

Accroissement de l'accès aux services de planning familial dans les régions rurales du Mali grâce à la distribution communautaire

Par Karen R. Katz, Caroline G. West, Fodé Doumbia et Fatoumata Kané

Contexte: La distribution communautaire de contraceptifs a fait l'objet de relativement peu d'études quantitatives, en dépit de la mise en œuvre de tels programmes dans plusieurs régions à faible prévalence contraceptive.

Méthode: Un programme de distribution communautaire de contraceptifs a été incorporé à un système de soins de santé primaires organisé par une organisation non gouvernementale dans deux sous-districts ruraux, au sud du Mali. Dans deux autres sous-districts, les prestataires de soins de santé primaires se sont limités à un effort d'offre de documentation et de sensibilisation. Un cinquième sous-district a servi de groupe de contrôle. La connaissance contraceptive, les attitudes et les pratiques ont été mesurées avant la mise en œuvre du programme à travers une enquête préliminaire menée sur 2.994 femmes et hommes. Au terme de 18 mois, une enquête de fin d'étude a été menée sur 2.551 femmes et hommes.

Résultats: Chez les femmes, la connaissance d'au moins une méthode de contraception moderne était plus répandue après l'intervention qu'avant dans les trois groupes: 99% par rapport à 10% dans le groupe de distribution communautaire; 71% par rapport à 10% dans le groupe soumis à une simple sensibilisation; et 53% par rapport à 10% dans le groupe de contrôle. Chez les femmes toujours, la pratique d'une méthode contraceptive moderne s'était également accrue, de 1% à 31% dans le groupe de distribution communautaire, de 1% à 10% dans le groupe sensibilisé, et de 2% à 14% dans le groupe de contrôle. Les contraceptifs oraux et les spermicides se sont révélés les méthodes les plus populaires dans le groupe de distribution communautaire, tandis que la pilule était presque exclusivement retenue dans les groupes de sensibilisation et de contrôle. De même, côté hommes, le recours au préservatif était passé de 9% à 35% dans le groupe de distribution communautaire et de 7% à 16% dans le groupe de sensibilisation, par rapport à un taux de pratique passé de 6% à 10% dans le groupe de contrôle.

Conclusions: L'approche de distribution communautaire testée dans les milieux ruraux du Mali a accru la connaissance et la pratique de la contraception à travers un cadre de soins de santé existants et pourrait servir de modèle aux organismes désireux d'étendre et d'améliorer leurs programmes de planning familial dans d'autres régions d'Afrique.

Perspectives Internationales sur le Planning Familial, numéro spécial de 1999, pp. 4–10 & 25

L'assurance de services de planning familial efficaces et acceptables aux populations rurales d'Afrique subsaharienne présente une sérieuse gageure pour les prestataires de soins de santé et les décideurs politiques. La distribution communautaire offre une méthode d'apport parfois utilisée pour atteindre les populations ne disposant que d'un accès limité aux prestations. L'approche fait appel à des travailleurs qui résident ou se rendent eux-mêmes dans les communautés pour y assurer les services que les femmes ne pouvaient traditionnellement obtenir que dans

des cliniques extérieures à leur communauté. Dans de nombreuses régions du monde, ce système a permis d'améliorer l'accès au planning familial et d'accroître par la même occasion les taux de prévalence contraceptive.¹ Dans les années 1980, les programmes de distribution communautaire étaient rares dans les pays d'Afrique, mais la pratique est aujourd'hui plus répandue.

Beaucoup d'études descriptives ont examiné les programmes de distribution communautaire, mais il existe relativement peu d'évaluations rigoureuses de leur mise en

œuvre en Afrique. Les études descriptives offrent, certes, une contribution importante à la compréhension générale des programmes, mais une recherche fondée sur des mesures quantifiables de leur incidence n'en demeure pas moins indispensable.

Au Zimbabwe, l'un des premiers pays d'Afrique à avoir développé significativement ses activités de distribution communautaire, une analyse des données recueillies dans le cadre de l'enquête sur l'hygiène de la reproduction (Zimbabwe Reproductive Health Survey, menée dans le pays en 1984) a évalué à 25% le pourcentage de la population féminine rurale qui avait reçu la visite d'un agent de distribution communautaire. Environ 43% des années-couple de protection contraceptive assurées par le programme de planning familial du Zimbabwe pouvaient du reste être attribuées à l'effort de distribution communautaire.² De telles mesures quantitatives sont cependant rares.

Ainsi, selon les conclusions d'une évaluation des programmes de distribution communautaire africains, une recherche complémentaire serait nécessaire à l'identification des stratégies propres aux programmes couronnés de succès et à l'examen des raisons de l'échec ou de la réussite.³ Au Kenya, l'examen de 14 programmes de dis-

Karen R. Katz est chercheur adjointe et Caroline G. West, chercheur-analyste, au service de Family Health International (FHI), Research Triangle Park, NC, USA. Fodé Doumbia assure la coordination du secteur santé et, au moment de l'étude, Fatoumata Kané s'occupait de la coordination planning familial/sida au service de Save the Children/USA-Sahel Field Office, Bamako, Mali. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance à Barbara Janowitz, Doug Nichols, Lucinda Glover et Karen Hardee pour leurs commentaires et remercient Michele Poulton et Peter Laugharn pour leur assistance. Le support de la recherche à la base de cet article a été assuré par FHI et Save the Children, à l'aide de fonds de l'agence américaine pour le développement international. Les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement celles des organismes de financement.

tribution communautaire a révélé que de nombreuses évaluations se concentraient davantage sur le mode d'application et de conduite des programmes que sur leurs résultats.⁴ Au Zaïre, l'évaluation d'impact d'un projet communautaire pilote entrepris dans les années 1980 a déterminé, selon une approche quasi-expérimentale, que le programme offrait un système de distribution acceptable, sans pouvoir établir toutefois si la hausse de la prévalence contraceptive lui était imputable ou relevait plutôt de prestations cliniques étendues.⁵

L'efficacité d'un programme dépend de l'approche adoptée à l'égard de ses divers composants organisationnels: formation, recrutement et encadrement des agents, rémunération, degré d'implication de la communauté,⁶ viabilité, rentabilité et rapport avec les services formels.⁷ Etant donné que différentes stratégies peuvent s'avérer fructueuses dans différentes communautés, la recherche axée sur les facteurs opérationnels est de plus en plus reconnue tel un aspect important de l'évaluation.

