

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE, UN BUT, UNE FOI

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE: 1975

N°

EVALUATION DE L'IMPACT DE LA FORMATION DES
AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES DE DIORO
PAR AMPPF ET AFRICARE
SUR LA SANTE DE REPRODUCTION

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE _____ DEVANT
L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI.

PAR: BOUBACAR SIBY
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

PROFESSEUR SIDI YAYA SIMAGA PRESIDENT DE JURY
DOCTEUR MOUNTAGA COULIBALY
DOCTEUR Mme DOUCOURE ARKIA DIALLO
PROFESSEUR ABDOUL KARIM KOUMARE DIRECTEUR DE THESE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1993 - 1994

Doyen:	Issa Traoré	Professeur
Premier Assesseur:	Boubacar Cissé	Professeur
Deuxième Assesseur:	Amadou Dolo	Maître de Conférence Agrégé
Secrétaire Général:	Bakary M. Cissé	Maître de Conférence
Econome:	Mamadou Diané	Contrôleur des Finances

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou Bâ	Ophtalmologie
Mr Bocar Sall	Ortho-Traumato-Sécourisme
Mr Souleymane Sangaré	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya Fofana	Hématologie
Mr Balla Coulibaly	Pédiatrie
Mr Mamadou L. Traoré	Chirurgie

Liste du personnel enseignant par D.E.R et par grade

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1- PROFESSEURS

Mr Abdel Karim Koumaré	Chef de D.E.R de Chirurgie
Mr Sambou Soumaré	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane Touré	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou Ouattara	Urologie

2- MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Djibril Sangaré	Chirurgie Générale
Mr Amadou Dolo	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdel Kader Traoré dit Diop	Chirurgie général

MAITRES DE CONFERENCE

Mme Sy Aida Sow	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakité	Gynéco-Obstétrique

2- ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. Diombana	Odontostomatologie
Mr Abdoulaye Diallo	Ophtalmologie
Mr Alhousseini Ag Mohamed	O.R.L
Mme Diallo Fanta S. Diabaté	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye Diallo	Anesthésie - Réanimation
Mr Abdoulaye K. Diallo	Anesthésie - Réanimation
Mr Sékou Sidibé	Ortho-Traumatologie
Mr Mamadou Traoré	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing Sissoko	Chirurgie générale
Mr Tiéman Coulibaly	Ortho-Traumatologie
Mme Traoré J.Thomas	Ophtalmologie

ASSISTANTS

Mr Nouhoum Ongoïba	Anatomie-Chirurgie générale
Mr Ibrahim Alwata	Ortho-Traumatologie
Mr Sadio Yena	Chirurgie générale

2- D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS

Mr Bréhima Koumaré	Microbiologie
Mr Siné Bayo	Anatomie - Pathologie
Mr Gaoussou Kanouté	Chimie - Analytique
Mr Yéya T. Touré	Biologie
Mr Amadou Diallo	Biologie - Chef de D.E.R
Mr Moussa Harama	Chimie organique

2- MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Ogobara Doumbo	Parasitologie
Mr Anatole Tounkara	Immunologie

3- MAITRES DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A. Dembélé	Chimie organique
Mr Massa Sanogo	Chimie analytique
Mr Bakary M. Cissé	Biochimie
Mr Abdramane S. Maïga	Parasitologie

4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou Cissé	Biologie
Mr Sekou F.M. Traoré	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye Dabo	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yénigui Simon Koita	Chimie Organique
Mr Abdramane Tounkara	Biochimie
Mr Flabou Bougoudogo	Bactériologie
Mr Amadou Toure	Histoembryologie
Mr Ibrahim I. Maiga	Bactériologie

5- ASSISTANTS

Mr Benoît Koumaré	Chimie Analytique
-------------------	-------------------

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Abdoulaye AGRHALY	Chef DER Medecine
Mr Aly Guindo	Gastro-entérologie
Mr Mamadou K. Touré	Cardiologie
Mr Mahamane Maïga	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum Diallo	Medecine - Interne
Mr Baba Koumaré	Psychiatrie

Mr Moussa Traoré	Neurologie
Mr Issa Traoré	Radiologie
Mr Mamadou M. Keïta	Pédiatrie
Mr Eric Pichard	Medecine - Interne

2- MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Toumani Sidibé	Pédiatrie
Mr Bah Keïta	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar Diallo	Cardiologie
Mr Dapa Aly Diallo	Hemeto-Medecine-Interne

3- ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader Traoré	Medecine - Interne
Mr Moussa Y. Maïga	Gastro-entérologie
Mr Somita Keïta	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. Traoré	Medecine Interne
Mr Bou Diakité	Psychiatrie
Mr Bougouzié Sanogo	Gastroenterologie
Mr Mamady Kané	Radiologie

4- ASSISTANTS

Mr Sahare Fongoro	Nephro
Mr Bakoroba Coulibaly	Psychiatrie
Mr Mamadou Dembelé	Medecine - Interne
Mr Adama D. Keïta	Radiologie
Mr Tatiana Keïta	Pédiatrie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS

Mr Boubacar S. Cissé	Toxicologie
----------------------	-------------

2- MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Arouna Keïta	Matière Médicale
-----------------	------------------

3- MAITRES DE CONFERENCE

Mr Boulkassoum Haïdara	Legist. Gest. Pharm.
Mr Elimane Mariko	Pharmaco Dynamie
Mr Ousmane Doumbia	Chef DER SCES Pharm

4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa Diallo	Matières Médicales
Mr Alou Keita	Galénique

5- ASSISTANTS

Mr Aboubacar I. Maïga	Toxicologie
-----------------------	-------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1- PROFESSEURS

Mr Sidi Yaya Simaga Santé Publique (Chef DER)

2- MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Moussa A. Maïga Santé Publique

3- MAITRES DE CONFERENCE

Mr Sanousssi Konaté Santé Publique

4- MAITRES ASSISTANTS

Mr Alain Prual Santé Publique

Mr Sory I. Kaba Santé Publique

Mr Bocar G. Touré Santé Publique

ASSISTANTS

Mr Massambou Sacko Santé Publique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Cissé A. Gakou	Galénique
Mr N'Golo Diarra	Botanique
Mr Bouba Diarra	Bactériologie
Mr Salikou Sanogo	Physique
Mr Daouda Diallo	Chimie Générale et Minérale
Mr Bakary I. Sacko	Biochimie
Mr Yoro Diakité	Maths
Mr Sidiki Diabaté	Bibliographie
Mr Boubacar Kanté	Gestion
Mme Mme Sira Dembelé	Maths
Mr Souleymane Guindo	Gestion
Mr Modibo Diarra	Nutrition
Mme Maïga Fatoumata S.	Hygiène de milieu
Mr Nyamanton Diarra	Maths
Mr Moussa I. Diarra	Biophysique
Mr Mamadou Bakary Diarra	Cardiologie

PERSONNEL D'ENCADREMENT (STAGES ET TP)

DOCTEURS

Mr Madani Touré	HGT
Mr Tahirou Ba	HGT
Mr Amadou Mariko	HGT
Mr Badi Keita	HPG
Mr Antoine Niantao	HGT
Mr Kassime Sanogo	HGT
Mr Yeya I. Maïga	INRSP

Mr Chompere Koné	INRSP
Mr Ba Marie P. Diallo	INRSP
Mr Almahdy Dicko	HGT
Mr Mohamed Traoré	Kati
Mme Arkia Diallo	PMI - Centrale
Mr Reznikoff	IOTA
Mr P. Bobin	I. Marchoux
Mr A. Delaye	HGP
Mme N'Diaye F. N'Diaye	HGP
Mr Hamidou B. Sacko	HGT
Mr Sidi Yehiya Touré	HGT
Mr Youssouf Sow	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Professeur:	M. Cissé	Hydrologie
Professeur:	M.L. Sow	Med. Legale
Professeur:	S.S. Gassama	Biophysique
Professeur:	D. Ba	Dermatologie
Professeur:	G. Farnarier	Physiologie
Professeur:	E. A. Yapo	Biochimie
Professeur:	Babacar Faye	Pharmacodynamie

DIEU

Tu m'as choisi comme élu pour être auprès des Hommes, nos frères le gardien de leur santé physique et mentale. Donne-moi la clarté de la compréhension.

Donne-moi la force pour que je travaille avec persévérance et joie pour le bonheur des Hommes.

Fais-moi découvrir à chaque instant et tout au long de mon existence terrestre, les voies et moyens adaptés aux circonstances pour le vrai service de mes prochains car c'est pour eux que j'ai été formé et c'est à eux que ma modeste compétence doit servir, fais que cette compétence serve à construire un monde plus juste un monde où il y aura la paix pour l'épanouissement de tout - homme.

DEDICACES

Je dédie ce travail:

- A mon père:

Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez accompli pour nous et l'affection que vous nous avez donnée. Vous avez défendu avec honneur, dignité et loyauté la famille. Cher père, trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

- A ma mère:

Pour ton soutien indéfectible, ta constante présence et l'amour dont vous nous entourez. Vos longues nuits de prière n'ont pas été vaines. Allah, le tout puissant a exhaussé vos vœux. Je suis plus que jamais fier d'être votre fils.

- A M'Bouillé Siby

En souvenir de mes premiers pas à l'école fondamentale. Au bénéfice de vos sages conseils, ce modeste travail est le témoignage de ma profonde gratitude.

- A mes frères et soeurs

"A coeur vaillant, rien d'impossible"
Vous avez partagé toutes mes peines durant ce parcours. Ce travail est arrivé à terme grâce à votre soutien moral et matériel. Toute ma reconnaissance fraternelle.

- A mes cousins et cousines

Union et solidarité

- A tous mes amis

- Ma chère Maalon Traoré

Ta fidélité, ta patience, ta compréhension me rassurent de votre capacité de tolérance nécessaire pour l'exercice de ma fonction "Loin des yeux, près du coeur".

- A toute la famille Traoré

REMERCIEMENTS:

- A tout le personnel de la chirurgie "B"
- Dr A.K. Traoré dit Diop
- Dr Nouhoum Ongoïba
- Dr G. Diallo
- Dr Mahamane Traoré
- Majors Moussa Traoré et Diarra
- A. Diourté et N'Diaye
- A tous les infirmières et infirmiers
- A tout ce monde qui n'a ménagé aucun effort pour rendre notre séjour en chirurgie "B" agréable.
- A tout le personnel de l'A.M.P.P.F et Africare

- Aux Docteurs:
- Tidiane Siby à Dakar
- Seydina Oumar Ould Ely en Mauritanie
- Dr Madani Touré, - Dr. Sidi Daffé
- Dr. Alain Delaye
- Dr. Mamadou Traoré

Pour votre soutien sans faille. Retrouvez ici l'expression de mes sentiments respectueux.

- A la famille Malinké
- Mme Sangaré Fatou
- A toute la famille Sangaré
- A tous mes amis de Bureautique Service
- A Mohamed Maïga
- Et Ousmane Touré

Pour tous les efforts déployés pendant l'accomplissement de la partie informatique de ce travail.

- Mme Danioko Néné
- Mme Ba Oumou Diakité
- Melle Astan B. Diakité dite Tati
- Melle Kany Sidibé
- Tous les Amis de Nioro
- Mr Keïta

Pour votre courage, votre soutien matériel sans arrière pensée. Veuillez accepter l'expression de mes sentiments dévoués.

A Monsieur le président de Jury. Professeur Sidi Yaya SIMAGA.
Chef de DER en Santé Publique

Nous avons été frappé lors des cours, stages en Santé Publique, par votre enseignement, clair, lucide, pratique.

Vous nous avez coiffé d'un grand chapeau de connaissance en Santé Publique.

Votre humanisme, votre générosité, votre franchise et votre impartialité, autant de qualités qui font de vous un modèle à suivre.

En espérant que vous nous permettrez d'emboîter vos pas dans cette difficile mais merveilleux domaine qu'est la Santé Publique, nous vous prions d'accepter nos remerciements et notre respectueuse fidélité.

A Docteur Mme Doucouré Arkia DIALLO
Chef de Division Santé Familiale

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être parmi les membres du Jury.

Votre courage, votre rigueur dans le travail, votre courtoisie et votre humanisme sont autant de qualité qui font de vous une personnalité respectée.

Nous vous prions d'accepter l'assurance de notre profonde gratitude.

A Docteur Mountaga COULIBALY
Directeur National de la Santé

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger parmi les membres du Jury.

Votre entière disponibilité pour autrui, votre courtoisie et votre sens critique forcent l'admiration.

Cher maître veuillez accepter l'assurance de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Abdoul Karim KOUMARE
Professeur Agrégé en Anatomie
Agrégé en chirurgie
Chef de service de chirurgie "B"

Cher Maître

Vous avez accepté de diriger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Vous l'avez fait avec enthousiasme et disponibilité sans faille. Pendant des centaines de jours, nous vous avons mobilisé à nos côtés pour guider nos pas.

Nous avons apprécié vos méthodes de travail et votre sens critique qui font de la rigueur scientifique une règle d'or.

Mais surtout la finesse de vos jugements et la concision de vos synthèses sont surprenantes et confirment vos talents de pédagogue.

