

N°

36

Année 1992

CONTRIBUTION A L'ETUDE SOCIO-EPIDEMIO-
LOGIQUE DU PLANNING FAMILIAL
DANS LE CERCLE DE DOUENTZA

THESE

Présentée et soutenue publiquement
le Avril 1993

Devant
L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Par:
PATRICE COULIBALY
Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

DIPLOME D'ETAT

Jury:

Président: Professeur Abdou A. TOURE
Membres: Docteur Fanta Samou DIABATE
Docteur Fasery TOGOLA
Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Directeur de THESE: Professeur Sidi Yaya SIMACA



ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1991 - 1992

Professeur Issa	TRAORE	Doyen
Professeur Boubacar S.	CISSE	Premier Assesseur
Professeur Amadou	DOLO	Deuxieme Assesseur
Docteur Bernard	CHANFREAU	Conseiller Technique
Bakary M.	CISSE	Secrétaire Général

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdel Karim	KOUMARE	Chef de D.E.R. Chirurgie
Professeur Mamadou Lamine	TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur Aliou	BA	Ophthalmologie
Professeur Bocar	SALL	Ortho.traumat.Sécourisme
Professeur Sambou	SOUMARE	Chirurgie Générale
Professeur Abdou Alassane	TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Professeur Amadou	DOLO	Gynéco-Obstétrique

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Madame SY Aïda	SOW	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Kalilou	OUATTARA	Urologie
Docteur Mamadou Lamine	DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur Djibril	SANGARE	Chirurgie Générale
Docteur Salif	DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Massaoulé	SAMAKE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye	DIALLO	Ophthalmologie
Docteur Alhousséini	AG MOHAMED	O.R.L.
Docteur Mme.DIANE Fanta S.	DIABATE	Gynécologie-Obstétrique
Docteur Abdoulaye	DIALLO	Anesthésie Réanimation
Docteur Sidi Yaya	TOURE	Anesthésie Réanimation
Docteur Sékou	SIDIBE	Ortho-Traumatologie
Docteur A.K.	TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima	KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné	BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryo
Professeur Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
ya	FOFANA	Hématologie

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Tiémoko	TOURE	Biologie
Professeur Amadou	DIALLO	Chef D.E.R.Science, Fond.

3. DOCTEURS 3^{ème} CYCLE

Professeur Moussa	HARAMA	Chimie Organique Minérale
Professeur Massa	SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Bakary M.	CISSE	Biochimie
Professeur Mahamadou	CISSE	Biologie
Professeur Sékou F.M.	TRAORE	Entomologie Médicale
Professeur Abdoulaye	DABO	Malacologie, Biologie Animale
Professeur N'Yenigue	KOITA	CHIMIE ORGANIQUE

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara	DOUMBO	Parasitologie
Docteur Aberhamane Sidèye	MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole	TOUNKARA	Immunologie
Docteur Amadou	TOURE	Histo-Embryologie

5. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur Abdrahamane	TOUNKARA	Biochimie
Docteur Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Abdoulaye	AG RHALY	Chef DER Médecine
Professeur Souleymane	SANGARE	Pneumo-Phtisiologie
Professeur Aly	GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou Kouréissi	TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane	MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Nouhoum	DIALLO	Médecine Interne
Professeur Baba	KOUMARE	Psychiatrie
Professeur Moussa	TRAORE	Neurologie
Professeur Issa	TRAORE	Radiologie
Professeur Mamadou Marouf	KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric	PICHARD	Médecine Interne
Professeur Toumani	SIDIBE	Pédiatrie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUES

Docteur Abdel Kader	TRAORE	Médecine Interne
Docteur Moussa Y.	MAIGA	Gastroenterologie
Docteur Balla	COULIBALY	Pédiatre
Docteur Boubacar	DIALLO	Cardiologie
Docteur Dapa Ali	DIALLO	Hémo-Médecine Interne
Docteur Somita	KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Bah	KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamar A.	TRAORE	Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1 PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar	CISSE	Toxicologie
---------------------	-------	-------------

2. MAITRES ASSISTANTS

Docteur Boukassoum	H AidARA	Législ. Gest. Pharm.
Docteur Elimane	MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna	KEITA	Matière médicale
Docteur Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Docteur Drissa	DIALLO	Matières Médicales

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur SIDI Yaya	SIMAGA	Santé Publique Chef de DER
Docteur Hubert	BALIQUE	Maître de Conf. Santé Publ.

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Moussa A.	MAIGA	Santé Publique
Docteur Bernard	CHANFREAU	Santé Publique
Docteur Pascal	FABRE	Santé Publique
Docteur Bocar	TOURE	Santé Publique

CHARGES DE COURS

Docteur Mme Cisse A.	GAKOU	Galénique
Professeur N'Golo	DIARRA	Botanique
Professeur Bouba	DIARRA	Microbiologie
Professeur Salikou	SANOGO	Physique
Professeur Daouda	DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Bakary I.	SACKO	Biochimie
Professeur Yoro	DIAKITE	Maths
Professeur Sidiki	DIABATE	Bibliographie
Docteur Aliou	KEITA	Galénique
Docteur Boubacar	KANTE	Galénique
Docteur Souleymane	GUINDO	Gestion
Docteur Mrs Sira	DEMBELE	Maths
M. Modibo	DIARRA	Nutrition
Mrs. MAIGA Fatoumata	SOKONA	Hygiène du milieu

ASSISTANTS

Docteur Nouhoum	ONGOIBA	Chirurgie Générale
Docteur Sahari	FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba	COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Benoît	KOUMARE	Chimie Analytique
Docteur Aboubacrine I.	MAIGA	Toxicologie
Docteur Mamadou	DEMBELE	Médecine Interne

C.E.S

Docteur Daba	SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Georges	YAYA (Centrafrique)	Ophtalmologie
Docteur Abdou	ISSA (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Amadou	DIALLO (Sénégal)	Ophtalmologie
Docteur Askia	MOHAMED (Niger)	Ophtalmologie
Docteur Oumar	BORE	Ophtalmologie
Docteur N'DJKAM	JONAS (Cameroun)	Ophtalmologie
Docteur DEZOUME	DJORO (Tchad)	Ophtalmologie
Docteur Aboubacrine A.	MAIGA	Santé Publique
Docteur Dababou	SIMPARA	Chirurgie Générale
Docteur Mahamane	TRAORE	Chirurgie Générale
Docteur Mohamed Ag	BENDECH	Santé Publique
Docteur Mamadou	MAIGA	Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur J.P.	BISSET	Biophysique
Professeur G.	FARNARIER	Physiologie
Professeur G.	GRAS	Hydrologie
Professeur E.A.	YAPO	Biochimie
Professeur E.A.	YAPO	Biochimie
Professeur Boubacar	FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Mamadou	BADIANE	Pharmacie Galénique
Professeur Issa	LO	Législation

PERSONNELS RESSOURCES

cteur Madani	TOURE	H.G.T.
cteur Tahirou	BA	H.G.T.
cteur Amadou	MARIKO	H.G.T.
cteur Badi	KEITA	H.G.T.
cteur Antoine	NIANTAO	H.G.T.
cteur Kassim	SANOGO	H.G.T.
cteur Yéya I.	MAIGA	I.N.R.S.P.
cteur Chompéré	KONE	I.N.R.S.P.
cteur Adama	SANOGO	I.N.R.S.P.
cteur BA Marie Paul	DIALLO	I.N.R.S.P.
cteur Almahdy	DICKO	P.M.I. SOKONIKO
cteur Mohamed	TRAORE	KATI
cteur Arkia	DIALLO	P.M.I. CENTRALE
cteur	RESTINIKOFF	I.O.T.A
cteur Madame TRAORE J.	THOMAS	I.O.T.A
cteur Pierre	BOBIN	Dermato-Leprologie
cteur Alain	DÉLAYE	H.P.G.

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

D E D I C A C E S

Je dédie cette thèse :

- A toutes celles qui ont perdu leur vie en donnant la vie ;
- A tous les victimes de l'ignorance ;
- A tous ceux qui luttent pour la condition de la mère et de l'enfant.

- **A mon père "in mémorium" Fatogoma COULIBALY :**

J'aurai voulu que tu sois à mes côtés en ces instants solennels pour jouir encore de tes sages conseils. Mais, cher père saches de ton sommeil éternel que tes efforts pour faire de moi un homme de science, un homme respectueux, honnête, sage, vertus qui te caractérisaient n'ont pas été vains. Pour cela je ne voudrais pas te remercier mais plutôt souhaiter que le seigneur tout puissant t'accueille dans sa grâce.

- **A ma mère Djeneba DIARRA :**

Je n'ai rien à te dire sinon que cette thèse t'apporte bonheur.

Je dirai cependant que c'est toi qui as fait de moi cet "homme horloge" et cela depuis l'école primaire jusqu'à ce jour solennel. Merci que d'être ce baromètre de ma vie et merci pour tout le reste.

- **A mes frères Yacouba et Sékouba COULIBALY :**

Votre soutien tant moral que matériel a été très important dans la réalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

- **A ma future femme Korotoumou KONE :**

Tu as cru en mon destin en acceptant avec bravoure critiques et même exactions. Ce jour est tien. Puisse cette thèse renforcer nos liens et voir enfin nos rêves réalisés.

- **A ma fille Bernadette COULIBALY :**

Ma chère petite "Dette", ta naissance a servi de levain pour moi. Puisse ce travail t'inspirer et t'offrir une vie harmonieuse.

R E M E R C I E M E N T S

Je remercie Dieu le père tout puissant pour m'avoir donné la force et l'intelligence nécessaire pour accomplir ce travail.

Je remercie tous ceux qui ont oeuvré pour la réussite de ce travail.

Qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Mes remerciements vont à :

- A Monsieur l'Abbé Jean Marie TRAORE et à toute la paroisse de Badalabougou pour avoir contribué à ma formation spirituelle.
- A toute la communauté catholique de Faladié Banankabougou pour son soutien.
- Je remercie sincèrement Monsieur Cyr Mathieu KEITA et Modibo Garantigui DIARRA.

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

- A mes oncles et tantes de Moussabougou merci pour l'assistance.

Mes remerciements les plus sincères :

- Au Docteur Daouda MALLE, Directeur SSP de l'ONG Save the Children UK pour m'avoir fait confiance en me confiant ce travail. Merci infiniment.
- A Monsieur Diadira MAGASSA, chargé de clinique et de la formation à l'AMPPF. Merci pour les sages et agréables paroles.

- A Monsieur Hamidou TOURE, AMPPF, merci pour l'initiation à l'informatique.
- A mon maître Monsieur Adama TRAORE, Directeur de l'école de Faladié. En souvenir des durs sacrifices consentis pour nous.
- A tout le corps professoral depuis l'école primaire jusqu'à l'école de médecine.
- A tous mes amis :

Monsieur Mohamed Mansour SY, interne en santé publique ;

Monsieur Lassana SACKO, receveur à TABABUS ;

Monsieur Lassine TRAORE, magasinier à l'ITEMA ;

Monsieur Boubacar Sidiki COULIBALY, ingénieur de T.P.

Monsieur Issa DIARRA, professeur d'enseignement secondaire ;

Monsieur Boubacar FOFANA, Etudiant à l'IPR ;

Monsieur Oumar DOUBARE, mécanicien à Sogoniko ;

Monsieur Adama DEMBELE, à la B.N.D.A ;

Monsieur Gaoussa DEMBELE, agronome ;

pour leur encouragement.

A tous mes condisciples notamment Mohamed A. BERTHE, Aguibou TRAORE, et Seydou MARIKO, en souvenir des longues et difficiles années passées ensemble.

Je remercie également le Docteur Yoro DIALLO, médecin chef du Centre de Santé de Douentza ainsi que tout son personnel.

Je remercie le personnel de SCF-UK tant à Bamako qu'à Douentza pour leur disponibilité.

Je remercie sincèrement Monsieur Théo Leijser,
Directeur de SCF-UK. Recevez l'expression de mon profond
respect.

A Madame Binta COULIBALY, SCF-UK, merci pour les
immenses services rendus.

Je n'oublierai pas mes guides Mariam YATTARA, et
Beidary CISSE. En souvenir des dures étapes de Mondoro et
N'gouma.

A notre père et ami Monsieur Amadou TRAORE, dit "AT"
Nous nous souviendrons longtemps de votre agréable compagnie.

Au Docteur Almahady DICKO, Chef du Service de Gyneco-
obstétrique de l'Hopital Gabriel TOURE. En reconnaissance des
immenses services rendus pour notre formation intellectuelle.

A tout le personnel du Service Gynéco-obstétrique de
l'HGT. merci pour la cordiale collaboration.

A tous les camarades de la promotion 1986 de l'école
de Médecine. Le cycle a été long et l'objectif difficile à
atteindre. Courage et bonne chance.

A mes cadets, courage et persévérance.

A tous ceux qui n'ont pas été cité dans ce modeste
cadre, veuillez accepter l'expression de ma profonde
considération.

AUX MEMBRES DU JURY :

Professeur Abdou A. TOURE, Chef de Service de traumatologie
orthopedie de l'Hopital Gabriel TOURE.

Vous nous faites un grand honneur de présider ce jury
ceci n'a rien d'étonnant quand on sait vos nombreuses et
louables contributions aux problèmes de santé publique de
ce pays.

Vos qualités d'homme compétent, intègre, sympathique
dépassent largement les seuls cadre de l'école de médecine et
de l'Hopital Gabriel TOURE.

Cher maître, trouvez ici, l'expression de notre
profonde reconnaissance.

Docteur Fanta Samou DIABATE, médecin chef de la PMI maternité
d'Hamdallaye assistant chef de clinique.

Nous nous réjouissons de la présence d'une éminente
gynéco-obstétricienne.

Vous êtes très indiquée pour apprécier ce travail.

Aussi, vos prises de position en faveur de la mère et de
l'enfant sont connues et appréciées de tous.

Chère maître, puisse ce travail être un témoignage
de la qualité des cours que vous nous dispensiez aisément.

Docteur Faséri TOGOLA, Directeur Adjoint des SSP de l'ONG
SCF-UK (Douentza).

Vous êtes de ceux qui ont activement participé à l'élabora-
tion de ce travail.

Votre concours a été fort appréciable dans la mesure où vous
êtes aussi de ceux qui ont rédigé pour le Mali ce vaste
programme de développement sanitaire dénommé "PDS II".

Puisse ce présent travail être le début d'une longue et
franche collaboration.

Professeur Sidi Yaya SIMAGA, Directeur de thèse, Chef du DER
de santé publique de l'école de médecine.

Cher maître, vous n'êtes plus à présenter au monde
médical malien et même africain.

Cependant, permettez-moi humblement de vous appeler
aujourd'hui "espoir des étudiants".

En effet, c'est vous qui arrangez volontier toutes
les thèses qui vous sont présentées fut-elles cliniques,
chirurgicales ou autres.

Ceci témoigne de vos immenses qualités humaines,
intellectuelles et pédagogiques auxquelles nous n'avons
cessé de nous abreuver.

Ce travail est absolument votre.