Le Mali compte au nombre des pays d'Afrique subsaharienne en quête du système optimal de distribution rurale de leur programme de planning familial. A la faible prévalence contraceptive nationale du Mali (5%) s'ajoute une large disparité, au niveau de cette prévalence, entre les milieux urbains et ruraux: 12% par rapport à 2% seulement, selon les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) de 1995.⁸ Malgré la hausse observée par rapport aux niveaux de 5% et 0,1% enregistrés, respectivement, lors de l'enquête EDS de 1987,⁹ l'écart demeure manifeste. La différence peut être attribuée, en partie, aux limites d'accès aux services de planning familial rencontrés dans les régions rurales du pays.

L'examen des activités de distribution communautaire au Mali offre l'occasion de mieux comprendre l'incidence générale de ces programmes sur la pratique contraceptive, ainsi que les caractéristiques favorables à leur succès. L'objectif de nos travaux était de déterminer si l'intégration de services de distribution communautaire dans le cadre d'un système de soins de santé primaires pouvait mener à un accroissement de la pratique contraceptive. Nous entendions également illustrer l'utilité d'un modèle de recherche quasi-expérimental dans l'évaluation des programmes de distribution communautaire.

Contexte

La mise en œuvre du premier projet malien de distribution communautaire, sous le parrainage du Center for Development and Population Activities, remonte à

l'année 1986, dans le district rural de Kati-bougou. Faisant appel aux habitants et habitantes de l'endroit pour la formation d'équipes d'hygiène locales de village, ce programme couronné de succès réussit à recruter plus de 5.000 nouveaux clients en l'espace de cinq ans.¹⁰ Ses principales limitations se manifestèrent dans les coûts élevés du programme, au niveau des transports surtout, et dans la nécessité d'encadrement constant des agents de village.

En 1990-1991, un deuxième projet de distribution communautaire, sous le parrainage de l'organisation USAID (Agence américaine pour le développement international) entreprit d'étendre l'apport de services de planning familial au Mali. La mise en œuvre fut assurée par le ministère national de la Santé, dans neuf sous-districts de deux régions du Mali, par l'intermédiaire de promoteurs du planning familial au niveau des villages.¹¹ Ces promoteurs étaient chargés de mener des activités de sensibilisation sur les questions d'hygiène et de planning familial, ainsi que d'assurer la distribution de préservatifs et spermicides dans 54 villages.¹²

Le programme lancé par USAID n'étant intégré à aucun autre service sanitaire et se concentrant exclusivement sur les activités de planning familial, l'organisation non gouvernementale Save the Children/USA proposa l'établissement d'un projet de distribution communautaire dans le district de Kolondieba, point d'implantation d'un centre de soins de santé primaires établi en 1987 par la même organisation. A travers l'intégration de services de planning familial dans le cadre du système existant, Save the Children entendait créer une approche différente de celle du programme national non intégré.

Les modèles de prestations intégrées ont été identifiés tel un moyen d'offrir des services de santé aptes à mieux répondre aux besoins de la clientèle. Ces programmes peuvent du reste améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes d'apport de prestations. Tirant parti d'une infrastructure et d'effectifs existants plutôt que d'exiger un redoublement des ressources, les programmes intégrés sont aussi, potentiellement, plus rentables.¹³ Malgré ce gain potentiel d'efficacité, l'intégration de services d'hygiène de la reproduction risque cependant d'affaiblir un aspect du programme au détriment de l'autre.¹⁴

Le système de soins de santé primaires mis en place par Save the Children couvre les cinq sous-districts de Kolondieba et inclut un réseau d'agents sanitaires communautaires (appelés «conseillers familiaux») et de personnel infirmier se

rendant régulièrement dans chaque village. En 1991, au terme d'une formation intensive, ces conseillers et infirmières ont commencé à sensibiliser certains villages au planning familial, sans apport de fournitures contraceptives toutefois.

Dans deux sous-districts cependant, 11 villages comptant une population d'au moins 800 habitants, dotés d'une association villageoise mais sans accès au programme national furent sélectionnés comme participants au programme de distribution communautaire. Avec l'accord des dirigeants locaux, chaque village fut invité à sélectionner un homme et une femme appelés à recevoir une formation de promoteur de planning familial. Les individus choisis devaient bénéficier du soutien de leur village, garder strictement confidentiels leurs rapports avec leur clientèle et être alphabétisés.

Les promoteurs reçurent une formation les rendant aptes à assurer la sensibilisation au planning familial dans le cadre de discussions de groupe et de visites à domicile, à vendre des contraceptifs et à gérer leurs stocks tout en comptabilisant le produit de leurs ventes. Etant donné qu'il ne convient pas, au Mali, pour deux personnes de sexe opposé de parler de questions de sexualité et que la communication entre époux est rare sur ce sujet, les promoteurs furent appelés à ne traiter qu'avec les villageois de leur sexe respectif. Ainsi ceux de sexe masculin ne furent-ils approvisionnés qu'en préservatifs, et leurs homologues féminines ne reçurent-elles que des spermicides.¹⁵ Le prix de chaque préservatif et spermicide fut fixé à l'équivalent de US \$0,06, incluant un bénéfice de 20% pour le promoteur (le reste devant aller au réapprovisionnement des stocks).

Le programme devint opérationnel en juin 1992, après la livraison des premières fournitures dans les villages. Le personnel conseiller et infirmier continua à assurer ses services de sensibilisation au planning familial dans les villages participants et dans deux sous-districts non participants. Dans les villages participants, les promoteurs s'occupèrent également de la sensibilisation, assortie de la vente de préservatifs et de spermicides. Un cinquième sous-district ne bénéficiant d'aucune activité de planning familial fut inclus à titre de contrôle.