C'est d'ailleurs la première Impression que vous nous aviez laissée lors de votre premier cours d'anatomie viscérale. Votre modestie, votre humanisme, votre disponibilité, votre courtoisie et votre générosité sont exemplaires à côté de votre goût du travail bien fait.

Cher Maître, ce travail n'a sûrement pas atteint la perfection que vous auriez voulue, vous en savez les raisons majeures.

Nous espérons travailler avec vous dans la continuité.

Nous vous remercions pour tous les efforts consentis pour que ce travail arrive à terme et nous vous assurons de notre profonde et constante gratitude.

ABREVIATIONS

- A S V: Agent de Santé Villageois
- A S C: Agent de Santé Communautaire
- A M P P F: Association Malienne de la Protection et la Promotion de la Famille
- A S B E F: Association Sénégalaise pour le Bien-être de la Famille
- D B C: Distribution à Base Communautaire
- M S T: Maladie Sexuellement Transmissible
- C D C: Centre de Contrôle
- D S F: Division Santé Familiale
- M S P A S: Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
- P F: Planification Familiale ou Planning Familial
- F S H: Folliculine Stimulating Hormone
- L H: Lutéale Hormone
- G C H: Gonado Chorionique Hormone
- D N S I: Direction Nationale de Statistique et de l'Informatique

SOMMAIRE

I -	INTRODUCTION.....	2 - 3
II -	RAPPELS.....	5 - 12
III -	METHODOLOGIE.....	14 - 15
IV -	RESULTATS.....	17 - 39
V -	COMMENTAIRES - DISCUSSIONS.....	41 - 54
VI -	CONCLUSION - RECOMMANDATIONS.....	56 - 57
VII -	BIBLIOGRAPHIE.....	59 - 63

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La croissance démographique rapide et son incidence parfois négative sur la qualité de la vie sont pour beaucoup de couples, de responsables politiques une réelle préoccupation qui s'est traduite par l'apparition d'une diversité d'institution, de politique et programme d'action ayant pour objet le contrôle de la fécondité.

Cependant l'évolution démographique se poursuit à un rythme effréné. Alors-que la population mondiale s'accroissait de quelque 13 millions dans la première partie du siècle, elle s'adjoindra vers l'an 2000 quelque 90 millions (23). Cette croissance sera pour 95% le fait des pays du Tiers-Monde. La population de ce continent qui est passée de 225 millions d'habitants en 1950 à 460 millions en 1985, devrait encore augmenter de 270 millions d'ici la fin de la décennie. Outre la démographie galopante, il existe d'autres raisons de multiplier et diversifier les programmes de planification familiale dans les pays du Tiers-Monde. Nous pouvons citer entre autres

- Le taux de mortalité infantile élevé, se situant autour de 102‰ au Mali en 1991 (25)
- L'indice de Fécondité synthétique de 7,6 enfant/Femme au Mali (13,25)
- Facteurs sociaux économiques

Dans ce contexte, le défi qui se pose au Monde-développé aussi bien qu'au Tiers-Monde implique la mise en place des moyens qui meneront effectivement à l'intensification de la pratique contraceptive et l'abaissement des taux de la mortalité maternelle et infantile.

La croissance de la population va forcément imposer un surcroît de responsabilité aux organismes de planification familiale puisqu'il faudra adapter leurs services à l'évolution des besoins aussi bien ceux qui sont actuellement satisfaits que ceux qui restent insatisfaits.

Force est de reconnaître qu'en Afrique, il est très rare que les services de planification familiale soient pleinement intégrés au système de la santé. D'autres efforts sont nécessaires de la part des Gouvernements et ONG pour étendre leur service jusqu'aux zones peri-urbaines et rurales.

Ce sont surtout dans ces zones peri-urbaines et rurales et parmi les sections les plus défavorisées de la population que les carences des services de planification familiale sont les plus importantes.

Dans le souci de rapprocher les services de planification familiale aux populations cibles, plusieurs projets ont vu le jour au Mali. Parmi ceux-ci compte l'Africare. C'est une association philanthrope née aux Etats Unis en 1971 ayant pour vocation d'aider les populations les plus démunies dans leur action de développement. Elle s'est assignée comme objectifs:

- Faire des forages de puits pour servir les zones rurales d'eau potable
- D'aider la population rurale pour l'amélioration des cultures maraîchères.
- Et d'apporter une assistance sanitaire dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

C'est bien dans ce volet "santé maternelle et infantile" que se situe le programme de distribution à base communautaire des méthodes de contraception entrepris par Africare dans l'arrondissement de Dioro. La distribution à base communautaire (DBC) est le moyen le plus approprié de servir les populations situées en dehors des zones où existent des services de hautes prestations en matière de planification familiale.

Ces services de distribution à base communautaire utilisent le système d'animateur et agents de santé villageois. Ce sont des hommes et des femmes bénévoles qui acceptent volontairement de se mettre au service des communautés dont ils sont issus avec la délicate mission d'induire au sein de ces communautés, les changements d'attitudes et de comportements adéquats face aux problèmes socio-économiques et l'amélioration des conditions de vie de la mère et de l'enfant.

Le but de ce travail est d'étudier l'influence de ces agents communautaires formés par l'AMPPF et Africare sur la population de l'arrondissement de Dioro.

Notre objectif général est:

- D'étudier les connaissances attitudes et pratiques de la population face à la planification familiale.

Objectifs Spécifiques:

- Déterminer le niveau de connaissance de la population de Dioro sur les méthodes modernes de contraception
- Déterminer le taux d'utilisation des méthodes de contraception modernes par la population de Dioro.

II- RAPPELS

1- RAPPELS CYCLE MENSTRUEL ET MODE D'ACTION DES CONTRACEPTIFS

Contrairement à la fécondité de l'homme, qui est dans l'ensemble constante, la fécondité de la femme évolue par cycles. Comprendre ces cycles permet aux utilisatrices de choisir les méthodes de planification des naissances qui leur seront les mieux appropriées et d'aider les individus à utiliser ces méthodes correctement.

La compréhension du cycle de fécondité de la femme, appelé cycle menstruel permet de prévoir ou d'empêcher une grossesse. Beaucoup de contraceptifs agissent en interrompant une ou plusieurs des étapes du cycle menstruel sans lesquelles une grossesse ne peut avoir lieu. On peut diviser le cycle menstruel en 3 étapes:

- cycle utérin
- cycle ovarien
- la fonction de certaines organes de cerveau

1.1 CYCLE UTERIN

Le début et la fin du cycle utérin sont marqués par les règles provenant de la desquamation de la muqueuse de l'utérus. Lorsque l'écoulement de sang s'arrête au bout de 3 ou 5 jours, il reste environ un tiers de la muqueuse dans l'utérus où cette dernière commencera à se régénérer sous l'influence de l'oestrogène et de la progestérone. On appelle cette période de reconstitution de la muqueuse, la phase folliculaire (ou phase de prolifération) La phase folliculaire se prolonge jusqu'au milieu du cycle. Au milieu du cycle commence une seconde phase appelée lutéale (ou sécrétoire) la muqueuse s'épaissit et ses glandes utérines et vaisseaux sanguins se ramifient et se multiplient. C'est là que la glaire devient épaisse, absence d'arborisation et de filance, on l'appelle glaire "sirène".

Si une fécondation se produit, la progestérone, et par la suite la Gonado trophique chorionique hormone (GCH), continuent de permettre à la muqueuse de se préparer à une grossesse éventuelle. S'il n'y a pas de fécondation, les hormones cessent de préparer la muqueuse à la nidation et les vaisseaux sanguins se resserrent.

Sans l'apport hormonal, la muqueuse de l'utérus desquame, ce qui provoque l'écoulement de sang et signale le début du nouveau cycle menstruel.

1.2. Cycle ovarien:

Les mécanismes d'épaississement et de desquamation ultérieurs de la muqueuse de l'endomètre peuvent paraître assez simples. Cependant il ne faut pas oublier que cette action est contrôlée par le jeu complexe des hormones. Les événements clefs qui déterminent si le cycle utérin se fait régulièrement dépendent de l'ovulation.

Chacun des deux ovaires contient entre 300.000 et 400.000 follicules. Les follicules sont constitués de Groupements de cellules en forme de balles qui contiennent des ovules encore loin du stade de la maturité. Dans la vie d'une femme, 300 à 500 ovules arriveront à maturité au cours d'un cycle menstruel, entre 10 à 20 follicules commencent à croître sous l'influence des hormones. Dans la plupart des cas un seul arrivera à pleine maturité.

On verra les autres dégénérer. Au cours de sa maturation, le follicule sécrète de l'oestrogène et la progestérone ce qui amène les changements de la muqueuse de l'endomètre.

Au cours de la phase folliculaire, l'ovule mûrit à l'intérieur du follicule en développement et arrive à la surface de l'ovaire où il reste jusqu'à ce qu'il atteigne la maturité qui lui permettra d'être libre et fécondé.

L'ovule libéré commence alors à s'acheminer dans la trompe de fallope, processus qui durera 6 jours et demi. Un jour après l'ovulation, l'ovule peut être fécondé par un spermatozoïde, ce qui se produit au 1/3 externe de la trompe de Fallope.

Après le départ de l'ovule, le follicule, maintenant appelé corps jaune, augmente sa sécrétion de progestérone et diminue celle d'oestrogène.

La muqueuse endométriale entre alors dans la phase lutéale sous l'influence accrue de la progestérone.

S'il y a fécondation le corps jaune continue à libérer de la progestérone jusqu'à ce que le placenta en développement commence à sécréter sa propre hormone (GCH) afin de pouvoir continuer à nourrir la muqueuse endométriale.

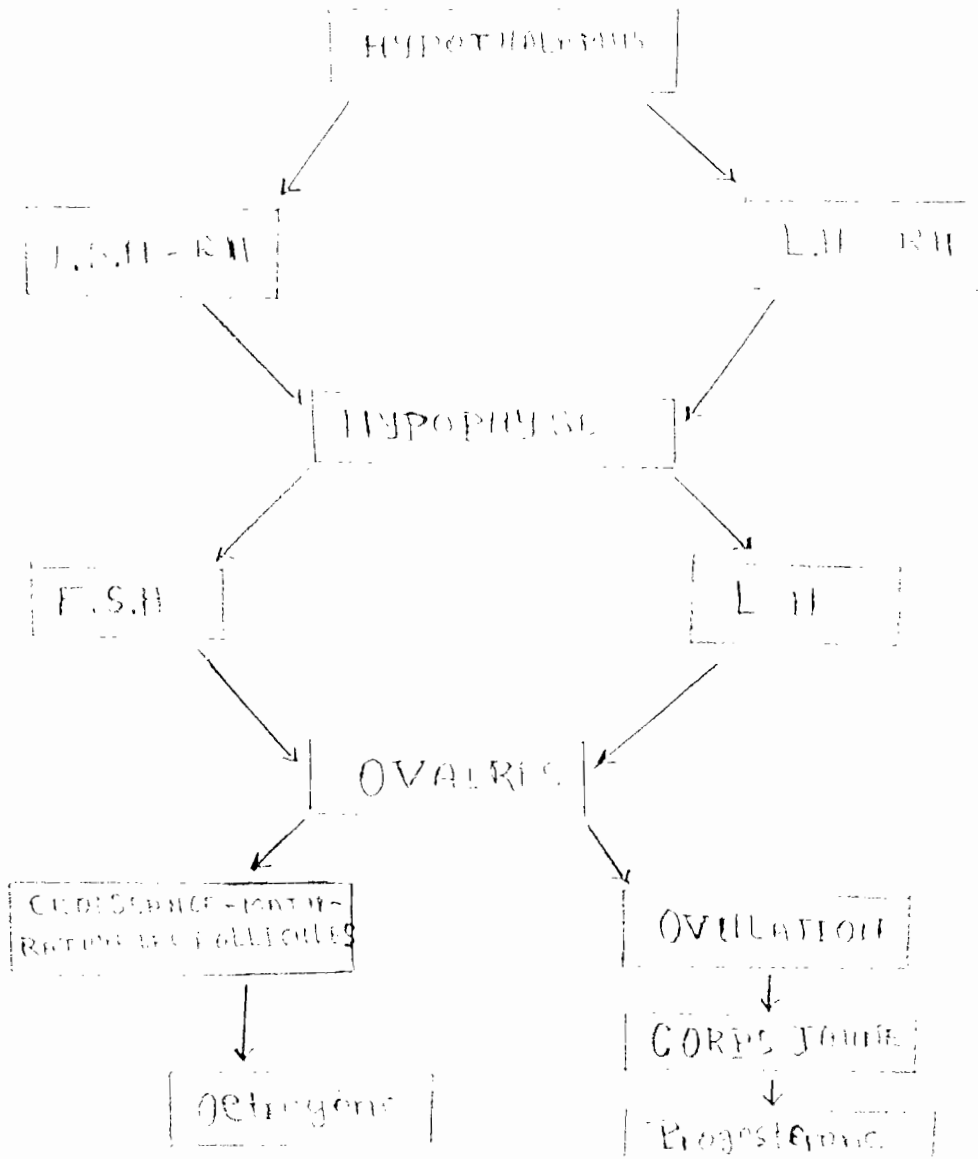
S'il n'y a pas de fécondation, le corps jaune se désagrège pour devenir un tissu cicatriciel blanc nommé corpus albicans et arrête de sécréter des hormones.

