PD-AAY-466
ISN 29247
932550

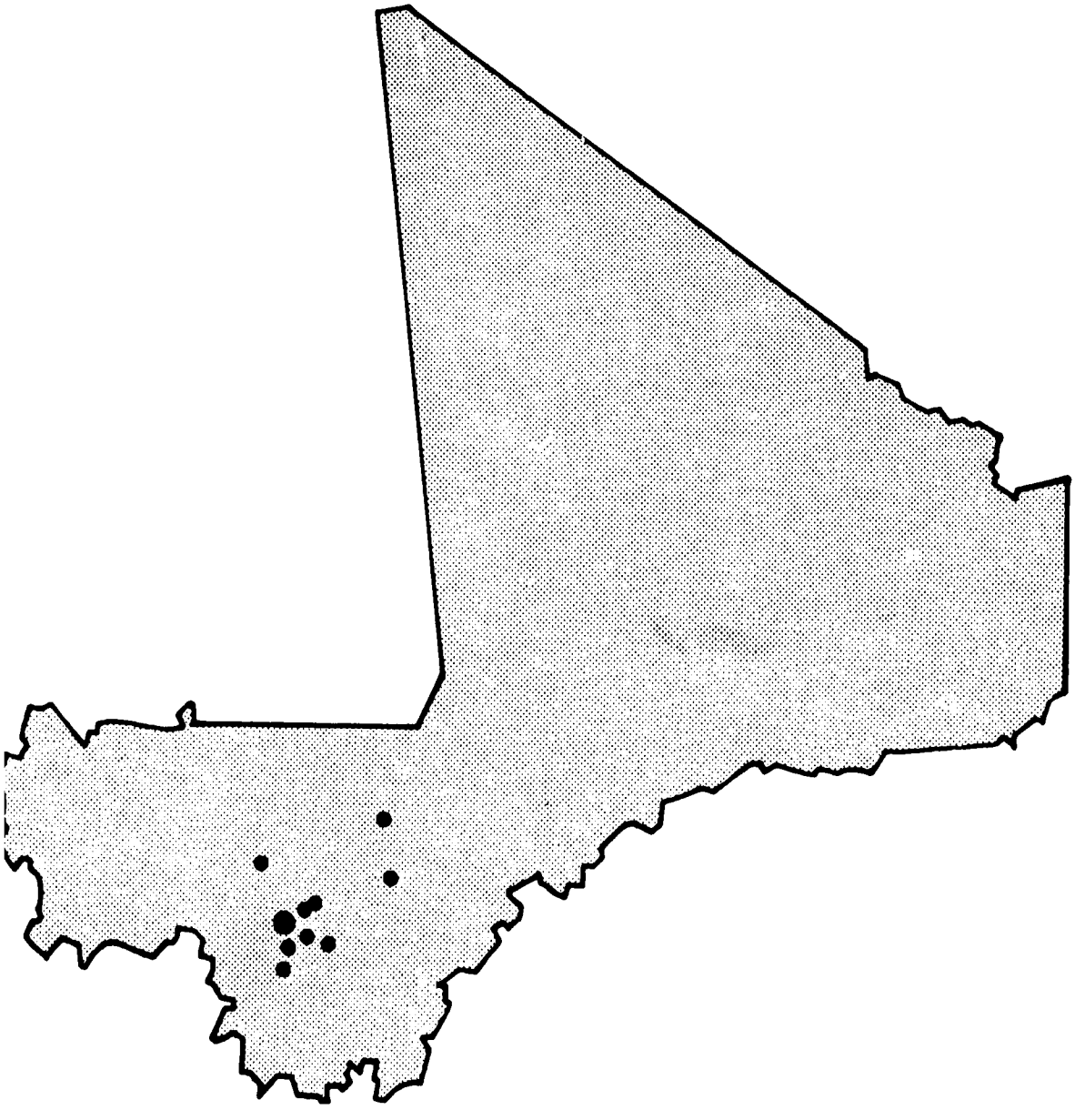
RAPPORT FINAL

EVALUATION DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL

PREPARE POUR

LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES DU MALI

Aout 1981



Division Evaluation en Planning Familial
Centres pour le Contrôle des Maladies
Transmissibles CDC/FPED
Atlanta, Georgia, USA

Programme International de
Recherche en Fécondité IFRP
Research Triangle Park,
North Carolina, USA

RAPPORT FINAL

EVALUATION DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL

PREPARE POUR LE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES DU MALI

SEPTEMBRE 1981

Michael E. Dalmat, DrPH

Jay S. Friedman, MA

Nadine Burton, MPC, BA

Division Evaluation de
Planning Familial
Centres pour le Contrôle
des Maladies Transmissibles
Atlanta, Georgia, USA

Programme International
de Recherche en Fécondité
Research Triangle Park,
North Carolina
USA

TABLE DES MATIERES

Page

I. Introduction..... 1

II. Objectif de l'Etude..... 3

III. Méthodologie de l'Etude..... 4

A. Développement du Plan d'Etude

B. Rassemblage des Données

IV. Résultats..... 13

A. Analyses des Fiches Individuelles des Utilisatrices

B. Qualité et Gestion des Services de Planning Familial

V. Recommendations..... 37

I. INTRODUCTION

A la suite de la visite d'étude à Bamako de Monsieur Jay Friedman en novembre 1980, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (MSPAS) a exprimé le désir de conduire une étude d'évaluation des services de planning familial et une étude sur les avortements hospitalisés au Mali.

Le Programme International de Recherche en Fécondité (IFRP) et les Centres pour le Contrôle des Maladies Transmissibles (CDC) ont été identifiés pour collaborer à ce travail avec le MSPAS en raison de leur expertise dans ces domaines et à la requête du Dr. Konaté au cours de sa mission d'étude aux USA en juillet 1980.

Auparavant, l'IFRP avait déjà collaboré avec le MSPAS dans le cadre d'une étude de surveillance épidémiologique des soins obstétricaux à la maternité Hamdallaye dans la banlieue de Bamako et le CDC avait déjà collaboré avec le MSPAS au cours de diverses campagnes de vaccination pour la prévention des maladies transmissibles.

Dans le cadre de la convention de collaboration dressée entre ces trois organismes, il était prévu de conduire dans un premier temps deux activités de recherche:

- Une étude d'évaluation des services de planning familial au Mali afin de décrire dans quelle mesure le programme d'espacement des naissances qui fonctionne au Mali depuis 1970 satisfait les besoins de la population en vue de déterminer les mesures à prendre pour l'expansion des services de planning familial au cours des dix années futures.