Puisse le seigneur consentir autant de sacrifices pour votre
progeniture.

Puisse enfin, cette thèse être le témoignage de mon profond
respect et attachement.

SIGLES ET ABREVIATIONS :

- **A.M.P.P.F** = Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la famille.
- **E.U.M.C** = Entraide Universitaire Mondiale du Canada
- **F.A.O** = Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation
- **F.N.U.A.P** = Fonds des Nations Unies pour la population
- **N.E.F** = Near East Fondation
- **O.M.S** = Organisation Mondiale de la Santé
- **O.N.G** = Organisation Non Gouvernementale
- **OXFAM** = Comité de lutte contre la famine en OXFORD
- **P.F** = Planning familial ou planification familiale
- **PNUD** = Programme des Nations Unies pour le Développement
- **S.C.F-UK** = Save The Children United Kingdom
- **UNICEF** = Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- **LACIM** = Les Amis d'un Coin de l'Inde et du Monde.

S O M M A I R E

	Pages
CHAPITRE I - Introduction et objectif	1
CHAPITRE II - Aperçu sur la politique Malienne en matière de planification familiale	5
CHAPITRE III - Rappel sur la physiologie du cycle menstruel et les méthodes de planning familial.	12
CHAPITRE IV - Matériel et méthodes d'étude	25
- Cadre d'Etude	
- Méthodologie	
CHAPITRE V - Résultats	40
CHAPITRE VI - Commentaires et Discussions	71
CHAPITRE VII - Conclusions et Recommandations	79
- Bibliographie	82
- ANNEXES	

CHAPITRE I
INTRODUCTION ET OBJECTIFS

La fécondité est le don le plus ancien fait à l'humanité : Dieu aurait dit à Adam et Eve : "Ayez des enfants, devenez nombreux, peuplez toute la terre et dominez la..."

Depuis l'être humain n'a cessé de se multiplier et la population de la terre n'a fait qu'augmenter. Le taux actuel d'accroissement de la population est sans précédent dans l'histoire de l'humanité.

Il y a 2.000 ans, il n'y avait que 250 millions d'habitants sur la terre et l'espèce humaine avait mis des dizaines de millions d'années pour atteindre ce chiffre.

Il fallut 1.700 ans pour doubler ce chiffre et arriver en l'an 1650 à 500 millions d'habitants.

Ensuite il a fallu seulement 180 années pour doubler cette population et atteindre le premier milliard en 1930, le second milliard en 1960, le 4ème milliard a été atteint en 1975 soit seulement 15 ans plutard (28).

Si cette augmentation de 70 millions d'habitants par an est maintenue, on estime que la population du globe dépassera 7 milliards en l'an 2.000.

Au sahel le taux d'accroissement naturel était de 3% en 1988, la moyenne mondiale étant de 1,7% (3).

Le Mali pour sa part a presque doublé sa population en 28 ans passant de 4.636.000 habitants en 1960 à 8.016.000 habitants en 1988 (3).

Face à cette pression démographique, diverses doctrines de population virent le jour à travers le monde. L'une des plus connues est la doctrine antipopulationniste avec comme chef de file l'anglais Malthus Thomas Robert (1774 - 1834).

Pour résoudre l'augmentation effrénée de la population Malthus préconisait la famine, la guerre, la peste, les adversités de toutes sortes.

Par ailleurs, ces dernières années les interactions entre la dynamique de population (taille, distribution et structure de la population) et la santé ont été reconnues par les pays et influencent les conditions de développement socio-économiques.

Dans ce cadre, la fécondité non contrôlée et notamment celle qui se conjugue avec la malnutrition l'infection retentit de façon défavorable sur la santé dans la plupart des pays en voie de développement engendrant des taux élevés de mortalité maternelle et infantile.

Des études menées dans le tiers monde (14) montrent que chaque année environ 500.000 femmes meurent pendant leur grossesse ou accouchement laissant au moins 1 million d'enfants orphelins.

Selon la même source, 15 millions d'enfants du tiers-monde âgés de moins de 5 ans meurent et en majorité dans les pays en voie de développement.

D'autres études réalisées au Sahel en 1988 (3) montrent un taux de mortalité infantile de 143‰ contre 75‰ pour le reste du monde. Le Sahel demeure également l'une des rares parties de la planète où cette mortalité infantile est inférieure à la mortalité juvénile (1 et 5 ans).

On peut rapprocher de ces problèmes de mortalité maternelle et infantile un autre socialement plus dramatique, celui des grossesses indésirées précoces, avec son cortège de filles-mères, d'avortements illégaux, d'abandon d'enfants, d'infanticides.

Dans ce cadre, une enquête menée au Mali (27) à la clinique pilote de l'AMPPF de 1981 à 1985 sur 2.131 élèves et étudiantes (dont 1.404 élèves du Fondamentale) a totalisé 766 accouchements pour le fondamental, 323 pour le secondaire et 102 pour le supérieur contre respectivement 347, 170 et 40 avortements dans la même population pendant la même période.

Ces chiffres déjà inquiétants sont malheureusement très en deça de la réalité car ils ne prennent en compte ni les filles qui refusent de déclarer leur accouchement ou avortement, ni celles qui le font clandestinement (27). Face à ces problèmes, diverses approches furent envisagées dans le monde : ainsi, la déclaration de Bucarest (Roumanie) en 1974 stipulait le droit à la planification familiale tandis que celle de Alma-Ata (URSS) en 1978 préconisa la prise en compte de la planification familiale comme faisant partie de la composante SMI.

Rappelons que notre pays a souscrit à ces deux déclarations. Ainsi, le présent travail consacré à une étude socio-épidémiologique de la planification familiale dans le cercle de Douentza vise les objectifs suivants :

- 1 - Etudier les perceptions des communautés sur la planification familiale ;
- 2 - Evaluer les activités menées en matière de planification familiale au niveau du cercle ;
- 3 - Apprécier le niveau de connaissance du personnel socio-sanitaire en matière de prestation de planification familiale ;
- 4 - Suggester quelques recommandations.

CHAPITRE II

APERÇU SUR LA POLITIQUE MALIENNE

EN MATIERE DE PLANIFICATION

FAMILIALE

Le planning familial n'est pas une activité nouvelle chez les populations maliennes. En effet, les sociétés traditionnelles ont une tradition ancrée d'espacement des naissances. C'est ainsi qu'après un accouchement il est de coutume de séparer le couple pendant deux à trois ans permettant à la femme de récupérer et à l'enfant de se développer normalement. On peut mentionner l'existence d'autres méthodes traditionnelles d'espacement des naissances telles que l'emploi de certaines herbes ou dispositifs occlusifs. La fréquence de ces pratiques seraient en diminution dans le milieu urbain (27).

Au fil des années, des professionnels de la santé, des éducateurs, des sociologues se sont intéressés au problème, se sont informés et sans passion ont échangé leurs opinions et ont convenu que l'espacement des naissances est une pratique traditionnelle au Mali qui devait s'intégrer dans la santé publique et de façon privilégiée dans la protection maternelle et infantile. C'est pourquoi l'AMPPF (Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la famille) fut créée en 1971 et a été ainsi le premier organisme non gouvernemental impliqué dans les activités de PF (27).

En 1972, le Mali a abrogé la loi du 31 juillet 1920 dans ses articles 3 et 4 qui interdisaient la propagande anticonceptionnelle.

En 1980, la division santé familiale (DSF) a été créée au sein du Ministère de la Santé pour élargir et coordonner les activités de planning familial et pour son intégration totale à la SMI.

Dés études et recherches sur la PF furent alors réalisées.

En Août 1991, la DSF et population council publièrent que 80% des femmes en âge de procréer des régions de Koulikoro et Sikasso ne connaissent spontanément aucune méthode moderne de contraception.

Selon l'enquête démographique et de santé menée au Mali en 1987 (31), 43% des femmes en âge de procréer connaissent au moins une méthode contraceptive. Ce pourcentage se réduit à 36,4% pour la contraception traditionnelle et 28,3% pour la contraception moderne.

Selon cette même source, le taux d'utilisation de la contraception était de 4,6% chez les femmes en âge de procréer.

D'autres études réalisées dans la région de Mopti ont montré que les activités de planification familiale touchaient 1.111 femmes en 1989, ce qui correspond à une couverture de 1,2% des femmes en âge de procréer dans la zone d'accès des services de PF (17).

Au niveau du cercle de Douentza, les activités de PF couvraient en 1989, 1,6% des femmes en âge de procréer (17). En outre, le taux d'utilisation de la PF était de 2,41% en 1991 pour l'ensemble des femmes en âge de procréer (21).

Après la création de la DSF en 1980, s'est tenu en juillet - Août 1990 à Bamako deux séminaires nationaux pour l'ébauche d'une politique de population et femme et développement.

Un an plus tard, en Août 1991, le Mali a adopté une déclaration de politique nationale de population.

Ceci concrétisait la volonté politique du gouvernement qui depuis 1960, met en oeuvre des plans de développement économique et social afin d'améliorer les conditions de vie des maliens à travers l'éducation et la formation, l'alimentation et la nutrition, la santé, le logement etc...

Le contenu de cette déclaration s'articule autour des points suivants (23) :

- la maîtrise de la croissance démographique ;
- la réduction de la morbidité 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.

La maîtrise de la croissance démographique apparaît comme l'une des grandes priorités de cette déclaration compte tenu de l'évolution ces 30 dernières années du taux d'accroissement naturel.

Aussi, des mesures doivent être prises pour assurer la réalisation de cet objectif afin d'établir un équilibre entre la dynamique de la population et le processus de développement socio-économique.

Cet objectif sera réalisé à travers deux stratégies à savoir :

- l'accélération du processus de développement ;
- la maîtrise progressive de la fécondité afin de l'adapter au développement socio-économique du pays. La fécondité apparaissant comme le déterminant le plus important de la croissance démographique, sa maîtrise doit être envisagée judicieusement.

On sait également que la fécondité des femmes maliennes est parmi les plus élevées de l'Afrique.

L'indice synthétique de fécondité en 1987 était de 6,77 enfants par femme (31).

On sait aussi que 33% des naissances proviennent des femmes âgées de moins de 20 ans et de plus de 35 ans et que l'intervalle intergénéral est de moins de 20 mois (23).

On comprend dès lors que la promotion de la planification familiale pour la maîtrise de la fécondité et la sauvegarde de la famille soit une nécessité et constitué à cet effet un des volets essentiels de la politique nationale de population.

Ce programme s'appuie sur l'approche suivant : la planification familiale est un concept permettant à l'homme et à la femme de choisir consciemment d'une part le moment d'avoir des enfants, d'autre part de décider de leur nombre.

Elle vise l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant par un espacement judicieux des naissances, la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, les grossesses indésirées, rapprochées, précoces ou tardives, l'infertilité.

Elle nécessite l'utilisation effective de la contraception qu'il s'agisse de méthodes modernes (pilule, injectable, condom etc...), ou de méthodes traditionnelles (allaitement maternel, abstinence prolongée, tafo etc...). Ces méthodes doivent être préalablement connues de tous et jugées efficaces.

La mise en oeuvre de cette stratégie s'appuie sur les points suivants (23) :

- la sensibilisation des populations sur les méfaits des mariages précoces, c'est à dire avant 18 ans pour les filles et avant 21 ans pour les garçons ;

- l'accès plus facile aux méthodes de PF afin de porter la prévalence à 60% d'ici l'an 2020 ;
- la protection des adolescentes contre les grossesses précoces et indésirables grâce au renforcement et à la généralisation de la scolarisation des filles et à l'introduction des questions de populations dans l'enseignement scolaire et parascolaire ;
- la réduction de la maternité chez les filles âgées de moins de 20 ans et chez les femmes âgées de plus de 35 ans grâce à un meilleur accès à la PF ;
- le renforcement et le développement des méthodes traditionnelles de la PF et l'extension de leur utilisation ;
- le renforcement de la pratique de l'allaitement maternel ;
- la sensibilisation de la population sur les avantages d'une parenté responsable dans la réalisation du bien être social et matériel pour l'individu, le couple, la communauté et la nation ;
- l'organisation des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur les questions de procréation et les inconvénients des maternités précoces, rapprochées et tardives ;
- la poursuite du programme gouvernemental et du secteur privé d'espacement des naissances intégré dans les services de santé maternelle et infantile et au sein de la communauté ;
- la sensibilisation des hommes sur les avantages de la PF ;

- le renforcement de la formation et du recyclage du personnel socio-sanitaire en technique de planification familiale afin de faciliter la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation du programme ;
- l'appui approprié aux institutions publiques, privées et non gouvernementales qui exercent des activités de planification familiale ;
- le maintien de l'interdiction d'avorter en tant que moyen de régulation des naissances, mais son autorisation pour des raisons majeures comme la santé de la mère et de l'enfant qu'elle porte.

CHAPITRE III

RAPPEL SUR LA PHYSIOLOGIE DU

CYCLE MENSTRUEL ET LES METHODES

DE

DE PLANIFICATION FAMILIALE

De nombreux travaux ont été consacré à l'étude de la physiologie du cycle menstruel et ce depuis Hunter (1774) en passant par Kundrat et Engelmann (1873), Schroder (1915), jusqu'à Orcel (1973).

Il fut donc reconnu et accepté que la menstruation était un clivage hémorragique de la muqueuse utérine consécutif à des modifications de la vascularisation de l'endomètre, elle même sous la dépendance des variations hormonales. Elle se produit de façon cyclique chez la femme de la puberté à la ménopause en l'absence de grossesse (10).

CARACTERES DE L'ÉCOULEMENT MENSTRUEL

Tous les phénomènes préparatoires à la menstruation se déroulent en fait en vue de la préparation à la nidation de l'oeuf et de la grossesse. La menstruation traduit l'absence de fécondation et d'implantation.

- L'écoulement menstruel est une "hémorragie" macroscopique ;
- l'écoulement menstruel n'est pas du sang mais un liquide hématique. Dans sa composition entre 3/4 de sang et 1/4 d'eau, avec du mucus cervical et endométrial, des débris endométriaux nécrosés, des cellules vaginales desquamées, des polynucléaires et des bactéries.

Il faut noter que les éléments sanguins n'y sont pas à la concentration habituelle.

- Le flux menstruel est incoagulable. Il ne contient ni prothrombine, ni thrombine, ni fibrinogène. Explications : pour certains le sang épanché subirait au niveau de l'endomètre l'action d'une enzyme fibrinolytique, pour d'autres une substance de type héparine serait libérée au même niveau (6).
- Le volume de l'écoulement menstruel est très difficile à apprécier et varie d'une femme à l'autre. Il est évalué à 50 g environ.

MECANISME DE LA MENSTRUATION

Le mécanisme de la menstruation soulève des problèmes complexes que de nombreux travaux se sont récemment attachés à résoudre. Nous parlerons du rôle des hormones sexuelles et de celui du système nerveux.

ROLE DES HORMONES SEXUELLES DANS LA MENSTRUATION

Le déterminisme hormonal de la menstruation est une notion connue puisque les règles apparaissent à la puberté, cessent à la ménopause et s'interrompent également en cas d'ovariectomie bilatérale ou de castration radiothérapique. Les travaux de Markee d'autre part, ont montré que la menstruation se produit sur un endomètre transplanté dans la chambre antérieure de l'oeil donc déconnecté de toute innervation (10).