Au fur et à mesure que les niveaux d'hormone diminuent, la muqueuse de l'endomètre s'élimine et c'est le début des règles.

1.3. Mécanisme hormonal:

L'interaction complexe des hormones est contrôlée par les organes du cerveau notamment l'hypothalamus et la glande pituitaire ou hypophyse.

L'hypothalamus est sensible aux changements de niveaux d'œstrogènes et de progestérone. Lorsque les niveaux arrivent à un certain point l'hypothalamus envoie un signal à son messager l'hypophyse. L'hypophyse reçoit le signal et passe ce message à l'ovaire. Le schéma ci-dessous nous pouvons l'illustrer comme suit:



RAPPELS:

2- Méthodes de planification Naturelle

2.1. Abstinence périodique:

Il s'agit de la méthode de calendrier ou de la méthode d'ogino-knauss, la méthode de température et celle de la glaire cervicale. Elles n'ont aucun effet secondaire mais sont très peu efficaces. Les frais de personnel sont très élevés pour enseigner cette méthode au couple.

2.2 Coït interrompu ou retrait

Le Coït interrompu ou méthode de retrait est depuis longtemps utilisé par usage comme technique contraceptive en Afrique (5). Dans des nombreuses communautés de ce continent, il constitue une méthode de planification naturelle.

Un couple utilisant cette technique peut avoir des rapports sexuels de la manière choisie et acceptée par le couple jusqu'au moment où l'éjaculation est prête à se produire. C'est alors que l'homme retire sa verge du vagin. L'éjaculation a lieu complètement à l'écart du vagin et l'appareil génital externe de la femme ce qui empêche ainsi toute conception possible.

En tant que méthode de régulation des naissances, la méthode de retrait possède, par rapports aux autres Méthodes, des nets avantages. On a besoin ni de dispositifs, ni de produits chimiques et la méthode ne coûte rien.

Elle a cependant un inconvénient énorme, le taux d'échec est de 23 grossesses pour 100 femmes par an (5).

Le taux d'échec est le résultat de plusieurs facteurs. Même lorsque le retrait est fidèlement pratiqué, la méthode possède une source d'erreur qui lui est inhérente.

L'échec contraceptif du Coït interrompu peut être dû:

- A la possibilité d'existence du liquide éjaculatoire emmagasiné dans l'urètre, la prostate ou les glandes bulbo-urethrales qui peut s'écouler avant le retrait de la verge.

- A un manque de contrôle de soi.

2.3. Allaitement prolongé:

"Il est bien probable que même à l'heure actuelle et projeté à l'échelle mondiale, plus de naissances sont évitées grâce à l'allaitement maternel que grâce à toutes les autres Méthodes de contraception combinées" disait Carl Djerassi cité dans centre pour le contrôle des MST CDC (5).

Il est de tradition pour de nombreuses mères africaines de compter sur l'allaitement pour retarder la prochaine grossesse. De plus, la période d'allaitement ou lactation, est souvent accompagnée d'une période de continence.

Certaines femmes respectent les coutumes traditionnelles interdisant les rapports sexuels pour une longue période dont la fin sera mesurée par certaines activités de l'enfant (marche, salutation etc...).

Cependant, le changement survenu dans les habitudes scolaires, les possibilités d'emploi pour les femmes, les circonstances économiques et les conditions de vie font que l'allaitement pour peu qu'il soit pratiqué, ne l'est que pour des durées beaucoup plus courtes.

Dans une étude faite au Nigéria (5) les mères des régions rurales et celles des centres urbains pauvres allaitent leur enfant pendant 18 mois. Par contre, les mères plus aisées des secteurs urbains allaitent leur enfant pendant beaucoup moins longtemps. Seulement 10% de ces dernières continuent à allaiter pendant 18 mois. (5)

Déterminer l'efficacité de l'allaitement comme moyen de contraception est une gymnastique fastidieuse. Il serait erroné de considérer cette pratique comme étant absolument un moyen de contraception sûre; le moment de retour des règles varie sensiblement selon les femmes.

Après cela il serait sage qu'une femme commence à utiliser une autre méthode contraceptive appropriée dès l'examen médical post-partum pour éviter une grossesse.

3. Méthodes traditionnelles:

Les Méthodes traditionnelles ont été employées depuis l'antiquité pour espacer les naissances. Ce sont des substances issues des feuilles, racines, ou tiges de plantes utilisées en infusion (décoctions traditionnelles ou des gris-gris avec son corollaire de pouvoirs mystiques. L'inventaire des Méthodes traditionnelles au Mali (28) a montré que les Méthodes traditionnelles les plus connues sont:

- Tafo: c'est une cordelette attachée autour de la taille avec un certain nombre de noeuds correspondant au nombre de mois ou d'année de contraception:

- N'Tale fura: (Toile d'araignée) placé dans le vagin avant le rapport sexuel.

- Le miel, la graine de courge, le Datura, le N'Gwané, le "didlo" (hydromel).

4. Méthodes Modernes de contraception:

4.1. Contraceptifs Oraux:

A l'heure actuelle, entre 50 et 100 millions de femme dans le monde entier prennent des contraceptifs oraux (5).

Dans des nombreuses études faites en Afrique, la pilule constitue la méthode la plus populaire.

Deux types de contraceptifs oraux sont les plus utilisés:

- les contraceptifs combinés: Oestrogènes + Progestatifs

- les contraceptifs composés uniquement de progestérone.

Son mécanisme d'action est celui des hormones naturelles qui

agissent sur le cycle menstruel.

Les contraceptifs oraux ont des mécanismes d'action démontrés:

- Inhibition de l'ovulation:

L'hypothalamus ne pouvant déceler un changement dans les niveaux d'oestrogène, il ne stimule pas la libération de FSH ni de LH qui sont nécessaires au déclenchement de l'ovulation. Les pilules contenant moins de 50mg d'oestrogène n'inhibent probablement l'ovulation que dans 95% à 98% des cas.

- Les oestrogènes à dose élevée empêchent les effets progestatifs sur l'utérus.

- L'épaississement de la glaire cervicale lié à l'utilisation des progestatifs rend difficile le passage des spermatozoïdes au niveau du col utérin "glaire sirène"

- L'inhibition de l'activation d'enzymes séminaux hydrolytiques dans la tête des spermatozoïdes: c'est l'inhibition de la capacitation.

Ces avantages sont:

- une étude portant sur plusieurs générations menées au Royaume-uni (5) a nettement montré que l'utilisation des contraceptifs oraux diminue le risque d'anémie.

- C'est une méthode réversible.

- Les contraceptifs oraux réduisent les grossesses indésirées, les avortements

- Leur efficacité est de 99%.

I - INCONVENIENTS

- Les contraceptifs oraux sont déconseillés aux femmes âgées de plus de 35 ans surtout fumeuses car il existe un risque de complication cardio-vasculaire.

- La prise doit être quotidienne.

- Il existe alors un risque d'oubli

- Prise de poids

- Nausée

4.2. Condom: (Préservatifs)

Les barrières mécaniques recouvrant le pénis ont été utilisées pendant des siècles, soit à des fins protectrices contre la grossesse et les infections, soit à des fins décoratives et, à l'occasion dans le but de stimuler le pénis ou le vagin. Il existe 40 millions d'utilisateurs à travers le monde (5).

Le Mécanisme est très simple. Les condoms sont des capuchons en caoutchouc ou en collagène traité qui s'adaptent sur le pénis en érection et constituent une barrière contre la transmission du sperme dans le vagin.

L'efficacité dépend des instructions réussies sur les pratiques exactes des Méthodes.

Certaines études estiment le taux d'échec à 2 grossesses pour 100 année - femmes (5).

Ses avantages sont:

- la protection contre les MST et le SIDA

- Eviter la grossesse indésirée
- C'est une méthode peu onéreuse à court terme
- Bien utilisé l'efficacité est de 100%

Inconvénients:

- Diminution de la sensation ressentie au cours des rapports sexuels
- Allergie aux Préservatifs en caoutchouc
- Refus du partenaire et/ou l'irrégularité de l'emploi aboutissant à une grossesse indésirée.

4.3. Spermicides:

Voilà plus de 5.000 ans que les femmes combinent les Méthodes de barrière aux agents spermicides dans le but de se protéger contre une grossesse. C'est ainsi qu'on utilise encore le citron en forme de diaphragme qui possède ses propres spermicides. Il existe plusieurs formes de préparations:

- Mousses, crèmes et gelées.
- Ovules spermicides (cônes-rondelles, néo-sampoon, septiyon conceptuel etc....).

Son mécanisme repose sur la combinaison de ces effets mécaniques le produit déposé dans le vagin forme une barrière mécanique autour de l'orifice externe du col et ses effets chimiques de l'agent spermicide immobilise et tue les spermatozoïdes. Les ovules spermicides sont introduits dans le vagin 10 -30mn avant le rapport sexuel. Certains sont utilisés à sec tandis que d'autre nécessitent d'être imbibés d'eau avant l'introduction dans le vagin.

4.4. Injectables:

Le nombre de femmes ayant utilisé les contraceptifs injectables est estimé à 10 millions à travers le monde selon la Fédération Internationale des Associations de la planification Familiale (5). Il existe plusieurs variétés des contraceptifs injectables composés de progestatifs retards.

Efficacité une seule grossesse sur 400 femmes utilisant les injectables par an.

Avantages:

- les injectables sont très efficaces 97 - 99%
- pas de risque d'oubli lié à la pilule
- facilement dissimilable
- peut être utilisé chez les femmes âgées 35 ans et plus.

Inconvénient:

- peuvent donner des aménorrhée alors que certaines femmes ont besoin de leur écoulement pour se rassurer qu'elles ne sont pas enceintes.

Méthodes de stérilisation:

Elles consistent à ligaturer ou à sectionner par intervention chirurgicale les canaux déférents chez l'homme (vasectomie) ou les trompes chez la femme (ligature de trompes).

Bien fait, elles sont efficaces à 100 pour 100.
Mais elles sont irréversibles.

Le norplan:

C'est une nouvelle méthode de contraception qui consiste à placer en sous-cutané des implants dont le produit se libère progressivement. Elle n'est pas pratiquée en zone rurale.

III- METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

L'évaluation de l'impact des Agents de santé formés par le projet Africare-Mali/AMPPF/JH PIEGO pour la distribution à base communautaire des produits contraceptifs a eu lieu à Dioro du 17-08 au 25 08- 92.

Elle a été effectuée par l'équipe qui avait procédé à la formation des animateurs et animatrices. Le superviseur de Dioro, le représentant d'Africare à Bamako,, le représentant d'Africare à Dioro ont été associés à l'élaboration des documents d'évaluation.

Trois genres de questionnaire ont été établis :

- le questionnaire adressé aux Agents de santé villageoise,
- le questionnaire adressé aux dépositaires,
- et le questionnaire adressé aux villageois.

Le document ainsi établi à été testé après approbation de l'équipe chargée de l'enquête, dans un village le plus proche "BAALA" à Wéléssebougou. Ayant un projet similaire. L'échantillonnage a considéré 3 niveaux :

- Pour les Agents de santé villageoise :

Les 20 Agents de santé villageoise qui devraient être enquêtés sur un total de 35 Agents formés ont été tirés au hasard à partir d'une table de nombres aléatoires,

- Les dépôts des mêmes agents tirés au hasard ont fait l'objet d'évaluation,

- Pour le Questionnaire adressé aux villageois, à défaut de pouvoir effectuer une enquête systématique de toute la population, un tirage au sort des villages a été effectué pour chacun de secteur de cinq villages qui composent l'arrondissement de Dioro.

La taille de l'échantillon a été fixé en se basant sur un taux d'utilisation de moyens de contraception de 1% en zone rurale au Mali. Pour un risque alpha de 0,05, il fallait interroger au moins 1600 villageois (Masculins et Féminins). Cet échantillonnage devant être aléatoire en grappe "1 ,2" et pondéré en fonction des villages, il fallait donc au moins 1920 villageois en tenant compte de l'effet grappe. Les sujets Féminins enquêtés devraient avoir entre 15 et 45 ans et habiter dans la zone depuis au moins 6 mois. Les hommes n'étaient pas exclus quand ils avaient plus de 45 ans mais doivent y habiter depuis 6 mois. Les Ressources utilisées ont été composées essentiellement de :

- Une équipe de 14 enquêteurs chargés d'effectuer l'évaluation. Parmi ceux-ci le chargé de prestation clinique de l'AMPPF de Ségou, les 5 Animateurs de Dioro (mais chaque animateur ou Animatrice

était exclu de sa zone). Le superviseur de Africare à Dioro, l'Administrateur et la coordinatrice d'Africare.

Il y avait 2 étudiants en médecine 6e Année.

- Deux chauffeurs (1 pour AMPPF Bamako, 1 pour Africare Dioro)
- 3 véhicules tout-terrain.