Données et méthodes

Pour évaluer l'impact du programme de distribution communautaire, une enquête préliminaire et une seconde de fin d'étude furent menées afin de mesurer les changements survenus au niveau de la connaissance, des perceptions et de la pratique du

Tableau 1. Caractéristiques socioculturelles des femmes et des hommes ayant participé à une évaluation pré- et post-intervention des stratégies de prestation, par groupe d'appartenance, district de Kolondieba, Mali, 1992 et 1994

Mesure	Distribution communautaire		Simple sensibilisation		Contrôle	
	Pré-intervention	Post-intervention	Pré-intervention	Post-intervention	Pré-intervention	Post-intervention
Femmes	N=495	N=467	N=507	N=385	N=493	N=437
Age moyen	27 (7)	27 (5)	28 (8)	27 (6)	27 (7)	27 (8)
% mariées	99	97	97	95	98	96
Nombre moyen d'enfants	3,0 (1,9)	3,1 (1,9)	3,1 (2,3)	3,2 (2,1)	3,2 (2,2)	3,1 (2,2)
% scolarisées au niveau primaire	3	6	5	10	1	5
Hommes	N=522	N=426	N=514	N=420	N=463	N=416
Age moyen	36 (11)	33 (9)	38 (11)	34 (11)	37 (11)	39 (13)
% mariés	85	91	89	87	89	90
Nombre moyen d'enfants	3,7 (3,6)	3,4 (3,2)	4,1 (3,8)	3,6 (3,8)	4,0 (3,6)	4,5 (3,9)
% scolarisés au niveau primaire	7	10	8	18	6	7

Note: Les chiffres entre parenthèses représentent l'écart type.

planning familial. Les statistiques de prestations, rapports d'activités et entretiens avec les conseillers ont par ailleurs permis de surveiller l'efficacité des activités du projet au fil du temps. Les populations des trois groupes à l'étude étaient comparables, bien que non identiques, permettant l'application d'un modèle quasi-expérimental non équivalent avec groupe de contrôle.

Les enquêtes

La base de sondage des enquêtes pré- et post-intervention avait été extraite des informations d'enregistrement familial recueillies par Save the Children en 1991. (Les données relatives à la population tout entière avaient alors été recueillies, avec numérotation de chaque enceinte—groupe d'habitations formant généralement une unité familiale—comprise dans chaque village.) Une méthode d'échantillonnage similaire fut appliquée aux deux enquêtes. Dans les deux cas, la population fut stratifiée par sexe, par groupe d'étude et par village. Les villages couverts par le programme national de distribution communautaire et ceux comptant moins de 250 habitants furent exclus de la base de sondage. Au total, 81 villages furent ainsi inclus dans l'échantillon.

Pour permettre la comparaison entre les enquêtes, le questionnaire s'est inspiré de celui utilisé pour l'évaluation du projet national.¹⁶ Un questionnaire distinct a été soumis aux hommes et aux femmes. Les résultats présentés dans cet article comparent les observations de l'enquête préliminaire et de celle de fin d'étude, à travers des variables sélectionnées comme mesures représentatives de la connaissance, des perceptions et de la pratique du planning familial. La signification statistique des différences a été établie par tests chi carré ou t.

L'enquête préliminaire de base a été

menée de décembre 1991 à février 1992.¹⁷ La première enceinte interviewée dans chaque village avait été choisie par sélection aléatoire, le chef du village ayant été invité à tirer un numéro dans une urne contenant ceux de toutes les enceintes qui y avaient été dénombrées. L'équipe d'intervieweurs était ensuite passée à l'enceinte voisine de gauche de la première sélectionnée, et ainsi de suite jusqu'à atteindre la taille d'échantillon voulue pour le village.

La taille d'échantillon anticipée fut calculée de manière à produire des estimations raisonnables de la connaissance, des perceptions et de la pratique de la contraception au sein de la population à l'étude, avec un degré de confiance de 95%. L'échantillonnage en grappes a été pris en compte dans le calcul (chaque village comprenant une ou deux grappes, suivant la taille de sa population), de même que l'attente d'un taux de réponse de 67%. Les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes de 18 à 60 étaient admis à participer à l'enquête; 1.495 femmes et 1.499 hommes ont ainsi été interviewés.

Au terme de 18 mois d'activité, une enquête «post-intervention» de fin d'étude a été menée de décembre 1993 à janvier 1994. Le taux de réponse s'étant avéré supérieur (plus de 90%) à celui que nous avions anticipé au niveau de l'enquête préliminaire, nous avons recalculé la taille de l'échantillon pour l'enquête de fin d'étude, en fonction d'un taux de réponse estimé conservativement à 80%. Un total de 1.289 femmes et 1.262 hommes ont ainsi été interviewés dans le cadre de l'enquête post-intervention.

Données de surveillance

L'efficacité du programme a été surveillée en permanence, du début à la fin du projet. Les statistiques (basées sur les rapports d'activités mensuelles tenus par le pro-

moteur de chaque village et compilées par le personnel de Save the Children) ont fourni les informations relatives au nombre de préservatifs et de spermicides vendus, au nombre d'hommes et de femmes acheteurs et au nombre d'activités de sensibilisation menées. Les rapports d'activités trimestrielles dressés par les conseillers documentaient par ailleurs toutes les activités du programme, servant du reste à identifier les problèmes et à en définir les solutions. Enfin, au terme des 18 premiers mois d'activités (en décembre 1993), le coordinateur du programme a interviewé huit conseillers et infirmières pour s'enquérir de leurs impressions au sujet du programme et de leurs perceptions quant à son incidence sur leurs autres responsabilités.

Résultats

Caractéristiques des échantillons

Le tableau 1 révèle peu de différences entre les caractéristiques socioculturelles des femmes sélectionnées dans les trois groupes. En moyenne, ces femmes étaient âgées de 27 ans et avaient trois enfants. Plus de 95% faisaient partie d'unions matrimoniales monogames ou polygames. Les caractéristiques socioculturelles des groupes de l'enquête de fin d'étude étaient également comparables à celles des groupes interviewés lors de l'enquête préliminaire. La scolarisation était la seule caractéristique variable, tant entre les groupes d'enquête préliminaire et post-intervention que parmi les trois groupes soumis à l'étude. Au niveau de l'enquête de fin d'étude, 6% des femmes du groupe de distribution communautaire et 10% de celles du groupe soumis à une simple sensibilisation avaient bénéficié d'une certaine scolarisation primaire, par rapport à 3% et 5%, respectivement, au niveau de l'enquête préliminaire.