Deux conceptions fort différentes ont été opposées pendant de longues années tendant successivement à faire tenir à la progesterone puis à la folliculine le rôle majeur. Qu'il s'agisse de la théorie luteinique ou de celle de la privation oestrogenique, nous retiendrons que :

- le corps jaune joue un rôle dans la menstruation mais celui-ci n'est pas indispensable (10) ;
- la menstruation peut se produire en l'absence de corps jaune et de progesterone lorsque par exemple, l'ovulation n'a pas lieu ;
- le terme de menstruation est aussi justifié à la fin d'un cycle ovulatoire qu'anovulatoire ;
- les règles seraient déclenchées par la suppression de l'impregnation oestrogenique de l'endomètre. Les oestrogènes support trophique de l'endomètre permettent son développement. Si l'apport oestrogenique cesse, l'endomètre privé de son support trophique desquame, c'est la menstruation. Allen en 1939 a donné à cette théorie une base expérimentale solide sur une guenon ovariectomisée recevant de la folliculine en quantité suffisante (10).

Notons également que des travaux modernes ont établi que la menstruation était étroitement liée au type très particulier de vascularisation de l'endomètre et aux modifications cycliques du taux des hormones sexuelles.

Dans tous les cas, dans les cycles ovulatoires.

. Il y a d'abord action des oestrogènes

. Puis intervention de l'association oestrogène
progestérone (la thèque interne du follicule continue à
secréter des oestrogènes après le départ de l'ovocyte).

. La dégénérescence du corps jaune en fin de cycle
entraîne la chute de ces deux hormones et par conséquent
l'apparition d'une métrorragie de privation (privation
folliculinique non contrebalancée par la progestérone car
cette dernière disparaît).

ROLE DU SYSTEME NERVEUX DANS LA MENSTRUATION

Ce rôle semble essentiellement lié à l'activité du système nerveux central (5).

En effet, l'interaction complexe des hormones est contrôlée par des organes du cerveau. L'hypothalamus et la glande pituitaire de l'hypophyse.

L'hypothalamus est sensible aux changements de niveau d'oestrogène et de progesterone lorsque ces niveaux arrivent à un certain point l'hypothalamus envoie un signal à son menager l'hypophyse qui passe le message à l'ovaire qui repond à son tour.

Le Schéma ci-dessous résume l'ensemble du processus :

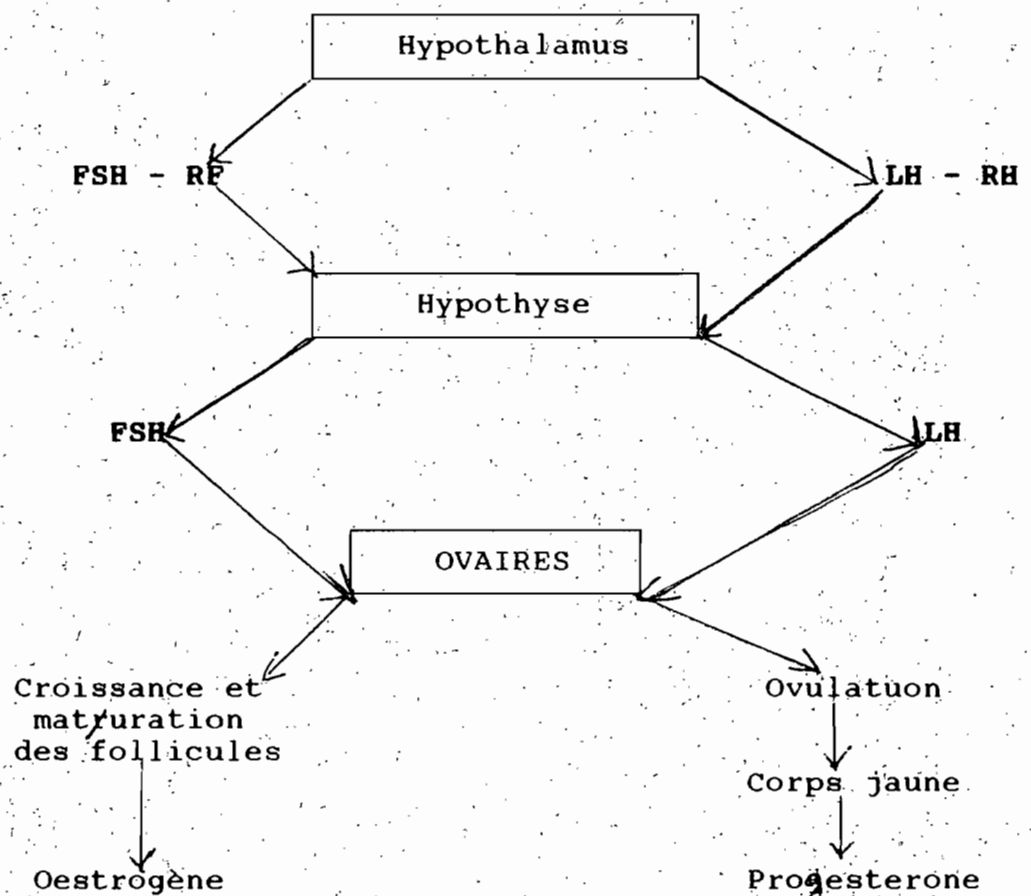


Figure 2 : Régulation neuro endocrinienne de la menstruation

La connaissance de la physiologie du cycle menstruel a rendu possible la mise au point de plusieurs méthodes de planification familiale dont chacune est basée sur des propriétés bien précises de la menstruation.

Les contraceptifs modernes ont modifié le monde dans lequel nous vivons à mesure que leur usage s'est répandu d'un pays à l'autre, de la ville jusqu'à la campagne les gens peuvent aujourd'hui décider du nombre de leurs enfants et de l'intervalle entre leurs naissances.

A côté de ces méthodes existe toute une gamme de méthodes traditionnelles reposant sur le vécu socio-culturel des communautés.

Toutefois, l'utilisation des contraceptifs continue de soulever des questions fondamentales; comment ses substances agissent elles ? Quels sont leurs avantages et inconvénients ? Ce présent chapitre tâchera de répondre à ces questions.

LES CONTRACEPTIFS ORAUX

Il s'agit de la gamme des pilules qu'elles soient en association de progestérone ou d'oestrogène ou composées de l'un de ces produits.

Il y a 56 millions d'utilisatrices dans le monde (11).

Mécanisme d'action :

Dans le chapitre précédent nous avons déjà parlé du mécanisme de la ponte ovulaire qui est la sous dépendance de la FSH et de la LH. Les contraceptifs oraux ont comme principale action de bloquer l'effet de ces hormones et empêchent alors toute ponte ovulaire. De l'intensité de cette action dépend ~~de~~ l'efficacité de chaque contraceptif.

Ainsi donc, ceux contenant au moins 50 mcg d'oestrogène ne seront efficaces qu'à 95 ou 98%.

En outre, ces contraceptifs peuvent entraîner :

- une modification de la glaire cervicale qui perd ses qualités et devient hostile à la pénétration des SPZ (effet progestatifs). La glaire devient alors peu abondante mais épaisse et cellulaire avec une diminution de l'arborisation et de ^{la} filance.

On l'appelle glaire "sirène" qui prend donc en masse les spermatozoïdes ce qui les tue.

- une inhibition de la nidation ;
- une accélération du transport de l'ovule ;
- une inhibition de la capacitation (activation d'enzymes sexuels dans le tête du SPZ).
- une luteolyse peut se produire, les pilules sont prises tous les jours à partir du 1er ou du 5è jour des règles.

Avantages :

- . Très efficaces lorsqu'elles sont prises régulièrement 99% de taux d'efficacité.
- . Diminuent les risques de maladies inflammatoires du pelvis, de GEU et de certains cancers.

- . Reversibles.
- . Régulation du cycle menstruel, réduction des crampes uterines etc...
- . Peu couteux à court terme.

Inconvénients :

- . A déconseiller aux femmes de plus de 35 ans et qui fument à cause des risques accrus d'attaques et de maladies cardio-vasculaires.
- . A long terme peuvent être plus chers que les méthodes permanentes.

Les contraceptifs injectables :

Ils sont principalement de 2 sortes : le DMPA ou Depo-provera* et le NET ou Nonsteraf*.

Ils ont le même mécanisme d'action que les contraceptifs oraux car ce sont des hormones.

Il y a 5 millions d'utilisatrices dans le monde (11). On les prend à raison d'une injection IM tous les 3 mois (Depo-provera) ou tous les 2 mois (Nonsterat).

Avantages :

- . Très efficaces.
- . ôte tout souci de la contraception car elles sont prises une seule fois par 2 ou 3 mois.
- . reversibles
- . entraînent une amenorrhée liée et diminuent l'anémie.
- . moins couteux.

Inconvénients :

- . Peuvent entraîner une irrégularité des règles.
- . retardent le retour de la fécondité.
- . peuvent entraîner un saignement important, excessif.

Dispositifs intra-utérin (DIU) :

On les appelle également stérilets.
C'est en 1909 que débuta le développement du DIU moderne lorsque RICHTER et Graefenberg inventèrent des DIU en boyau de ver à soie (5).

Il existe différentes formes de DIU : en anneau, en spirales, en "T", en "7".

Il y a 86 millions d'utilisatrices dans le monde (11)

Mécanisme d'action :

Le mécanisme d'action dépend de la nature du DIU qui peut être en argent, en cuivre et en matière plastique. Certains contiennent de la progestérone mais ne constituent pas une majorité.

On a suggéré les mécanismes d'action suivantes :

- immobilisation du sperme
- accélération du transport de l'ovule dans la trompe
- réponses inflammatoires locales aux corps étrangers causant la lyse du blastocyste et/ou l'empêchement de la nidation.
- Déplacement mécanique du blastocyste ayant déjà opéré sa nidation dans l'endomètre.
- empêchement de la nidation par les DIU diffusant des progestatifs qui perturbent le processus de maturation proliférative sécrétoire.

- augmentation de la production locale de prostaglandines qui inhibent la nidation.

On les place dans l'utérus de la femme les premiers jours après l'arrêt du flux menstruel ou les premières semaines après l'accouchement et cela après le retour du cycle. Dans tous les cas il faut s'assurer de l'absence de toute possibilité de grossesse.

AVANTAGES

- . Très efficaces (96 à 97%)
- . Fécondité rétablie dès le retrait
- . Pas besoin d'y penser tous jours.

INCONVENIENTS

- . Saignotement, saignement
- . Hémorragie et anémie
- . Crampes et douleurs abdominales ou du bas ventre
- . Appareils relativement peu coûteux mais système de formation, de logistique et de distribution peuvent être onéreux.

LES PRESERVATIFS

Pour les femmes on distingue : le diaphragme, l'éponge, la cape cervicale, contraceptif vaginaux avec crème ou gels spermicides qui sont les plus connus et les plus utilisés (Conceptrol, Neo-sampoon*, Ramses etc...). Leur efficacité varie de 75 à 96% lorsqu'ils sont correctement utilisés ceci dénote un risque de grossesse. Ils peuvent entraîner des malaises physiques dues à l'inappropriété de la taille ou à une réaction allergique. Ils peuvent réduire la spontanéité du couple.

Pour les hommes, il s'agit des condoms. 40 millions de couples l'utilisent dans le monde (11). Ce sont des capuchons en caoutchouc ou en collagène traités qui s'adaptent sur le pénis en érection et constituent une barrière contre la transmission du sperme dans le vagin. Chaque rapport nécessite le port d'un nouveau condom.

AVANTAGES :

- Protègent contre les MST dont le SIDA.
- Peu coûteux à produire mais nécessite la mise en place d'un réseau de distribution.
- Peu coûteux à court terme.

INCONVENIENTS

- Grossesses liées au taux d'échec;
- Peuvent réduire les sensations ressenties au cours des rapports sexuels
- A long terme peuvent être plus coûteux que les autres méthodes.

AUTRES METHODES DE CONTRACEPTION

* LA CONTINENCE PERIODIQUE : Il s'agit de la méthode du calendrier ou d'ogino-knauss, la méthode de la température et celle de la glaire cervicale. Elles n'ont aucun effet secondaire mais sont très peu efficaces. Les frais du personnel sont relativement élevés pour enseigner cette méthode au couple et les motiver (26).

*** La stérilisation volontaire :**

Ce sont les méthodes les plus efficaces qu'il s'agisse de la vasectomie (ligature ou section des canaux déferents chez l'homme) ou de la ligature des trompes chez les femmes.

C'est la plus efficace de toutes les méthodes de contraception. Taux d'échec en 12 mois 0,47% après ligature des trompes (5).

Mais c'est une méthode irréversible et peut avoir des risques de complications.

*** Le coït interrompu, abstinence prolongée.**

Il s'agit de méthodes difficiles à réaliser et souvent le taux d'échec est élevé (coït interrompu).

A côté de ces méthodes modernes existe toute une gamme de méthodes traditionnelles dont les principales sont :

*** l'allaitement maternel prolongé.**

C'est le plus pratiqué, efficace surtout dans les 3 à 6 mois après accouchement.

Avantages :

- . Ne coûte rien
- . Protège l'enfant des infections.

Inconvénients :

- . Taux d'échec variable d'une femme à l'autre.

*** La toile d'araignée :**

Elle se place dans le vagin de façon à obstruer l'orifice externe du col empêchant donc la montée des spermatozoïdes. Elle entraînerait une prise en masse du sperme. Il s'agit donc d'une méthode de barrière. Son utilisation nécessite une grande habitude.

*** Les solutions à boire : il peut s'agir :**

- d'écorce d'arbres ou de plantes ;
- de graines à avaler ;
- "Nassi" (solution préparée par les marabouts).

CHAPITRE IV

MATERIEL ET METHODES D'ETUDE

- CADRE D'ETUDE

- METHODOLOGIE

Le cercle de Douentza est par son étendue parmi les plus vastes de la 5ème région du Mali avec une superficie de 18.903 Km² (32).

Il est limité à l'Est par le cercle de Gourmarharous, à l'Ouest les cercles de Bandiagara et de Mopti, au Nord par le cercle de Niafunké, au Sud par le cercle de Koro et ~~et~~ le Burkina-Faso.

Le cercle a un relief qui présente différents aspects.

- Le cercle est traversé d'Ouest en Est par la chaîne montagneuse qui constitue le prolongement des falaises de Bandiagara. Elle culmine à l'Est par le Mont Hombori 1.195 m.
- Au Sud et au Nord de cette chaîne s'étalent des plaines de sable : le **GANDANIA** au Nord et les **SENO-MANGO** au Sud. Tandisqu'à l'Ouest les sols sont lateritiques ou argileux. L'hydrographie quant à elle est peu fournie réduite à des lacs, des mares non pas permanents disparaissant pendant la saison sèche.

Les principaux lacs sont :

- **KORAROU** à cheval sur les arrondissements de Boré, et N'Gouma, et du Central.
- **AOUGOUNDO, NIAGAYE et BELLA-BAMBI** dans l'arrondissement de N'Gouma.