Le traitement des Données en ce qui concerne le questionnaire adressé aux villageois (2000 dossiers) n'a pas eu lieu comme prévu à l'AMPPF mais à l'INRSP en Juin 1993.

La saisie a été faite en D-Base III plus sur une machine IBM. Puis les données ont été transférées pour l'analyse sur un logiciel épidémiologie.

IV- RESULTATS

Tableau N°1 Fréquence de la population enquêtée en Age de procréer en fonction des villages et par rapport à la population totale.

Population (Villages)	Population Totale	Population en Age de procréer (15-45ans)	population en Age de procréer Enquêtée	%
Soké	6138	1996	603	30,15
Babougou	4415	1436	423	21,15
Tibi	3671	1193	432	21,60
Koïla	2937	955	412	20,60
Moribougou	1848	601	130	6,50
Total	19.009	6181	2.000	100

Référence (9)- DNSI.

Le tableau montre que :

Selon les estimations de la DNSI

6181/19009 soit 32,51% de la population étaient en âge de procréer.

Notre échantillon représente 2000/19009 soit 10,52% de la

population totale des cinq secteurs retenus par tirage au sort pour

l'enquête.

Tableau N°2 Répartition de la population en fonction du sexe

(sexe)	Population	Effectif	Pourcentage
Masculin		681	34,0
Féminin		1.319	66,0
Total		2.000	100

Ce tableau (N°2) nous montre que :

- 1319/2000 soit 66% sont du sexe Féminin
- et 681/2000 soit 34% sont du sexe masculin

Tableau N°3 Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge.

(Age)	Population	Effectif	Fréquence
15-25 ans		662	33,1
26-35 ans		599	29,9
36-45 ans		552	27,6
Plus de 45 ans		187	9,4
Total		2000	100

Dans ce travail la population en âge de procréer a été définie comme étant :

- Toute femme âgée de 15-45 ans.
- Les hommes n'étaient pas exclus même si l'âge dépasse 45 ans.

Nous pouvons remarquer sans distinction de sexe que 1813/2000 personnes enquêtées soit 90,65% ont l'âge compris entre 15 et 45 ans.

Tableau N°4 Répartition de la population en fonction de l'état civil

(Etat civil) Population	Effectif	Pourcentage
Célibataire	270	13,50
Marié(e)	1.709	85,45
Veuve	16	0,80
Divorcé(e)	5	0,25
Total	2.000	100

D'après ce tableau (N°4) la majorité de la population : 1709/2000 soit 85,45% vive en union et 14,55% se répartit entre Célibataire, divorcé(e) et veuve.

Tableau N°5. Répartition de la population en fonction de la religion.

(Religion) Population	Effectif	Pourcentage
Musulmane	1.959	99,6
Catholique	7	0,3
Autres	1	0,1
Total	1.967	100

La plupart de la population se déclare musulmane : 1959/2000 soit 99,6%

Tableau N°6. Répartition de la population en fonction du Niveau de scolarisation ou d'alphabétisation.

Population (Niveau de Scolarisation)	Effectif	Pourcentage
Non-scolarisé	1.740	87,0
Primaire	119	5,95
Alphabétisé	124	6,20
Secondaire	10	0,50
Supérieur	1	0,05
Indéterminé	6	0,30
Total	2.000	100

D'après le Tableau N°6 nous remarquons que:

- 1.740/2.000 soit 87% de la population n'ont pas été scolarisés ou alphabétisés.
- et 254/2.000 soit 12,7% se répartissent entre alphabétisé, scolarisé, niveau primaire, secondaire, supérieur.

Tableau N°7. Répartition de la population en fonction de l'occupation.

(Occupation) Population	Effectif	Pourcentage
Ménagère	833	41,80
Cultivateur	831	41,67
Pêcheur	83	4,16
Exploitant Agricole	79	3,96
Commerçant	66	3,30
Eleveur	15	0,75
Enseignant	5	0,25
Administrateurs	1	0,05
Autres	81	4,06
Total	1.994	100

D'après ce tableau No 7

Est considéré comme :

- cultivateur tout individu dont l'occupation quotidienne reste la culture.
- les exploitants agricoles sont ceux qui utilisent des employés dans leurs champs de culture par rémunération soit journalière ou mensuelle.

Le pourcentage de la population animé par ces deux occupations est 45,63%

- les ménagères représentent 41,8%.

Tableau N°8. Répartition de la population en fonction du nombre d'enfant vivant et du nombre d'enfant souhaité

Population Nombre d'enfant	Situation actuelle		Situation souhaitée	
	N	%	N	%
0	372	18,6	8	0,4
1-2	589	29,45	57	2,85
3-5	713	35,65	501	25,05
6 et plus	326	16,30	1.434	71,70
Total	2.000	100	2.000	100

D'après ce tableau N°8

961/2.000 soit 48,05% de la population avaient 0-2 enfants vivants.

713/2.000 soit 35,65% de la population avaient 3-5 enfants vivants.

326/2.000 soit 16,30% de la population avaient plus de 5 enfants vivants.

Alors que :

65/2.000 soit 3,25% des sujets désiraient entre 0 et 2 enfants

501/2.000 soit 25,05% des sujets désiraient entre 3 et 5 enfants.

1.434/2.000 soit 71,70% des sujets désiraient plus de 5 enfants.

Fig1: Répartition de la pop. en fonction du nombre d'enfant vivant et souhaité

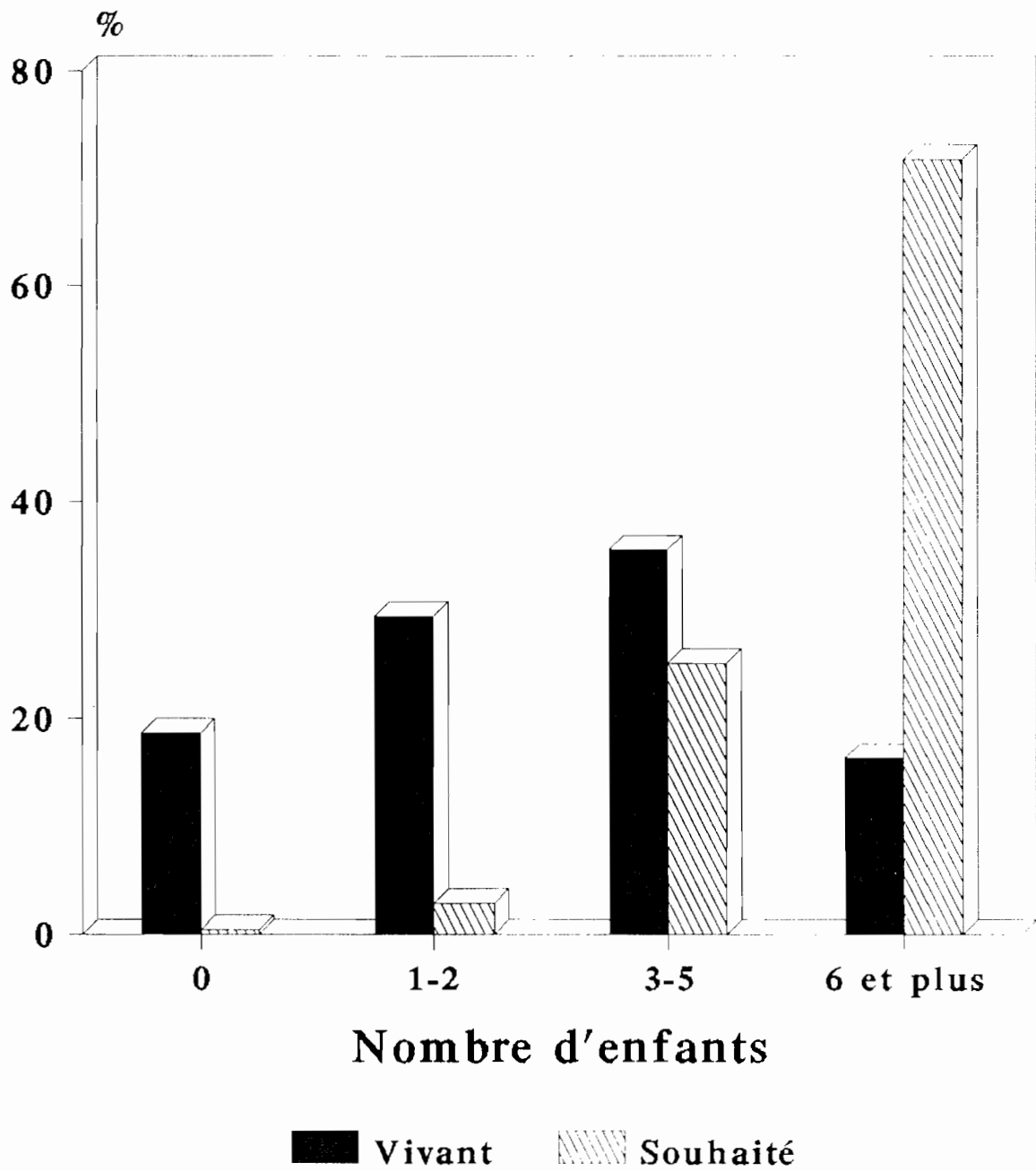


Tableau N°9. Répartition de la population en fonction de la source d'information.

(Source Information) Population	Effectif	Fréquence globale	Fréq. en fonction de ceux qui ont entendu parler du PF
Aucune source	488	24,40	
Animateurs/animateuses	529	26,45	34,99
Accoucheuse Traduit.	154	7,70	10,20
Hygiéniste-secouriste	112	5,60	7,40
Matrone	51	2,55	3,37
Ami	202	10,10	13,36
Voisin	153	7,65	10,12
Radio	117	5,85	7,74
Télévision	44	2,20	2,90
Séminaire	36	1,80	2,38
Autres	114	5,70	7,54
Total	2000	100%	100%

Nous remarquons que 1512/2000 soit 75,6% ont entendu parler des Méthodes de contraception dont:

17,75% par les voisins ou Amis

42,3% par le personnel de santé

9,85% par les médias (Télévision et Radio) et Séminaire

Tableau N°10. Répartition de la population en fonction des Méthodes et du nombre de fois où celles-ci ont été signalées spontanément.

1.195/2.000 sujets soit 59,75% des sujets connaissaient au moins une méthode quelconque de contraception.

Méthodes connues spontanément	Nbre de personne ayant signalé spontanément une méthode		Nombre de fois où une méthode contraceptive a été citée.	
	N	%		
Ne connaissent aucune méthode	805	40,25		
Spermicide	306	15,30	608	21,85
Condom	215	10,75	514	18,47
Pilule	166	8,30	440	15,81
Injectable	96	4,80	233	8,37
Stérilet	51	2,55	75	2,70
Ligature	40	2,00	61	2,19
Gris-Gris	116	5,80	357	12,83
Décoction Tradit	100	5,0	334	12,00
Abstinence	56	2,8	94	3,38
Allaitement	27	1,35	36	1,29
Retrait	20	1,00	29	1,04
Autres	2	0,10	2	0,07
Total	2000	100%	2783	100%

Le tableau N°10 nous montre que :

- 874 personnes/2000 soit 43,7% ont cité spontanément au moins une méthode moderne de contraception.

- 312 personnes/2000 soit 15,95% ont signalé spontanément une méthode de contraception traditionnelle.

Notons qu'à droite du tableau plusieurs Méthodes peuvent être

citées par une seule personne. Ceci étant :

- le condom et/ou les spermicides ont été signalé 1122 fois/2783 soit 40,32%
- et 691 fois/2783 soit 24,83% les Méthodes traditionnelles ont été citées.

Fig 2: Répartition de la pop. en fonction de la méthode connue spontanément

M=méthode signalée

N=nbre de fois

■ M. ▨ N.

