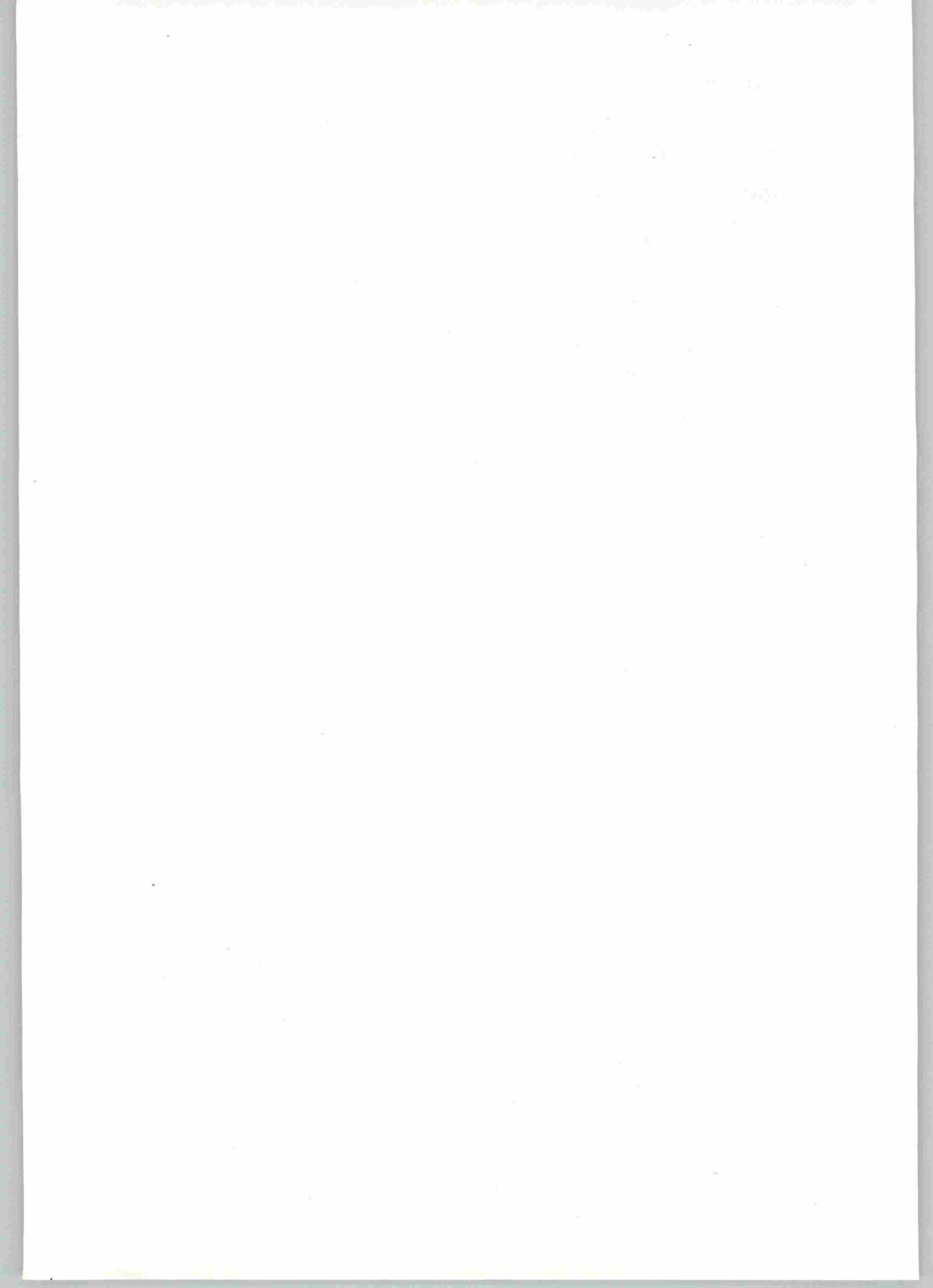
Il ressort de l'étude sur la qualité des services que les pilules constituent la principale méthode contraceptive moderne disponible dans les PPS et utilisée par les clientes.

L'accessibilité des méthodes contraceptives connaît des limitations liées aux préjugés de certains prestataires qui lient la fourniture de contraceptifs à des restrictions qui sont contraires aux normes et procédures en vigueur.

L'accueil est satisfaisant, mais le counseling semble privilégier certains thèmes au détriment d'autres. Par ailleurs, toutes les conditions d'asepsie ne sont pas respectées lors des examens.

Les clientes et les prestataires ne maîtrisent pas le mode d'emploi des méthodes contraceptives et les précautions à prendre pour l'utilisation.

Enfin, il faut souligner que l'intégration des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ne semble pas effective.



DEUXIÈME PARTIE
LA DISTRIBUTION A BASE
COMMUNAUTAIRE (DBC)

CHAPITRE I

PROFIL DES CLIENTES ET DES ANIMATEURS DBC

Les données relatives à la DBC ne sont pas représentatives de l'ensemble des deux régions de l'étude. Comme annoncé dans la méthodologie, l'échantillon procède d'une sélection non aléatoire. En outre, la DBC ne couvre pas tous les villages. Enfin, vu la taille de la population étudiée et notamment l'effectif faible des nouvelles clientes qui sont au nombre de huit (8), certaines données ne sont pas analysées.

1.1. PROFIL DES CLIENTES DBC

1.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Il ressort du tableau 15 que la moitié des clientes DBC est âgée de 29 ans. Les pourcentages de clientes PF sont plus élevés dans les tranches d'âges 25-29 ans et 30-34 ans.

Toutes les clientes de l'étude sont mariées. Les femmes en ménage monogamique et polygamique représentent respectivement 54% et 46% de l'échantillon. L'absence de femmes célibataires dans l'échantillon tiendrait des contraintes socio-culturelles à l'utilisation de la contraception, surtout dans un contexte où les animateurs sont partie intégrante de la communauté villageoise.

Parmi les clientes DBC, 38% a au moins le niveau du premier cycle de l'école fondamentale et 54% n'ont pas fréquenté l'école.

Toutes les clientes interviewées sont de religion musulmane.

Avec 58% de l'échantillon, les Bambara constituent le principal groupe ethnique. Les pourcentages des Sénoufo et des Sarakolé sont respectivement de 15% et 11%.