Parmi les multitudes de lacs on note :

- Banzena dans les arrondissements de Boré, de N'Gouma et du Cenral.
- Simby dans l'arrondissement de Boni ;
- Dimanou dans les arrondissements d'Inadiatafane (Gourma-Rharous) et d'Hombori.

De rares sources naturelles existantes se trouvent encore au niveau de l'arrondissement central (à Ibisca et Kikara).

La végétation est ligneuse et surtout arbustive. Une végétation épuisée, anéantie. Cependant, quelques pousses vertes aperçues çà et là ravivent les espoirs, mais, les bois morts desséchés témoignent d'un passé à jamais révolu, rappellent les souffrances endurées.

Le cercle se trouve ainsi inclu dans la zone sahélienne et connaît un climat tropical caractérisant deux saisons de durée inégale ; une saison sèche d'Octobre à Mai avec les écarts thermiques suivants : 10 - 20°C la nuit en Décembre et Janvier, 35 - 45°C le jour sous abri en Mars - Mai (32).

Une saison pluvieuse de Juin à Septembre avec une pluviométrie annuelle moyenne de 300 mm (6).

Sur la Nationale 16 Douentza est à cheval entre le cercle de Mopti à l'Ouest et celui de Gao à l'Est.

Elle désenclave en partie le cercle passant successivement par l'arrondissement de Boré (65 km de Douentza), Douentza distant de Boni de 90 Km, Boni distant de Hombori de 70 Km.

Les autres voies de communication reliant Douentza à ses autres chefs-lieux d'arrondissement et aux autres cercles limitrophes sont des pistes difficilement praticables en toute saison y compris la voie le reliant au Burkina-Faso.

Le cercle de Douentza est divisé en 6 arrondissements dont Douentza ou central, Boni et Hombori à l'Est, Mondoro au Sud, Boré à l'Ouest et N'Gouma au Nord.

L'ensemble des arrondissements totalisent 246 villages hameaux et fractions nomades repartis en 31 secteurs de développement avec 156.695 habitants (selon le recensement démographique de l'habitat d'avril 1987, résultat actualisé en 1990) comprenant par ordre numérique décroissant les groupes ethniques suivants :

peulh (43%), Dogons (25%), Sonrhai (8%), Bambara (6%), Tamasheq (2%), Maures, Haoussas, Bellas, Rimaïbé (1%) (30). Chaque groupe ethnique tente selon sa particularité de tirer profit d'une nature trop souvent hostile. Si certains s'adonnent à l'agriculture (dogon, bambara, peulh, rimaïbé) d'autres (Peulhs, tamasheq) se livrent à l'élevage adoptant un mode de vie nomade ou semi-nomade.

Cette population se répartit comme suit entre les différents arrondissements : (6)

- Douentza Central = 36%
- N'Gouma = 20%
- Mombori = 12%
- Boré = 11%
- Hondoro = 11%
- Boni = 10%

L'ensemble de ces caractéristiques de la population se retrouvent également dans notre série comme le témoignent les tableaux ci-dessous.

TABLEAU 1 : Répartition de la population suivant l'ethnie

Ethnie	Effectif absolu	%
Peulh	348	38,7
Dogon	212	23,6
Sonrhai	88	9,8
Bambara	72	8,0
Rimaibé	83	9,2
Bella	8	0,9
Tamasheg	15	1,7
Autres	74	8,2
TOTAL	900	100

Il apparait donc que l'ethnie dominante semble être le peulh.

TABLEAU 2 : Répartition de la population/sexe.

Sexe	Effectif absolu	%
Masculin	244	27,1
Faminin	656	72,9
Total	900	100

On constate qu'il y a plus de femmes que d'hommes dans notre échantillon.

TABLEAU 3 : Répartition de la population suivant l'âge.

Classe d'âge	Effectif absolu	%
15 - 24 ans	329	36,5
25 - 34 ans	308	34,3
35 - 44 ans	211	23,4
Plus de 44 ans	72	8,0
Rimaïbé	83	9,2

La population de moins de 35 ans constitue l'ossature de la population enquêtée (70,8%).

TABLEAU 4 : Répartition de la population en fonction du statut matrimonial.

Etat mari.	Effectif absolu	%
Mariés monogés	515	57,2
Mariés polygames	191	21,2
Célibataire sans enfant	130	14,4
Célibataire avec enfant	31	3,4
Veuve	14	1,6
Divorce	19	2,1
TOTAL	900	100

Il ressort de ce tableau que plus de la moitié (57,2%) des personnes interrogées vivent dans un régime monogamique.

Situation socio-sanitaire :

Un centre de santé de cercle, cinq centres de santé d'arrondissement ; quatre centres de santé de secteur de développement avec dispensaire et maternité constituent les structures sanitaires du cercle de Douentza.

Du point de vue infrastructures, le centre de santé de cercle comporte :

- 1 maternité où toutes les activités de SMI et PF sont menées ;
- 1 salle de soins pour les injections et les pansements ;
- 1 laboratoire où sont effectués les examens de laboratoire courants sauf ceux de biochimie ;

- 1 bloc opératoire ;
- 4 salles d'hospitalisation sans différenciation entre les cas médicaux et chirurgicaux ;
- 1 bureau pour le médecin chef ;
- 1 bureau pour l'infirmier major ;
- 1 bureau pour le secrétaire comptable ;
- 1 bureau pour le secrétaire dactylographe ;
- 1 bureau pour le PEV ;
- 1 Service social ;
- 1 Service d'hygiène ;
- 1 magasin de santé (pharmacie) ;
- 1 salle de réunion ;
- 1 bureau pour le médecin coordinateur de SCF-UK.

Au niveau des arrondissements, la structure sanitaire est composée de dispensaire, d'une maternité où sont menées les activités de PF, un magasin de santé.

Les quatre centres de santé de secteur de développement avec structures sanitaires sont repartis comme suit :

- 2 au niveau de l'arrondissement central (à Diona et à Dallah) ;
- 1 au niveau de l'arrondissement de N'gouma (Kanioumé) ;
- 1 au niveau de l'arrondissement de Mondoro.

Les activités de PF ne sont pas menées dans ces centres.

Les activités au niveau des différents centres de santé sont effectuées par un personnel dont la répartition est la suivante :

TABLEAU 5 : Répartition du personnel socio-sanitaire par catégorie et par zone.

	Douentza						Total
	Central	Boni	Boré	Hombori	Mondoro	N'gouma	
Médecin	1 + 1*	-	-	-	-	-	2
Inf. d'Etat	2	-	1	-	-	-	3
Sage femme	1 + 1*	-	-	-	-	-	2
Technicien sanitaire	1	1	-	-	1	1	4
Technicien des Scs d'hygiène & de l'assai- nessement	1	-	-	-	-	-	-
T D C	1	-	-	-	-	-	-
Matrone	5	2	1	1	1	2	12
Technicien de Laborat.	1	-	-	-	-	-	1
Aide- soignant	3	2	1	1	1	2	10
Gérant de pharmacie	1	1	1	1	1	1	6
Manoeuvre	1						
TOTAL	20	6	4	3	4	6	43

* Personnel sanitaire de SCF (UK).

Situation sanitaire en 1991 (21) :

- couverture sanitaire théorique = 25,29%
- taux de couverture en CPN = 9,62%
- taux de couverture en post natale = 1,64%
- taux de grossesse à risque dépistée = 8,35%

Situation des grandes endemies (21) :

- Lèpre : prévalence = 19,5%
- Tuberculose : prévalence = 0,4%
- Shistosomiase : prévalence = 1%
- Dracunculose : prévalence = 8,7%

Pour chacune de ces endemies, des programmes spécifiques sont encourus. Un de ces programmes le plus opérationnel actuellement est celui du programme national d'éradication de la dracunculose (ver de guinée).

Structures impliquées dans les actions sanitaires :

- Etat,
- Populations,
- O.N.G : SCF-UK, E.U.M.C, N.E.F, OXFAM, LACIM, corps de la paix.
- UNICEF,
- OMS
- FNUAP
- PNUD

M É T H O D O L O G I E :

L'unité statistique de base est tout homme âgé de 18 à 55 ans révolus et toute femme âgée de 15 à 49 ans révolus. La population ainsi composée a été divisée entre deux zones :

- une zone urbaine définie par la population de la ville de Douentza constituée à partir de la liste administrative des chefs de famille recensés en 1987 (8) ;
- une zone périphérique définie par la population résidente des chefs lieux d'arrondissement et des villages.

La taille minimale de notre échantillon a été déterminée grâce à la formule suivante :

$$N = \frac{e^2 \times PQ}{i^2} \times f \quad (7) \quad \text{où}$$

N = nombre de sujets nécessaires

P = Hypothèse de prévalence d'utilisation de la PF

P = 1,6% = 0,016 (17)

Q = 1 - P = 1 - 0,016 = 0,98

i = intervalle de confiance ou précision des résultats que nous avons fixé à 2% ou 0,02.

e = écart - réduit = 1,96 pour risque d'erreur de 5%

f = facteur de grappe = 1,5.

Le calcul nous a permis d'avoir un échantillon minimal de 225 individus. Pour avoir un échantillon plus représentatif encore, nous avons pris le double ce chiffre (450) ce qui correspond à 30 grappes de 15 unités statistiques chacune. Notre travail consistait donc à réaliser 30 grappes dans chaque zone de notre étude.

Ainsi en périphérie, nous avons fait un choix raisonné en ne sélectionnant que les chefs lieux d'arrondissement et des villages situés dans un rayon de 5 à 15 Km des formations sanitaires.

Ceci s'explique par le fait que le rayonnement des services de santé dépasse difficilement les 15 km. Comme l'a montré une étude réalisée sur la fréquentation des maternités dans le cercle de Douentza.

Nous avons alors octroyé à chaque arrondissement un quotas de grappe suivant l'importance numérique de sa population. Les villages concernés ont été tiré au hasard.

Une fois cette étape terminée, un tirage au hasard (à partir du registre de recensement de la population de 1987) nous a permis de déterminer le nom du chef de famille par où devait commencer l'enquête.

Dans cette 1ère concession, les hommes âgés de 18 à 55 ans et les femmes âgées de 15 à 49 ans étaient interrogés individuellement.

Au sortir de cette 1ère concession l'équipe passait dans la 2ème concession immédiatement à droite (comme l'a voulu le tirage) et ainsi de suite jusqu'à obtenir le nombre de grappes requis pour la dite localité.

La répartition en grappes par arrondissement était la suivante :

TABLEAU 6 : Nombre de grappes/Arrondissement.

	Populations*	% de la populat°	Nombres de grappes
Boni	15 888	10,86	3
Boré	16 785	11,47	4
Central	45 518	31,12	9
Hombori	17 268	11,80	4
Mondoro	21 089	14,42	4
N'Gouma	29 226	19,98	6
TOTAL	146 226	100	30

* Recensement de 1987 actualisé en 1991.

Quant à la répartition en grappes par villages elle se trouve en annexe.

Concernant la ville de Douentza, un protocole similaire nous a permis d'obtenir nos 30 grappes soient 450 individus. Ici, nous avons tenu compte de l'organisation de la ville en quartier (5 au total). Les 30 grappes furent réparties entre les quartiers en fonction de l'effectif de leur population comme le montre le tableau ci-dessous.

TABLEAU 7 : Nombre de grappes /quartier

Quartier	Popula- tion*	%	Nombres de grappes
1er quartier	1 162	11,09	4
2è quartier	2 780	26,5	8
3è quartier	1 014	9,7	3
4è quartier	2 945	28	8
5è quartier	2 568	24,5	7
TOTAL	10 469	100	30

*** Recensement de 1987 actualisé en 1991.**

Parallèlement, nous avons également interrogé 50 utilisateurs de méthodes de planification familiale et recueilli l'avis de 38 agents socio-sanitaires.

Après avoir défini ce plan de travail, notre enquête devait se dérouler en deux phases.

La première a commencé le 11 février 1992 et s'est achevée le 24 Mars 1992. Elle a consisté à :

- une prise de contact avec les autorités administratives et locales ;
- une pré-enquête au niveau de la ville de Douentza.

Elle a duré 3 jours et avait pour but de tester l'instrument de recueil de données.

- une exploitation des supports existants au niveau du centre principal au chef lieu de cercle.

A l'issue de cette phase, notre instrument de travail était désormais prêt et nous entamions la 2^e phase de notre enquête :

Le recueil des données. Il s'agissait d'une enquête CAP (connaissance, attitudes, pratiques) commencée le 9 Avril 1992 et achevée le 18 Mai 1992 soit 40 jours.

Le questionnaire de recueil des données est porté en annexe.

Notons que la détermination de l'âge des enquêtés a été rendu possible grâce au registre de recensement de 1987 mais aussi au carnet de famille, la carte d'identité ou même parfois une simple estimation.

Ainsi, les renseignements sur le nombre d'enfants vivants, décédés, l'intervalle intergénéral ont été exclusivement demandés et fournis par les femmes sans difficultés.

Quant aux utilisateurs, ils ont été interrogés suivant un 2^e type de questionnaire (également en annexe) soit à domicile pour ceux rencontrés au cours de l'enquête CAP, soit au centre de santé pour ceux rencontrés et qui étaient au moins à leur 2^e visite.

Aucune difficulté n'a été signalé à ce niveau quant au passage du questionnaire.

En ce qui concerne le personnel socio-sanitaire, il a été interrogé suivant un 3^e type de questionnaire également en annexe. Au niveau de chaque centre, les agents trouvés y ont été soumis individuellement sans aucune difficulté.

Parallèlement à cette enquête CAP, nous avons procédé à l'exploitation des supports existants (registre, cahier de PF, cahier de causerie), ce qui n'a pas été chose facile partout. Dans d'autres cas, nous nous sommes référés aux rapports mensuels d'activité de la sage-femme pour l'année 1991.

Pour le traitement des données, il a commencé immédiatement après l'enquête. Il a été fait sur micro-ordinateur type IBM grâce au logiciel EPI - INFO du Professeur Bernard Duflo (Version 3 - 4) à la Direction Générale de SCE-UK à Bamako.

CHAPITRE V

RESULTATS

Nos résultats porteront sur :

- les connaissances et perceptions des communautés et du personnel socio-sanitaire sur la planning familial ;
- l'utilisation par les communautés des méthodes de planning familial ;
- la connaissance des communautés sur les maladies sexuellement transmissibles ;
- l'évaluation des activités menées par les structures de santé en matière de planning familial ;

Connaissance des populations en matière de planning familial.

On a retenu comme personne connaissant la PF, toute personne interrogée ayant pu citer spontanément au moins une méthode de PF.

Ainsi 898 personnes ont été interrogés. Ont été pris en compte certains paramètres comme l'ethnie, le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'alphabétisation, la profession.