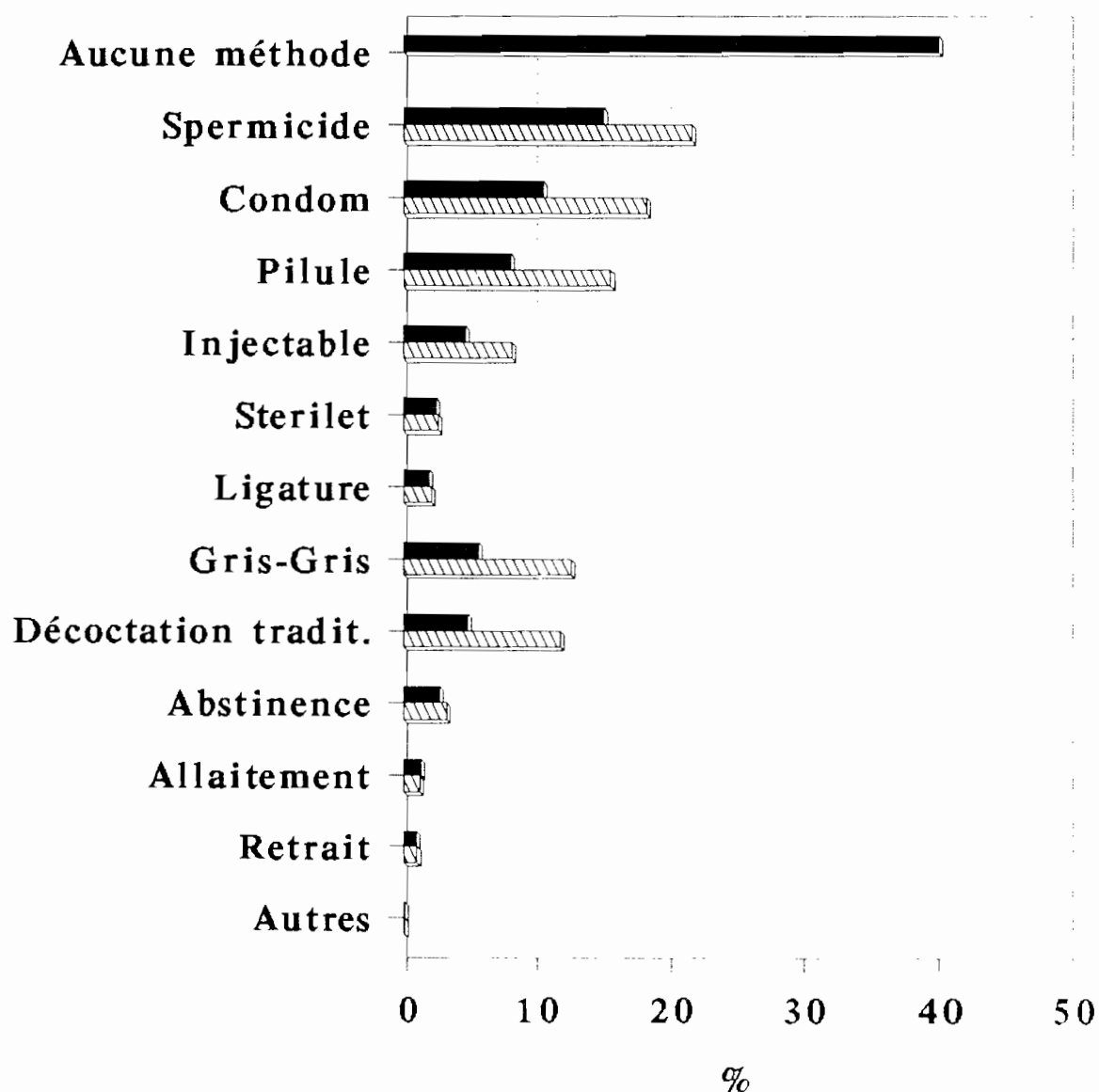


Tableau N°11 Fréquence des Méthodes de contraception dont le nom a été reconnu par la population

Méthodes connues après assistance	Nbre de fois où une méthode a été signalée après description	Pourcentage
Condom	1.402	15,81
Spermicide	1.284	14,48
Pilule	1.013	11,42
Injectable	908	10,24
Ligature	862	9,72
Stérilet	808	9,11
Vasectomie	283	3,19
Abstinence	983	11,08
Allaitement	707	7,97
Retrait	619	6,98
Total	8.869	100

Toutes les Méthodes ont été signalées après assistance ce tableau (N°11) nous montre par ordre de fréquence que :

- 1.402/8.869 fois les condom ont été citées soit 15,81%
- 1.284/8.869 fois soit 14,48% des réponses évoquent les spermicides.

La ligature des trompes et la vasectomie sont les moins citées même après description (12,30%)

Tableau N°12. Répartition de la population en fonction des Méthodes déjà utilisées

Antécédents d'utilisation contraceptive	Effectif	Pourcentage par rapport à la population globale	Pourcentage en fonction de la population utilisatrice
Ne s'applique pas (n'ont jamais pratiqué la PF)	1.647	82,37	
Méthodes modernes	197	9,85	55,81
Méthodes Traditionnelles (Gris-Gris Décoction Traditionnelle)	133	6,65	37,68
Méthodes de planification naturelles (Abstinence + retrait)	23	1,15	6,51
Total	2.000	100	100

D'après ce tableau N°12 nous constatons que :

-353/2000 personnes soit 17,65% avaient essayés une méthode de contraception toute confondue.

Parmi la population utilisatrice 197/353 sujets soit 55,81% avaient utilisé une méthode moderne de contraception.

**Fig 3 : Répartition en fonction
des méthodes déjà utilisées**

Ne s'applique pas

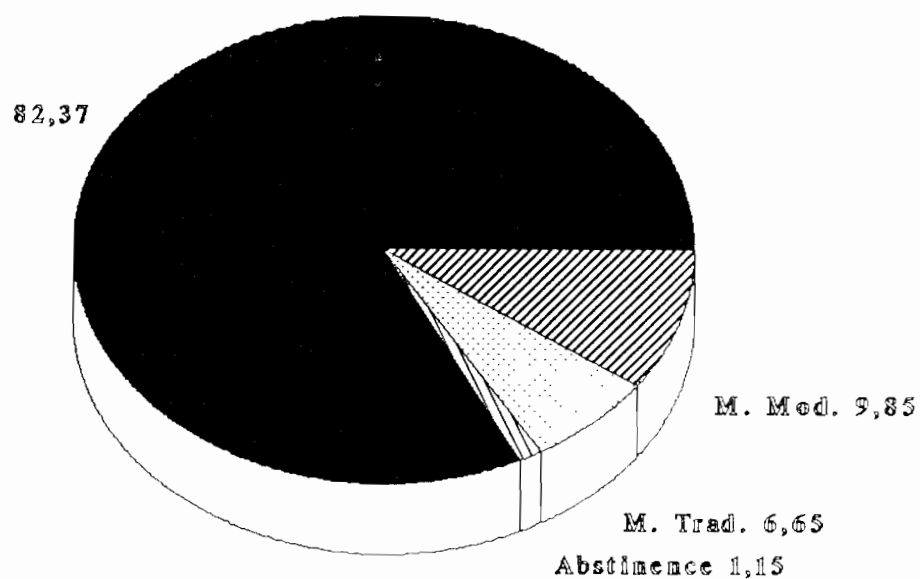


Tableau N°13. Répartition en fonction des Méthodes actuellement utilisées.

Méthodes Actuellement utilisées	Effectif	Pourcentage par pop. glob.	Pourcentage en fonction des utilisateurs
Ne s'applique pas (n'ont pas utilisé)	1.748	87,40	
Abstinence et/ou retrait	29	1,45	11,51
Méthodes Traditionnelles (Gris-Gris Décoction tradit.	58	2,90	23,02
Méthodes modernes	165	8,25	65,47
Total	2.000	100	100

Par rapport à la population Globale 252 sujets utilisent actuellement une méthode de contraception (252/2000) soit 12,6%.

Par ordre de fréquence :

165/252 personnes soit 65,47% utilisent une méthode moderne.

67/252 sujets soit 26,59% utilisent des Méthodes traditionnelles ou des Méthodes de planification Naturelles.

**Fig 4 : Répartition en fonction
des méthodes utilisées**

Ne s'applique pas

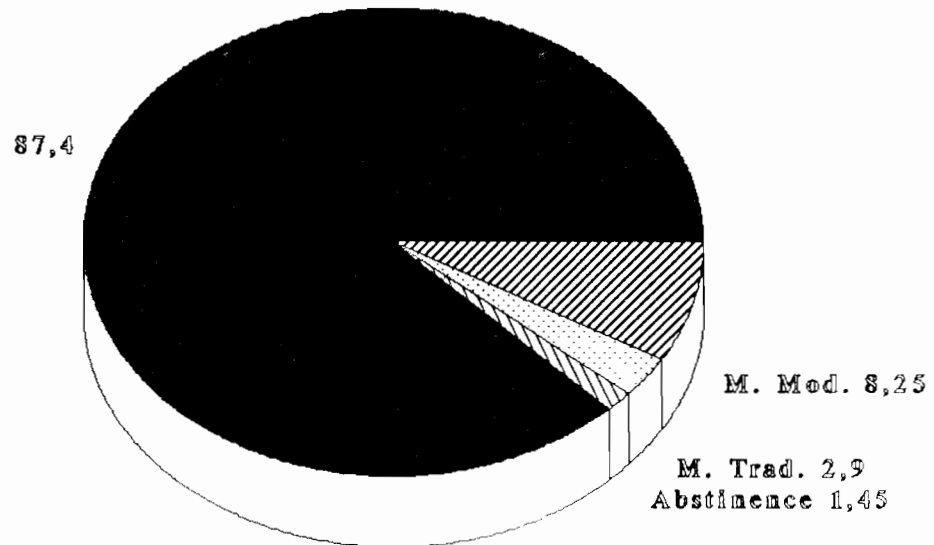


Tableau N°14. Répartition de la population en fonction de chaque Méthode actuellement utilisée.

Méthodes Actuellement utilisées	Effectif	Pourcentage pop. globale	Fréquence en fonction des utilisateurs
Ne s'applique (car n'utilise pas de PF)	1.748	87,4	
Spermicide	113	5,65	44,84
Condom	37	1,85	14,68
Pilule	6	0,30	2,38
Stérilet	5	0,25	1,98
Injectable	3	0,15	1,19
Ligature	1	0,05	0,40
Gris-Gris	37	1,85	14,68
Abstinence + Retrait	28	1,40	11,11
Décoction Tradit.	22	1,10	8,78
Total	2.000	100	100

Par ordre de Fréquence les Méthodes de contraception les plus utilisées actuellement sont :

- Condom + spermicide 150/252 soit 59,52%
- Méthodes traditionnelles (Gris-Gris + Décoctions Traditionnelles) 59/252 soit 23,41%
- Retrait + Abstinence 28/252 soit 11,11%
- Autres Méthodes modernes : 15/252 soit 5,95%.

Fig 5: Répartition de la pop. en fonction de la méthode utilisée

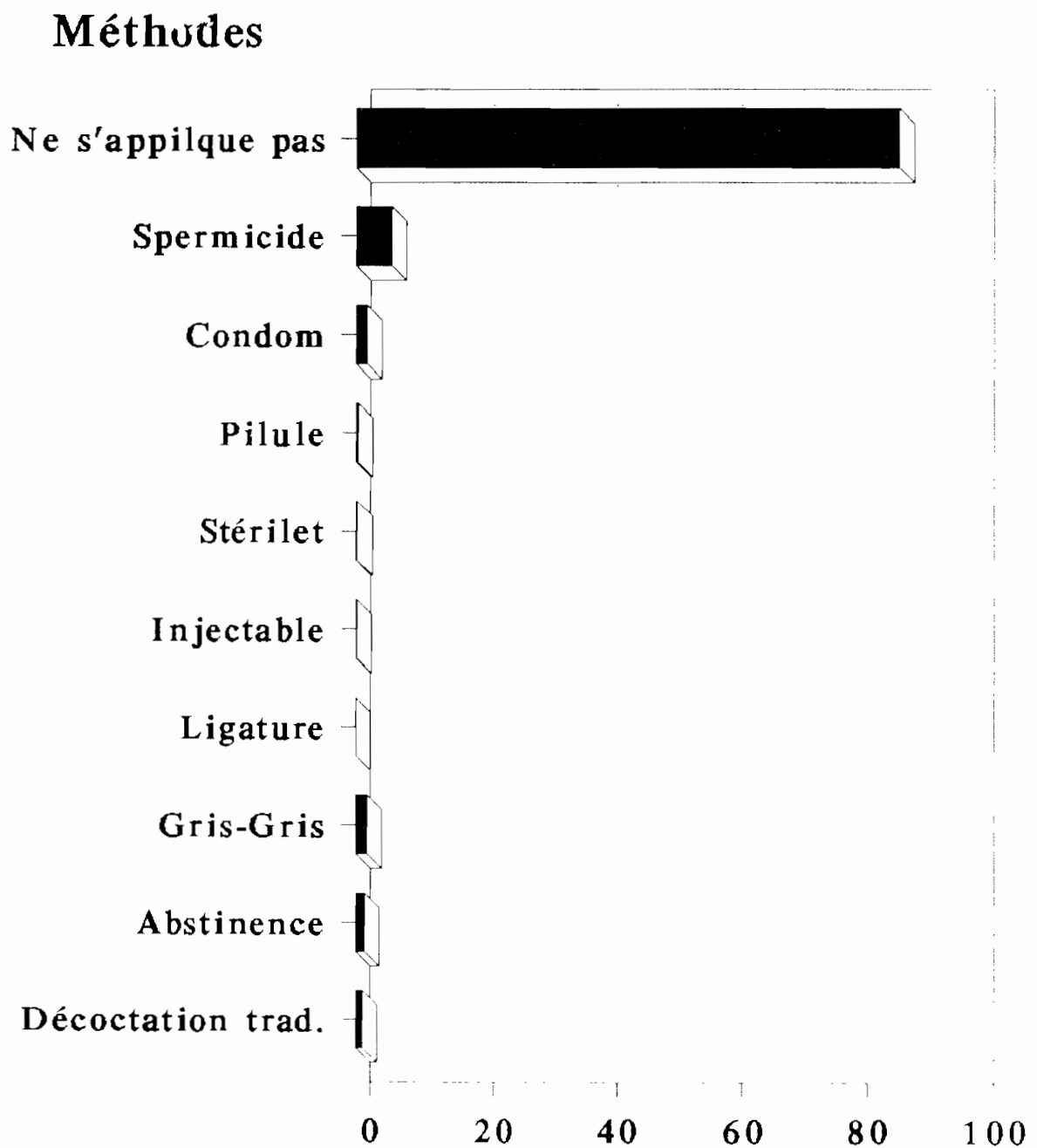


Tableau N°15. Répartition des Méthodes modernes en fonction de la connaissance du lieu d'approvisionnement par la population

Disponibilité des Méthodes modernes en fonction du lieu connu par la population	Méthodes disponibles au niveau local		Méthodes non disponibles au niveau local		Total	Pourcentage
	N	%	N	%		
Oui	1356	80,76%	333	17,76%	1689	47,52%
Non	323	19,24%	1542	82,24%	1865	52,48%
Total	1679	100%	1875	100%	3554	100%

Ce tableau nous montre que:

1356/1679 soit 80,76% des sujets connaissent le lieu

d'approvisionnement des Méthodes modernes disponibles au niveau du village (Spermicide et/ou Condom)

Par contre 333/1875 soit 17,76% savent que les autres Méthodes modernes ne se trouvent ou ne peuvent se pratiquer, ou ne sont pas disponibles dans le village.