Côté hommes, d'autres différences sont apparues entre le groupe de distribution communautaire et celui de sensibilisation. Au niveau de l'enquête de fin d'étude, les hommes des deux groupes se sont révélés légèrement plus jeunes et pères de familles moins nombreuses que leurs homologues au niveau de l'enquête préliminaire, ces différences n'étant toutefois guère significatives. La tendance n'était cependant pas reflétée dans le groupe contrôle. Comme dans le cas des femmes, la proportion des hommes ayant bénéficié, dans tous les groupes, d'un certain niveau de scolarisation primaire au moins, était supérieure lors de l'enquête de fin d'étude.

Cette différence pourrait être attribuée, en partie, à l'accroissement progressif de la scolarisation ces dernières années. Il

s'agit peut-être aussi d'une fonction de l'erreur d'échantillonnage. L'analyse préliminaire ayant indiqué l'incidence potentiellement significative de niveaux d'instruction accrus sur les résultats de l'étude, nous avons stratifié les analyses de toutes les variables, pour les femmes comme pour les hommes, en deux groupes, selon le critère de scolarisation primaire ou non. Pour la plupart des variables, l'instruction s'est avérée sans effet significatif sur les résultats; nous avons noté tous les cas où elle avait eu un impact.

Connaissance du planning familial

Les participants ont été invités à citer toutes les méthodes d'espacement des naissances (selon l'expression généralement utilisée au Mali pour désigner le planning familial) qui leur étaient familières. L'évolution, avec le temps, du pourcentage de femmes et d'hommes capables de citer au moins une méthode de contraception moderne est apparue significative dans les trois groupes (tableau 2). Au niveau de l'enquête préliminaire, ce pourcentage était semblable pour les femmes des trois groupes. L'enquête de fin d'étude révèle par contre une hausse significative de la connaissance de la contraception dans tous les groupes ($p < 0,001$), la plus forte ayant été observée dans le groupe de distribution communautaire, suivi du groupe de sensibilisation. La hausse était également significative dans le groupe de contrôle, mais dans une moindre mesure. Chaque groupe présentait aussi une hausse significative d'une enquête à l'autre ($p < 0,001$) au niveau de la connaissance de chaque méthode (non représenté).

La pilule était la méthode la plus généralement connue dans les trois groupes. Au niveau de l'enquête de fin d'étude, 75% des représentantes du groupe de distribution communautaire l'avaient citée, de même que 67% dans le groupe sensibilisé, par rapport à 49% dans le groupe de contrôle. Plus de la moitié des participantes au groupe de distribution communautaire avaient mentionné les spermicides à l'occasion de l'entrevue, reflet, probablement, de leur meilleur accès à la méthode (non représenté), alors que ces mêmes spermicides étaient pratiquement inconnus dans les groupes de sensibilisation et de contrôle (cités par moins de 10% des participantes).

Une augmentation similaire de la connaissance de la contraception a été observée parmi les hommes des groupes de distribution communautaire et de sensibilisation ($p < 0,001$). Une hausse moindre, non significative, a également été relevée dans le groupe de contrôle (tableau 2). Au niveau

Tableau 2. Mesures sélectionnées de la connaissance, des perceptions et des pratiques contraceptives aux niveaux pré- et post-intervention parmi les femmes et les hommes du district de Kolondieba, par groupe d'appartenance

Mesure	Distribution communautaire		Simple sensibilisation		Contrôle	
	Pré-intervention	Post-intervention	Pré-intervention	Post-intervention	Pré-intervention	Post-intervention
Connaissance d'au moins une méthode moderne	(N=496)	(N=467)	(N=507)	(N=385)	(N=493)	(N=437)
% femmes	10	99**	10	71**	10	53**
% hommes	43	91**	27	70**	43	49
Intention de pratiquer la contraception lorsqu'elle sera disponible†	(N=301)	(N=466)	(N=244)	(N=378)	(N=260)	(N=416)
% femmes	62	85**	51	80**	67	76**
Pratique féminine d'une méthode moderne	(N=496)	(N=467)	(N=507)	(N=385)	(N=493)	(N=437)
% méthode moderne quelconque	1	31**	0‡	10**	2	14**
% pilule	0‡	16**	0‡	7**	1	9**
% spermicide	0‡	14**	0	0‡	0	0
% autre	0‡	2	0‡	2	0‡	5
Usage masculin du préservatif	(N=516)	(N=425)	(N=498)	(N=415)	(N=454)	(N=412)
% l'ayant jamais utilisé	9	35*	7	16**	6	10
Discussion du planning familial avec partenaire	(N=497)	(N=472)	(N=509)	(N=385)	(N=493)	(N=443)
% femmes	17	67**	13	41**	16	37**
% hommes	14	77**	9	47**	17	38**

* $p < 0,01$. ** $p < 0,001$. †En fonction des seules femmes connaissant une méthode moderne ou traditionnelle ou l'expression «espacement des naissances». ‡Moins de 0,5%.

de l'enquête préliminaire, les groupes de distribution communautaire et de contrôle présentaient des niveaux similaires de connaissance de la contraception, laquelle était alors nettement inférieure dans le groupe de sensibilisation. Lors de l'enquête de fin d'étude, le groupe de distribution communautaire offrait le plus haut pourcentage d'hommes capables de citer au moins une méthode contraceptive moderne, suivi du groupe sensibilisé. La pilule et le préservatif étaient les méthodes le plus généralement connues dans les trois groupes—par plus des deux tiers dans le groupe de distribution communautaire, la moitié dans le groupe sensibilisé et environ un tiers dans celui de contrôle (non indiqué). La hausse du niveau de connaissance de ces deux méthodes était significative dans les groupes de distribution communautaire et de sensibilisation ($p < 0,001$). En ce qui concerne les spermicides, elle ne l'était toutefois que dans le groupe de distribution communautaire ($p < 0,001$).