- Une étude des cas de complications des avortements hospitalisés au Mali dans le but de déterminer leur coût socio-médical à la communauté Malienne.

La seconde activité est en cours d'exécution et sera sujette à un rapport spécial en fin d'étude. La première activité a été complétée et les pages qui suivent constituent le rapport final de l'évaluation, dont les données ont été rassemblées du 25 février au 26 mars 1981.

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

La Division de Santé Familiale (DSF/MSPAS) conduit en collaboration avec le FNUAP un projet sur cinq ans dont l'objectif est d'améliorer les services de protection maternelle et infantile (PMI) dans les 56 centres de son réseau national. Ce projet est au cours de sa quatrième année et le MSPAS compte exploiter les résultats de la présente évaluation dans le but de:

- Déterminer ce qu'il faut faire pour améliorer les services de planning familial actuellement fournis par les PMI.
- Décider à quel rythme il faudra introduire le planning familial dans les 21 PMI n'offrant à l'heure actuelle aucun service d'espacement des naissances.
- Déterminer les besoins en formation professionnelle, en assistance technique et autres resources nécessaires pour la réalization des plans résultants des deux points mentionnés ci-dessus.
- Préparer un nouveau projet de subvention dans le but de prolonger l'assistance du FNUAP.
- Explorer des sources d'assistance complémentaires.

USAID/Mali a l'intention d'utiliser cette évaluation comme l'une des données qui serviront à développer une stratégie de soutien pour le programme de protection maternelle et infantile et de planning familial du Mali.

Finalement, cette évaluation constitue un forum permettant d'ouvrir la discussion et de repenser le rôle de l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF) par rapport à la DSF et dans le domaine du planning familial en général.

III. METHODOLOGY DE L'ETUDE

A. Développement du Plan d'Etude

Sur la base des accords préliminaires fixés avec le MSPAS au cours du voyage au Mali de Monsieur Friedman en novembre 1980, l'évaluation devait porter sur les points suivants:

- La qualité et la nature exhaustive des rapports de données de services et des données statistiques résultant des activités de planning familial.

- Le nombre d'utilisatrices actives, régulières, les taux de continuation et les motifs d'interruption classés par méthode.

- Les groupes d'âges et les classes sociales des utilisatrices recevant les services de planning familial (voir également si la population servie a des besoins en ce qui concerne le planning familial auquels le programme ne répond pas).

- L'expansion de la couverture et/ou du champ d'action du programme.

- L'élargissement des services fournis par le programme y compris la recherche sur les causes de stérilité, sur le traitement de cette dernière et sur les besoins de la population en ce qui concerne la stérilisation volontaire auxquels ne répond pas le programme de stérilization.

- L'impact des restrictions socio-culturelles, administratives et logistiques sur le fonctionnement du programme.

- Les besoins au niveau de l'organisation centrale pour la gestion des centres de distribution de services.

- Les besoins en formation du personnel fournissant les services de planning familial.

- L'évaluation continue et les activités de service et de recherche de la DSF et de l'AMPPF.

- Le développement des services de planning familial au cours des cinq années à venir.

- Pour préparer cette évaluation, nous avons développé en détail les questions importantes à soulever au cours de cette étude. A fin de déterminer l'utilisation pratique des informations qu'il s'agissait de rassembler au cours de l'étude, nous avons préparé un exposé sur les instruments à employer pour

recueillir les données. Les questions proposées dans cette étude d'évaluation ont pour objet principal les quatre domaines de recherche suivants:

- Les services offerts et le profil des utilisatrices de ces services;

- Les facteurs affectant l'efficacité et la gestion de ces services;

- La qualité des soins; et

- La disponibilité et l'utilisation des services complémentaires aux services de PF.

Toutes les données nécessaires à l'obtention des réponses aux questions soulevées dans l'étude d'évaluation ont peut être recueillies en utilisant cinq instruments de rassemblage des données:

- Un questionnaire portant sur les fiches individuelles des utilisatrices des services de planning familial.

- Un questionnaire portant sur les rapports de services mensuels des centres.

- Un questionnaire portant sur la gestion des moyens logistiques dans les centres.

- Un questionnaire portant sur les entretiens avec le personnel des centres.

- Un questionnaire portant sur les entretiens avec les utilisatrices présentés aux centres au moment de l'étude.

B. Le Rassemblage des Données

1. <u>Composition de l'Equipe d'Evaluation</u>

L'équipe d'évaluation sur le terrain se composait des personnes suivantes:

Dr. Liliane Barry, Division de la Santé Familiale MSPAS

Ms. Jasmine Abel, Division de la Santé Familiale MSPAS

Mr. Abdoul Tounkara, AMPPF

Ms. Sira Dembélé, Division de la Planification MSPAS

Mr. Lassana Siby, Division de la Planification MSPAS

Mr. Jay Friedman, CDC

Dr. Michael Dalmat, CDC

Ms. Nadine Burton, IFRP

2. Test Préliminaire

Avant de commencer le travail sur le terrain, l'équipe d'évaluation a revu le plan d'étude proposé ainsi que les instruments de rassemblage de données et a apporté les modifications qui s'imposaient.

L'équipe a ensuite sélectionné les centres à étudier au cours de l'étude et a procédé à un test préliminaire au centre PMI de Badalabougou en vue de déterminer la validité des instruments de rassemblage des données et dans le but de former les membres de l'équipe d'évaluation à les utiliser. A la suite du test préliminaire, les instruments de rassemblage de données ont été finalisés, reproduits et le travail sur le terrain a pu commencer.

3. Sélection des Centres Evalués

Sur 56 centres PMI qui fonctionnent au Mali, nos collaborateurs maliens nous ont indiqué que 21 offrent des services de planning familial, huit centres sont sur le point de démarrer un programme de services de planning familial,

cinq centres offrent des services de PMI de leur propre initiative sous la supervision de la DSF ET enfin 22 centres ne participent pas encore au programme d'espacement des naissances.

En ce qui concerne l'AMPPF en plus du centre pilote situé à Bamako, l'Association opère deux antennes à Ségou et Baguinda. A l'origine, notre proposition était de soumettre huit centres à l'étude, quatre réputés pour leur bon fonctionnement et quatre connus pour leur mauvais fonctionnement. Nous voulions ainsi identifier les facteurs susceptibles d'expliquer la différence entre les deux groupes de centres. Nos homologues maliens cependant ont préféré ne pas montrer de préjugés en ce qui concerne la bonne marche des centres. La sélection des centres d'évaluation suggérée par nos homologues visait à inclure des centres offrant des services de planning familial au quatre niveaux du système de la santé publique malienne:

Bamako:	PMI Centrale Centre Pilote
Capitale Régionale:	Koulikoro Hôpital de Ségou
Chef-lieu de Cercle:	Niono Kolokani PMI Famory
Chef-lieu d'arrondissement:	Baguinda Fana Mana Katibougou

Chaque centre a été visité par une équipe de trois ou quatre personnes qui ont mené une enquête au cours d'une seule visite de plusieurs heures en utilisant les cinq questionnaires de rassemblage de données.