Tableau N°16. Répartition de la population en fonction de l'existence de gêne à l'approvisionnement.

Population Gêne Approvisionnement	Effectif	Pourcentage en fonction de la population globale	Pourcentage en fonction de la population utilisatrice
Ne s'applique (n'ont jamais utilisé)	1850	92,5	
Aucune	236	6,8	90,67
Age du dépositaire	5	0,25	3,33
Sexe du dépositaire	4	0,20	2,66
Tabou	3	0,15	2,00
Crédibilité du dépositaire	1	0,05	0,67
Distance	1	0,05	0,67
Total	2000	100%	100%

Par rapport à la population utilisatrice

136/150 soit 90,67% ne déclarent aucune gêne à l'approvisionnement
 Pour 14/150 soit 9,33% signalent le tabou, le sexe du dépositaire, âge du dépositaire ou la crédibilité du dépositaire comme gêne à l'approvisionnement.

Tableau No 17. Répartition de la population en fonction des effets ressentis pendant l'utilisation des spermicides.

Population Effets Ressentis	Effectif	Pourcentage en fonction de la population Globale	Pourcentage en fonction de la population utilisatrice
Ne s'applique (n'ont jamais utilisé)	1887	94,35	
Aucun	51	2,55	45,13
Plus de plaisir	34	1,70	30,09
Brûlure	9	0,45	7,97
Douleurs Abdominales	3	0,15	2,65
Moins de plaisir	2	0,10	1,77
Ne sont pas prononcés	10	0,50	8,85
Autres	4	0,20	3,54
Total	2000	100%	100%

51/113 Sujets ne déclarent aucun effets après utilisation des spermicides

14/113 Sujets soit 12,39% déclarent entre autre des effets désagréables à type de brûlure, manque de plaisir, douleurs abdominales.

Tableau No 18. Répartition de la population utilisatrice en fonction de la connaissance du temps à respecter entre la mise en place du spermicide et de la toilette vaginale

Population (connaissance délai pour faire la toilette)	Effectif	Pourcentage
Oui	53	46,90
Non	60	53,10
Total	113	100

D'après ce tableau No 18, parmi les 113 utilisatrices, 53 attendent l'aube pour faire la toilette vaginale soit 46,90%.

Cette attitude correspond à ce qui a été enseigné par les animatrices ou animateurs.

Tableau No 19. Connaissance du temps entre la mise en place du spermicide et le rapport sexuel

Population (connaissance du Temps à respecter entre la mise en place du spermicide et le rapport sexuel)	Effectif	Pourcentage
Oui	58	51,33
Non	55	48,67
Total	113	100%

Nous constatons que 58/113 utilisatrices soit 51,33% attendent la fonte pour faire le rapport sexuel.

Tableau N°20. Répartition de la population en fonction des effets ressentis pendant l'utilisation du condom.

Population Effets ressentis pdt l'utilisation du condom	Effectif	Pourcentage en fonction de la pop. globale	Pourcentage en fonction des utilisateurs
Ne s'applique (n'ont jamais utilisé)	1963	98,15	
Aucun	7	0,35	18,92
Refus du Partenaire	5	0,25	13,51
Moins de plaisir	8	0,40	21,62
Déchirure	15	0,75	40,55
Plus de plaisir	1	0,05	2,70
Ne se sont pas prononcés	1	0,05	2,70
Total	2000	100%	100%

Ce tableau N°20 nous montre que:

28 personnes sur les 37 sujets utilisateurs soit 75,68% déclarent des effets désagréables : déchirure, manque de plaisir, refus du partenaire.

Tableau N°21. Répartition de la population en fonction de l'échec de la méthode utilisée.

Population Echec	Effectif Pop. utilisatrice	Pourcent. en fonct de la pop. utilis.
Oui	6	4%
Non	144	96%
Total	150	100%

L'échec est une probabilité pour une femme de contracter une grossesse pendant qu'elle utilise une méthode de contraception moderne.

6 personnes/150 utilisatrices de méthode moderne ont déclaré une grossesse indésirée.

Tableau N°22. Répartition de la population en fonction des Méthodes actuellement utilisées et de l'Etat Civil.

Méthodes Etat civil	Abstinence et/ou retrait.		-Gris-gris -Décoction tradition- nelle		Méthodes modernes		Total	%
	N	%	N	%	N	%		
Célibat.	3	23,8	9	5,42	26	35,62	38	15,08
Mariée	10	76,92	157	94,58	47	64,38	214	84,92
Total	13	100%	166	100%	73	100%	252	100%

Nous remarquons d'après ce tableau N°22:

- 26/38 célibataires utilisent actuellement. une méthode moderne de contraception.
- Tandis que 157/166 mariés soit 94,58% utilisent une méthode de contraception traditionnelle. (soit 68,42%)

Tableau 23. Répartition de la population en fonction des Méthodes actuellement utilisées et par sexe.

Méthodes Modernes / Sexe	Abstinence + Retrait		Gris-Gris + Décoction Tradit		Méthodes Modernes		Total	%
	N	%	N	%	N	%		
Masculin	7	53,85	31	55,36	64	34,97	102	40,48
Féminin	6	46,15	25	44,64	119	65,03	150	59,52
Total	13	100%	52	100%	183	100%	252	100%

D'après ce tableau No 23 les Méthodes modernes sont utilisées par les femmes 119/183 soit 65,03%

(Tandis-que les hommes utilisent plus les Méthodes traditionnelles 31/56 soit 55,36%)

Tableau No 24: Répartition de la population en fonction de l'âge et des Méthodes actuellement utilisées

Population (Age)	Abstinence + Retrait		Gris-Gris + Décoction		Méthodes Modernes		Total	%
	N	%	N	%	N	%		
15 - 15 ans	3	23,08	11	19,64	58	31,69	72	28,58
26 - 35 ans	2	15,38	14	25,0	59	32,24	75	29,76
36 - 45 ans	7	53,85	17	30,36	57	31,15	81	32,14
Plus de 45 ans	1	7,69	14	25,0	9	4,92	24	9,52
Total	13	100%	56	100%	183	100%	252	100%

Ce tableau (No 24) nous montre que: 174/252 soit 69,05% des sujets utilisateurs des contraceptifs modernes sont de la tranche d'âge de 15 - 45 ans.

15/24 soit 62,5% des sujets ayant dépassé 45 ans utilisent une méthode de contraception traditionnelle.

V- COMMENTAIRES - DISCUSSIONS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre "commentaire et discussion" portera sur les points suivants:

- 1- Etude descriptive de la population villageoise et ASV
- 2- Connaissance - Attitude et pratique de la population villageoise et ASV face à la contraception
- 3- Impression des ASV et de la population villageoise sur les problèmes en santé de reproduction.

1- ETUDE DESCRIPTIVE DE L'ECHANTILLON

1.1. Sexe:

Pour les 20 A.S.V, 14 étaient de sexe masculin (soit 70%) et 6/20 de sexe féminin (soit 30%).

La population villageoise est composée en majorité de femme 1319/2000 soit 66% et 681/2000 soit 34% des hommes.

La Direction Nationale de la Statistique et de l'informatique lors du recensement de 1987 de la population totale du Mali, avait eu 51% des femmes contre 49% des hommes (9). D'après le test statistique: CHI-2 (Yates) = 178.23, P=1; ddl=1.

Il n'existe pas de différence significative.

1.2. Etat civil:

17/20 ASV soit (85%) vivaient en union contre 3/20 ASV soit 15% célibataires tous des hommes.

1709/2000 villageois soit (85,45%) vivaient en union et 271/2000 villageois soit 14,55% se répartissaient entre célibataire, divorcé(e) et veuve. Patrice (8) pendant son enquête a Douentza en zone rurale avait trouvé que 705/900 sujets soit 78,33% vivaient en union.

Notre résultat est conforme à celui de Patrice d'après le test statistique CHI-2 (Yates) = 840.92; P = 1. ddL = 1.

1.3. Répartition en fonction de l'occupation

Pour les Agents de santé villageois: 12/14 hommes soit (85,7%) étaient des cultivateurs. 5/6 femmes déclaraient être des ménagères.

Parmi la population villageoise 1664/2000 sujets soit (83,47%) étaient soit des cultivateurs (41,67%) ou soit ménagères (41,80%).

Ces résultats se rapprochent des études faites au Mali (voir bibliographie 8,9, 25)

1.4 Niveau de Scolarisation et/ou d'alphabétisation

La majorité des ASV n'avaient reçu aucune scolarisation, 14/20 (70%), 5/20 ASV avaient eu une alphabétisation.

1740/2000 sujets (soit 87%) de la population n'étaient pas scolarisée. Seulement 260/2000 soit 12,7% des villageois déclaraient avoir été scolarisés niveau école primaire, secondaire ou supérieur et/ou alphabétisé (6,7%).

Les résultats de la Division Santé Familiale (25) avaient

montré à Koulikoro et à Sikasso que 17,6% des 650 femmes et 650 hommes dans chaque région déclaraient être scolarisés niveau primaire, secondaire, universitaire ou alphabétisés. Le test statistique montre une différence significative:

CHI-2 = 1,14 P=0,0015 ddl = 1.

Cette différence pourrait s'expliquer d'une part, du fait que notre enquête était intervenue pendant la période de culture sachant que le taux de scolarisation des hommes est supérieur à celui des femmes. Et d'autre part, plusieurs personnes scolarisées effectuent leur voyage pendant les vacances surtout le mois d'Août.

1.5. Age:

L'âge moyen des ASV était 35,3 ans avec écart type à 9,6. Le plus jeune avait 22 ans et le plus âgé 55 ans, sur les 6 femmes, deux étaient en âge de procréer.

Sans distinction de sexe 1813/2000 villageois (soit 90,6%) avaient l'âge compris entre 15 - 45 ans.

187/2000 sujets soit 9,4% avaient plus de 45 ans. Ils étaient tous des hommes.

Dans l'enquête menée par la Division santé familiale (25) à Sikasso 98,2% des sujets avaient 14 à 44 ans chez les femmes tandis que 121/650 hommes soit 18,6% avaient plus de 45 ans.

CHI-2 (Yates) = 14,4; P = 0,53 ddL = 1.

1.6. Religion

A l'image de tout le pays, la majorité de la population était de la Religion musulmane 1956/2000 soit 99,6%. Les autres religions (catholique, animiste) représentaient 0,4%.

Selon l'enquête de la Division Santé Familiale (25) = 95,2% des sujets enquêtés à Sikasso étaient de la Religion musulmane contre 4,8% pour les autres religions (catholique, animiste)

1.7. Nombre d'enfant

- Le nombre moyen d'enfant pour chaque ASV était 2,7 avec Ecart-type 2,3. Le minimum était à 0 (6 fois), le maximum à 7 (4 fois), le nombre moyen d'enfants désirés était 5,8 avec Ecart-type à 1,9; le minimum désirés a été 4 (7 fois), le maximum désiré a été 10 (2 fois)

- Pour les villageois:

65/2000 sujets soit 3,25% désiraient entre 0 - 2 enfants. Signalons que 8/65 sujets soit 12,31% n'avaient pas d'enfant vivants et ne désiraient pas en avoir. Mais ils étaient tous des célibataires et moins de 25 ans.

501/2000 sujets soit 25,05% des sujets désiraient entre 3 - 5 enfants et 1434/2000 soit 71,70% des sujets désiraient plus de 6 enfants alors que 961/2000 sujets soit 48,05% avaient entre 0 - 2 enfants vivants, 713/2000 sujets soit 35,65% avaient entre 3 - 5 enfants vivants, et 326/2000 sujets soit 16,30% avaient plus de 6 enfants vivants.