1.1.2. Fécondité

Le tableau 16 fournit les indicateurs de fécondité pour les clientes DBC. Avec 7,2 enfants par femme, la descendance finale est élevée. Cette fécondité semble s'accompagner de pratiques abortives importantes dans la mesure où 48% des agents DBC déclarent avoir été consultés pour des conseils par des femmes de la communauté qui ne voulaient plus de leur grossesse. De plus, la moitié d'entre eux a été personnellement contactée pour interrompre une grossesse.

Le pourcentage des clientes DBC qui allaient au moment de l'étude est de 42%. L'âge médian du dernier-né vivant est de 22,6 mois, alors que pour 41% des clientes, le dernier enfant encore en vie est âgé de moins de 18 mois.

S'agissant des perspectives en matière de fécondité, 58% des clientes DBC désirent avoir d'autres enfants, tandis que 35% ne veulent plus avoir d'enfant. Parmi celles qui désirent des enfants supplémentaires, aucune ne souhaite la prochaine naissance avant deux ans.

1.1.3. Planification familiale

Au cours des observations simulées, toutes les nouvelles clientes ont choisi la pilule. Chez les anciennes clientes, 89% sont sous pilule et 11% sous spermicides.

Les données relatives à la communication au sein du couple indiquent que 81% des clientes DBC discutent de planification familiale avec leur mari. Elles affirment toutes que leur pratique de la contraception est connue de leurs époux.

Tableau 15 : Données socio-démographiques des clientes DBC, EAS/Mali 1995

| Caractéristiques | Pourcentages |
|-------------------------------|--------------|
| | (n = 26) |
| Age | |
| 15-19 | 11,5 |
| 20-24 | 11,5 |
| 25-29 | 26,9 |
| 30-34 | 23,1 |
| 35-39 | 11,5 |
| 40 et + | 15,4 |
| Age médian | (29 ans) |
| Situation matrimoniale | |
| Mariée sans co-épouse | 53,8 |
| Mariée avec co-épouses | 46,1 |
| Niveau scolaire | |
| Non scolarisée | 53,8 |
| 1er cycle | 26,9 |
| 2e cycle | 11,5 |
| Coran | 7,6 |
| Religion | |
| Musulmane | 100,0 |
| Ethnie | |
| Bambara | 57,7 |
| Sénoufo | 15,4 |
| Sarakolé | 11,5 |
| Autre | 15,4 |

Tableau 16: Indicateurs de fécondité chez les clientes DBC, EAS/Mali 1995

| Parité | |
|---------------------------------|-------------|
| Age | (n = 26) |
| 15-19 | 1,0 |
| 20-29 | 1,1 |
| 30-39 | 4,8 |
| 40 et + | 7,2 |
| Pourcentages | |
| Allaitement | (n = 26) |
| Oui | 42,3 |
| Age dernier né (en mois) | (n = 26) |
| < 7 mois | 18,2 |
| 7-18 | 22,7 |
| 19-24 | 22,7 |
| 25 et plus | 36,4 |
| Médiane | (22,6 mois) |
| Désir autres enfants | (n = 26) |
| Oui | 57,7 |
| Non | 34,6 |
| Dépend du mari | 0,0 |
| Dépend de dieu | 3,9 |
| Ne sait pas | 3,9 |
| Date prochain enfant | (n = 15) |
| 2-3 ans | 60,0 |
| 4-5 ans | 6,7 |
| Ne sait pas | 13,3 |
| Pas de réponse | 6,7 |

1.2. PROFIL DES ANIMATEURS

L'échantillon DBC se partage entre un tiers d'hommes et deux tiers de femmes. Si la balance entre sexes n'est pas réalisé c'est parce que les femmes ont été plus disponibles.

1.2.1. Caractéristiques socio-démographiques

Les données socio-démographiques des animateurs figurent dans le tableau 17. La structure par âge révèle que la moitié des agents DBC est âgée de moins de 33 ans. Avec un âge médian de 31 ans, contre 34 ans chez les hommes, les animatrices sont plus jeunes.

Toutes ces femmes sont mariées, avec une répartition comparable entre les pourcentages de ménages monogamiques et polygamiques. Chez les hommes, on compte 58% de monogames, 37% de polygames et 5% de célibataires.

Les animateurs se caractérisent par un certain niveau d'instruction. Tous les hommes ont fréquenté l'école, parmi lesquels 53% ont fait le second cycle du fondamental. Le taux de non scolarisation est de 18% chez les femmes et 48% ont le niveau du second cycle. Les pourcentages d'agents du niveau secondaire sont de 5% pour les hommes et 3% pour les femmes.

L'Islam est la religion la plus répandue : tous les hommes et 97% des femmes sont musulmans.

Les Bambara sont les plus nombreux aussi bien chez les hommes que chez les femmes (37% et 48%). Viennent ensuite les Sénoufo dans des proportions respectives de 42% et 27%.

1.2.2. Fécondité

Le tableau 18 portant sur les indicateurs de fécondité montre que pour la sous-population féminine des animateurs, la fécondité totale est de 5,5 enfants par femme.

La plupart des animatrices étaient supposées entrain d'allaiter au moment de l'étude dans la mesure où le dernier enfant vivant pour 90% d'entre elles était âgé de moins de 18 mois.

1.2.3. Planification familiale

Le taux d'utilisation de la contraception est élevé pour la DBC : 79% des hommes et 67% des femmes utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'étude.

Les principales méthodes contraceptives utilisées sont celles offertes par le programme DBC. Parmi les hommes ou leur partenaire, 40% utilisent la pilule et 47% le préservatif, tandis que 41% des femmes sont sous pilule et 28% sous spermicides. Chez les animatrices non utilisatrices, près des trois quarts (72%) expliquent la non pratique de la contraception par le désir d'avoir une grossesse.