Perceptions de la procréation

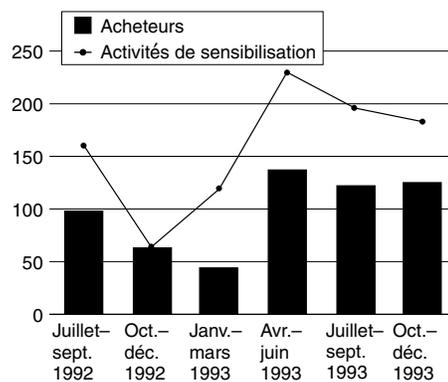
Pour mesurer l'évolution des perceptions à l'égard du planning familial, nous avons analysé les changements entre le nombre idéal d'enfants déclaré au niveau de l'enquête préliminaire puis de celle de fin d'étude. (Les hommes et femmes plus jeunes étant moins susceptibles que les couples plus âgés d'avoir connu de naissances non désirées—et ayant dès lors

moins l'occasion de prétendre que ces naissances étaient en fait désirées—nous n'avons tenu compte pour cette analyse que des données recueillies auprès des participants âgés de 30 ans au plus.)

Lors de l'enquête préliminaire, les femmes de chaque groupe désiraient au moins sept enfants, en moyenne, et il n'y avait pas de différence significative entre les groupes (non indiqué). Nous avons cependant observé un changement net, dans deux groupes, entre les deux enquêtes. Lors de la seconde, les groupes de distribution communautaire et de sensibilisation se sont tous deux avérés désirer une moyenne de deux enfants de moins, soit un nombre idéal moyen réduit de huit à six dans les deux groupes ($p < 0,001$). Chez les hommes, en revanche, aucun des groupes n'a présenté de changement significatif au niveau du nombre d'enfants considéré comme idéal. Dans les trois groupes, ce nombre s'est maintenu entre sept et huit d'une enquête à l'autre.

Le pourcentage des femmes qui entendent recourir au planning familial s'il leur devient aisément accessible représente également un indicateur utile des perceptions à l'égard du planning familial.*

*Nous n'avons mesuré cette intention que parmi les femmes qui avaient spontanément cité une méthode moderne ou traditionnelle ou qui avaient pour le moins indiqué une certaine connaissance du planning familial à travers leur compréhension de l'expression «espacement des naissances».

Graphique 1. Nombre d'hommes acheteurs de préservatifs et nombre d'activités de sensibilisation au planning familial, par trimestre

Note: Les achats de préservatifs incluent les nouveaux utilisateurs aussi bien que les utilisateurs existants.

Au niveau de l'enquête préliminaire, le groupe exposé à une simple sensibilisation présentait le moindre pourcentage de femmes prêtes à recourir au planning familial (tableau 2). Lors de l'enquête de fin d'étude, les trois groupes présentaient un accroissement significatif de ce pourcentage ($p < 0,001$), le plus grand gain ayant été enregistré dans le groupe de sensibilisation, suivi de celui de distribution communautaire. Au niveau de l'enquête de fin d'étude, le groupe de contrôle présentait ainsi le moindre pourcentage d'intention de pratique de la contraception.

Pratique du planning familial

La pratique féminine d'une méthode moderne de planning familial s'est fortement accrue dans tous les groupes soumis à l'étude ($p < 0,001$), la plus forte hausse ayant été observée dans le groupe de distribution communautaire (de 1% à 31% d'une enquête à l'autre), suivi du groupe de contrôle (de 2% à 14%) (tableau 2).

Les trois groupes ont également présenté une hausse significative de l'usage de la pilule ($p < 0,001$), dans le groupe de distribution communautaire surtout (de moins de 1% à 16%). Ce groupe s'est aussi révélé le seul à présenter une hausse significative de l'usage des spermicides. Aucun changement significatif n'a été observé, dans aucun des groupes, au niveau de l'usage des autres méthodes (préservatif, injectables ou stérilet).

Côté hommes, les déclarations d'usage du préservatif étaient similaires dans les trois groupes au moment de l'enquête préliminaire. Elles différaient toutefois significativement au moment de la seconde enquête, le groupe de distribution communautaire présentant la plus forte

hausse. Relativement peu de femmes avaient en revanche signalé le préservatif comme méthode de contraception pratiquée. Il est possible que les hommes recourent à cette méthode dans leurs rapports non conjugaux, mais l'observation pourrait aussi refléter un malentendu sur la question, les femmes pouvant estimer que le préservatif est une méthode strictement masculine.

Communication

Dans tous les groupes, la plupart des femmes et des hommes (87% à 96%) estiment qu'il n'appartient pas à la femme de décider à elle seule de l'emploi d'une méthode d'espacement des naissances. Aussi la promotion de la communication entre époux sur les questions de planning familial représente-t-elle un facteur indispensable à l'accroissement de la pratique contraceptive. L'enquête préliminaire a révélé une faible différence, entre les groupes de femmes, concernant la communication avec le conjoint sur la question d'espacement des naissances. La seconde enquête a révélé une augmentation significative de la communication dans tous les groupes de femmes, groupe de distribution communautaire en tête.

Des résultats similaires ont été observés chez les hommes. Au niveau de l'enquête préliminaire, la différence était faible entre le groupe de distribution communautaire et celui de contrôle, la communication avec les épouses s'étant révélée significativement moindre dans le groupe de sensibilisation. Dès la seconde enquête, une évolution significative était apparente dans tous les groupes, surtout dans celui bénéficiant de la distribution communautaire.

L'accroissement de la communication entre époux dans les groupes de distribution communautaire et de sensibilisation s'est cependant révélé significativement affecté par le niveau d'instruction. Bien que le changement, d'une enquête à l'autre, soit apparu significatif dans les deux groupes, la distribution communautaire et le programme de sensibilisation avaient eu une plus grande incidence sur la communication entre époux chez les participants non scolarisés au niveau primaire que parmi leurs homologues plus instruits.

Données de surveillance du projet

• *Statistiques du programme.* La graphique 1 illustre le rapport, par trimestre, entre le nombre d'hommes ayant acheté des préservatifs et le nombre d'activités de sensibilisation au planning familial menées par les promoteurs de village. (Le nombre de femmes ayant acheté des spermicides était

similaire, chaque trimestre, à celui des consommateurs de préservatifs.) Les acheteurs incluent les nouveaux utilisateurs aussi bien que ceux existants, la différence n'ayant pas été enregistrée dans les rapports initiaux.