4. Instruments de Rassemblages de Données Utilisés sur le Terrain

Les questions spécifiquement étudiées au moyen de chaque instrument de rassemblage de données figure en Appendice 2.

5. Période Couverte par l'Etude

La durée de l'étude couvre la période du 1er janvier 1979 au 28 février 1981. En choisissant janvier comme date de début pour la période de l'évaluation, le but était d'obtenir que six mois se soient écoulés entre juillet 1978, date à laquelle les PMI ont commencé à fournir des services de planning familial et le moment où l'évaluation a commencé de façon à ce qu'un certain nombre de dossiers des utilisatrices se soient accumulés. En ce qui concerne les centres de l'AMPPF qui offrent des services de planning familial depuis 1972, le choix de janvier comme date initiale est certes arbitraire, mais conserve l'uniformité de la période étudiée.

6. Protocole d'Etude

a. Echantillonage des fiches individuelles des utilisatrices

Des échantillons allant de 10% des fiches individuelles des utilisatrices dans le cas des grands centres à 100% dans le cas des petits centres ont été systématiquement prélevés des fichiers des centres d'évaluation après avoir choisi la première fiche au hasard.

Dans tous les centres PMI de la santé publique les fiches des utilisatrices des services de planning familial sont classées par nom de famille de l'utilisatrice en ordre alphabétique. Dans le centre le plus grand desservant 51% de toutes les utilisatrices actives des PMI, les fiches des utilisatrices inactives sont périodiquement éliminées et classées à part. Dans ce centre chaque "nième" fiche a été sélectionnée parmi les fiches "actives." Dans les centres AMPPF étudiés les fiches ne sont pas triées selon le statut de la cliente; dans ce cas chaque "nième" fiche a été prélevée parmi toutes les fiches disponibles.

Tous les centres affiliés à l'AMPPF classent les fiches des utilisatrices par ordre chronologique suivant le mois et l'année de la première visite de la patiente. Dans le plus grand centre servant 95% de toutes les utilisatrices actives de l'AMPPF, toutes les "nième" fiches ont été prélevées pendant la période allant de janvier 1979 à

février 1981. Cependant dans les deux autres centres de l'AMPPF le nombre de fiches disponibles était si restreint que chaque "nième" fiche a été prélevée de l'ensemble des fiches, ceci indépendamment de la date de la première visite.

b. Echantillonage des rapports de service mensuels

Trois mois sélectionnés parmi les rapports de service mensuels de 1979 et 1980 ont fait l'objet d'un examen dans le but d'étudier les fluctuations saisonnières touchant les nouvelles utilisatrices et les visites de continuation des utilisatrices des services de PF. Notre choix a porté sur un mois de la saison des pluies, un mois d'hiver sec et froid et le mois sacré de Ramadan, comme suit:

	1979	1980
Saison de pluies	août	juillet
Ramadan	juillet	août
Hiver sec et froid	décembre	décembre

Les déplacements sont extrêmement difficiles pendant la saison des pluies et les femmes sont très occupées avec les repas et les nombreux préparatifs du mois de Ramadan. Nous nous attendions à un nombre inférieur d'utilisatrices pendant ces deux mois comparé au mois de décembre qui offre les meilleures conditions pour se

déplacer et se livrer à des activités au dehors de la maison.

7. Examen Logistique

L'étude des données logistiques s'est faite dans la plupart des centres en utilisant la période de six mois la plus récente au cours de laquelle les six rapports mensuels étaient disponibles. C'est pourquoi la période faisant l'objet de nos recherches a varié selon les centres et s'étend sur les 14 derniers mois. Les résultats des inventaires ont été comparés avec les niveaux des stocks rapportés dans les rapports mensuels de janvier ou de février 1981. Les questions concernant les ruptures de stocks se sont limitées à la période de six mois précédent l'évaluation.

8. Entretiens avec le Personnel

Dans chaque centre une maîtresse sage-femme est en général responsable des services de planning familial. Celle-ci a été interrogée avec un questionnaire spécial. En outre, une seconde personne, et dans certains cas une troisième, ont été interrogées avec un questionnaire identique. Ces personnes étaient des infirmières et des sages-femmes dont le rôle est d'aider la maîtresse sage-femme dans ses fonctions de planning familial. Dans certains cas la personne interrogée était un médecin chargé de la supervision de la maîtresse sage-femme chargée du planning familial.

9. Entretiens avec les Utilisatrices

Dans quelques centres où nous avons trouvé de nombreuses utilisatrices au moment de notre passage, nous avons sélectionné les utilisatrices à interroger de manière systématique après avoir choisi la première personne au hasard. Dans plusieurs centres très peu de femmes étaient présentes (et quelquefois aucune) dans ce cas les membres de l'équipe d'évaluation ont interrogé toute femme présente au centre au moment de leur visite.

III. RESULTATS

A. Analyse des Fiches Individuelles des Utilisatrices

Cette section résume les résultats obtenus par l'étude des fiches individuelles des utilisatrices et des données rasssemblées aux moyens des questionnaires ainsi que les renseignements contenus dans les rapports d'activités de service que les centres présentent à la DSF (Appendice 3).

Les fiches, il faut le noter, représentent un précieux instrument de travail qui s'est avéré bien conçu et que quelques améliorations de présentation permettront de rendre plus faciles à utiliser.

1. Profil des Utilisatrices

Le profil des utilisatrices des services de planning familial a été obtenu par l'analyse des fiches individuelles des personnes qui fréquentent les centres étudiés.

a. Qui utilise les services de planning familial?

Un calcul approximatif nous a permis d'estimer que environ 0,2% des femmes âgées de 15-44 ans utilisent à l'heure actuelle une méthode de contraception moderne au Mali (Appendices 4,5,6). Ce chiffre ne tient pas compte du secteur privé (pharmacie populaire, consultations privées, dispensaires et centres médicaux inter-entreprises.