TABLEAU 8 : Connaissance de la PF suivant l'ethnie

Effectif Ethnie	Effectif Enquêté	Effectif connaissant la P.F	Fréquence relative
Peulh	347	162	46,7
Dogon	212	67	31,6
Sonrhai	88	43	48,9
Bambara	72	33	45,8
Rimaibé	82	29	35,4
Bella	8	3	37,5
Tamasheq	15	5	33,3
Autres	74	44	59,4*
TOTAL	898	386	43

ddl = 7

* Autres correspond à un ensemble d'ethnies minoritaires dans la zone (Bozos, malinké, sarakolé, mianka etc...).

Le tableau révèle que la connaissance du PF n'atteint 50% dans aucune ethnie.

TABLEAU 9 : Connaissance du PF suivant le sexe

Effectif Sexe	Effectif Enquêté	Effectif connaissant	Fréquence relative
Feminin	655	262	40
Masculin	243	124	51
Total	898	386	43%

ddl = 1

le niveau de connaissance des femmes interrogées n'atteint pas 50%.

TABLEAU 10 : Connaissance du planning familial en fonction de l'âge.

Effectif Classe	Effectif Enquêté	Effectif connaissant	Fréquence relative
15 - 24 ans	328	131	39,9
25 - 34 ans	307	141	45,9
35 - 44 ans	211	91	43,1
Plus de 44 ans	52	15	28,8
Total	898	386	43

Quelque soit la classe d'âge, le niveau de connaissance varie et demeure inférieur à 50%.

TABLEAU 11 : Connaissance du Planning familial en fonction de l'état matrimonial.

Effectif Etat matrim	Effectif Enquêté	Effectif connaissant	Fréquence relative
Marié monogame	514	217	42,2
Marié polygame	191	81	42,4
Célibataire sans enfant	129	52	40,3
Célibataire avec enfant	31	22	71
Veuve	14	5	35,7
Divorcée	19	9	47,4
Total	898	386	43

ddl = 6

On constate que seuls les célibataires avec enfant ont un niveau de connaissance atteignant et dépassant largement les 50%.

TABLEAU 12 : Connaissance du Planning familial en fonction de la profession.

Cette connaissance a été étudiée d'abord dans les professions agro-pastorales et artisanales (85% des personnes interrogées), ensuite dans les autres professions (15%) : fonctionnaires, commerçants, élève, autres etc...

TABLEAU 12-a : Connaissance du Planning familial dans les professions agro-pastorales

Effectif Profession	Effectif Enquêté	Effectif connaissant	Fréquence relative
Ménagère	501	204	40,7
Cultivateur	107	52	48,6
Artisan	124	41	33,1
Eleveur	15	3	20
Berger	13	2	15,4
Total	760	302	39,7

ddl = 10

le niveau de connaissance dans les profession agro-pastorales reste en général très inférieur à 50%.

TABLEAU 12-b : Connaissance du Planning familial dans les autres professions

Effectif Profession	Effectif Enquêté	Effectif connaissant	Fréquence relative
Sans profession	36	16	44,4
Fonctionnaires	41	35	85,4
Elèves	26	15	57,7
Commerçants	25	13	52
Autres	10	5	50
Total	138	84	60,9

ddl = 10

le niveau de connaissance des fonctionnaires, commerçants et élèves est supérieur à 50% (allant parfois jusqu'à 85%).

TABLEAU 13 : Connaissance du Planning familial suivant le niveau d'alphabétisation.

Effectif Niveau	Effectif Enquêté	Effectif connaissant la PF	Fréquence relative
Aucun	461	176	38,2
Primaire	160	95	59,4
Secondaire	25	22	88
Supérieur	4	2	50
Langues Nle	2	1	50
Ecole Coranique	245	90	36,7
Total	898	386	43

ddl = 5

Seuls les analphabètes et ceux qui n'ont fréquenté *que* l'école coranique ont un niveau de connaissance inférieur à 50% (38,2% et 36,7% respectivement).

Au terme de cette étude, on s'aperçoit que la connaissance du planning familial varie en fonction de l'ethnie, du sexe, de l'âge, du statut matrimonial, de la profession et du niveau d'alphabétisation.

Le niveau de connaissance de la population enquêtée est de 43% (386 sur 898 personnes interrogées).

Cette connaissance du planning familial se chiffre à 47,3% pour les méthodes traditionnelles et à 35,8% pour les méthodes modernes.

Parmi les 322 personnes connaissant des méthodes modernes,

- 73,05% ont cité la pilule ;
- 38,3% ont cité le condom ;
- 30,6% ont cité l'injectable ;
- 4,9% ont cité le stérilet ;
- 4,14% ont cité les spermicides.

Au total, parmi ces 322 personnes,

- 131 soit 40,7% ont cité une méthode moderne ;
- 125 soit 38,8% ont cité deux méthodes modernes ;
- 44 soit 13,7% ont cité trois méthodes modernes ;
- 18 soit 5,6% ont cité quatre méthodes modernes ;
- 4 soit 1,2% ont cité cinq méthodes modernes.

Il apparait donc que 79,5% des enquêtés ne connaissent que deux méthodes modernes de planning familial.

En outre, notre étude s'est intéressée à l'attitude, la perception des populations vis-à-vis du planning familial.

Perceptions des Communautés en matière de Planning familial :

Cette rubrique sera consacrée à un résumé de ce que les populations pensent et font en matière de planning familial.

* S'agissant de l'intervalle intergénéralique :

Parmi les 489 femmes qui ont répondu à cette question (soit un taux de réponse de 74,7%), 112 soit 22,9% ont un intervalle intergénéralique de plus^{de} deux ans entre les enfants.

* Allaitement maternel prolongé comme moyen de contraception :

Sur les 898 personnes interrogées, 37 soit 4,12% affirment que l'allaitement maternel prolongé retarde la prochaine grossesse.

* Abstinence post-partum, Abstinence périodique :

- 360 personnes sur 898 soit 40% affirment observer une abstinence post-partum. Elle durait entre 1 mois et un an.
- 32 personnes sur 898 soit 3,6% affirment utiliser la continence périodique.

Concernant la signification, les personnes cibles du Planning familial :

- 494/900 soit 54,9% de personnes interrogées ne connaissent aucune signification au planning familial ;
- 365/900 personnes interrogées ont pu donner une définition adéquate au planning familial (espacement des naissances, éviter les grossesses rapprochées) ;
- 10 personnes (1,1%) surtout des hommes pensent que le planning familial c'est éviter les maladies sexuellement transmissibles ;
- 31 personnes (3,4%) pensent que le planning familial signifie soit avortement, arrêt de procréer ou même tuer un personne.

Aussi,

- pour 98 personnes interrogées (10,9%) le planning intéresse surtout les femmes qui font des grossesses rapprochées, qui font la débauche, les femmes dont le mari est absent, les célibataires.
- par contre, 540 personnes soit 60% n'en ont aucune idée.

* S'agissant des avantages du planning familial :

- 406/890 personnes interrogées soit 45,6% des enquêtés ne savent pas si le planning a des avantages.
- Par contre, pour 43,7% des personnes interrogées, le planning présente des avantages qui se recoupent avec les éléments énumérés pour définir le planning familial.

* Concernant les effets des méthodes contraceptives :

- 739/900 personnes enquêtées soit 82,1% affirment ne rien entendre à propos de ces méthodes ;
- 95 personnes (10,5%) ont affirmé avoir entendu ou vécu que la pilule, l'injectable entraînaient une aménorrhée, une augmentation ou une diminution de poids, une modification des règles ;
- 15 personnes soit 1,7% des enquêtés ont entendu des rumeurs (le planning provoque une stérilité, des grossesses multiples) ;
- Enfin, 50/900 personnes interrogées ont entendu rumeurs et effets secondaires réels des méthodes de planning de familial.

* Rapport planning familial et religion :

- 426/926 enquêtées soit 47,3% disent que la religion n'autorise pas le planning ;
- Par contre, pour 130 personnes (14,14%) la religion autorise le planning familial ;
- les autres (344 personnes) ne savent pas si la religion autorise ou non le planning familial.

Rappelons que notre échantillon était composé de 898 musulmans et 2 protestants.

* Raisons de la non pratique du planning familial :

816/898 personnes ont répondu à cette question.

Les réponses étaient les suivantes :

- méconnaissance des méthodes : 371 personnes (45,5%)
- sans raison : 127 personnes (15,5%)
- Ne fait pas de grossesses rapprochées :
104 personnes (12,7%)
- N'aime pas le planning familial :
62 personnes (7,6%)
- Manque d'argent, à l'intention,
se soumet à la volonté de dieu : 57 personnes (7%)
- Desir d'enfants : 55 personnes (6,7%)
- Ne fait pas de débauche : 16 personnes (2,08%)
- N'est pas habitué à prendre
ces produits : 11 personnes (1,3%)
- Loin d'un centre : 1 personne (0,2%)
- Opposition du mari : 6 personnes (0,7%)
- Absence du mari : 6 personnes (0,7%).

A toutes ces perceptions de la communauté, s'ajoutent celles particulières des utilisateurs.

En effet, nous avons recueilli (voir chapitre V méthodologie) les perceptions de 50 utilisateurs.

Ainsi,

* s'agissant des effets secondaires constatés :

On a noté :

- augmentation de poids citée 11 fois ;
- diminution des règles citée 10 fois ;
- arrêt des règles cité 9 fois ;
- augmentation des règles citée 5 fois ;
- Autres effets (vertiges, maux de ventre) citée 18 fois.

Certains de ces effets (arrêt des règles, maux de ventre) ont entraîné parfois l'abandon de la méthode de voire même de la contraception.

* S'agissant des prestations de planning familial :

- 44/50 utilisateurs interrogés soit 88% ont affirmé avoir de bons rapports avec le personnel chargé de la prestation
- 88% des utilisateurs rencontrés affirment choisir librement leur méthode.
- 35 et 14 utilisateurs soit 70 et 28% affirment respectivement que les agents de santé font de séances de démonstration et un examen gynécologique.

Pour les utilisateurs, les séances de démonstration se limitaient à montrer comment utiliser les produits.

* Concernant l'approvisionnement en contraceptifs :

Selon 13/50 utilisateurs soit 26%, il existe des difficultés liées à l'approvisionnement soit par rupture de produits (pouvant aller à 2 mois dans certains cas) soit que les centres sont éloignés.

* S'agissant de l'information du ou de la partenaire :

- 41/50 utilisateurs soit 82% pensent qu'elle est obligatoire soit pour ~~les~~ sensibiliser, soit pour expliquer l'impossibilité de contracter une grossesse pendant la durée de la contraception, soit simplement pour l'accord. Ces différentes raisons ont été évoquées par les femmes. Pour les hommes, la partenaire doit être informée et sensibilisée pour éviter toute mauvaise interprétation de l'utilisation de la méthode.

* Suggestions des bénéficiaires :

- 514 personnes soit 57,3% de la population enquêtée affirment n'avoir aucune suggestion à faire et laissent l'initiative aux agents de santé.
- Pour 367 personnes (40,9%) il faut une plus grande information, sensibilisation soit par :
 - . organisation des causeries, des projections de films ;
 - . organisation dans des villages de réunions séparées pour chacun des groupes : vieux , vieilles, jeunes hommes, jeunes femmes ;
 - . une distribution gratuite des contraceptifs.
 - . une utilisation du planning par les agents chargés de cette activité.

Il faut enfin noter que 1,7% de la population enquêtée veut qu'on arrête les activités de planning et qu'on se fie à la volonté de Dieu seul régulateur des naissances.

Nous avons terminé cette rubrique sur les connaissances et les perceptions sur le planning familial en rapportant le point de vue de 38 agents socio-sanitaires rencontrés dans les différents centres de prestation (voir chapitre V méthodologie).

Ainsi,

* s'agissant de la connaissance des méthodes de planning, les réponses suivantes ont été obtenues :

- 34/38 agents (90%) ont cité trois méthodes modernes ;
- 3 agents (7,9%) ont cité deux méthodes modernes ;
- 1 agent n'a pu citer qu'une seule méthode moderne.

Notons que parmi les agents ayant reçu une formation en planning familial, deux seulement ont pu citer cinq méthodes modernes (pilule, injectable, stérilet, spermicide, condom).

* Signification donnée au planning familial :

Les réponses suivantes ont été données :

- espacement des naissances : 24 agents sur 38 soit 63,2% ;
- espacement des naissances, lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, lutte contre les grossesses indésirées, rapprochées : 10 agents sur 38 soit 26,3% ;
- autres significations (faciliter l'accouchement, apporter le bonheur dans le foyer) : 4 sur 38 agents interrogés soit 10,5%.

* Connaissance des contre-indications du planning familial :

- 18 sur 38 agents soit 47,4% connaissent les contre-indications aux méthodes de planning familial.

Les contre-indications les plus évoquées étaient :

- H T A
- les cardiopathies
- les maladies mentales
- le rhumatisme.

Notons que le desir de la femme d'avoir encore des enfants, l'âge de la femme n'ont pas été souvent évoqués comme facteurs empêchant la prescription de certaines méthodes.

* Démarches à suivre pour accéder à une méthode de planning familial :

17 agents sur 38 ont pu décrire la démarche suivante :

- un interrogatoire ;
- un examen clinique (prise de la tension, du poids, recherche de varices).

Ces démarches ne sont effectuées que par la sage-femme.

* Rôle des différents agents dans la prestation de PF :

De la description de tâche faite par les différents agents, il ressort que :

- la sage-femme est la première responsable du PF. Elle assure la consultation et donne la méthode convenable à chaque cliente. Elle assure aussi la supervision des activités par des visites périodiques sur le terrain.

- les matrones : elles ont pour tâches :
 - . recenser celles qui désirent le planning familial ;
 - . leur fixer un rendez-vous ;
 - . aider la sage-femme à faire la consultation ;
 - . suivre les utilisatrices.
- Les autres agents : (médecin, infirmiers, aide-soignants etc...) ont un rôle de sensibilisation et d'orientation vers la sage-femme ou la matrone.

* Difficultés rencontrées dans la prestation du planning :

Sur les 38 agents interrogés :

- les barrières socio-culturelles ont été évoquées 17 fois. Il s'agit de gêne de se présenter au centre, contrainte religieuse, réticence de la population. Ceux-ci constituent l'obstacle principal à Mondoro.
- Rupture fréquente de contraceptifs citée 13 fois.

Ce problème semble plus rencontré à Douentza (pour le Déprovera), Boré, Hombori. Ce problème n'existe pas ailleurs.

- mauvaise perception du planning familial citée 6 fois ;
- difficultés d'approvisionnement citées 4 fois.

A cet effet, un aide-soignant de Boré affirmait :

"il nous ai impossible de recruter de nouvelles femmes qui doivent toujours attendre l'arrivée de la sage-femme ce qui décourage beaucoup d'entre elles"

- le manque de moyen logistique pour ravitailler le centre principal et les centres d'arrondissement a été évoqué une fois.

D'autres difficultés non moins importantes comme l'indiscrétion de certains agents, le coût élevé des cartes de visite (500 F CFA), les effets secondaires de certaines méthodes ont été évoqués également.