Tableau 17 : Données socio-démographiques des prestataires DBC, EAS/Mali 1995

| Caractéristiques | Pourcentages | | |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------|
| | Hommes (n = 19) | Femmes (n = 33) | Ensemble (n = 52) |
| Age | | | |
| 20-24 | 5,3 | 6,1 | 5,8 |
| 25-29 | 10,5 | 24,2 | 19,2 |
| 30-35 | 36,8 | 30,3 | 32,7 |
| 40-45 | 26,3 | 18,2 | 21,1 |
| 40 et + | 21,1 | 21,2 | 21,2 |
| Age médian | (34 ans) | (31 ans) | (33 ans) |
| Situation matrimoniale | | | |
| Mariée sans co-épouse | 57,9 | 48,5 | 51,9 |
| Mariée avec co-épouses | 36,8 | 51,5 | 46,1 |
| Célibataire | 5,3 | - | 1,9 |
| Niveau scolaire | | | |
| Non scolarisée | - | 18,2 | 11,5 |
| 1er cycle | 42,1 | 27,3 | 32,7 |
| 2e cycle | 52,6 | 48,5 | 50,0 |
| Secondaire | 5,3 | 3,0 | 3,8 |
| Alphabétisée | - | 3,3 | 1,9 |
| Religion | | | |
| Musulmane | 100,0 | 97,0 | 98,1 |
| Chrétienne | - | 3,0 | 1,9 |
| Ethnie | | | |
| Bambara | 36,8 | 48,5 | 44,2 |
| Sénoufo | 42,1 | 27,3 | 32,7 |
| Malinké | 10,5 | 12,1 | 11,5 |
| Autre | 10,5 | 12,1 | 11,5 |

Tableau 18: Indicateurs de fécondité chez les animatrices DBC, EAS/Mali 1995

| Parité | |
|---------------------------------|----------|
| Age | (n = 33) |
| 20-29 | 2,7 |
| 30-39 | 4,9 |
| 40 et + | 5,5 |
| Pourcentages | |
| Age dernier né (en mois) | (n = 33) |
| < 7 | 62,5 |
| 7-18 | 25,0 |
| 19 et + | 3,1 |
| Médiane | (5 mois) |

CHAPITRE II

CAPACITE FONCTIONNELLE DES PPS

2.1. EQUIPEMENTS ET MATERIELS

Un matériel standard de travail a été fourni aux agents DBC. L'inventaire qui a été réalisé auprès de 43 agents DBC montre que ceux-ci ne sont pas en possession de tout leur matériel. Les cahiers d'activités, les cahiers de gestion, les sacs à main, les pénis en bois et à un degré moindre les caisses pour contraceptifs sont les mieux conservés (tableau 19). Entre 77% et 93% des animateurs disposent de ce matériel. Par contre, les cahiers pour les contraceptifs spécifiques n'ont été présentés que par 37% à 51% des agents DBC.

Tableau 19 : Répartition des agents DBC disposant du matériel de travail fourni par le programme, EAS/Mali 1995

| Matériel | Pourcentages |
|---------------------------|-------------------------|
| Sac à main | (n = 43) 88,4 |
| Pénis en bois | 84,2 (hommes seulement) |
| Caisse pour contraceptifs | 76,7 |
| Cahier/pilule | 51,2 |
| Cahier/spermicide | 37,2 |
| Cahier/préservatif | 51,2 |
| Cahier activités | 93,0 |
| Cahier gestion | 93,0 |
| Cahier/suivi | 69,8 |

2.2. SUPPORTS ET ACTIVITES D'IEC

Pour ce qui est du matériel d'IEC, ce sont les contraceptifs et les modèles anatomiques qui sont les plus disponibles au niveau des agents DBC : respectivement, 72% et 32% des animateurs en disposent. Les pourcentages d'animateurs qui possèdent des boîtes à image, des brochures et des affiches varient de 2% à 19% (tableau 20).

Les supports d'IEC traitent de différents thèmes : 86% fournissent des informations sur les méthodes contraceptive, 77% sur les avantages de la PF, 74% sur les avantages des familles réduites, 46% sur les MST et 65% sur le SIDA.

Tableau 20: Répartition des agents DBC selon le type de matériel d'IEC disponible EAS/Mali 1995

| Matériel | Pourcentages |
|-------------------------------|--------------|
| | (n = 43) |
| Boîte à image | 2,3 |
| Brochure/dépliants | 11,6 |
| Echantillons de contraceptifs | 72,1 |
| Affiches | 18,6 |
| Modèles anatomiques | 32,6 |

2.3. ACCESSIBILITE DES SERVICES

2.3.1. Accessibilité géographique

Les observations étant simulées, toutes les clientes habitent dans le village de l'agent DBC.

La moitié des clientes est en mesure de citer au moins un point de prestation de planification familiale autre que l'agent DBC consulté.

2.3.2. Coût des services

Si les consultations sont gratuites, le prix unitaire des contraceptifs est fonction du type offert. Les spermicides coûtent entre 10 et 50 francs, les préservatifs entre 40 à 50 francs et les pilules entre 75 et 100 francs. Ces coûts sont jugés raisonnables par la clientèle et semblent conformes aux normes en vigueur.

2.4. CYCLE LOGISTIQUE

Les cahiers fournis par le programme sont utilisés par la plupart des agents DBC (88%) pour enregistrer les entrées de produits contraceptifs reçus et les observateurs de l'étude estiment que le système de stockage des fournitures est approprié, la plupart des animateurs détenant une caisse de rangement.

Plus des trois quarts des agents (79%) respectent le système de commande de contraceptifs basé sur la technique dite de seuil d'alerte. L'approvisionnement s'effectue ordinairement tous les deux ou quatre mois.

Les ruptures de stocks constatées sont relativement circonscrites. Cinq agents manquaient de pilules ou de préservatifs et 12 de spermicides. Des agents sont restés jusqu'à 8 mois sans être ravitaillés en contraceptifs.

2.5. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

Chez 58% des agents DBC, il a été constaté que des statistiques mensuelles étaient élaborées de façon plus ou moins régulière. Les statistiques les plus récentes datent de plus de deux mois. Parmi ceux qui établissent des rapports mensuels, 60% déclarent qu'il y a eu de la rétro-information.

Dix-huit agents seulement sur 43 (moins de la moitié) disposent de données de routine pour toute la période des douze mois précédant l'étude. L'examen des statistiques disponibles pour douze mois complets montre qu'en moyenne deux nouvelles acceptrices sont enregistrées par mois, tandis que 6 visites de suivi sont reçues.

A la question de savoir à quoi servent les supports de collecte, les pourcentages d'occurrence par thème d'utilité sont de 63% pour la détermination des performances, 42% pour la préparation des commandes de contraceptifs et 37% pour le suivi des clientes à domicile.

2.6. GESTION ET SUPERVISION

Aucun agent DBC ne dispose de document décrivant les attributions et les responsabilités des agents DBC, alors que peu d'agents (7 agents sur 43) fixent des objectifs relatifs au nombre des clients à servir.

Parmi les 67% des agents DBC qui ont reçu un superviseur au cours des trois derniers mois précédant l'étude, les trois quarts n'ont été visités qu'une seule fois dans la période, contrairement aux stratégies du programme qui prévoit une visite par mois.