Le Centre Pilote compte 63% des utilisatrices incluses dans l'étude. Afin d'éviter de créer une impression fortement influencée par cette proportion à l'un des centres étudiées, nous avons groupé les utilisatrices de la façon suivante pour l'analyse des données:

- PMI Centrale
- Autres PMI
- Centre Pilote
- Autres Centres AMPPF

Les fiches nous indiquent que pendant la période de l'étude 6103 femmes au total ont été enregistrées comme utilisatrices des services de planning familial.

468 femmes PMI Centrale
445 femmes Autre Centres PMI
4652 femmes Centre Pilote
538 femmes Autres Centres AMPPF

6103 femmes total

Il est à noter que dans une période antérieure à l'étude (janvier 1972 à janvier 1979) 4852 femmes ont utilisé les services du Centre Pilote, de plus, nous estimons que de 400 à 600 femmes supplémentaires ont utilisé les services des autres centres PMI mais ces deux derniers groupes ne sont pas inclus dans l'étude.

Au total environ 11 600 femmes ont été exposées aux services de planning familial dans les dix centres étudiés depuis que les services sont offerts.

Nous allons maintenant comparer les caractéristiques les plus significatives des utilisatrices des services de PF des quatre groupes décrit ci-dessus.

Les femmes du Centre Pilote sont dans l'ensemble plus jeunes que les utilisatrices des autres groupes. Le groupe le plus âgé utilise les services des autres PMI. Au Centre Pilote 78% des utilisatrices ont au moins 30 ans, 54% d'entre elles ont de 20 à 24 ans. Parmi les utilisatrices des autres PMI, 53% ont moins de 30 ans et 49% d'entre elles ont de 20 à 24 ans.

Il est important de noter que 60% des utilisatrices du Centre Pilote n'ont jamais été mariées alors que 54% et 44% des utilisatrices des autres Centres AMPPF et de la PMI Centrale respectivement ont le même profile. Le groupe de centres avec une proportion plus élevée d'utilisatrices rurales, les autres PMI, ne compte que 22% de femmes jamais mariées; 74% des utilisatrices des autres PMI étaient mariées au moment de l'étude vis à vis de 33% au Centre Pilote.

Il est particulièrement notable que 42% des femmes jamais mariées ont un ou deux enfants, 16% en ont trois ou plus et 42% n'en ont pas. Il est probable que ces chiffres

masquent un certaine nombre de femmes mariées qui utilisent les services de planning familial à l'issu de leur conjoint et indiquent être célibataire d'afin d'éviter d'avoir à obtenir le consentement de leur époux.

Des femmes étudiées, 61% à 76% ont été mariées avant l'âge de 29 ans (61%, Centre Pilote; 64%, PMI Centrale; 76%, autres PMI).

Excepté au Centre Pilote ou la proportion des mariages monogames est plus importante (65%), par rapport aux mariages polygames (35%), dans les autres centres les proportions entre mariage polygames et monogames sont à peu près les mêmes.

La grande majorité des utilisatrices de tous les centres a été à l'école: 71%, Centre Pilote; 85%, autres Centres AMPPF; 85%, PMI Centrale; 56%, autres PMI. On voit que 44% des utilisatrices des autres PMI n'ont pas été à l'école alors que 15% de ces femmes ont une éducation secondaire ou supérieure, en comparaison avec 18% à la PMI Centrale, 13% au Centre Pilote et 18% dans les autres Centres AMPPF.

Nous avons déterminé le statut socio-économiques des utilisatrices par l'occupation de la femme ou celle de

son mari lorsqu'elle était enregistrée sur la fiche. Nous avons groupé les occupations de la façon suivante:

Statut élevé - fonctionnaire, commerçant

Statut moyen - agriculteur, artisan

Statut bas - ouvrier, domestique

Les ménagères dont la profession du mari n'était pas disponible et les étudiantes ont été groupées séparément. Là où nous avons été en mesure de grouper les utilisatrices par statut économique, nous observons que 77% au Centre Pilote, 73% aux autres AMPPF et 83% au PMI Centrale sont de statut élevé; alors que 41% des utilisatrices des autres PMI ont un statut élevé, 39% ont un statut moyen et 20% un statut bas. Ce qui représente à peu près deux fois la proportion des femmes de statut bas des autres groupes.

D'une façon générale les utilisatrices de tous les centres PMI ont une parité plus élevée que celles des centres AMPPF ce qui n'est pas surprenant étant donné les distributions d'âge et de statut matrimonial à ces centres. On note que 26% des utilisatrices du Centre Pilote et 21% de celles des autres Centres AMPPF n'ont pas d'enfant vivant par rapport à 7% et 15 % à la PMI Centrale et aux autres PMI respectivement. Dans les centres PMI nous notons que 52% et 58% respectivement des femmes ont trois ou plus enfants vivants alors que 34% et 15% respectivement des

utilisatrices des centres AMPPF ont trois ou plus enfants vivants.

Etant donné que les utilisatrices des centres AMPPF ont tendance à être relativement jeunes et de parité moindre il n'est pas surprenant de noter que 91% des utilisatrices du Centre Pilote et 84% des utilisatrices des autres Centres AMPPF désirent avoir encore des enfants par comparaison avec 76% des utilisatrices de la PMI Centrale et 67% des autres PMI qui désirent avoir encore des enfants.

Afin de pouvoir déterminer quelles utilisatrices étaient actives au moment de l'étude, nous avons adopté les définitions suivantes: Une utilisatrice était considérée active si au moment de l'étude sa fiche indiquait qu'elle disposait de fournitures correspondant à sa méthode (pilule , condom, mousse, gelée). Les utilisatrices du stérilet étaient considérées actives pendant deux ans et demi après la mise en place du DIU.

Le tableau suivant indique la distribution des utilisatrices actives, par méthode par centre au moment de l'étude:

	Centre Pilote %	Autres AMPPF %	PMI Centrale %	Autres PMI %
Aucune méthode	56	79	44	42
Total active	44	21	56	58
DIU	18	7	17	12
Pilule	25	14	39	47
Autre	1	0	0	0
Total	100	100	100	100
Nombre	500	57	100	131

Ce tableau semble indiquer qu'à la PMI Centrale et dans les autres PMI le pourcentage des utilisatrices actives serait plus élevé qu'ailleurs mais il faut se souvenir que dans ces centres les dossiers inactifs sont périodiquement mis aux archives. Il y a une fois et demi plus d'utilisatrices de la pilule que du stérilet dans les centres AMPPF par rapport à trois fois dans les centres PMI.