* Suggestion du personnel sanitaire pour une plus large utilisation du PF :

Le plus souvent, les propositions sont fonction des difficultés rencontrées et se résument aux points suivants :

- formation ou recyclage de tout le personnel en PF : citée 15 fois ;
- information, sensibilisation des populations citées 13 fois
- disponibilité en contraceptifs et matériel de prestation citée 5 fois ;
- responsabiliser le personnel en place dans les arrondissements, a été cité 5 fois.

Il faut par ailleurs noter que la pratique du planning par la population a fait également l'objet de notre étude.

En effet, cette utilisation est parmi les critères permettant de se faire une idée réelle des activités de PF au sein des communautés. Elle a été étudiée en fonction des paramètres suivants : résidence, sexe, âge, état matrimonial, l'ethnie, la connaissance de la PF.

TABLEAU 14 : Utilisation de la PF suivant la résidence

Cette étude a été faite en milieu urbain et en périphérie (arrondissement).

TABLEAU 14-a : Utilisation en milieu urbain

(Douentza ville)

Effectif Quartiers	Effectif Enquêté	Utilisation	%
1er Quartier	60	7	11,7
2ème Quartier	120	20	16,7
3ème Quartier	45	3	6,7
4ème Quartier	120	6	5
5ème Quartier	105	9	8,6
Total	450	45	10

Il ressort de ce tableau que l'utilisation de la PF est inférieure à 20% dans tous les quartiers.

TABLEAU 14-b : Utilisation en périphérie (arrondissement)

Effectif Arrond.	Effectif Enquêté	Utilisation	%
Boni	45	7	15,6
Boré	60	1	1,7
Central	135	1	0,7
Hombori	60	16	26,7
Mondoro	60	1	1,7
N'gouma	90	11	12,2
Total	450	37	8,2

Le taux d'utilisation est inférieur à 20% dans tous les arrondissements sauf à Hombori où il est de 26,7%.

Il ressort de ces 2 tableaux que 45/82 utilisateurs rencontrés soit 55% viennent de la ville le reste, 37 utilisateurs (45%) viennent des arrondissements.

Le taux d'utilisation du planning familial est par conséquent un peu plus élevé en ville (10%) qu'en peripherie (8,2%).

TABLEAU 15 : Utilisation de la PF suivant le sexe

Effectif Arrond.	Effectif Enquêté	Utilisation	%
Masculin	655	46	7
Feminin	243	36	14,8
Total	898	82	9,1

Le taux d'utilisation est inférieur à 15% quelque soit le sexe.

TABLEAU 16 : Utilisation de la PF suivant l'âge.

Effectif Arrond.	Effectif Enquêté	Utilisation	%
15 - 24 ans	328	20	6,1
25 - 34 ans	307	39	12,7
35 - 44 ans	211	21	10
Plus de 44 ans	52	2	3,8
Total	898	82	9,1

Le niveau d'utilisation de la PF augmente progressivement jusqu'à 34 ans puis diminue. Il reste inférieur à 15% dans les différentes classes d'âge.

TABLEAU 17 : utilisation de la PF en fonction de l'état matrimonial

Effectif Etat matrim.	Effectif Enquêté	Utilisa- teurs	%
Monogames	515	34	6,6
Polygames	191	21	11
Célibataire sans enfant	130	16	12,3
Célibataire avec enfant	31	10	32,3
Veuve	14	0	0
Divorcée	19	1	5,3
Total	898	82	9,1

IL ressort de ce tableau que le niveau d'utilisation demeure d'une façon générale inférieur à 15% et est même nul dans certains cas (veuves).

TABLEAU 18 : Utilisation de la PF suivant l'ethnie

Effectif Ethnie	Effectif enquête	Utilisa- teurs	%
Peulh	347	29	8,4
Dogon	212	13	6,1
Sonrhai	88	11	12,5
Bamabara	72	8	11,1
Rimaibé	82	3	3,6
Bella	8	1	6,7
Tamasheg	15	1	12,5
Autres *	74	16*	21
Total	898	82	9,1

* non exploitable car il s'agit de la somation de plusieurs ethnies.

Aucune ethnie n'atteint 15% dans l'utilisation du planning familial.

TABLEAU 19 : Utilisation de la PF par ethnie suivant leur connaissance en PF.

Effectif Ethnie	Effectif Connaissant enquête	Effectif Utilisant la PF	%
Peulh	162	29	17,9
Dogon	67	13	19,4
Sonrhai	43	11	25,6
Bamabara	33	8	24,2
Rimaibé	29	3	10,3
Bella	3	1	33,3
Tamasheg	5	1	20
Autres *	44*	16*	36,4
Total	386	82	21,4

* même remarque que précédemment.

Il ressort de ce tableau que la connaissance des groupes ethniques en matière de planning familial n'implique pas forcément leur adhésion (utilisation).

Aussi, quelque soit le paramètre choisi (ethnie, âge, sexe ou autres), la population a toujours des préférences lorsqu'elle a recours à la PF. Ainsi, les méthodes les plus utilisées étaient :

- la pilule : 30/46 utilisatrices soit 65,2% ;
- parmi ces 30 femmes, 23 (76,7%) étaient mariées ;
- l'injectable : 14/46 utilisatrices soit 30,4% ;

Toutes ces femmes étaient mariées et avaient au moins 3 enfants vivants.

- spermicide : 1/46 utilisatrices soit 2,2% ;

Elle était mariée.

- le condom : 34/36 utilisateurs soit 94,4% ;
17 d'entre eux étaient mariés ;
- l'abstinence périodique : 2/36 utilisateurs soit 5,5% ils
étaient mariés ;
- méthode traditionnelle : graine d'une plante ("Toutouwo"
en sonrhai) à avaler.

1/46 utilisatrices soit 2,2%. Elle était mariée.

Cette plante est largement répandue et connue dans tout le cercle pour ses vertus contraceptives. Le nombre de graine avalée protégerait d'une grossesse pendant ce nombre d'année.

Exemple : si une femme avalait 2 graines, elle ne tomberait enceinte qu'après deux ans. Si elle avalait 3 graines, elle ne tomberait enceinte qu'après trois ans et ainsi de suite.

Notons aussi que parmi les personnes interrogées aucune n'utilise le dispositif intra-utérin.

Cela est lié non seulement à la méconnaissance de cette méthode au niveau des communautés mais aussi à la difficulté du personnel sanitaire de poser ces instruments.

Nous avons par ailleurs jugé utile de terminer cette enquête CAP sur la PF par une étude sur la connaissance des communautés concernant les maladies sexuellement transmissibles.

En effet, l'impact des méthodes de PF dans la lutte les MST et surtout le SIDA n'est plus à démontrer. La lutte contre les MST/SIDA apparaît comme l'une des dimensions de la PF.

TABLEAU 21 : Connaissance des MST suivant l'état matrimonial.

Effectif Etat matrim.	Effectif Enquêté	Effectif connaissant	Fréquence relative %
Monogames	515	200	38,8
Polygames	191	69	36,1
Célibataire sans enfant	130	63	48,5
Célibataire avec enfant	31	17	54,8
Veuve	14	5	35,7
Divorcée	19	6	31,6
Total	900	360	40

ddl = 42

Les célibataires avec enfants sont les seuls où le niveau de connaissance atteint et dépasse 50%.

TABLEAU 22 : Connaissance des MST suivant le niveau d'alphabétisation.

Effectif Niveau	Effectif Enquêté	Effectif connaissant	Fréquence relative
Aucun	462	149	32,3
Primaire	160	105	67,5
Secondaire	25	24	96
Supérieur	4	3	75
Langues Nle	2*	2*	100*
Ecole Coranique	245	77	31,4
Total	898	360	40

ddl = 35

* Du fait de la faiblesse de l'effectif de cette catégorie, nous n'avons pas tenu compte de ces résultats dans notre analyse. Il ressort donc du tableau que le niveau de connaissance varie avec le niveau d'alphabétisation et dépasse largement dans bien de cas les 50%.

Comme on peut donc le constater, le niveau de connaissance des MST est légèrement inférieur à celui de la PF (40% et 43% respectivement).

Aussi, parmi les 360 personnes connaissant des MST,

- 80,3% ont cité au moins la gonococcie ;
- 53,3% ont cité au moins le SIDA.

Toutefois, 685/900 personnes interrogées soit 76,1% des enquêtés ne savent pas comment prévenir ces MST.

Au terme donc de cette étude sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population et du personnel socio sanitaire en matière de planning familial et maladies sexuellement transmissibles, nous avons jugé utile de jeter un regard critique sur ce qui a été fait en matière de PF dans les différents centres de prestation du cercle.

EVALUATION DES ACTIVITES MENEES PAR LES STRUCTURES DE SANTE EN MATIERE DE PF

Il s'agit d'une évaluation per-opérationnelle sur une période de 21 mois d'activités de PF au niveau du cercle. Elle portera d'une part sur la formation, la supervision du personnel et d'autre part sur les activités réellement menées.

1°/ - Formation du personnel sanitaire :

10 agents sur 38 interrogés soit 26,3% ont reçu une formation en PF.

Il s'agissait de :

- . 4 matrones de Douentza ville ;
- . 1 matrone de Boni, Boré, Hombori, Mondoro ;
- . 2 techniciens de santé au niveau de Douentza ville.

Les matrones de N'gouma au nombre de deux affirment bénéficier d'entretien périodique sur la PF au cours des différentes visites de la sage-femme.

2°/ Personnel chargé de la PF :

L'enquête a révélée que 25 agents sur les 38 interrogés exercent des activités de planning familial soit 65,8% (voir chapitre sur le rôle des agents dans la prestation de PF).

3°/ - Supervision des agents de santé :

11 agents sur 38 interrogés ont affirmé être supervisés. Cette supervision était assurée au niveau du chef lieu de cercle par la délégation régionale, au niveau des arrondissements par la sage-femme et parfois par le personnel sanitaire de SCF-UK.

Le rythme de supervision est passé de 1 fois/mois en 1990 à 1 fois/trimestre à partir de 1991.

4°/ - Activités proprement dites :

Il s'agit d'un compte-rendu détaillé sur la fréquentation des structures de santé en matière de planning familial.

Le tableau ci-dessous donne le volume des activités menées dans les centres urbain et périphérique.

TABLEAU 23 : Nombre de consultations effectuées en PF en 21 mois d'activité dans le cercle de Douentza.

Résidence	Sexe	Hommes	Femmes	Total
Douentza ville		449	710	1 159
Périphérie Arrondissements		423	428	851
Total		872	1 138	2 010

Il ressort de ce tableau que 57,7% des consultations de PF se font en ville et que 56,6% sont effectuées par les femmes.

Nos investigations nous ont également permis de déterminer le nombre de nouveaux acceptants dans les différents centres comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 24 : Nouveaux acceptants de la PF en 21 mois dans le cercle de Douentza.

Acceptants Centres	Nouveaux	Nouvelles	Total
Douentza	132	192	324
Bôni	31	41	72
Hombori	29	42	71
N'gouma	32	37	69
Boré	21	20	41
Mondoro	23	9	32
Total	268	341	609

On constate que 53,2% de l'ensemble des acceptants viennent de la ville dont 56% sont des femmes.

Ces résultats permettent de déterminer l'incidence de la PF c'est à dire le nombre de nouveaux utilisateurs pendant une période donnée (21 mois) sur l'effectif de la population soumise à l'activité (ici, il s'agit de la population des chefs lieux + population totale des villages à 5 km = 32.869 habitants) en général multiplié X 100.000 (2).

$$\text{Ainsi l'incidence : } \frac{609}{32\ 869} \times 100\ 000$$

Soit 1853 utilisateurs pour 100 000 habitants.

On peut aussi déterminer le nombre moyen de nouveaux acceptants par mois et par centre :

- Douentza : 15 acceptants/mois ;
- Boni, Hombori, N'gouma = 3 acceptants/mois ;
- Boré = 2 acceptants/mois ;
- Mondoro : 1 acceptant/mois.

Par ailleurs, la prévalence contraceptive étant le nombre d'utilisateurs présents à une période donnée (21 mois) sur l'effectif total de la population soumise à l'activité en général multiplié par 100 000 (2), elle se fixe à :

$$\frac{825}{32\ 869} \times 100\ 000$$

Soit 2,5%

Pendant la même période plusieurs types des contraceptifs furent utilisés, distribués. Il s'agissait de :

- 15.068 condoms
- 1.023 pilules
- 198 injectables
- 786 spermicides

Ces chiffres permettent de déterminer le nombre de couples/année protection (CPA) par exemple pour l'année 1991. Ce nombre de couples/année protection constitue en effet un autre indicateur de volume de prestations contraceptives offertes à la population.

Pour une méthode quelconque donnée, elle s'obtient par division des quantités de contraceptifs distribués aux utilisatrices/utilisateurs individuelles par les quantités de contraceptifs nécessaires pour une protection annuelle (20).

Le tableau 25 donne les normes utilisées pour le calcul des CPA.

TABLEAU 25 : Normes utilisées pour le calcul des CPA (20)

Méthodes	Quantités	Année par couples
Pilule	15 cycles	1
DIU T 380	1 unité	3,5
DIU Boucle Lippes	29	2,5
Depo-provera	4 inject°	1
Noristerat	6 inject°	1
Spermicides	150 Tablet.	1
Condom	150 unités	1

Sur la base de ce tableau le nombre de CPA par méthode pour le cercle de Douentza en 1991 est résumé dans le tableau 26 ci-dessous.

Méthodes	Quantités distribuées	Nombre de CPA
Pilules	552	37
Depo-provera	168	42
Spermicides	45	0,3
Condom	8 681	58
Total	-	137

Il ressort de ce tableau que 137 couples ont été protégés en un an (1991) dont 79 couples (57,7%) par la pilule et l'injectable (Depo-provera).

Limites de notre évaluation.

Notre évaluation serait plus intéressante si nous disposions de données sur le coût de la formation du personnel, le coût des contraceptifs, les frais occasionnés par l'approvisionnement des centres en contraceptifs, la supervision etc...

CHAPITRE VI

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Nos commentaires et discussions porteront sur les points suivants :

Connaissance de la PF :

Aucours de notre enquête il est ressorti que 586 personnes soit 65,1% des enquêtés ont entendu parlé du planning familial. Ce pourcentage diminuait au fur et à mesure qu'on s'éloignait des centres.

Les femmes semblaient plus informées (60,4%) que les hommes (39,5%). Les sources d'informations les plus utilisées étaient : le contact inter-individuel (40%), l'agent de santé (39,4%), la radio ou la télé (4,1%).

Par ailleurs, 262 sur 655 femmes interrogées soit 40% des femmes âgées de 15 à 49 ans connaissent au moins une méthode contraceptive. Ce pourcentage est de 33,3% pour les méthodes modernes.

Ces résultats sont de même ordre que ceux déjà trouvés lors des enquêtes sur la démographie et la santé menées au Mali et qui ont abouti aux résultats suivants :

- Enquête démographique et de santé de 1987 montrait que 28,3% des femmes en âge de procréer connaissent au moins une méthode de contraception (31).
- 21,1% des femmes âgées de 15 à 49 ans des régions de Koulikoro et de Sikasso connaissent au moins une méthode contraceptive moderne (19).

Par contre, nos résultats sont supérieurs à ceux réalisés dans certains pays africains.