2.7. PERSONNEL

2.7.1. Formation des agents DBC

Les 52 agents DBC de l'échantillon n'ont pas reçu de formation sur toutes les méthodes contraceptives (tableau 21). Ainsi, 25%, 12% et 14% des agents ne sont pas formés respectivement en pilule, spermicides et condoms. Selon la répartition par sexe, la formation a touché plus de femmes pour les spermicides et plus d'hommes pour les condoms et la pilule.

Plus de 61% des agents DBC ont subi leur formation au cours des deux dernières années. Le tiers juge insuffisantes les connaissances acquises et exprime le besoin d'être recyclé.

Le tableau 22 montre une certaine tendance à la spécialisation des agents DBC. L'offre de spermicides concerne davantage les femmes (70% contre 10% chez les hommes), alors que les condoms relèveraient plutôt du domaine des hommes (84% contre 22% chez les femmes). L'écart entre hommes et femmes est moins important pour la pilule (58% et 73% respectivement).

En vue d'évaluer la perception de leur rôle en tant que relais pour le système national de

planification familiale, les agents DBC ont eu à répondre à la question de savoir ce qu'ils recommanderaient à une cliente désirant obtenir une méthode contraceptive non disponible chez eux. Ils sont 79% à suggérer de les orienter vers une autre formation sanitaire.

Tableau 21 : Répartition des agents DBC formés selon la méthode contraceptive EAS/Mali 1995

| Méthodes | Homme | Femme | Total |
|--------------|------------------|------------------|------------------|
| Pilule | (n = 19) 78,9 | (n = 33) 72,7 | (n = 52) 75,0 |
| Spermicides | 84,2 | 90,9 | 88,5 |
| Préservatifs | 100,0 | 78,8 | 86,5 |

Tableau 22 : Répartition des animateurs selon la méthode contraceptive fournie au cours des trois derniers mois, EAS/Mali 1995

| Méthodes | Homme | Femme | Total |
|--------------|------------------|------------------|------------------|
| Pilule | (n = 19) 57,9 | (n = 33) 72,7 | (n = 52) 67,3 |
| Préservatifs | 84,2 | 22,2 | 48,1 |
| Spermicides | 10,5 | 69,7 | 48,1 |

2.8. LECONS APPRISES

Tout l'équipement et le matériel distribué aux agents DBC n'était pas disponible au moment de l'étude. Cependant, la disponibilité des contraceptifs est assez satisfaisante.

Les normes et procédures du programme sont dans l'ensemble respectées, notamment en ce qui concerne la vente des contraceptifs.

CHAPITRE III

QUALITE DES SERVICES

Du fait de la simulation des consultations, certaines données relatives au questionnaire d'interview des clientes doivent être considérées avec réserve. En outre, l'élément de la qualité des services relatif à l'intégration des services ne s'applique pas dans la mesure où il est question d'un service unique.

3.1. CHOIX DE LA METHODE CONTRACEPTIVE

Du fait des objectifs du programme DBC, la gamme des méthodes se limite à la pilule, au préservatif et au spermicide.

3.1.1. Accès aux méthodes contraceptives

La gamme de méthodes disponibles au niveau des agents DBC est fonction du type de contraceptif : 72% et 67% des animateurs sont approvisionnés en pilules combinées et en spermicides vaginaux. Les pourcentages ne sont que de 41% pour les pilules progestatives et 58% pour les condoms. Les quantités de contraceptifs disponibles sont variables d'un agent à l'autre (entre 1 et plus de 200 unités).

3.1.2. Contraintes à l'utilisation des contraceptifs

Selon le tableau 23, la plupart des agents DBC estiment que la prise en compte de quelques facteurs sociaux dans l'offre de contraception est nécessaire, même si de telles restrictions sont contraires à la formation reçue. Dans l'ensemble, 63% des animateurs les jugent nécessaires. Qu'il s'agisse des pilules, des préservatifs ou des spermicides, l'âge et l'avis du conjoint constituent des critères d'éligibilité déterminants pour 21% à 65% des agents DBC.

Concernant spécifiquement la pilule, 23% à 52% des agents DBC font aussi intervenir la parité et l'allaitement. Par contre, les pourcentages d'animateurs qui considèrent l'état matrimonial comme un critère d'éligibilité sont relativement faibles pour toutes les méthodes.

Tableau 23 : Répartition des agents DBC qui jugent quelques restrictions nécessaires selon la méthode contraceptive, EAS/Mali 1995

| Facteurs de restriction | % par méthode contraceptive | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------|------|------|
| | PC | PP | PRE | SPE |
| Age | 65,0 | 57,1 | 21,4 | 31,8 |
| Parité | 25,0 | 22,9 | 9,5 | 9,1 |
| Allaitement | 52,5 | 31,4 | 7,3 | 4,5 |
| Etat matrimonial | 10,0 | 8,6 | 2,4 | 9,1 |
| Avis conjoint | 38,5 | 31,4 | 35,7 | 36,4 |

PP = pilule progestative/PP = pilule combinée/PRE = préservatif/
SPE = spermicide

3.1.3. Contraception et préférences en matière de reproduction

De façon générale et au regard des contraceptifs disponibles à leur niveau, les agents DBC distinguent les méthodes contraceptives d'espacement et de limitation des naissances (tableau 24). Cependant, la pilule est citée comme moyen de limitation des naissances par 15% des agents DBC, le préservatif et le spermicide par 6% environ des animateurs.

Tableau 24 : Répartition des agents DBC qui recommandent des méthodes contraceptives selon les préférences en matière de reproduction des clientes, EAS/Mali 1995

| Méthodes | Pourcentages | | |
|-------------|--------------|--------------|----------------------|
| | Pour espacer | Pour arrêter | Ne recommande jamais |
| Méthodes | (n = 52) | | |
| Pilule | 73,1 | 15,4 | 0,0 |
| Préservatif | 44,2 | 5,8 | 0,0 |
| Spermicide | 67,3 | 5,8 | 0,0 |

3.2. RELATIONS INTERPERSONNELLES

3.2.1. Accueil

Toutes les clientes ont été bien reçues par les prestataires. Ceci s'explique aisément par le mode de sélection des agents DBC par la communauté. Par ailleurs, la durée médiane de la consultation a été de 7 minutes pour les nouvelles et de 5 minutes pour les anciennes.