Selon les résultats de l'enquête de la Division Santé Familiale (25) à Sikasso et à Koulikoro:

- 47,6% des sujets avaient entre 1 - 2 enfants vivants contre 2,5% d'enfants désirés. Mais une remarque s'impose ceux qui n'auraient souhaité aucun enfant n'étaient pas pris en compte.

- 39,7% des sujets avaient entre 3 - 5 enfants vivants, contre 28,7% des sujets désirant avoir entre 3 à 5 enfants.

- Et enfin 12,9% des sujets avaient plus de 6 enfants vivants contre 68,60% des sujets qui désiraient plus de 6 enfants.

2- CONNAISSANCE - ATTITUDE - PRATIQUES

2.1. Connaissance et attitude en matière de PF:

Pour les ASV:

- Toutes les méthodes traditionnelles (Gris-Gris et Décoction Traditionnelle) avaient été citées spontanément.

- Seule l'abstinence avait été déclarée spontanément pour les méthodes de planification naturelles.

- Toutes les méthodes modernes, étaient citées spontanément sauf la ligature des déférents.

Plus de la moitié des ASV avait décrit comment utiliser les spermicides sans erreur avec des termes compréhensibles par les villageois.

- Les ASV savaient tous où se procurer le condom et/ou les spermicides, mais ne savaient pas pour la plupart d'entre eux où était pratiquée la stérilisation chirurgicale. Patrice (8) pendant son enquête à Douentza chez les Agents de santé villageois avait obtenu:

34/38 soit (89,47%) Agents de santé villageois n'avaient pas pu citer plus de trois méthodes modernes.

10/43 Agents soit (23,26%) seulement avaient reçu une formation en P.F.

Tandis que tous les Agents de Santé villageois à Dioro, avaient été formés pendant des séminaires organisés par les responsables de l'AMPPF.

Pour les villageois:

Dans notre enquête d'évaluation du projet DBC à Dioro, le taux de connaissance spontanée de toutes les méthodes de contraception (modernes traditionnelles et de planification naturelle) était de 59,75%.

En fonction des méthodes 15,95% des sujets déclaraient spontanément au moins une méthode traditionnelle (Gris-Gris et décoction traditionnelle) contre 43,7% pour les méthodes modernes.

D'après les estimations EDS (10) en 1987 au Mali, le taux de connaissance était de 65,4% pour toutes les méthodes confondues (modernes et traditionnelles) dans un échantillon composé de 3200 femmes. Tous en âge de procréer (15 - 49 ans pour les femmes). Pour les zones rurales ce taux était égal à 19% voir Thèse R.Moukoro (28).

Statistiquement $\text{CHI-2} = 4,11$, $P = 0,003$ - $\text{ddl} = 1$.

Il existe une différence significative.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les EDS contiennent les villes. Et dans notre cas les femmes ayant dépassé 45 ans étaient exclues.

Nlandu et Coll cité par M. Bouzidi (23) dans une enquête d'évaluation et de suivi d'un projet de DBC en zone rurale de Matadi (Zaïre) dans deux secteurs A - B, la taille respective de chaque échantillon était 924 et 780 sujets.

Cette enquête avait montré que 94% des sujets dans les deux secteurs connaissaient une méthodes traditionnelles (Gris-Gris et Décoction traditionnelle) un chiffre avoisinant 80% était enregistré pour les méthodes modernes statistiquement:

CHI-2 (Yates) = 2,61, P = 0,00 ddL = 2.

Ces résultats sont supérieurs aux nôtres. Cela pourrait se justifier par le fait que leur évaluation a été effectuée 21 mois après le démarrage du projet DBC; alors que, chez nous l'enquête s'était passée 3 mois seulement après la mise en fonction de la DBC.

Nos résultats sont conformes à ceux de patrice (8) et M. Traoré (21) qui avaient respectivement obtenu:

- A Douentza: un taux de connaissance spontanée de toutes les méthodes confondues sur un échantillon de 900 cas = 62,1%.

- Dans une maternité, Péri urbain d'Abidjan en Août 1991. Chez 2203 femmes venues en consultation, un taux de 33,95%, de connaissance spontanée des méthodes modernes.

CHI-2 = 84,77, P = 1 ddL = 1.

Toutefois, nous remarquons que la plupart des personnes enquêtées ne reconnaissaient les méthodes qu'après description. Les méthodes modernes les plus citées par ordre de fréquence et après assistances sont: voir tableau No 11

- condom	1402/8869	réponses soit 15,81%
- Spermicide	1284/8869	réponses soit 14,48%
- la pilule	1013/8869	réponses soit 11,42%

Notons qu'une seule personne pourrait citer plusieurs méthodes à la fois contrairement à plusieurs publications (8,10, 21,34) la popularité de la pilule n'a pas été retrouvée.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les méthodes disponibles au niveau des agents de santé villageois sont les condoms et les spermicides. La connaissance des méthodes traditionnelles (Gris-Gris, Décoction Traditionnelles) et la planification naturelle (Abstinence, allaitement, retrait) avait

été peut être sous - estimée, étant donnée que les sujets étaient réticents à discuter des problèmes sexuels, ou ne savaient pas que certaines méthodes notamment l'allaitement et le retrait permettent d'espacer les naissances.

2.2. Utilisation des méthodes de contraception

2.2.1. Antécédents d'utilisation: N= 353

Pour les ASV:

12/20 ASV avaient essayé des contraceptifs modernes (60%) dont 10 hommes\13. Mais, parmi ces trois hommes qui n'avaient jamais essayé, deux évoquaient une stérilité, et un signalait la grossesse de sa femme.

- Le taux globale de l'ensemble des méthodes (modernes et traditionnelles) déjà utilisées par la population villageoise est: 353/2000 sujets soit 17,65%.

197/2000 soit 9,85% avaient essayé les méthodes modernes de contraception contre 156/2000 soit 7,8% pour les méthodes traditionnelles (Gris-gris et décoction traditionnelle).

Par rapport à la population utilisatrice 197/353 sujets soit 55,81% avaient essayé une méthode moderne.

Ce résultat se rapproche de ceux obtenus par plusieurs auteurs (20, 21, 25) au Mali et Ailleurs.

- Matata (20) avait obtenu lors de son enquête portant sur la contraception chez les adolescente à Banconi et l'AMPPF (âgées de 13 à 19 ans).

- 20/198 soit 10,10% avaient essayé une méthode moderne à Banconi.

- 71/155 soit 45,81% des adolescentes qui fréquentaient l'AMPPF, avaient essayé une méthode moderne.

CHI-2 (Yates) = 39,39 P = 1, ddL = 2

- M. Traoré (21) dans une maternité peri-urbain d'Abidjan avait eu un taux d'antécédent d'utilisation de 9,8% chez 2203 femmes.

CHI-2 (Yates) 38,36 P = 1 ddL = 1

Notre résultat est supérieur à celui de la Division Santé Familiale pendant l'enquête menée en Août 1991 à Koulikoro (25) où seulement 32/650 femmes enquêtées (soit 4,92%) avaient essayé une méthode moderne.

La différence est significative au test statistique:

CHI-2 (Yates) = 2,03 P = 0,00 ddL = 1

Cette grande différence pourrait s'expliquer par une large sensibilisation faite à Dioro par les ASV et les animateurs de base.

2.2.2 Utilisation actuelle des méthodes de contraception: N= 252

Selon M. Bouzidi (23), il est possible de mesurer l'envergure des besoins de planification familiale qui restent à ce jour insatisfaits par référence au pourcentage des femmes (75%) ne souhaitant plus d'enfants, mais qui ne pratiquent aucune méthode de contraception moderne.

D'après les estimations de l'EDS (10) en 1987 au Mali, une femme sur deux avait besoin de service de planification familiale, soit parce qu'elle ne veut plus d'enfant (16%), soit parce qu'elle voudrait espacer sa prochaine grossesse d'au moins deux ans (32%).

- Au Zaïre la prévalence contraceptive se situe autour de 3% sur le plan national et 7% à Kinshasa et Lubumbashi (23).

- Sabah (33) avait trouvé à Fès (Maroc) dans une population de 603 femmes en âge de procréer que 73,90% des femmes en union utilisaient la pilule et 7,82% le stérilet.

CHI-2 (Yates) = 21,82 P = 0,64 ddL = 1

- R. Mounkoro (28) en 1993 avait trouvé 101/296 soit 34,12% des sujets utilisent actuellement à Tominian une méthode de contraception toutes confondues. Mais cette étude a été effectuée à Tominian - ville chef lieu.

- M. Traoré (21) en 1991 avait obtenu que 20,52% des femmes venues en consultation à la maternité peri-urbain d'Abidjan utilisent actuellement une méthode de contraception.

CHI-2 (Yates) = 7,02 P = 1

- Nos résultats sont de même ordre que ceux obtenues par les auteurs ci-dessus.

Pour les ASV: 7/20 ASV (35%) utilisent actuellement une méthode moderne de contraception. Si l'on exclu les 4 femmes ménopausées, les 2 hommes qui n'ont pas d'enfant, cela donne un taux d'utilisation actuelle de 7/14 ASV soit 50%.

Pour la population villageoise 252/2000 sujets soit (12,6%) utilisent actuellement une méthode de contraception (moderne, traditionnelle).

Parmi ceux-ci 165/252 soit 65,47% utilisent une méthode moderne contre 34,52% qui utilisent soit les méthodes traditionnelles (Gris-Gris ou Décoction traditionnelle) ou soit les

méthodes de planifications naturelles notamment l'abstinence.

En fonction de l'âge, nous constatons que 174/252 sujets soit 69,05% des utilisateurs de contraceptifs modernes étaient de la tranche d'âge de 15 - 45 ans.

Alors que 15/24 utilisateurs ayant dépassé 45 ans, tous les hommes pratiquaient une méthode traditionnelle (Gris-Gris et Décoction traditionnelle) ou l'abstinence. Voir tableau No 24.

Par contre les méthodes modernes étaient plus utilisées par les femmes 119/183 femmes soit 65,03%, tandis que les hommes utilisaient plus les méthodes traditionnelles (Gris-Gris, Décoction traditionnelle) ou abstinence (31/56 soit 55,36%).

Par ailleurs 26/38 soit 68,42% des célibataires pratiquaient une méthode moderne de contraception contre 157/166 soit 94,58% des sujets qui vivent en union pratiquant une méthode traditionnelle (Gris-Gris, Décoction traditionnelle) ou la planification naturelle: l'abstinence.
Voir les tableaux No 22 et 23.

2.2.2.3. Utilisation actuelle pour le condom et/ou spermicide N=150

En fonction de la population totale le taux d'utilisation de condom et/ou spermicide était de 150/2000 sujets soit 7,5%. Par rapport à la population utilisatrice 150/252 soit 59,52% des sujets utilisaient soit le condom ou soit les spermicides.

Selon EDS (10) 1987, le taux d'utilisation actuelle des contraceptifs modernes en zone rurale était de 1%.

Patrice (8) avait obtenu pendant son enquête à Douentza, un taux d'utilisation actuelle de toutes les méthodes modernes égal à 6,9%. Nos résultats sont conformes.

Test statistique:

CHI-2 = 21,83 P = 0,64 ddl = 1

Toutefois, 6/150 soit 4,0% des sujets qui utilisent le condom et/ou les spermicides déclaraient avoir eu une grossesse pendant l'usage.

Néanmoins, il n'est pas approprié de qualifier ce taux d'échec compte tenu de l'ambiguïté des paramètres qui permettent de déterminer celui-ci:

- les facteurs liés à l'utilisateur
- les facteurs liés à l'usage prolongé d'une méthode, sachant que certaines méthodes pouvaient retarder le retour de la fertilité de 3 mois à un an après abandon (injectables) et que d'autres telles que le stérilet pourraient se déplacer du site habituel pour être source d'erreur.
- Il existe des facteurs de risque intrinsèques de chaque méthode moderne de contraception.
- Le taux d'abandon, la durée d'utilisation et le nombre de couple mois protection (CMP) sont aussi des paramètres non négligeables pour calculer le taux d'échec.

Au niveau de l'AMPPF, nous n'avons pas eu de publication concernant le taux d'échec.

Cependant dans la littérature Sabah (33) avait trouvé à Fès (Maroc) que 7,46% des utilisateurs des méthodes modernes, avaient contracté une grossesse. Mais nous ne disposons pas d'éléments sur le mode, et les paramètres pris en compte pour calculer ce taux d'échec.

3. Impression des ASV et les villageois sur les problèmes en santé de Reproduction

3.1. Source d'information de la population villageoise:

Notre travail à Dioro relevait que 1512/2000 sujets soit (75,6%) avaient eu connaissance des méthodes de contraception..

Parmi ceux-ci 846/1512 sujets soit 55,95% avaient pour source d'information les agents de santé villageois.

355/1512 sujets soit 23,48% déclaraient être informés par les contacts inter individuels (parents, Ami, voisin).

Seulement 161/1512 sujets soit 10,45% avaient reçu l'information par les médias (Télévision et Radio) ou les séminaires.

Ces résultats se rapprochent de ceux rapporté par certaines études (20,28).

- Roger Mounkoro (28) dans le cercle de Tominian avait montre que 65,2% de sujets avaient eu connaissance des méthodes modernes de contraception par le personnel de santé.