Durant les neuf premiers mois de l'intervention, le nombre d'utilisateurs s'était progressivement réduit. Dès la période d'avril à juin 1993, toutefois, il s'était significativement accru et, malgré une légère baisse des achats durant les neuf mois suivants, le nombre d'utilisateurs, nouveaux et existants, est resté supérieur à celui enregistré durant les neuf premiers mois du programme.

À l'exception de la période de janvier à mars 1993, la tendance des activités de sensibilisation reflète les nombres d'utilisateurs et de nouveaux acheteurs. Ici encore, on observe une nette augmentation des activités durant les neuf derniers mois de l'étude. La hausse enregistrée tant au niveau des activités de sensibilisation que du nombre d'acheteurs pendant la période d'avril à juin 1993 peut être attribuée à la nouvelle formation offerte aux promoteurs durant le mois d'avril, lorsque les responsables de Save the Children, s'inquiétant de la faiblesse des ventes enregistrées durant les premiers mois, avaient décidé de renforcer les notions de planning familial et les aptitudes de communication des promoteurs.

• *Rapports d'activités du programme.* Les rapports trimestriels documentant les activités du programme indiquent que le personnel de Save the Children avait assuré la surveillance continue des progrès réalisés, identifié les problèmes et adopté les mesures aptes à y remédier. La plupart des problèmes rencontrés peuvent être répartis en deux catégories: ceux imputables aux promoteurs de village, et ceux liés à l'accès à la communauté.

La première catégorie incluait les promoteurs dont les activités de sensibilisation étaient insuffisantes, ceux qui se sentaient plus à l'aise dans les situations de dialogue individuel plutôt que de discussion de groupe et ceux qui s'étaient absentés du village ou qui avaient été malades. Certains de ces problèmes ont été résolus à travers la session de recyclage d'avril 1993. De nouveaux promoteurs ont également été formés (ou invités, dans certains cas, à assumer temporairement les responsabilités de promotion du village) pour résoudre le problème des promoteurs absents ou malades.

Les problèmes d'accès à la communauté tenaient à la réticence opposée à la nouveauté, aux ressources financières insuffisantes à l'achat de contraceptifs durant les mois d'hiver, aux difficultés d'accès

aux membres de la communauté employés aux travaux des champs, à l'hésitation de certains résidents non enclins à autoriser l'inscription de leur nom dans le carnet du promoteur, à la demande de la pilule exprimée par de nombreuses femmes et au sentiment de proscription islamique de la contraception.

Certains problèmes se sont avérés plus difficiles à résoudre que d'autres. Pour surmonter la résistance de la communauté, un plus grand nombre d'activités de sensibilisation a été planifié, avec variation des thèmes de la discussion. Pour atteindre les travailleurs occupés dans les champs, les discussions de groupe ont été menées pendant les pauses, tandis que les résidents recevaient l'assurance du caractère confidentiel des informations personnelles fournies aux promoteurs. Les femmes désireuses d'obtenir des contraceptifs oraux durent être renvoyées au centre médical du district, les promoteurs n'étant autorisés à vendre que des préservatifs et des spermicides. Les représentants influents des villages furent invités à parler du rapport entre islam et planning familial et à expliquer que le recours aux méthodes d'espacement des naissances avait toujours été accepté.

• *Entrevues avec le personnel.* Les responsables de Save the Children s'étaient inquiétés, avant la mise en œuvre du programme, de voir la charge accrue des conseillers et infirmières produire un effet négatif sur leurs autres responsabilités (immunisations, contrôles de croissance, etc.) Les huit conseillers et infirmières interviewés ne s'en sont cependant pas plaints, estimant plutôt que leurs activités de planning familial s'intégraient aisément à leur routine et qu'il était facile de les coordonner avec celles de survie des enfants. (Certains ont même mentionné qu'ils transmettaient leurs messages de planning familial à l'occasion de leurs séances d'immunisation, par exemple.) Aptes à s'acquitter de leurs responsabilités de surveillance durant leurs visites ordinaires, ils ne percevaient aucune charge supplémentaire.

Les conseillers et infirmières estimaient également que le planning familial était généralement bien accueilli au niveau du village. Ils n'en devaient pas moins faire face à de nombreux obstacles, au début des activités du programme surtout. L'une des difficultés rencontrées tenait au tabou opposé, dans de nombreuses communautés, à la discussion de la sexualité et aux mythes répandus sur le planning familial, selon lesquels il encouragerait notamment la prostitution.

Dès le début de la deuxième année, toutefois, les conseillers et infirmières pensaient que les villageois avaient commencé à comprendre les objectifs principaux du planning familial, en ce qu'il limite le risque de grossesses trop proches les unes des autres et réduit les dépenses familiales, notamment. Selon leurs rapports, les femmes, surtout, posaient plus de questions et les jeunes parlaient plus fréquemment de la contraception.

Discussion

Les résultats des enquêtes préliminaire et de fin d'étude révèlent clairement l'incidence du programme de distribution communautaire sur la connaissance, les perceptions et la pratique du planning familial dans les villages soumis à l'intervention. Bien que des changements aient été relevés dans les trois groupes à l'étude, le programme de distribution communautaire avait produit plus d'effet sur la connaissance et la pratique contraceptive que celui limité à la simple sensibilisation, les deux s'étant toutefois caractérisés par des changements plus nets que dans le groupe de contrôle.

Le programme diffère des autres efforts comparables entrepris au Mali en ce qu'il était intégré à un système de soins de santé existant, permettant dès lors de tirer parti d'un personnel sanitaire formé et dévoué à la cause. Le réseau formé par ce personnel a également assuré l'existence d'un mécanisme efficace d'encadrement des promoteurs de village, facilitant dès lors l'identification et la résolution rapides des problèmes rencontrés. La présence établie de Save the Children à Kolondieba et la participation des villages à la sélection de leurs intervenants ont probablement facilité aussi l'acceptation du programme de distribution communautaire. Sa consolidation en une structure pleinement établie devrait en accroître la probabilité de survie et de prestations sans majoration considérable des coûts.