3.2.2. Satisfaction de la cliente

Les opinions des clientes à l'égard des animateurs sont favorables. Toutes déclarent avoir reçu l'information désirée, avoir trouvé les explications des agents DBC faciles à comprendre et la consultation entourée de discréetion. Les trois quarts des clientes qui ont eu à poser des questions durant l'interaction estiment avoir été bien informées. La durée de la consultation est jugée courte ou convenable.

La confiance vis-à-vis des prestataires est si grande que les clientes n'hésiteraient pas à les recommander à des candidates potentielles à la planification familiale.

3.3. INFORMATION DONNEE AUX CLIENTES

Il ressort des observations simulées que les intentions reproductives (désir d'espacer ou de limiter les naissances) constituent le thème majeur échangé au cours des entretiens pour un choix éclairé de la méthode contraceptive. Ce sujet a été abordé avec 62% des nouvelles clientes et 83% des anciennes clientes.

Les échantillons de contraceptifs sont les plus utilisés au cours de la démonstration du mode d'utilisation des méthodes contraceptives. Toutes les nouvelles clientes ont reçu des informations sur le mode d'utilisation et les effets secondaires.

Les clientes utilisatrices ont été interrogées sur la connaissance qu'elles ont de l'utilisation des méthodes contraceptives. Il s'agit notamment de la pilule, le nombre d'utilisatrices de condoms et de spermicides étant faible. Les résultats sont présentés dans le tableau 25. Le commencement et la fréquence d'absorption des pilules sont deux aspects de l'utilisation de la pilule que les clientes maîtrisent parfaitement. Il en est de même de la réversibilité. Cependant, plus des trois quarts (78%) ignorent ce qu'il faut faire lorsqu'on oublie de prendre une pilule.

Les effets secondaires généralement cités sont les nausées et les maux de tête.

Tableau 25 : Répartition des clientes DBC utilisatrices connaissant l'utilisation de la pilule EAS/Mali 1995

| Méthode | Pourcentage de réponses justes |
|--------------------------------|--------------------------------|
| PILULE | (n = 23) |
| Prise 1er-7è jour règles | 95,6 |
| Une pilule par jour | 100,0 |
| Prise immédiate pilule oubliée | 21,7 |
| Réversible | 95,6 |

3.4. COMPETENCE TECHNIQUE DES AGENTS DBC

3.4.1. Connaissance des méthodes contraceptives par les agents

Le tableau 26 donne les pourcentages des agents DBC formés selon les informations de base relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives. La quasi-totalité des agents DBC enquêtés savent que la pilule se prend tous les jours, en commençant au plus tard au septième jour des règles et qu'elle est réversible. Néanmoins, 45% des agents DBC ont été incapables de répondre correctement à la question portant sur les mesures à prendre en cas d'oubli de prise quotidienne de la pilule, les hommes ayant moins assimilé les connaissances. Pour la plupart des prestataires (95%), le retour de la fécondité chez les utilisatrices de pilule survient avant six mois.

Concernant les spermicides, 37% des agents DBC ignorent à quel moment les placer et 71% ne savent pas quand faire la toilette. Le quart des animateurs ne maîtrise pas le mode d'utilisation du préservatif.

Les effets secondaires énumérés sont les nausées, les migraines et les vertiges.

Tableau 26: Répartition des agents DBC formés connaissant l'utilisation des méthodes contraceptives, EAS/Mali 1995

| Méthodes | Pourcentage de réponses justes | | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------|----------|
| | Hommes | Femmes | Total |
| PILULE | n = 15 | (n = 25) | (n = 40) |
| Prise 1er-7è jour règles | 93,0 | 96,0 | 95,0 |
| Une pilule par jour | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Prise immédiate pilule oubliée | 40,0 | 64,0 | 55,0 |
| Réversible | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| SPERMICIDES | n = 19 | n = 33 | (n = 52) |
| Mis 5 à 10 mn avant rapport | 63,2 | 63,6 | 63,5 |
| Valable pour un rapport | 94,7 | 93,9 | 94,2 |
| Toilette pas avant 6 heures | 36,8 | 24,7 | 28,8 |
| PRESERVATIF | n = 19 | n = 33 | (n = 52) |
| Porté avant intromission | 84,2 | 72,7 | 76,9 |
| Enlevé après éjaculation | 89,5 | 66,7 | 75,0 |

3.4.2. Connaissance du SIDA

Parmi les 52 agents DBC interviewés, un seul déclare n'avoir jamais entendu parler du SIDA. Ainsi, la pandémie du SIDA semble connue des agents DBC. A la question de savoir quels sont les moyens qu'on peut utiliser pour réduire la transmission du VIH par voie sexuelle, 92% ont cité le préservatif et 25% préconisent la limitation des partenaires ou la fidélité, les autres modalités de la question (abstinence, traitement précoce des MST, etc.) ayant peu retenu l'attention. Pour 81% des agents DBC, le préservatif est la méthode contraceptive la plus indiquée pour se protéger des MST et du VIH.

Par ailleurs, 90% et 67% des agents DBC seraient disposés à faire respectivement du counseling sur le VIH et le SIDA ou à fournir des services de planification familiale à des clientes porteuses du VIH ou atteintes du SIDA.

3.5. LECONS APPRISES

Le principal enseignement qu'on peut tirer dans ce chapitre est que les prestataires maîtrisent relativement bien le mode d'utilisation des contraceptifs. Leur faiblesse est qu'ils ne connaissent pas assez les précautions à prendre pour l'utilisation. Les restrictions socio-culturelles à l'offre des méthodes contraceptives sont par ailleurs répandues chez les agents DBC.

3.6. DISCUSSION SUR L'APPLICABILITE DE LA METHODOLOGIE

Un des objectifs de l'étude était de tester la faisabilité de la méthodologie à la distribution à base communautaire de contraceptifs. A ce propos, l'étude a révélé toutes les difficultés, voire l'impossibilité, d'observer les consultations spontanées pour des raisons liées au contexte de la DBC : la rareté de la clientèle et la discrétion souhaitée dans la pratique contraceptive en milieu communautaire.

Compte tenu du fait que les conditions réelles des consultations ne peuvent pas être saisies, la méthodologie de l'étude d'analyse situationnelle telle qu'elle a été développée ne devrait pas comporter une composante observation. Pour les mêmes raisons, l'interview des clientes ne semble pas pertinente.