Donc, en résumé, les utilisatrices des centres AMPPF sont plus jeunes, ont tendance à ne pas avoir été mariées, ont moins d'enfants vivants et plus souvent ne désirent plus

d'enfants que les utilisatrices des centres PMI. Toutes les utilisatrices sont en général allées à l'école et sont d'un statut socio-économique élevé ou moyen. La pilule est de loin la méthode préférée dans tous les centres et la proportion des utilisatrices actives se situe entre 21% et 58%.

b. Quelles méthodes de contraception les femmes ont-elle utilisées?

Avant leur première visite dans un centre où les services de planning familial sont offerts, 53% des femmes incluses dans cette étude n'avaient jamais utilisé une méthode de contraception. Après leur première visite, 8% ont continué sans aucune méthode de contraception, 65% ont commencé l'utilisation de la pilules, 23% ont reçu un stérilet et 3% ont utilisé une autre méthode.

Au moment de l'étude sur les 8% des femmes qui après leur première visite n'utilisaient aucune méthode de contraception, 86% continuaient toujours sans méthode alors que 14% en ont commencé à utiliser une méthode de contraception.

Parmi les 23% des femmes qui portaient un stérilet après leur première visite, 63% continuaient à utiliser le stérilet au moment de l'étude alors que 11% sont passées à la pilule et que 26% ont abandonné toute méthode offerte au centre. Des 65% qui avaient commencé à

utiliser la pilule au moment de l'étude, 33% continuaient la pilule, 2% sont passées au stérilet et 65% ont abandonné la contraception offerte au centre.

On ne peut que se demander si ces femmes qui ont abandonné la contraception ont choisi de tomber enceintes ou de se faire servir par une pharmacie ou un médecin en dehors de ces programmes. Peut-être les ruptures de stock que nous avons observées dans plusieurs centres au cours des six mois que précédaient l'étude ont-elles contribuées fortement à ces abandons?

Nous notons que 92% des femmes qui n'utilisaient aucune méthode avant de venir au centre ont utilisé une méthode par la suite. Cependant 58% de ces femmes avaient abandonné la contraception au moment de l'étude.

Des femmes incluses dans cette étude, 5% utilisaient déjà la pilule avant de venir dans un centre pour la première fois. Après leur première visite, 16% d'entre elles ont abandonné la contraception et ne l'avait pas reprise à ces centres au moment de l'étude. Parmi les femmes qui utilisaient la pilule avant de venir dans un centre pour la première fois, 63% continuaient à l'utiliser après leur première visite. De ce groupe, 62% avaient abandonné la contraception au moment de l'étude. Les 21% qui restent du groupe qui utilisaient la pilule avant leur première visite à un centre sont passées à

l'utilisation du DIU et continuaient à l'utiliser au moment de l'étude.

En résumé un nombre important d'utilisatrices de la pilule l'ont abandonnée: 62% de celles qui l'utilisaient avant de venir dans un centre et 65% de celles qui ont adopté la pilule après leur première visite. En comparaison le pourcentage d'abandon du stérilet est très bas, 26% et 0% respectivement.

Il est notable que la proportion des femmes qui utilisaient la pilule et sont passées au stérilet (2%) est significativement moins élevée que la proportion d'utilisatrices du stérilet qui sont passées à la pilule (11%).

c. <u>Existe-t-il une différence entre les utilisatrices actives, celles qui ont abandonné et celles qui n'ont jamais utilisé la contraception?</u>

Le profil de ces trois types de femmes nous permettra d'identifier les actions à mener pour encourager les non-utilisatrices à élire la contraception et encourager les utilisatrices actives à continuer. Nous avons observé qu'au Centre Pilote, à la PMI Centrale et dans les Autres PMI le stérilet était plus souvent utilisé relativement parmi les utilisatrices actives que parmi celles qui ont abandonné.

	Actives		Abandons	
	DIU (%)	Pilule (%)	DIU (%)	Pilule (%)
Centre Pilote	42	55	5	87
PMI Centrale	38	62	9	88
Autres PMI	22	78	2	74

Au Centre Pilote, un pourcentage élevé des utilisatrices actives (30%) ont trois ou plus enfants vivants, en comparaison avec celles qui ont abandonné (24%) et celles qui n'ont jamais utilisé la contraception (20%). De plus un pourcentage supérieur des utilisatrices actives (13%) ne désirent plus avoir d'enfants, en comparaison avec celles qui ont abandonné (7%) et celles qui n'ont jamais utilisé la contraception (4%).

Au Centre Pilote, les utilisatrices actives ont plus d'enfants vivants, ont tendance à ne plus désirer des enfants et sont plus âgées, en comparaison avec les utilisatrices qui ont abandonné et avec les femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception. Dans ce centre, les utilisatrices actives sont en général de plus de 30 ans, 26% contre 19% de celles qui ont abandonné, et 18% de celles qui n'ont jamais utilisé la contraception.

Il semble que les femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception n'ont pas fréquenté l'école: 39% des non utilisatrices, 28% des utilisatrices actives et 27% de celles qui ont abandonné.

A la PMI Centrale, un pourcentage supérieur des fiches des utilisatrices actives indique qu'elles ont reçu un examen gynécologique et que leurs antécédents socio-médicaux ont été enregistrés complètement (61%) en comparaison avec celles qui ont abandonné (52%).

Les utilisatrices actives ont tendance à être plus âgées, à avoir plus d'enfants vivants et à présenter moins de contre-indications que les autres. Dans les autres PMI, vis à vis des utilisatrices qui ont abandonné, les utilisatrices actives ont plus d'enfants vivants (56% à 32%), elles sont plus nombreuses à ne plus désirer d'enfants (36% à 22%), plus nombreuses à avoir plus de 30 ans (56% à 40%) et plus souvent d'un statut économique bas (23% à 7%).

d. <u>Existe-t-il une différence entre les utilisatrices de la pilule, du DIU et les femmes qui n'utilisent pas la contraception au moment de l'étude?</u>

Le dernier groupe, les femmes qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'étude, comprend les utilisatrices qui ont abandonné et les femmes qui n'ont jamais utilisé la contraception.

La raison pour développer ces trois profiles est d'établir s'ils se conforment à la politique de santé familiale malienne. De plus, ces profiles contribueront à identifier les actions à mener en vue d'améliorer les taux de continuation.

C'est seulement au Centre Pilote que nous avons pu dénombrer suffisamment d'utilisatrices du stérilet pour nous permettre une comparaison entre les trois groupes. A la PMI Centrale et dans les autres PMI nous ne comparerons que les utilisatrices de la pilule et les femmes qui n'ont pas accepté une méthode de contraception.