Biais potentiels

Si les programmes de distribution communautaire et de sensibilisation ont atteint beaucoup de leurs objectifs originaux, certains résultats inattendus ont également été observés, y compris les changements significatifs enregistrés dans le groupe de contrôle en termes de connaissance, perceptions et pratique de la contraception, les différences relevées au niveau des impacts relatifs du programme de distribution communautaire et de celui de sensibilisation, et les différents effets produits sur les hommes par rapport aux femmes.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces différences, la première étant la diffusion, dans tout le pays, de messages de planning familial à la radio. Ces messages auraient cependant probablement produit une incidence égale sur les trois groupes à l'étude.

Autre influence extérieure susceptible d'expliquer les changements observés dans le groupe de contrôle, le programme de distribution communautaire organisé par l'Etat opérait dans trois gros villages situés dans le même sous-district que le groupe de contrôle. Bien qu'aucun des villages inclus dans le programme d'Etat ne l'ait été aussi dans le groupe de contrôle, il se peut que les effets du programme d'Etat se soient fait ressentir au-delà des villages ciblés, sans compter qu'un large éventail de contraceptifs pouvait également être obtenu dans une maternité et un dispensaire établis, tous deux, dans le même sous-district. Etant donné le confinement des opérations de Save the Children à une zone bien déterminée, il n'avait malheureusement pas été possible de localiser de site différent pour le groupe de contrôle.

Ainsi les messages de planning familial entendus à la radio et l'influence du programme national peuvent-ils avoir produit une demande accrue de prestations dans le district. La plus forte hausse de la pratique contraceptive dans le groupe de contrôle que dans celui exposé à une simple sensibilisation concorde en effet avec l'accès supérieur du groupe de contrôle à des prestations de planning familial.

En revanche, l'influence du programme national sur les groupes de distribution communautaire et de sensibilisation s'est probablement avérée minimale: s'il opérait bien dans six villages du sous-district d'implantation du programme de Save the Children, ces villages étaient relativement éloignés de ceux à l'étude, l'influence du programme d'Etat sur les efforts de Save the Children étant dès lors probablement restée faible. Aucun programme connu n'était du reste appliqué à proximité des villages inclus dans le programme de sensibilisation.

Une autre source de biais potentiel concerne notre description des opérations du projet en ce que les membres du personnel que nous avons interviewés peuvent avoir eu eux-mêmes un biais positif ou avoir ressenti une certaine réticence à critiquer le projet. Les informations recueillies dans le cadre de ces entrevues coïncidaient toutefois avec celles des rapports d'activités et, les représentants interviewés ayant parlé de leurs observations négatives aussi bien que positives,

ce biais nous semble avoir été minimal.

En dépit de ces influences extérieures et biais potentiels, les plus fortes hausses, en termes de connaissance et de pratique contraceptive, ont généralement été observées dans le groupe de distribution communautaire, suivi du groupe de sensibilisation. Nous en concluons que le programme de distribution communautaire de Save the Children a contribué aux changements positifs enregistrés dans les deux groupes.

Effet de la sensibilisation

Comme les membres des deux groupes d'intervention avaient été sensibilisés à la question du planning familial, nous avons prévu une évolution similaire de la connaissance et des perceptions dans les deux groupes. Il n'en a cependant pas toujours été ainsi, le groupe de distribution communautaire ayant notamment présenté les plus fortes hausses au niveau de la connaissance des méthodes contraceptives et de la communication entre hommes et femmes sur le planning familial. Les deux groupes ont cependant présenté une évolution similaire dans leurs perceptions de la contraception, comme le confirment les résultats de l'enquête de fin d'étude.

Malgré la sensibilisation au planning familial offerte dans les deux groupes, les deux programmes différaient à certains égards. Les membres des deux groupes avaient reçu la visite régulière du personnel infirmier et des conseillers chargés de les informer, et les informations fournies étaient identiques (avantages de l'espacement des naissances, pratique correcte des méthodes de contraception modernes et sources d'approvisionnement, et prévention des maladies sexuellement transmissibles). Le groupe de distribution communautaire avait cependant bénéficié d'une sensibilisation continue de la part des promoteurs résidents, et les femmes y avaient probablement reçu une information plus complète sur la méthode des spermicides en particulier, les promoteurs en assurant la distribution dans les villages. Il nous paraît ainsi que l'éducation contraceptive plus complète dans le groupe de distribution communautaire peut en expliquer la connaissance plus complète aussi de la question.

Comme on pouvait s'y attendre, le groupe de distribution communautaire présentait le plus haut niveau d'usage du préservatif et des spermicides et comptait le plus grand nombre d'utilisateurs de contraceptifs modernes. Malgré la distribution limitée aux seules méthodes du préservatif et des spermicides, il nous pa-

raît que les programmes de sensibilisation ont également accru la demande de contraceptifs oraux. L'usage de la pilule s'était en effet accru dans tous les groupes, programme de distribution communautaire en tête. Malgré l'accès aisé au préservatif et aux spermicides dans ce groupe, les contraceptifs oraux étaient souvent demandés et beaucoup de femmes avaient fait l'effort de se les procurer en pharmacie ou dans un centre de soins. Quant au groupe de sensibilisation, il n'avait bénéficié d'aucun accès aisé à la contraception, mais celles qui y avaient fait l'effort d'en obtenir une méthode étaient plus susceptibles d'avoir choisi la pilule.

Nous avons observé que la sensibilisation à la contraception peut demander un certain temps avant de produire ses résultats. La vente de préservatifs et de spermicides avait progressé lentement durant les neuf premiers mois dans les villages soumis au programme de distribution communautaire. Après une session de recyclage des promoteurs, les ventes avaient toutefois augmenté et les activités de sensibilisation avaient été assurées en plus grands nombres. Les ventes auraient peut-être fini par augmenter d'elles-mêmes, mais la tendance semble indiquer qu'une sensibilisation plus intense donne lieu à une pratique accrue de la contraception.

Différences d'incidence entre les sexes

Le programme de distribution communautaire pourrait bien produire un impact différent sur les hommes et les femmes. L'écart initialement observé entre les connaissances contraceptives des hommes et des femmes s'était comblé au moment de l'enquête de fin d'étude: dans le groupe de distribution communautaire, le pourcentage de femmes capables de citer au moins une méthode avait rattrapé et même surpassé celui des hommes. En moyenne, les femmes désiraient également un enfant de moins que les hommes en fin d'étude, inversant là aussi la tendance préalable à l'intervention.