En définitive, la méthodologie s'applique partiellement à la DBC. Il ressort de ce qui précède, que seuls les questionnaires d'inventaire et d'interview des animateurs peuvent être retenus. Cependant, certaines questions de ces instruments de collecte doivent être revues. Par exemple, concernant le volet portant sur l'intégration des services, aucune causerie sur la santé n'a été organisée par les agents DBC en présence des équipes.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

A la lumière des résultats de la présente étude, se dégagent les principaux problèmes qui affectent les prestations de services de planification familiale dans les régions de Koulikoro et de Sikasso, aussi bien pour les PPS fixes que la distribution à base communautaire de contraceptifs. Le système de prestations de service ne présente pas seulement des faiblesses, il a aussi ses points forts. Toutefois, en vue de l'amélioration des services de santé, l'accent est mis sur les goulots d'étranglement.

Concernant le personnel, l'étude a permis de mettre en exergue la mauvaise allocation des ressources et le déficit de formation dont la conséquence majeure est de priver certains PPS de personnel qualifié. On constate en outre que la planification familiale est du ressort presque exclusif des femmes et que les médecins sont peu impliqués dans les prestations de services.

A la précarité des installations, il faut mentionner l'insuffisance notoire d'équipements et de fournitures observée au sein des PPS. Cela peut, non seulement constituer une source de démotivation pour les prestataires, mais aussi engendrer des conséquences néfastes sur la santé des populations.

L'insuffisance du matériel d'IEC est également perceptible. Peu de PPS disposent de panneaux signalétiques permettant d'orienter la clientèle et de supports pour la démonstration de l'utilisation des contraceptifs.

Un des problèmes majeurs identifiés au cours de l'étude réside dans l'ampleur des ruptures de stocks qui va de pair avec une gamme restreinte de méthodes contraceptives et un système de d'approvisionnement en contraceptifs qui n'est pas bien respecté.

Des insuffisances ont été constatées au niveau du système d'information sanitaire. En outre, l'utilité de ce système semble mal perçue par le personnel.

La supervision est irrégulière et quasiment inexistante pour certains PPS. Le système de gestion est inapproprié à cause de l'absence d'une définition claire des objectifs à atteindre et du manque de planification des activités.

Le counseling, une des clefs de succès de l'acceptation de la planification familiale laisse à désirer. Même si le bilan clinique n'est plus en soi une contrainte, force est de reconnaître que les informations relatives à quelques questions spécifiques tels que le mode d'utilisation, les avantages, les inconvénients et les problèmes liés à l'utilisation des méthodes ne sont pas fournies aux clientes de façon systématique. Pourtant, le respect des procédures contribuerait certainement à éviter la propagation des rumeurs, la mauvaise utilisation des méthodes contraceptives et à réduire les abandons.

Il y a lieu de souligner aussi que le peu de méthodes disponibles ne sont pas toutes présentées aux clientes au cours du counseling. Sur un autre plan, les restrictions fixées par les prestataires et qui sont sous-jacentes aux considérations socio-culturelles limitent l'accès à la planification familiale.

L'intégration des services n'est pas totalement réalisée. La promotion de la planification familiale n'est pas systématisée dans les services de santé et vice versa.

La résolution de l'ensemble de ces problèmes grâce à la mise en oeuvre de stratégies appropriées peut aider à l'amélioration des services de planification familiale et partant, l'augmentation de la prévalence contraceptive dans les régions de l'étude. Les recommandations suivantes sont formulées dans ce sens. En outre, des réajustements de la méthodologie de l'étude seront nécessaires dans le cadre d'autres études de ce type.

RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'AMELIORATION DES SERVICES

| PROBLEMES | RECOMMANDATIONS |
|--|--|
| 1. Insuffisance d'équipements et de matériels à tous les niveaux. | <ul style="list-style-type: none"> - Doter les PPS en équipements et matériel en fonction de la liste standard par niveau - Assurer la disponibilité des consommables au niveau des points de vente des PPS |
| 2. Gamme restreinte de contraceptifs et cycle logistique défaillant (ruptures fréquentes de stocks, mauvaises conditions de stockage, faiblesse des systèmes de commande). | <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la disponibilité des gammes de contraceptifs correspondant à chaque niveau - Mettre les contraceptifs dans le Schéma Directeur des Médicaments essentiels - Recycler de façon périodique les agents en gestion des contraceptifs |
| 3. Les supports d'IEC se limitent aux échantillons de contraceptifs et aux affiches. Les autres matériels font défaut ou sont peu utilisés. | <ul style="list-style-type: none"> - Mettre à la disposition des PPS le maximum de matériel d'IEC possible - S'assurer lors des supervisions que le matériel d'IEC est utilisé au mieux |
| 4. Système d'information sanitaire peu fonctionnel et mal compris des prestataires. | <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le système de transmission des rapports - Former et recycler de façon périodique les agents chargés du SIS - organiser des rencontres de diffusion décentralisées |

| PROBLEMES | RECOMMANDATIONS |
|--|---|
| <p>5. Supervision non régulière des activités de planification familiale.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Assurer la supervision systématique en intégrant la PF à la supervision des autres activités - Mettre à la disposition des PPS des moyens de supervision |
| <p>6. Mauvaise allocation des ressources humaines.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Procéder à un meilleur redéploiement du personnel |
| <p>7. Les coûts des contraceptifs varient d'un PPS à l'autre.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Opérationnaliser l'intégration des contraceptifs dans le Schéma Directeur des Médicaments Essentiels |
| <p>8. Formation sélective et insuffisante du personnel notamment en counseling, en techniques d'IEC, en allaitement maternel et sur le SIDA.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Former et recycler de façon périodique les prestataires en counseling et aux autres modules - Intégrer toutes les composantes de PF dans le cours de formation du personnel en PF - Introduire tous les modules de formation dans les curricula d'enseignement des écoles - Mettre en place un système de gestion du personnel pour exploitation aux niveaux central et régional |
| <p>9. Des restrictions fondées sur des considérations socio-culturelles peuvent réduire l'accessibilité à la contraception.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Disséminer les nouvelles normes et procédures à tous les niveaux du système de santé et, s'assurer au cours des supervisions qu'elles sont appliquées - Développer des activités d'Education à la Vie Familiale dans le formel et l'informel - Développer l'approche groupe-groupe dans les relations entre prestataires et clients |