Ainsi :

- Au Botswana, 15,2% des femmes en âge de procréer connaissent entre 1 et 3 méthodes modernes. Ce pourcentage est de 14,9% au Zimbabwe (29).

Nos résultats sont faibles par rapport à ceux d'études réalisées dans certains pays voisins et africains :

- Au Sénégal 42,9% des femmes connaissent au moins une méthode moderne de contraception (29).
- Une étude menée à Niamey (Niger) montre que plus de 75% des femmes connaissent spontanément une méthode moderne de contraception. La méthode la plus connue était le stérilet (22%) (29).
- Au Maroc, 40% des femmes en âge de procréer connaissent spontanément une méthode moderne de contraception (28).

Utilisation de la PE :

Aucours de notre enquête, nous avons trouvé que 6,9% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode moderne de contraception.

Ce pourcentage était de 6,5% pour les femmes en union.

Les méthodes les plus utilisées étaient la pilule (4,6%), l'injectable (2,1%).

Ces résultats sont conformes à ceux trouvés au Mali et dans certains pays voisins et africains.

En effet :

- Au Mali, 4,7% des femmes en union utilisaient la contraception moderne (18) ;
- Une étude menée à Ouagadougou (Burkina-Faso) a montré que 4,6% des femmes mariées utilisent une méthode moderne de PF (29) ;
- A Niamey, 10% des femmes en union utilisaient une méthode moderne 3,9% des FAP utilisaient la pilule (29).

Par contre, d'autres pays ont un taux d'utilisation supérieur au nôtre.

- En Tunisie, 40% des femmes en union utilisent une méthode moderne (24).
- Au Botswana et au Zimbabwe, une étude a montré une augmentation du taux d'utilisation de la contraception moderne respectivement de 19 à 32%, de 27 à 36% (29).

On peut alors se demander comment ces deux derniers pays ayant un niveau de connaissance inférieur à ^{celle de} notre étude puissent avoir un taux d'utilisation 5 fois supérieur. Cela pourrait s'expliquer par l'existence de facteurs susceptibles de freiner l'utilisation effective de la PF au niveau du cercle de Douentza. Il s'agirait de :

* facteurs liés au personnel.

Ceci constitue un facteur très important.

En effet, nous avons constaté que le personnel est soit non formé, soit insuffisamment formé.

En outre, une bonne partie du personnel médical mais surtout paramédical (matrone, aide-soignant, accoucheuse traditionnelle) est non impliquée dans les activités de PF.

* Facteurs liés à la situation des structures de prestation.

Les services de PF ne couvrent pratiquement que les chefs-lieux de cercle et d'arrondissement. L'immense majorité des populations dispersées dans les villages et hameaux est obligée de se rendre dans les centres à 2, 15 voire 50 kilomètres. Cette situation se trouve aggravée par la topographie de plusieurs villages situés sur les montagnes tels à Kikara (arrondissement central) ; Wari-barkoussi (Hombori) ; Koyo-boni (Boni) où aucune activité ne marche.

A cela s'ajoutent la précarité des moyens de transport, la durée, le coût du trajet menant au centre sans oublier l'incertitude d'avoir la méthode car faut-il être recensé d'abord par la matrone et attendre l'arrivée de la sage-femme. Tous ces facteurs concourent inévitablement au découragement, au désintérêt des populations vis-à-vis des activités de santé, mais surtout de planning familial.

Il est ainsi reconnu que plus on s'éloigne des structures de prestation sanitaire, plus leur fréquentation diminue. Ceci est vrai même en terrain plat c'est à dire dans les zones sans montagnes.

* La qualité du programme d'I.E.C

La fréquentation de la PF dans le cercle de Douentza est à l'image du programme d'information, d'éducation, et de communication mis en place.

En effet, ce programme d'I.E.C se limite à des séances de causerie insuffisantes en nombre, en durée et en qualité.

En 21 mois d'activité, certains arrondissements (Mondoro par exemple) n'ont enregistré qu'une seule causerie animée par la matrone. Ailleurs les séances tournent autour de 4 à 8 et sont le plus souvent animées par les matrones et parfois même l'aide soignant.

Ces séances sont exclusivement destinées aux femmes qui viennent en consultation prénatale ou en planification familiale.

On voit donc que ce programme ne prend en compte ni les décideurs politiques et administratifs, ni les leaders d'opinions (imams, chef de village, etc...) ; ni les structures participatives (Tons villageois, Associations villageoises) ; encore moins les magnambagas (femmes de caste chargées d'encadrer les nouveaux mariés pendant la semaine nuptiale). Il ne prend également en compte les nouvelles accouchées.

* Obstacles socio-culturels :

Il s'agit d'une véritable entrave à la PF. En effet, les coutumes et traditions n'acceptent pas le rapport gratuit, c'est à dire la recherche du plaisir exclusivement. Tout rapport sexuel doit aboutir à quelque chose : l'enfant. Ce fort désir d'enfant tient au fait d'avoir un maximum de bras travailleurs pour augmenter la production agricole, le système cultural étant extensif.

A ce propos un berger de Mondoro disait : "même si Dieu me donnait 100 enfants ça me ferait plaisir. Je mettrai certains au champs, d'autres suivront les animaux, d'autres puiseront de l'eau, d'autres encore iront à l'école...". Cela montre qu'ici, on ignore l'interaction entre la taille de la famille et le revenu familial. L'essentiel est d'avoir des enfants et beaucoup d'enfants. Ceci est un prestige social.

Ce fort désir de fécondité s'explique aussi par la division traditionnelle du travail qui défavorise, surcharge la femme qui veut alors avoir des enfants (surtout des filles) pour l'aider dans ses tâches quotidiennes.

A tout cela s'ajoute un autre obstacle à la PF : la notion de grossesse rapprochée.

En effet, selon la population il y a grossesse rapprochée lorsque la femme tombe prématurément en grossesse et que l'enfant qu'elle allaite décède. Cette perception semble jouer négativement sur la PF d'autant plus que la population dispose de médicaments traditionnels pour empêcher aux enfants victimes de grossesses rapprochées de tomber malades.

Ainsi, 12,7% des personnes enquêtées n'utilisent pas la PF car affirment ne pas faire de grossesses rapprochées.

Les facteurs religieux constituent également un grand obstacle à la PF car 47,7% des personnes interrogées pensent que la religion (l'islam) est contre le planning familial. Dans tous les cas, il faut savoir que l'islam autorise le planning familial dans les conditions suivantes (28) :

- lorsque c'est pour assurer la santé de l'épouse déficiente,
- lorsque le revenu de l'époux (ou du couple) est insuffisant
- en cas de situation de crise économique tel qu'en traverse le pays.

Facteurs politiques :

Il s'agit d'un obstacle majeur. La loi Française du 31 juillet 1920 interdisant la propagande anticonceptionnelle restée trop longtemps en vigueur au Mali, l'absence d'une loi officielle autorisant le planning familial, la prise en charge insuffisante des problèmes de santé de la mère et surtout de l'enfant, la timidité des programmes de développement rural ont contribué à plonger les activités de PF dans une certaine léthargie. Il y a donc nécessité d'une intégration des activités. Ceci semble se retrouver dans les propos de ce parlementaire sénégalais quand il disait il y a un vingtaine d'années (28) : "la régulation des naissances est ^{un} problème politique. Une preuve : Inde et Chine Populaire.

Ces deux pays ont des possibilités assez semblables du point de vue des ressources naturelles. Et, bien que la limitation des naissances soit appliquée en Inde et non en Chine, le Chinois a un niveau de vie plus élevé que l'Hindou à cause du régime politique..."

Le Docteur Alfred Quenum comme bien d'autres semble partager le point de vue de ce parlementaire sénégalais quand il disait (28) : "si l'on considère les ressources de l'Afrique, les nombreuses terres fertiles encore inexploitées, le problème n'est pas celui de la surpopulation mais bien celui de la sous-utilisation des ressources humaines".

On comprend dès lors que les facteurs politiques fassent échec aux programmes de planning familial menés dans les pays en voie de développement.

Pour l'instant, le cercle de Douentza continue de vivre ces facteurs, freinant alors toute extension des activités de PF.

La mise en place de mesures susceptibles de lever ces facteurs de blocage soulagera à coup sûr les communautés pourvu qu'elles soient conformes à leurs aspirations et leurs vécus socio-culturels. Il en va pour la réussite de l'activité.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Notre étude menée de février à Mai 1991 sur l'ensemble du cercle de Douentza a permis d'aboutir aux résultats suivants :

sur les 43 agents de santé, 10 soit 23% ont bénéficié d'une formation en PF ;

- 35,8% des personnes interrogées connaissent la contraception moderne ;

- 6,9% des femmes en âge de procréer utilisent la contraception moderne ;

la prévalence contraceptive est seulement de 2,5%.

Devant cette situation, nous proposons les recommandations suivantes :

**** Pour le personnel socio-sanitaire :**

Ce personnel doit être formé ou recyclé aux techniques de la prescription contraceptive afin d'être aptes à mener les activités suivantes :

- organiser des campagnes d'information, de sensibilisation et d'éducation des groupes de population (vieux, jeunes, femmes etc...), des décideurs politiques, des leaders d'opinion (imam, tradipraticiens, chef de village) sur les avantages et les inconvénients de la PF ;

- garantir aux populations un approvisionnement correct et régulier en produits contraceptifs ;

- Etablir un suivi régulier des activités de PF depuis le niveau cercle jusqu'au niveau village ;

- inciter les mères à une plus grande pratique de la contraception post-partum en intégrant la PF aux autres activités de SMI et en améliorant l'accueil réservé aux clientes.

**** Pour la population des femmes en âge de procréer :**

- suivre régulièrement les consultations prénatales et post-natales ;
- participer activement à l'élaboration et à la mise en oeuvre des programmes de PF ; qui leur sont destinés ;
- comprendre l'intérêt de la vaccination pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies du PEV.

**** Pour les autorités politiques :**

La réussite de tout programme de PF dépendant de l'intérêt que les autorités y accordent, il leur revient :

- d'appuyer les différentes structures impliquées dans les activités de PF en mettant à leur disposition un personnel compétent, des moyens logistiques adéquats ;
- de lancer un vaste programme de marketing social sur la PF à travers les différents mass-médias.
- D'instaurer avec les ONG un partenariat dans le cadre par exemple d'un programme de distribution à base communautaire de produits contraceptifs.

La mise en place d'un tel programme permettra à court terme de résoudre l'inaccessibilité des structures de santé et pourra aussi bénéficier de l'appui de l'AMPPF.

Elle nécessitera cependant un complément de ressources qu'il faut absolument chercher afin que des mères puissent mener des grossesses suffisamment espacées dont les enfants seront sains, robustes pour le bonheur du couple et pour la communauté car garantissant une augmentation des bras valides moteurs de tout développement.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AMPPF et Johns Hopkins University, ce que les maliens disent à propos du planning familial.
(Résultats des interviews de groupe Bamako, Mali).
AMPPF, Mars 1986

- 2 - Balique Hubert :
Le processus décisionnel en santé publique.
Cours destinés aux étudiants de 5^e année de médecine.
(BAMAKO - Mali ENMP, 1991).

- 3 - CERPOD, Population et développement dans le Sahel :
Les défis de la croissance rapide de la population
(Bamako, Mali : CERPOD, 1990)

- 4 - CERPOD, Population et développement dans le Sahel :
Planification familiale, Santé maternelle et
développement
(Bamako, Mali : CERPOD, 1990)

- 5 - Centres pour le contrôle des maladies transmissibles :
(C D C) Atlanta (US)
Planification familiale : méthodes et pratiques pour
l'Afrique francophone - Atlanta : (SM)
1985 - XVI + 334 P : tabl., ill, fig.

- 6 - COULIBALY As. Mahamadou : Contribution à l'étude épidémiologique économique du PEV de Douzntza (Mopti)
Thèse médecine , Bamako 1991
- 7 - Djiré Yacouba : Etude de la mortalité infantile à Nyamakoro (District de Bamako)
Thèse médecine, Bamako 1990
- 8 - Ecole Nationale de médecine et de Pharmacie du Mali :
Rapport final d'évaluation du PEV de Douzntza
(Bamako, Mali : ENMP, Janvier 1989)
- 9 - Family Health International :
Développer des stratégies pour élargir la contraception post-partum
Network en français, Vol 5, n°2 Août 1990
- 10 - Heyler Boury Claudine et Cohen Jean :
Abrégé de physiologie gynécologique
Edition Masson
Paris, 1976
- 11 - Impact : Innocuité des méthodes de contraception
mythes et réalités
Impact : (SM), Sept 1988
- 12 - Kouamé Aka : Intégration des programmes de planning familial dans les programmes de développement rural
Population Sahel n° 17 Juin 1992

- 13 - MAGASSA Diadira : Rapport de formation des agents villageois pour la DBC à Dioro.
(Bamako, Mali :
AMPPF, Fevrier 1992)
- 14 - Maine Deborah : le planning familial : son effet sur Santé de la femme et de l'enfant
Center for population and Family, 1981
- 15 - MALLE Daouda : Rapport annuel d'activités
(Bamako, Mali :)
SCF-UK, 1991)
- 16 - MBacké CHEIKH : Spectes démographiques et sanitaires de la planification familiale.
Communication au séminaire régional sur les systèmes d'information en matière de SMI/PF Bamako 3-21 juillet 1989 CERPOD, 1990
- 17 - Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales/
DNSP, Rapport de synthèse du CROCEPS de la région de Mopti
Mali, 1980
- 18 - MSPAS/DNSP : Elaboration d'un stratégie nationale en planification familiale et en I.E.C
(Refexion d'un groupe pluridisciplinaire)
(Bamako, Mali : 1990).