Une explication possible de la connaissance supérieure des méthodes modernes parmi les hommes au niveau préliminaire tient au fait qu'ils bénéficient d'un meilleur accès à l'information. Si les femmes ont aussi accès à la radio, les hommes passent généralement plus de temps à l'écouter et sont dès lors plus susceptibles d'entendre les messages relatifs au planning familial. De même, les hommes se rendent généralement plus souvent en ville que les femmes, et ils peuvent y découvrir les méthodes de planning familial directement ou par l'inter-

médiaire d'amis ou de parents. La communication entre époux étant rare sur les questions sexuelles, les hommes sont naturellement peu susceptibles de partager leurs découvertes avec leur conjointe.

La plus grande importance du changement dans les connaissances et les perceptions des femmes n'est pas étonnante, ces dernières estimant probablement y avoir un enjeu plus important que les hommes. Ainsi, certaines participantes aux discussions de groupe organisées dans le Mali rural ont déclaré que les hommes ne comprenaient pas la véritable charge de la maternité et de l'éducation des enfants, estimant qu'ils ne voyaient plutôt dans leur progéniture qu'une main-d'œuvre accrue et le signe de leur virilité.¹⁸

Conclusion

Satisfaite du succès de son programme de distribution communautaire, Save the Children en a étendu l'envergure dès janvier 1995. En janvier 1997, le programme était opérationnel dans plus de la moitié des 220 villages du district de Kolondieba. Dans certains villages, l'effort chevauche ainsi celui du programme d'Etat. Le cas échéant, les deux programmes ont coordonné leurs efforts, Save the Children ayant pris les rênes de la sensibilisation et de l'accès aux communautés tandis que le programme d'Etat se chargeait de l'approvisionnement en contraceptifs ainsi que de la formation et de l'encadrement des distributeurs.

La distribution communautaire de contraceptifs oraux a en outre été lancée en janvier 1995 dans 42 villages, et la pilule est aujourd'hui disponible dans toutes les zones couvertes par le programme, produisant un gain continu de nouvelles utilisatrices. En 1996, environ 900 nouvelles clientes de contraceptifs oraux ont été dénombrées, aux côtés de 1.400 nouvelles utilisatrices des spermicides et de 1.800 nouveaux utilisateurs du préservatif.

L'ajout d'un programme de distribution communautaire à un système de soins de santé primaires a permis d'améliorer significativement la connaissance, les perceptions et la pratique du planning familial parmi les femmes et les hommes du Mali, et ce à frais réduits pour l'organisation de parrainage, qui exploitait déjà un réseau de soins dans le pays. Etant donné l'existence de plusieurs programmes de distribution communautaire au Mali, il serait utile d'en comparer les approches, l'incidence relative et la rentabilité. D'autres organisations non gouvernementales pourraient peut-être se joindre à l'effort sans

(suite à la page 25)

Accroissement de l'accès...

(suite de la page 10)

exiger de fonds supplémentaires. L'efficacité du programme mérite du reste la considération des organismes soucieux d'améliorer et d'étendre les programmes de planning familial dans d'autres pays d'Afrique francophone.

Références

1. Phillips J, Ndhlovu L et Sanogo D, Approaches to community-based family planning service delivery in Africa: two decades of operations research, rapport présenté au congrès de l'organisme American Public Health Association, San Francisco, CA, USA, du 24 à 28 octobre 1993.
2. Boohene E et Dow TE, Jr., Contraceptive prevalence and family planning program effort in Zimbabwe, *International Family Planning Perspectives*, 1987, 13(1):1-6.
3. Phillips J et Greene W, *Community Based Distribution of Family Planning in Africa: Lessons from Operations Research*, New York: Population Council, 1993.
4. Lewis G, Keyonzo N et Mott P, Community-based family planning services: insights from the Kenyan experience, rapport présenté au congrès de la Population Association of America, Denver, CO, USA, du 28 avril à 2 mai 1992.
5. Bertrand J et al., Community-based distribution of contraceptives in Zaire, *International Family Planning Perspectives*, 1993, 19(3):84-91.
6. Phillips J et Greene W, 1993, op. cit. (voir référence 3).
7. Lewis G, Kenyonzo N et Mott P, 1992, op. cit. (voir référence 4).
8. Macro International, *Enquête Démographique et de Santé Mali 1995-1996*, Calverton, MD, USA: Macro International, 1996.
9. Traoré B, Konaté M et Stanton C, *Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987*, Bamako, Mali: Centre d'Etudes et de Recherches sur la Population pour le Développement; et Columbia, MD, USA: Institute for Resource Development/Westinghouse, 1989.
10. Kak L et Signer M, *The Introduction of Community-Based Family Planning Services in Rural Mali: The Katibougou Family Health Project*, Working Paper n° 2, Washington, DC: The Centre for Development and Population Activities (CEDPA), 1993.
11. Huntington D et al., Attitudinal factors affecting women's intention to use family planning services in rural Mali, rapport présenté au congrès de l'organisme American Public Health Association, Atlanta, GA, USA, du 10 à 14 novembre 1991.
12. Population Council, OR project dramatically increases contraceptive prevalence in Mali, *African Alternatives*, 1995, II(1):7.
13. Ness GD, *Existing Patterns of Integrated Programmes—Their Strengths and Weaknesses*, Asian Population Studies Series n° 51, ST/ESCAP/161, New York: Nations Unies, 1981.
14. Hardee K et Yount K, From rhetoric to reality: delivering reproductive health promises through integrated services, Research Triangle Park, NC, USA: Family Health International (FHI), 1995.
15. Kak L et Signer M, 1993, op. cit. (voir référence 10).
16. Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine et The Population Council, *CBD Project Baseline Survey of Men's and Women's Family Planning Knowledge, Attitudes and Practices: Final Report*, Bamako, Mali: Population Council, 1991.
17. Cissé B et Katz K, Increasing access to family planning services in rural Mali: development of a sustainable model of community-based distribution: results of a baseline KAP survey, rapport final, Research Triangle Park, NC, USA: FHI, 1992.
18. Huntington D et al., 1991, op. cit. (voir référence 11).