| PROBLEMES | RECOMMANDATIONS |
|---|--|
| 10. Faible promotion de la planification familiale au niveau des services de santé reproductive et vice-versa. | <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de l'existence et de l'affichage du matériel de promotion de la SR/PF - Développer et rendre disponible le matériel d'IEC en SR/PF |
| 11. Les clientes ne maîtrisent pas le mode d'emploi et les précautions à prendre pour l'utilisation. | <ul style="list-style-type: none"> - Faire en sorte que les prestataires insistent auprès des clientes sur l'utilisation et les précautions à prendre pour les méthodes choisies |
| 12. Les prestataires ne respectent pas toutes les conditions d'asepsie lors de l'examen pelvien et ne fournissent pas l'information nécessaire aux clientes. | <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer de la disponibilité du matériel de désinfection à tous les niveaux - Veiller à ce que les clientes soient informées du déroulement des examens et des résultats - Former le personnel sur la prévention des infections |
| 13. Les prestataires ne maîtrisent pas toutes les informations essentielles relatives au mode d'emploi et aux précautions à prendre pour l'utilisation. | <ul style="list-style-type: none"> - Encourager la supervision formative et l'auto-formation des agents |
| 14. Faible implication des hommes dans l'offre et l'acceptation des services de PF. | <ul style="list-style-type: none"> - Impliquer le personnel masculin dans les formations et dans les activités de PF |

RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA RECHERCHE

Les pistes de recherche suivantes ont été identifiées au terme de la présente étude :

1. Les taux d'utilisation des spermicides, des condoms et de la planification familiale naturelle sont relativement importants chez les prestataires. Le pourquoi de ces comportements mériterait d'être connu.
2. Quel est le fondement des restrictions subjectives que se fixent les prestataires de services? Cette question pourrait faire l'objet d'une investigation, de même que la connaissance par zone des barrières socio-culturelles à l'expansion de la PF.
3. Les clientes de planification familiale déclarent être globalement satisfaites des services reçus par opposition aux insuffisances observées au niveau de la qualité des services. Quelle est donc leur perception de la qualité des services ?

4. Mener une recherche opérationnelle pour mieux identifier les stratégies d'IEC.
5. Mener une recherche permettant de développer des stratégies de changement de l'agent DBC en agent de bien-être familial.

RECOMMANDATIONS RELATIVES A LA METHODOLOGIE

Dans la perspective des études d'analyse situationnelle programmées au titre des autres régions du pays, il est suggéré ce qui suit :

1. Le questionnaire d'observation ne devrait plus comporter la partie relative à l'infécondité dans la mesure où très peu de femmes demandent des services de cette nature.
2. Pour les études ultérieures, plusieurs questions devront être revues dans leur formulation et leur agencement en tenant compte des leçons retenues de la présente étude.
3. Concernant la DBC, la méthodologie de l'étude est adaptée pour l'administration des questionnaires d'inventaire et d'interview des animateurs, mais l'est moins pour l'observation et l'interview des clientes du fait, en partie, des considérations socio-culturelles en milieu rural.
4. Choisir des périodes favorables à la réalisation des études d'analyse situationnelle, notamment concernant la DBC.

BIBLIOGRAPHIE

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Projet de Recherche Opérationnelle et d'Assistance Technique en Afrique, Analyse Situationnelle du Système de Prestation de Services de Planification Familiale au Sénégal, Dakar, février 1995

Direction de la Santé de la Famille, Projet de Recherche Opérationnelle et d'Assistance Technique en Afrique, Analyse Situationnelle du Programme de Planification Familiale au Burkina Faso, février 1992

Centre Hospitalier Universitaire de Fann, Service des Maladies Infectieuses, Identification des Obstacles au Counseling des patients VIH séropositifs et de leur entourage, Dakar, Sénégal, mai 1992

Bruce Judith, "Fundamental Elements of The Quality of Care: A simple Framework", Studies in Family Planning, 21 (2) 1990; 61-91

Fara MBODJ et al, Traditional and Modern Media Project: Baseline Clinic Study, octobre - décembre 1992

CERPOD, Enquête Démographique et de Santé, Mali, janvier 1989

Direction Nationale du Plan, Déclaration de la Politique Nationale de Population du Mali, Bamako 1991

Direction Nationale du Plan, Rapport national sur la Population

ANNEXE 1

DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES CONCEPTS

Ancienne cliente du PPS: cliente de planification familiale déjà inscrite dans un PPS et qui y vient pour un contrôle ou un réapprovisionnement

Capacité de fonctionnement : il s'agit des forces et faiblesses des différents sous-systèmes administratifs et de gestion utilisés dans la prestation des services de SR/PF, à savoir :

- le nombre de services disponibles;
- les infrastructures et les équipements disponibles dans chaque PPS;
- le matériel d'IEC et les activités menées au niveau des PPS;
- le recrutement et la formation du personnel;
- la gestion, y compris les systèmes d'information et logistiques;
- la supervision des prestataires de services de PF;

Counseling : communication entre deux personnes au moins: un conseiller et un consultant, le premier ayant pour tâche d'aider le second à identifier et à gérer un problème. Il s'agit d'une information, de conseils et d'une assistance.

Nouvelle cliente (acceptrice) du PPS : cliente de planification familiale qui s'inscrit pour la première fois dans un PPS

Point de prestation de services : tout lieu où sont offerts des services de planification familiale. Il peut s'agir de services public, para-public, communautaire ou privé. L'étude distingue les PPS fixes des villages DBC.

PPS urbain et rural : par convention, le Comité de pilotage a retenu comme PPS urbain tout point de prestation de service implanté dans un chef-lieu de région ou de cercle. Le PPS est considéré comme rural partout ailleurs.

Prestataire : personnel offrant des services de PF

Qualité des services : C'est la façon dont les clientes sont traitées par le système de prestations. Elle concerne l'adéquation des services avec les standards en vigueur. Elle est appréciée sur la base des 6 éléments suivants:

- le choix des méthodes contraceptives;
- les relations interpersonnelles;
- l'information donnée aux clientes;
- la compétence technique du personnel;
- les mécanismes pour assurer la continuation;
- l'intégration des services.

ANNEXE 2**CHRONOGRAMME DES ACTIVITES DE L'ETUDE**

| ACTIVITES | DEBUT | FIN | DUREE (semaine) |
|------------------------------------|----------|----------|--------------------|
| Elaboration du protocole | 01/02/95 | 31/03/95 | 8 |
| Adaptation des questionnaires | 01/04/95 | 31/05/95 | 8 |
| Recensement des PPS | 17/04/95 | 28/04/95 | 2 |
| Formation du personnel | 05/06/95 | 16/06/95 | 2 |
| Collecte des données | 26/06/95 | 28/07/95 | 4 |
| Elaboration maquettes de saisie | 01/06/95 | 15/09/95 | 6 |
| Formation des opérateurs de saisie | 20/09/95 | 21/09/95 | 0,3 |
| Saisie des données | 25/09/95 | 31/10/96 | 5 |
| Apurement et tabulation | 21/02/96 | 31/03/96 | 5 |
| Analyse des données | 11/03/96 | 30/06/96 | 17 ² |

² Il s'agit de la durée calendaire et non du temps cadre effectif.