Au Centre Pilote, les utilisatrices de la pilule sont plus jeunes que les utilisatrices du stérilet mais ont à peu près le même âge que les femmes qui n'ont pas accepté une méthode de contraception: 87% des utilisatrices de la pilule ont moins de 30 ans, vis à vis de 6% des utilisatrices du stérilet et 80% des femmes qui n'ont pas accepté une méthode de contraception.

Un pourcentage supérieur des utilisatrices de la pilule (69%) n'a jamais été mariée vis à vis de 4% des utilisatrices du stérilet et 64% de celles qui n'utilisent aucune méthode de contraception. Des pourcentages à peu près égaux (20% et 22%) des utilisatrices du stérilet sont monogames et polygames.

Les utilisatrices de la pilule sont plus souvent nullipares (33%) que les utilisatrices du stérilet (12%) mais elles ont une parité similaire aux femmes qui n'utilisent pas la contraception (28%). Un pourcentage plus élevé des utilisatrices du stérilet ne désire plus d'enfants (22%) en comparaison avec les utilisatrices de la pilule (4%) et des femmes qui n'utilisent aucune méthode de contraception (7%).

Nous notons que les utilisatrices de la pilule ont le même profile que les femmes qui n'utilisent pas la contraception. Elles sont plus jeunes, moins souvent mariées, ont moins d'enfants et désirent encore des enfants en plus grand nombre que les utilisatrices du stérilet. Une des raisons probable de cette observation est qu'une proportion élevée de ces femmes a utilisé la pilule au préalable et l'a abandonné. A la PMI Centrale et dans les autres PMI, nous retrouvons les mêmes profiles pour les utilisatrices de la pilule et les femmes qui n'utilisent aucune méthode de contraception.

e. <u>Quel pourcentage des femmes au moment de leur première visite a indiqué qu'elles ne désiraient plus d'enfants?</u>

Un total de 15% des femmes dans tous les centres ont indiqué qu'elles ne désirent plus avoir d'enfants. Des femmes incluses dans l'étude, 9% au Centre Pilote, 14% aux autres Centres AMPPF, 24% à la PMI Centrale et 33%

dans les autres PMI l'ont indiqué. Des femmes qui ne veulent plus d'enfants, 5% n'utilisent aucune méthode de contraception, 38% utilisent le stérilet, 41% utilisent la pilule, 11% utilisent une autre méthode et seulement 3% sont stérilisées.

Si l'on considère que 15% des femmes de l'étude ne désirent plus d'enfants, en appliquant ce pourcentage aux 3640 femmes que nous avons estimé être des utilisatrices actives des méthodes de contraception moderne, nous estimons que 550 femmes pourraient être intéressées par une ligature des trompes au Mali en ce moment.

Il est très important de savoir lesquelles des femmes utilisant une méthode de contraception ne désirent plus d'enfants afin de savoir dans quelle mesure le programme sert leurs désirs. On note que 11% des femmes qui n'utilisent aucune méthode, 22% de celles qui utilisent le stérilet, 9% de celles qui utilisent la pilule et 92% de celles qui utilisent les contraceptifs injectables ont indiqué qu'elles ne désirent plus d'enfants.

f. <u>Existe-t-il une différence entre les utilisatrices qui voyagent de 5-14 km pour être servies au Centre Pilote, et celles qui habitent plus près de Centre?</u>

En comparaison avec des études similaires faites ailleurs, nous avons été surpris d'observer que 36% des femmes viennent de 5-14 km pour recevoir les services du

centre. Afin de mieux comprendre ce qui les motive nous avons comparé leur profile à celui des femmes qui habitent près du centre.

Des femmes qui habitent de 5-14 km du centre, un pourcentage plus élevé a trente ans ou plus: 28% vis à vis de 15% de celles qui habitent plus près du centre (1-4 km).

Un pourcentage plus élevé des femmes qui habitent de 5-14 km du Centre est marié: 44% vis à vis de 30% de celles qui habitent à moins d'un km du centre et 26% de celles qui habitent de 1 à 4 km du centre.

Un pourcentage plus élevé de ces femmes (5-14 km) a deux ou plus enfants vivants: 52% vis à vis de 33% de celles qui habitent à moins d'un kilomètre du centre, et 40% de celles qui habitent de 1 à 4 km du centre.

De plus un nombre plus élevé de ces femmes a un statut économique bas: 15% vis à vis de 8% et 4% respectivement.

Ce profile nous rappelle celui des utilisatrices actives qui sont plus âgées, ont plus d'enfants vivants et sont plus souvent mariées. Ces facteurs semblent être les traits caractéristiques des femmes qui utilisent la contraception.

Etant donné le nombre important de femmes maliennes dans la tranche d'âge 30-44 ans (nous estimons un demi million), qui sont des grandes multipares qui, ne désirant plus d'enfants, et qui pourraient être motivées pour utiliser la contraception on peut considérer qu'elles représentent une demande latente des services de planning familial. Ce que nous ne savons pas, c'est leur degré de connaissance sur le planning familial. Cependant, étant donné la distribution géographique des centres qui offrent activement des services de planning familial au Mali, il nous est possible de spéculer que la majorité d' utre elles n'ont pas accès à un centre offrant des services de planning familial.

IV. RESULTATS SUR LA GESTION ET LA QUALITE DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL

A. Intégration avec les Autres Services de Santé Familiale

Nous avons observé qu'en général les services de planning familial sont offerts dans les mêmes bâtiments que les autres services de santé familiale. Dans les centres qui emploient plusieurs personnes, les activités de planning familial sont en général assignées à une sage-femme et parfois une assistante. Nous avons remarqué que les personnes qui n'étaient pas directement responsables des activités de planning familiale ne se sentaient pas concernées et nous ont souvent exprimé leur ignorance en ce qui concerne les méthodes et les programmes d'espacement des naissances.

Au moment de l'étude, nous avons observé que dans aucun des centres étudiés il n'y avait de programme de formation systématique pour la prévention des maladies transmissibles sexuellement ni pour l'éducation sexuelle; à l'exception de Katibougou où la maitresse sage-femme a offert à une certaine époque des séances d'information pour les femmes mais qu'elle ne conduit plus maintenant par manque de temps.

Bien que nous n'ayons pas conduit une enquête systématique sur les programmes d'allaitement et de nutrition dans le cadre du planning familial, nos entretiens avec le personnel des PMI nous ont indiqué que ces programmes sont offerts de façon fortuite.