- 32,10% des sujets avaient reçu l'information par les relations interindividuelles (amis, voisin).

- 38,17% par les masse médias (Radio, Télévision).

Il est à noter que cette enquête a été faite dans le cercle de Tominian où les personnes semblent être plus informées par les masse médias.

Mais statistiquement il n'existe pas de différence significative:

- Matata (20) avaient trouvé que: 103/198 soit 52,02% des adolescentes à Banconi, avaient reçu l'information par les amis, voisins ou parents contre 37,37% pour les mass médias (Radio, Télévision).

- A l'ASBEF, De Dakar, dans la thèse de Rohaya Bah Thiam (29) 74,3% des 283 femmes avaient eu connaissance des méthodes modernes par les relations individuelles (amis, parents).

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les Agents de Santé villageois avaient mené une grande sensibilisation à Dioro. En tout cas l'impression d'un grand public atteint par les masse médias (Radio, Télévision) semble être une illusion.

3.2 Approvisionnement en méthode moderne:

La plupart des ASV n'avait aucun problème d'approvisionnement en produit contraceptif. Seulement 2/20 soit (10%) se plaignaient de problème de distance (60 km) qui sépare leurs villages du centre d'approvisionnement.

1356/1679 soit 80,76 des sujets savaient que les spermicides et/ou les condoms étaient disponibles au niveau des Agents de Santé Villageois.

333/1818 soit 18,32 des sujets se referaient soit à Segou ou soit aux secteurs publics (Pharmacie ou hôpital) à Bamako pour les autres méthodes. Voir Tableau No 15.

Comme chez Patrice (8), les barrières socio-culturelles (religion, tabou) avaient été évoquées aussi bien par certains ASV que les villageois eux-même. Nous en voulons pour preuve le cas de Seninkou (secteur de Babougou) où les activités de PF de l'Agent de Santé Villageois avaient été suspendues dès la 1ère séance de causerie débat. Parce que les vieux et les chefs religieux n'étaient pas avisés.

3.3. Effets ressentis lors de l'utilisation des condom et/ou spermicide:

Pour 136/150 soit (90,67%) des utilisateurs, il n'y avait aucune gêne à l'approvisionnement et aucun effet désagréable pendant l'usage.

14/150 soit 9,33% des sujets utilisateurs du condom et/ou spermicide signalaient le tabou, le sexe du dépositaire, l'âge du dépositaire ou la crédibilité du dépositaire comme gêne à l'approvisionnement et 14/113 utilisatrices des spermicides déclaraient des effets désagréables à type de Brûlure, douleurs abdominales, manque de plaisir.

58/113 soit 51,33% des utilisatrices attendaient la fonte pour faire les rapports sexuels et 53/113 femmes soit 46,90% attendaient l'aube pour faire leur toilette intime.

Cela correspond à ce qui a été enseigné par les Agents de santé villageois. Mais 28/37 soit 75,68% des utilisateurs du condom se plaignaient de déchirure, du manque de plaisir ou du refus du partenaire.

VI- CONCLUSION - RECOMMANDATIONS

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS:

La distribution à base communautaire (DBC) constitue une innovation. Elle introduit une nouvelle stratégie de prestations des services de planification familiale.

L'utilisation d'un personnel non médical, issu de cette même communauté ayant reçu une formation accélérée dans le domaine du planning familial pendant les séminaires conjointement organisés par l'AMPPF (Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille) et Africare rend plus accessible les services de PF en milieu rural.

La distribution à base communautaire reste le moyen le plus approprié de sensibilisation de masse, car le contact permanent avec l'agent de santé communautaire favorise son intégration et le feed-back avec la population.

Néanmoins, il existe toujours un grand écart entre la connaissance des méthodes de contraception et leur utilisation par la population.

Les résultats obtenus trois mois après le début de la distribution à base communautaire des méthodes de contraception modernes à Dioro sont:

- un taux de connaissance spontanée des méthodes de contraception toutes confondues de 59,75% dont 43,7% pour les méthodes modernes
- un taux d'antécédent d'utilisation de 17,65% pour toutes les méthodes; et 9,45% pour les méthodes modernes.
- un taux de 12,6% d'utilisation actuelle des méthodes toutes confondues.
- 8,25% d'utilisation actuelle des méthodes modernes
- 55,25% des sujets ont été informés par les agents de santé villageois.

La planification familiale assure sa propre publicité. Bien faite elle s'affirmera sur le terrain en faisant des prestations mêmes d'excellents agents de propagande. Par contre elle pêche dans la diffusion de son concept et/ou dans la mise en pratique de ses méthodes, elle voue à l'échec les efforts altruistes des pionniers du mouvement de la planification Familiale.

Ainsi au terme de notre réflexion nous concluons par une citation "L'ultime test que les APF auront à affronter pendant les années 1990 sera celui de leur capacité et leur volonté de renouvellement face aux défis présentés par un climat économique et

socio-culturel en perpétuelle évolution" (23). Cette citation en elle-même est un appel et une recommandation qui doit être entendu par les Initiateurs des Projets.

Recommandations:

- Au niveau local:

Il serait souhaitable que les ASV recrutés reçoivent une alphabétisation pour la bonne-tenue et l'enregistrement correct des documents.

- Au niveau loco-Régional:

. Il serait souhaitable qu'une supervision du projet soit assurée d'une manière semestrielle ou même trimestrielle par les responsables de la direction régionale de l'AMPPF de Segou.

. Une intégration effective de la distribution à base communautaire au système de soins de santé primaire.

- Au niveau Régional:

. Une collaboration beaucoup plus intéressée de l'AMPPF à la formation, au recyclage et le suivi des ASV du projet AFRICARE

. Une adoption de démarche stratégique intégrant davantage les programmes de PF aux autres initiatives de développement.

- Au plan national la distribution à base communautaire constitue un approche permettant au centre de santé communautaire d'atteindre le maximum des utilisateurs du PF.

VII- BIBLIOGRAPHIE

VII - BIBLIOGRAPHIE:

1- Aidibé - Y

Les Oestrogènes et leurs complications en contraception
Thèse. Pharmacie - Dakar 1981 No 99,

2- Barrat - J, Durant Chene - F

Contraception Progestative isolée: Avantages et Inconvénients
Revue du praticien 1981 NO 19 page 31.

3. CERPOD, Population et Développement dans le Sahel

Le déficit de la croissance rapide de la population
Bamako-Mali 1990 , Page 4, 7, 9.

4. CERPOD, Population et Développement dans le Sahel

Planification Familiale - Santé maternelle et développement
Bamako - Mali 1990 , page 4 , 7, 9.

5. Centre pour le contrôle des MST CDC-Atlanta.

Planification Familiale - Méthodes et pratique pour l'Afrique
Francophone 1985 XVI 334P.

6. Contraception et Reproduction: conséquence sur la santé des
femmes et des enfants dans les pays en voie de Développement.

CERPOD - Bamako - Mali 1983 Page 60.

7. Contribution de la planification Familiale à l'amélioration de
la santé des femmes et des enfants. Documents essentiels

Naïrobi, 5-9 Octobre 1987 - Page 37; 40

8. Coulibaly Patrice

Contribution à l'étude épidémiologique des activités du planning
familial dans le cercle de Douentza.

Thèse Médecine 1993. NO 36

9. Direction National de la Statistique et de l'Informatique
Recensement Général de la population et de l'habitat
du Mali en 1987.

10. Enquête Démographique et de Santé
Rapport de Synthèse 1987
Bamako - Mali page -6, 9, 11, 14, 19.

11. Fatoumata Diani
Evaluation de la situation sanitaire au Mali
Thèse Pharmacie 1985. NO 77. Bamako - Mali.

12. Fathalla - ME.
Contraceptive Technology and safety International conference on
better health for women Trough family planning
Nairobi 5-9 October New-York: The population concil 1987. Page 18,

13. Guttmarcher Institue
Planification familiale à Bamako, Mali.
Perspectives Internationales sur le planning Familial NO Spécial de
1991, page: 1 à 9.

14. Guttmarcher Institue.
Les femmes en age de procréer et le planning Familial dans le
monde.
Perspectives International sur le planning Familial
NO Spécial de 1990, page 35.

15. Harouchi, Abderrahim
Guide de l'évaluation au cours des études médicales
Casablanca - Faculté Médecine et Pharmacie 1987 NO 371.2 70 P.
Thèse médecine.

16. Heyler Boury, Claudine et Cohen - Jean
Abrégé de physiologie - Gynecologie
Edition - Masson Paris 1976

17. I. Henderson Lewis and AL
Breast - feeding , contraception and Birth spacing in Mali
Division of health, Ministor and Social Affairs
Bamako - Mali -1983 Page 7, 29.
18. Koumé - AKA-
Intégration des programmes de Développement rural.
Population du Sahel NO 17 Juin 1992 page 6 à 8.
19. Linda. S. Peter.
Le respect des méthodes contraceptives orales et son rôle dans
l'efficacité de leur emploi.
Série de Traduction 1992, NO 5 , Page 1 à 3.
20. Matata Camara.
"Contraception chez les adolescentes"
Thèse Médecine 1992 NO 44.
21. Mamadou Traoré
Bilan de deux années et Demi d'activité de planification
familiale dans une maternité péri-urbaine de la ville d'Abidjan
Mémoire CES 1991 - Abidjan.
22. Mariam Djibrilla
Contribution de la planification familiale à l'amélioration de la
santé de la mère et de l'enfant en milieu rural au Mali
Thèse Médecine 1977 NO 7.
23. M. Bouzidi et Coll.
"Planification Familial en AFRIQUE : Bilan et perspectives"
Fédération Internationale pour le planning familial et GTZ 1992
Pages - 1; 16; 18; 26; 32; 59; 65.
24. M.Caymittes. A. August and Al:
"Haïti National contraception prévalence survey 1989"
International Perspectives of Family - Planning vol 18 - 1992 page
34.

25. MSPAS et Promotion Féminine

Rapport préliminaire de l'étude de base du projet DBC
Rép. - Mali - DSF - Population concil Août 1991.

26. Lopez Escortin

Données de base sur la population du Mali.
Dossier CERPOD N0 13 Page 8.

27. Nitiema - Rigobert - Romuald

Quel type de coopération Sanitaire en zone rurale
Evaluation d'un exemple à Yako au Burkina - Faso de 1970 à 1977.
Thèse Médecine Dakar. N0 147

28. Roger -Mounkoro

"Perception communautaire du planning familial dans le cercle de
Tominian".
Thèse Médecine 1993 .N0

29. Rohaya Bah /Thiam

Fréquentation de l'ASBEF à propos de 283 femmes
Thèse Médecine . Dakar 1990 N0 13

30. Rostand (Agnès)

Epidémiologie au service de la planification Sanitaire à propos de
l'exemple du projet Mali - sud II
Thèse Médecine 1985 N0 85 Marseille.

31. Ross et coll

Stratégie de Gestion des programmes du PF
New - York center of Population and Family health 1989 page 23

32. Population crisis committe

"Accès Mondial à la régulation des naissances"
Washington DC.1120 19th Street. N.W 1992

33. SABAH - TARIK

Contraception et planning familial au Maroc

Thèse pharmacie Dakar 1983 NO 130

34. Sekou Koné

Etude de Fréquentation des formations sanitaires du District de Bamako par la population de Banconi 1988.

Thèse Médecine No 41.

35. Tangara Hassane

Hypertension artérielle et contraceptifs oraux à propos d'1 cas sur 200 femmes suivies.

Bamako Thèse de Médecine 1986 NO 11.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole de mes Chers condisciples devant l'effigie d'hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passent, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom: Siby

Prénom: Boubacar

TITRE DE LA THESE:

Evaluation de l'Impact de la Formation des Agents de Santé Communautaire de Dioro par l'AMPPF et AFRICARE sur la Santé de Reproduction.

Année: 1993 - 1994

Ville de Soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie.

Secteur d'intérêt: Etudier les connaissances, attitudes et pratiques de la population rurale face à la planification familiale.

RESUME:

Dans le souci de rapprocher les services de planification familiale aux populations cibles, l'AFRICARE, Association philanthropique née aux Etats-Unis d'Amérique en 1971, s'est assignée dans ces objectifs une assistance sanitaire dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

C'est dans ce volet que se situe le programme de distribution à base communautaire des méthodes de contraception entrepris dans l'Arrondissement de Dioro.

L'évaluation du projet, trois mois après son démarrage montre que:

- le taux de connaissance spontanée des méthodes de contraception toutes confondues était de 59,75%;
- taux de connaissance spontanée des méthodes modernes: 43,7%
- 9,45% des sujets avaient utilisé une méthode moderne de contraception;
- le taux d'utilisation actuelle des méthodes de contraception était de 12,6%;
- 55.25% des sujets ont reçu l'information par l'intermédiaire des agents de santé villageois.

Ceci étant, la distribution à base communautaire reste un moyen approprié de sensibilisation des masses. Le contact permanent

de l'agent de santé communautaire favorise son intégration et le feed-back avec la population.

Mots-clés: Evaluation; Formation; Agent de santé communautaire; Santé de reproduction.