ANNEXE 3
POURCENTAGES DE PPS NE DISPOSANT PAS DES
EQUIPEMENTS ET MATERIELS SPECIFIQUES, EAS/MALI 1995

| Equipements et matériels | Pourcentages (n = 89) |
|--|------------------------------|
| Table gynécologique | 43,8 |
| Pèse-personne | 34,8 |
| Doigtiers | 78,7 |
| Gants | 73,0 |
| Appareil de tension | 37,0 |
| Stéthoscope médical | 23,6 |
| Cuvette ou seau pour instruments sales | 52,8 |
| Haricot | 30,3 |
| Plateau rectangulaire | 48,3 |
| Pince de Kocher | 61,8 |
| Pince intermédiaire | 74,2 |
| Seringue + aiguilles usage unique | 92,0 |
| Lampe orientable | 83,1 |
| Boîte métallique pour gants | 70,8 |
| Boîte métallique pour doigtiers | 87,6 |
| Escabot | 68,5 |
| Spéculum bivalve (grand modèle) | 50,6 |
| Spéculum bivalve (petit modèle) | 66,3 |
| Spéculum bivalve (modèle moyen) | 62,9 |
| Poubelle à pédale | 80,9 |
| Tabouret réglable | 91,0 |
| Armoire métallique | 31,5 |
| Source de lumière | |
| - lampe tempête | 57,3 |
| - lampe torche | 80,9 |
| - lampe baladeuse | 85,4 |
| Moyens de stérilisation/désinfection | |
| - poupinel | 88,8 |
| - octave | 94,4 |
| - stérilisation chimique | 96,6 |
| - poissonnière | 71,9 |
| - Antiseptiques | 71,9 |
| - formol comprimé/eau de javel | 61,8 |
| Fournitures de bureau pour le SIS | |
| - classeur dossier | 76,4 |
| - dossiers suspendus | 95,5 |
| - registre de consultation | 28,1 |
| - cartes de rendez-vous | 46,1 |
| - fiches individuelles | 29,2 |
| Bureau | 18,0 |
| Fauteuil | 85,4 |
| Banc d'attente | 21,3 |
| Chaises | 22,5 |
| Réfrigérateur | 68,5 |
| Chariot ou tables à instruments | 69,7 |
| Matériel de pose et de retrait de DIU | |
| - sonde utérine | 82,0 |
| - pince à badigeonner | 82,0 |
| - pince pour retrait | 87,6 |
| - pince à col | 83,1 |
| - crochet pour retrait | 92,1 |
| - ciseaux courbés | 89,9 |
| - ciseaux droits | 87,6 |
| - boîte métallique pour instruments | 83,1 |
| Tambour grand modèle | 83,1 |
| Tambour modèle moyen | 76,1 |
| Tambour petit modèle | 76,1 |

LES PUBLICATIONS DU CERPOD

SERIE " RAPPORT DE RECHERCHE"

DÉJÀ PARUS

vol. I, n° 1 Migration et urbanisation au Burkina Faso. *Honoré Poyour SOME et Adjima GBANGOU*, 1991, 90 p.

vol.I, n° 2 Migration et urbanisation au Sahel Cas du Niger - *Irène WRIGHT et Idrissa ALICHINA*.1991, 48 p.

vol. I , n° 4 Contribuica para un estudio das Migracoes e urbanizacao en Cabo Verde - *Cesar Augusto MONTEIRO* , 1992, 268p.

vol. II , n° 1 Migration and urbanisation in the Sahel : Gambia - *Aliou Ndow and Hassan NJAI* 1991, 34 p..

vol. II , n° 2 Intégration des variables démographiques et les politiques de population dans les plans et programmes de développement du Mali : Bilan de la recherche, difficultés et perspectives *Keffing DABO*. 1990, 108p.

vol. II, n° 5 Migracoes E Urbanização - Guinée Bissau - *Mario SANTOS, Marcelo IMPAME* 1993, 68p.

vol. II, n° 6 Migration et urbanisation au Sénégal *Alioune BA, Ibrahima SARR*, 1994, 78p.

vol. II, n° 7 Migration et urbanisation au Mali Sékouba DIARRA, *Mamadou NADIO*. 1993, 96 p.

vol. III, n° 1 P.S.D/ Burkina Faso : analyse du volet démographique. *Compaoré. C. M. ZOUNGRANA*. 1993, 77p.

vol. III, n° 2 P.S.D/ Mali dans la zone du barrage hydro-électrique de Sélingué : état de la question. *Mme Sissoko M. DEMBELE, MM Soumaila DIAKITE, Mamadou NADIO et Ousmane SOKONA*. 1995, 143p.

vol. IV : Transition vers une meilleure santé dans le cercle de Kolondiéba (1994)

vol. IV, n° 1 - Rapport d'analyse situationnelle *Bakary DOUMBIA*

vol. IV, n° 2 - Analyse des principaux résultats *Keumaye IGNEGONGBA, Bakary DOUMBIA, Mamadou DJIRE*

vol. IV, n° 3 - Tableaux statistiques : ensemble du cercle

vol. IV, n° 4 - Tableaux statistiques : ville de Kolondiéba.

vol. IV, n°5 -Tableaux statistiques : arrondissement central (non comprise ville de Kolondiéba)

vol. IV, n°6 - Tableaux statistiques : arrondissement de Fakola

vol. IV, n°7 -Tableaux statistiques : arrondissement de Kadiana

vol. IV, n°8 -Tableaux statistiques : arrondissement de Kébila

vol. IV, n°9 - Tableaux statistiques : arrondissement de Tousséguela

vol. V, n°1- Etude régionale sur la santé de la reproduction chez les adolescents au Sahel. "Focus Groups" et entretiens individuels au Burkina Faso, au Mali, au Niger.

LES PUBLICATIONS DU CERPOD

- *Les résultats de la recherche démographique au Sahel et en Afrique*
- *Les Actes de rencontres importantes (colloques, séminaires,...) sur la population*

Plusieurs séries :

- Etudes et Travaux
- Working Papers
- Rapports de recherche
- Rapports de diagnostic
- Actes,...