De l'examen des rapports de service mensuels et de nos entretiens avec le personnel nous apprenons que par rapport aux nombre d'accouchements un certain nombre de femmes viennent pour une visite prénatale; cependant un nombre insignifiant des femmes viennent pour une visite post-natale. Sur la base de l'analyse des rapports, nous avons l'impression qu'une proportion substantielle des nourrissons est suivie dans les PMI. On nous a informé qu'il n'est pas courant de référer des patientes d'un service à l'autre. Peu de femmes venant pour des services de planning familial sont encouragées à utiliser les autres services du centre et vice-versa.

En résumé, notre observation est que le planning familial n'est pas encore très bien intégré aux services de santé familiale. Ceci est confirmé par le fait que quelques professionnels insistent à recevoir un supplément de salaire pour assumer des activités de planning familial, ce en dépit de la politique du Département de la Santé Publique qui s'oppose à cette pratique.

B. La Gestion des Activités de Planning Familial

1. La Supervision et la Formation Continue du Personnel

Sur les 11 sages-femmes responsable des activités de planning familial dans les centres évalués, trois d'entre elles seulement avaient reçu une supervision technique. Mise à part leur formation initiale en matière de planning familial, aucune de ces sages-femmes n'a reçu de formation continue ni

bénéficie de contacts professionels au cours de ses années de service.

2. Logistique

L'approche de base utilisée par tous les centres, à l'exception du Centre Pilote et de la PMI Centrale est d'avoir tendance à attendre jusqu'à ce que les stocks descendent à un niveau bas avant de chercher à obtenir de nouvelles fournitures qui sont obtenues par écrit ou sur demande personnelle en allant à Bamako. Le Centre Pilote et la PMI Centrale se réapprovisionnent "selon leurs besoins" directement dans les magasins nationaux de l'AMPPF et de la DSF qui se trouvent sur les lieux de ces deux centres. Plus de la moitié des autres centres ont au moins une expérience de rupture de stock de pilules au cours des six derniers mois.

Le magasin central de l'AMPPF utilise la méthode Première-Entrée, Première-Sortie (PEPS) comme méthode de gestion des stocks. Ce magasin est propre et bien aéré. Les procédures d'empilage et d'entreposage y sont satisfaisante. Le magasin central de la DSF, lui, est certes bien abrité contre la pluie et aéré de manière satisfaisante, mais n'emploie pas les procédures standard d'empilage ni d'entreposage, ni la méthode PEPS. L'emploi de cette méthode est quelque peu compliqué du fait que les fournisseurs actuels des pilules ne donnent ni la date de fabrication ni la date limite

d'utilisation des produits. Ce problème pourrait cependant être partiellement résolu en indiquant au moins la date d'arrivée des fournitures sur les cartons.

3. Information, Education et Communication

Les services d'Information, d'Education et de Communication (IEC) sont offerts avant tout aux femmes qui viennent dans les centres pour demander des services de planning familial. Dans trois centres, le personnel se déplace pour promouvoir le planning familial au cours de réunions sur les affaires sociales de la communauté. Dans les centres où nous avons posé cette question il nous a été impossible de déceler si des efforts avaient été faits pour encourager le planning familial parmi les femmes venues pour des visites prénatales ou des consultations de nourrissons ou parmi celles qui venaient juste d'accoucher à la maternité.

Si les activités d'IEC sont limitées, c'est peut-être parce que le personnel manque de confiance du point de vue technique. La moitié des membres du personnel connaissait mal 40% ou plus des complications ou des effets secondaires associés à la pilule et surtout au stérilet. L'autre moitié connaissait bien 80% de ces complications. (Toutes les sages-femmes étaient au courant de 80% ou plus des symptômes essentiels des MIP.)

Comme nous voulions déterminer les raisons du manque de visites à domicile et d'activités destinées à atteindre la

communauté élargie, nous avons demandé aux sages-femmes: "Si vous aviez le temps de vous livrer à une nouvelle activité considéreriez vous les visites à domicile comme importantes?" Plus de la moitié des sages-femmes ont répondu par l'affirmative. D'après la plupart d'entre elles le manque de visites à domicile et d'activités destinées à atteindre un plus grand public ne s'explique pas tant par le fait qu'elles ne disposent pas d'assez de temps que par le fait qu'elles ne dispose pas de moyens de transports ni de ressources financières.

Mano est un centre de mission protestante supervisé par la DSF. Dans ce centre l'infirmière--sage-femme conseillait systématiquement aux jeunes adultes d'attendre jusqu'à ce qu'elles aient eu un ou plusieurs enfants avant d'utiliser une méthode d'espacement des naissances. La règle de facto et la pratique est de fournir des services de planning familial aux femmes grandes multipares seulement, à moins que le mari et la femme n'insistent en présence de l'infirmière/sage-femme pour utiliser des contraceptifs plus tôt. Deux utilisatrices sur 30 avaient eu 12 grossesses ou plus, leurs médecins leurs avaient conseillé de ne plus avoir d'enfants. Elles ont commencé alors à utiliser des contraceptifs mais en raison des ruptures de stocks, elles ont cessé de prendre la pilule, sont tombées enceinte et sont mortes en couches. Comme il est impossible d'avoir accès aux centres offrant la stérilisation et que l'infirmière/sage-

femme "n'a pas eu de bonnes expériences avec le stérilet," la pilule est la seule méthode recommandée même si la stérilisation ou le stérilet sont indiqués.

Les pratiques de Mana ne sont certes pas typiques des normes de la DSF, mais elles confirment cependant le fait que ces normes doivent être clarifiées et interprétées grâce à la supervision de toutes les sages-femmes fournissant des services de planning familial.

Enfin nous avons observé que les méthodes de barrière étaient totalement ignorées, peut être est-ce par manque de disponibilité.

4. Structure des Responsabilités

Au moment de l'étude, la directrice et une assistante étaient chargées de la direction du programme et portaient toutes les responsabilités administratives et de développement du programme (y compris la formation). Les contraintes apportées par les problèmes quotidiens, administratifs pour la plupart, n'ont permis au personnel ni de développer un système logistique, ni de contrôler la bonne marche du programme en examinant les rapports envoyés par les PMI, ni d'offrir la supervision technique, ni la formation continue après la formation initiale indispensable. Il en résulte qu'environ 45% seulement des PMI qui fournissent de services de planning familial maintiennent un niveau d'activité significatif.

5. Qualité des Services

La norme actuelle de l'AMPPF et de la DSF est que toutes les utilisatrices avant d'obtenir une certaine méthode de contraception doivent se soumettre à un examen gynécologique, une prise de tension et avoir signalé leur antécédents médicaux. L'examen des fiches a montré que dans trois centres, 80% ou plus des nouvelles utilisatrices n'avaient eu ni examen gynécologique, ni prise de tension. Dans cinq centres, 40% en gros des antécédents médicaux se sont avérés incomplets.