- 19 - Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Feminine,
Rapport préliminaire de l'étude de base du projet DBC
(République Mali)
(DSF Population Council, Août 1991)
- 20 - Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Feminine,
Rapport d'analyse des statistiques en SMI/PF, Mali 1990
(Bamako, Mali :
DSF - CERPOD, Août 1992)
- 21 - Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Feminine/DRSP, les indicateurs socio-sanitaires du cercle de Douentza
(Mopti, DRSP : 1991).
- 22 - Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et la Promotion Feminine/DRSP,
Programmation Sanitaire du cercle de Douentza
(Mopti, DRSP : 1991)
- 23 - Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine,
Déclaration nationale de politique de population
(Bamako, Mali :
Août 1991)

- 24 - O M S, l'amélioration des programmes de PF
Rapport et Etudes Euro 82
Bureau régional de l'Europe
Copenhague, Danemark
- 25 - Population Reports,
La stérilisation féminine volontaire
En tête de liste et en progrès
Pop Reports Serie C, N°10 Novembre 1990
- 26 - Ross, John A. Rich, Marjorie, Molzan, Janet P.
Stratégies de gestion des programmes de planification
familiale. New-York :
Center for population and Family Health
School of Public health, 1989 - 64 P. : graph
- 27 - ROUAMBA, Amadou,
La planification familiale
Bamako, Mali :
AMPPE, 1986)
- 28 - Sabah Tarik, contraception et PF au Maroc
Thèse Pharmacie, Dakar 1983, N° 120
- 29 - The Guttmacher Institute,
Les femmes en âge de procréer et le planning familial
dans le monde
Perspectives internationales sur le PF
N° spécial de 1990

30 - TOURE, Cormont Catherine et Collaborateurs,

La fréquentation des maternités

Etude menée dans le cercle de Douentza

(Bamako, Mali :

SCF-UK, Juin 1989)

31 - TRAORE, B., KONATE, M.K. et Stanton C.,

Enquête démographique et de Santé au Mali, 1987,

(Columbia, Maryland : IRD/Macro-System, 1988)

32 - TRAORE, Lamine, Contribution à l'approche

épidémiologique de l'avitaminose A dans le cercle de

Douentza

Thèse médecine, Bamako 1991

A N N E X E S

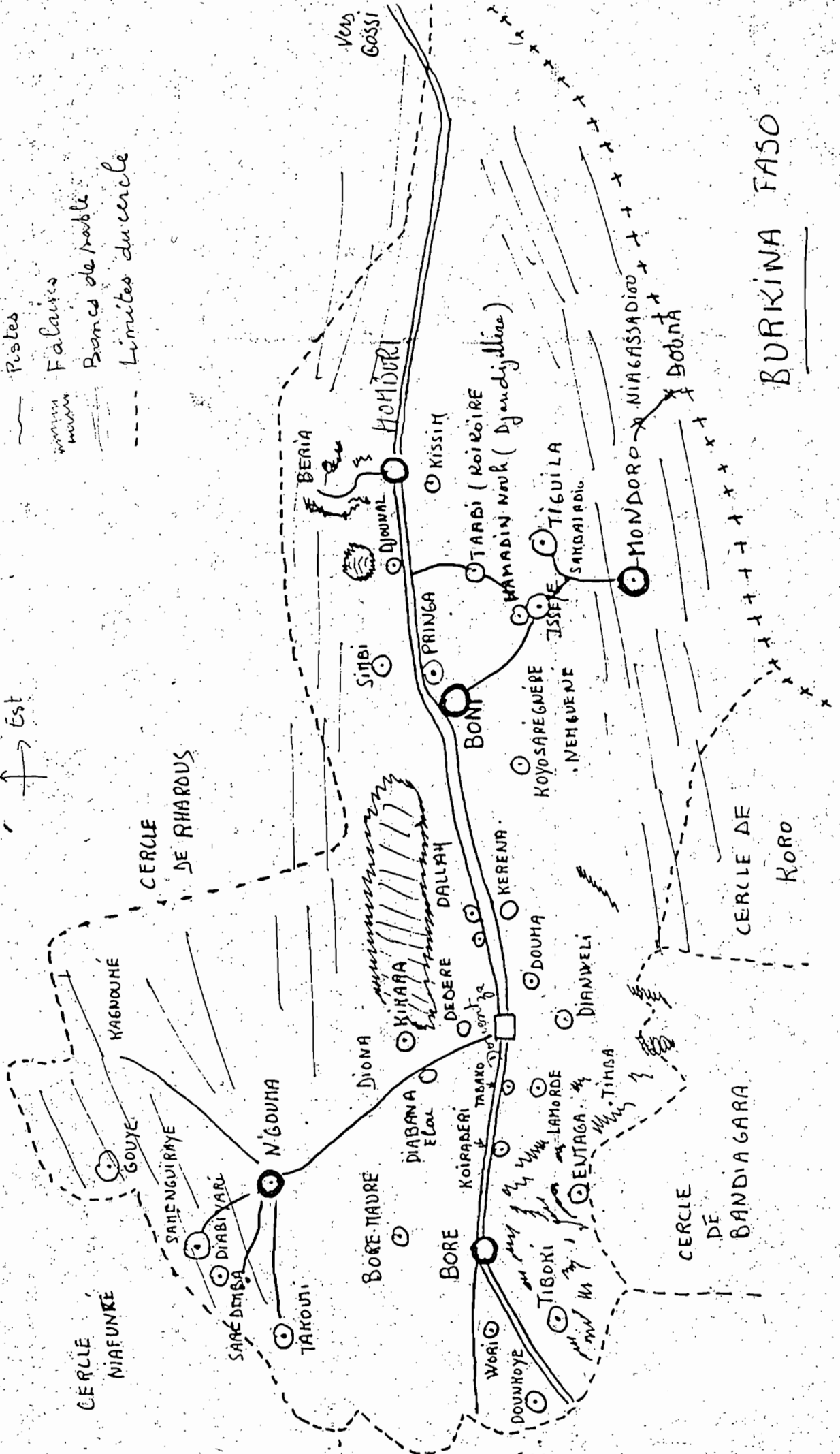
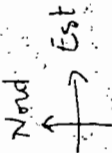
Nationale 16

Pistes

Falaises

Bancs de sable

Limites du cercle



BURKINA FASO

A N N E X E II

<u>ARRONDISSEMENTS</u>	<u>VILLAGES</u>	<u>NOMBRE DE GRAPPES</u>
<u>Boni</u> (15.888 habitants)	<u>Boni</u> Nissanata	2 1
<u>Boré</u> (16.785 habitants)	<u>Boré</u> Falembougou	3 1
<u>Central</u> (45.518 habitants)	Dianwely Maoudé	2
	Fombori	2
	Deberé	1
	Petaka	2
	Synda	2
<u>Hombori</u> (17.268 habitants)	Hombori	4
<u>Mondoro</u> (21.089 habitants)	Mondoro	4
<u>N'gouma</u> (29.226 habitants)	N'gouma	5
	Segué	1
Total = 146.226 habitants		30

ENQUETE SUR LA PERCEPTION COMMUNAUTAIRE DU PLANNING FAMILIAL
DANS LE CERCLE DE DOUENTZA.

Annexe III

Enquêteur:

Patrice COULIBALY

E.N.M.P.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

1

du questionnaire _____

ondissement de _____

âge de _____

hnie _____

profession _____

e _____

igion _____

X

Etat matrimonial

Marié(e)

Type monogamie

polygamie

Célibataire
sans enfant

avec enfants

veuf

Divorcé

niveau d'alphabétisation : Primaire

Secondaire

Supérieur

Langues nationales

Aucun

2- Antécédent obstétrical

- Nombre de grossesses

- Nombre d'enfants vivants

- Nombre d'enfants décédés

- Nombre d'avortement

- Nombre d'années séparant vos enfants :

- un an

- 2 ans

- plus de 2 ans

3 Avez - vous entendu parler du planning familial ?

Oui Non

4 Si oui à partir de quelle source d'information ?

Agent de Santé

Voisin

Parent

Radio ou Télé

Chef de village

Ami (e)

Autres (à préciser)

5 Qu'est ce que c'est que le planning familial ?

6 Quelles sont les personnes intéressées par le planning familial ?

. Femmes mariées

. Femmes non mariées

. Veuves

. Hommes mariés

. Jeunes filles et garçons avant la puberté

. Jeunes filles et garçons à partir de la puberté

. Hommes non mariés

Connaissez-vous des méthodes de planning familial ?

Oui

Non

Citez les différentes méthodes de planning familial que vous connaissez

Modernes

Traditionnelles

Pratiquez-vous une de ces méthodes de planning familial ?

Oui

Non

Si non pourquoi ?

0. Depuis quand pratiquez-vous cette méthode ?

trois mois

six mois

un an

plus de 1 an

1. Qui a eu l'initiative dans le foyer ?

mari

en commun

Femme

12 Avez-vous entendu dire ce qui suit concernant
le planning familial ?

- le stérilet monte dans les intestins
- la pilule entraîne une augmentation ou une diminution
de poids
- modifie la durée des règles
- diminue les douleurs menstruelles
- provoque à l'arrêt chez la femme
des grossesses multiples comme une lapine ou une souris
- Autres à préciser

13 Pensez-vous que l'allaitement prolongé de l'enfant permet
d'espacer les grossesses ?

Oui Non

Si oui pendant combien de temps faut-il allaiter l'enfant pour ne pas
contracter une autre grossesse ?

Moins de deux ans

Plus de deux ans

Est-ce que ce temps est identique quelque soit le sexe de l'enfant ?

Oui Non

14 Chez quel sexe la durée de l'allaitement est plus longue ?

garçon

Fille

Justifiez votre réponse

15 Observez-vous une période d'abstinence avec votre mari en vue
d'espacer les naissances ?

Oui Non

Si oui quelle est la durée de cette période ?

1 mois
3 mois
plus de 1 an

Connaissez-vous certaines maladies sexuellement transmissibles ?

Non

oui lesquelles ?

Certaines méthodes de planning familial peuvent-elles prévenir les maladies sexuellement transmissibles ?

Non

oui lesquelles ?

Le planning familial présente-t-il des avantages ?

Non

oui lesquels ?

Augmente la Santé de la mère

" de l'enfant

Contre les MST/SIDA

so

Le planning est-il conforme à votre éthique religieuse ?

NON

Selon vous que faut-il faire pour une plus large utilisation du planning ?

Annexe IV

FICHE D'ENQUÊTE POUR L'ÉVALUATION DES ACTIONS
DE PLANNING FAMILIAL AU NIVEAU DU CERCLE ET/OU
ARRONDISSEMENT.

A

Auteur: Patrice COULIBALY
E.N.M.P.

1. Identification de la personne

Nom et prénom
Région de
Age de
.....
Profession
Situation
.....

2. Niveau d'alphabétisation

- Primaire
- Secondaire
- Supérieur
- Langues nationales
- Aucun
- Ecole Coranique

3. Etat matrimonial

- Marié(e) Type: Monogamie
Polygamie
- Célibataire Type: Sans enfant
Avec enfants
- Veuf
- Divorcée

4. Antécédent obstétrical

- Nombre de grossesses
- Nombre d'enfants vivants
- Nombre d'enfants décédés
- Nombre d'avortement

5. Qui vous a guidé vers le planning Familial ?

- Agent de Santé
- Voisin
- Parent
- Radio ou télé
- Chef de village
- Ari(o)
- Autres

6. Quelles méthodes utilisez-vous ?

- Pilule
- Injectables
- Stérilet
- Spermicide
- Préservatifs
- Autres(à préciser) _____
- _____
- _____

7. Depuis combien de temps utilisez-vous cette méthode ?

- 3 mois
- 6 mois
- 1 an
- 2 ans
- plus de 2 ans Précisez l'année

8. Qu'est ce que vous avez constaté lors de l'utilisation de cette méthode ?

Changement de poids:

en plus

en moins

Diminution des règles

Arrêt des règles irrégulière

Augmentation des règles

Diminution des douleurs menstruelles

Autres (à préciser) _____

9. Avez-vous des difficultés pour votre approvisionnement ?

Oui

Non

Si oui

Centre trop éloigné

Rupture fréquenté de médicaments

Autres (à préciser) _____

10. Les agents chargés du planning familial donnent-ils régulièrement des informations sur l'utilité du planning

Oui

Non

11. Font-ils des séances de démonstration ?

Oui

Non

Ne sait pas

Si oui avec mannequin

Sur affiche

Autres (à préciser) _____

12. Font-ils un examen gynécologique avant le choix de la méthode ?

Oui

Non

13. Choisissez-vous librement votre méthode ?

Oui NON

Si non dites pourquoi ? _____

14. Que pensez-vous des rapports entre les agents de planning et les utilisateurs ?

Bons

Acceptables

Mauvais

15. Pensez-vous que l'information sur le planning intéresse le mari ?

Oui Non

Si oui pourquoi ?

16. Le planning familial vous a-t-il permis de ?

- Espacer vos naissances ?

- réduire vos dépenses ?

- améliorer votre état de santé

améliorer l'état de santé de vos enfants

Autres (à préciser) _____

17. Etes-vous satisfait de la prestation du service de planning Familial de votre centre ?

Oui Non Pas totalement

Justifiez votre réponse

18. Selon vous que doit-on faire pour améliorer la prestation du service du planning familial de ce centre ?

QUESTIONNAIRE DESTINE AU PERSONNEL CHARGE DU PLANNING
FAMILIAL DANS LE CERCLE DE DOUENTZA.

Enquêteur:

Patrice COULIBALY

E.N.M.P. 1992

1. Identification de l'Agent :

N° du questionnaire _____

Centre de PF de _____

Prénom _____

Nom _____

2. Depuis combien de temps faites-vous les activités de PF ?

1 an

2 ans

plus de 2 ans

3. Avez-vous reçu une formation ou un recyclage ?

oui non

Si Oui quelle était la durée ?

1 semaine

15 jours

1 mois ou plus

4. Etes-vous supervisés ?

Oui Non

Si Oui, Par qui ? Combien de fois /An ?

5. Qu'entendez-vous par PF ?

- Espacement des naissances

- Limitation des naissances

- Eviter les grossesses indésirés

- Assurer un meilleur épanouissement de la famille

- Autres (à préciser) _____

6. Quelles sont les méthodes de PF que vous connaissez ?

- Chimiques
- Mécaniques
- Naturelles
- Autres (à préciser)

7. Quels sont les contraceptifs utilisés dans votre centre ?

- Pilule
- Injectables
- DIU
- Spermicides
- Condom

8. Que faites-vous quand une femme se présente pour la 1ère fois en PF?

- Accueil
- Interrogatoire
- Examen clinique
- Examen gynécologique
- Explication de toutes les méthodes disponibles
- Donne la liberté de choisir
- Conseille la méthode qui convient le mieux
- Autres (à préciser)

9. Que cherchez-vous chez une femme quand vous devez la mettre sous pilule, injectable ou la placer un DIU ?

- une pathologie du col
- Une MIP
- Une HTA
- Une cardiopathie
- L'âge
- Le desir de féconder encore
- Autres (à préciser)

10. Avez-vous des difficultés dans votre prestation en PF ?

Oui

Non

Si Oui

- Rupture fréquente de produits

- Difficultés d'approvisionnement

- Barrières socio-culturelles

- Autres(à préciser) _____

11. Que préconisez-vous pour que l'activité soit plus performante ?

Nom : COULIBALY

Prénom : Patrice

TITRE DE LA THESE

Contribution à l'Etude Socio-épidémiologique du
planning familial dans le cercle de Douentza.

Année : 1991 - 1992

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

Lieu de Dépôt : Bibliothèque de l'école de médecine
du Mali

Secteur d'intérêt : Santé publique.

R E S U M E

Cette étude socio-épidémiologique du planning
familial dans le cercle de Douentza a consisté à une enquête
CAP portant sur un échantillon représentatif de 900 personnes
issus de la population et sur 38 agents socio-sanitaires.

Elle a permis d'établir que :

- 35,8% de la population enquêtée connaissant au moins une
méthode moderne de PF ;
- la prévalence contraceptive est seulement de 2,5% ;
- seulement 26,3% des agents sont formés en PF.

Il apparait donc que les niveaux de connaissance et d'utilisation du planning familial sont très bas au niveau du cercle ; que des efforts doivent être consentis dans ce sens en mettant surtout l'accent sur la formation des agents de santé.

Mots clés :

- Etude socio-épidémiologique
- Planning familial
- Cercle de Douentza

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, 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 se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, 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.