V. RECOMMANDATIONS

A. Division de la Santé Familial

Les Thèmes Principaux sur Lesquels se Fondent les Recommandations sont la Consolidation du Programme dans le Future Proche en Vue de l'Expansion des Programmes Eventuels

1. La Restructuration et l'Etoffement de la Division

   a. La délégation des fonctions de la directrice est indispensable dans les domaines suivants

      - Logistique des fournitures, du matériel et de l'équipment
      - Coordination de la formation
      - Exécution des activités IEC
      - Supervision technique et formation continue

   b. La gestion des prestations de services doit être régionalisée en ce qui concerne:

      - La supervision
      - Le restockage
      - La formation continue

   c. Les responsabilités centrales doivent comprendre

      - La planification du développement du programme en utilisant les données statistiques disponibles, les évaluations internes et les besoins identifiés
      - La liaison avec les autres institutions nationales et les organismes internationaux
      - Le développement des programmes de formation et des activités IEC

- L'établissement des normes de travail et des politiques techniques de la DSF

- La coordination de l'évaluation continue

- L'administration du personnel et la gestions des moyens matériels

- La coordination du système de logistique des fournitures

d. <u>Le nouveau personnel indispensable à ce travail comprend:</u>

1) Au niveau central: - Un adjoint à la Directrice

- Un coordinateur de la formation et IEC

- Un gestionnaire

2) Au niveau régional - Des superviseurs techniques régionaux responsables:

- De la supervision technique

- Du restockage local

- Du contrôle du stock local

- De la formation continue du personnel régional en collaboration avec le Coordinateur de formation et de IEC

- De la coordination et de la promotion des activités IEC locales

- De la supervision du rassemblage, de l'utilisation des données de service et de la préparation des rapports de service régionaux

- Un chauffeur par superviseur facilitera les déplacements

2. Système de Logistique

a. Il est nécessaire d'établir un système régionalisé pour la distribution des fournitures de planning familial

b. Lorsque ce système sera fonctionnel, il sera possible d'intégrer d'autres fournitures utilisées par la la DSF à ce système

c. Un système modifié de restockage automatique doit être installé

3. La Formation Doit Etre Renforcée

a. Il faut modifier et étoffer les programmes de formation (initiale et continue) pour que tout le personnel des PMI en profite

b. Le recyclage des sages-femmes déjà formées doit être renforcé surtout pour celles qui assurent des prestations de services de planning familial

c. Des programmes de formation accélérée doivent être développés pour les assistantes sociales afin de soutenir les actions dans la communauté et pourraient comprendre:

- La relation du planning familial avec la santé de la mère et la survie du nourrisson; en conséquence l'importance du PF pour tous les services de la DSF
- Le profil idéal des utilisatrices par méthode
- Les contre-indications par méthode
- Les signes de danger par méthode
- L'importance des méthodes de barrière

- L'importance de la stérilisation volontaire et d'un système de références

- Des techniques efficaces d'IEC

d. Les superviseurs régionaux et le gestionnaire doivent être formés pour utiliser le nouveau système de gestion des moyens logistiques

4. IEC

a. Le personnel doit être formé pour assurer la motivation des utilisatrices actives et la vigilance aux signes avant coureur d'abandon et aux effets secondaires

b. Un programme de promotion en dehors de la clinique sur le groupe cible de femmes à hauts risques doit être mis en place dans un premier temps puis sur:

- Les femmes âgées de parité élevée
- Les écolièr(e)s et autres adolescent(e)s (éducation sexuelle)
- Les mères célibataires

5. Les Méthodes Spéciales Doivent Etre Revues

a. Les méthodes de barrière sont utiles dans les cas suivants:

- La prévention des MIP
- Les périodes de transition
- En cas de préférence personnelle

b. La stérilisation volontaire doit être revue

6. Réévaluation des Contraceptifs Injectables (recherche socio-biomédical)

- Risques relatifs vis à vis de la mortalité maternelle
- Retour à la fécondité
- Complications et autres effets secondaires
- Acceptabilité de la méthode
- Taux de continuation

7. Projet de Demonstration en Dehors des PMI

B. AMPPF

1. Services

a. Continuation en milieu urbain avec expansion potentielle à d'autres villes

b. Projet de démonstration d'éducation sexuelle dans les écoles

c. Système de référence fonctionnel pour les stérilisations volontaires

2. Recherche

a. Attitudes des chefs religieux vis à vis de la contraception

b. Attitudes des personnes qui ont de l'influence sur les hommes vis à vis de la contraception

c. Surveillance épidemiologique dans le domaine de la santé maternelle et infantile en collaboration avec la DSF, la faculté de médecine et la division des statistiques sanitaires

d. Surveillance des effets cliniques des diverses méthodes de contraception offertes dans les programmes d'espacement des naissances (pilule, stérilet, barrières, ...)

3. Evaluation

Bilan des activités passées de l'AMPPF et définition du rôle futur de l'association.

a. Relations avec la DSF

b. Relations avec les membres de la communauté élargie

C. Activités Spéciales

1. Voyages d'études pour observer des programmes de santé familiale intégrée plus évolues dans des pays musulmans qui ont des programmes de santé familiale/PF intégrés.

2. Surveillance épidemiologique de la santé de la mère et de l'enfant

a. Poids de naissance et développement du nourrisson

b. Complications des grossesses, etc.

3. Planification et analyse pour la recherche

a. Formation de personnel

b. Soutien de projets de recherches spécifiques

c. Traitement des données statistiques

- Hardware (machine)
- Software (programmation)
- Gestion des centres d'information

uux644

CENTRES PMI FOURNISSANT DES SERVICES DE PLANNING FAMILIAL AU MALI

REGION	Centres PMI Fournissant des Services de Planning Familial	Centres PMI Ayant commencé à Fournir des Services de Planning Familial	Centres PMI Fournissant des Services de Planning Familial de leur Propre Initiative	Centres PMI qui n'offrent pas de Services de Planning Familial	Nombre Total de Centres PMI	% des Centres Fournissant des Services de Planning Familial
égou	Niono Famory		San	Markala Bla Barorieli Ké-macina Tominian	8	38
opti	Mopti			Bandiagara Bankass Djenné Douentza Koro Ténenkou Youruarou	8	12,5
ombouctou	Diri Tombouctou			Goundam Gourma-Rharous Niafunké Yélimané	6	33
ayes		Kayes Mahina Nioro du Sahel Kita	Kénieba Djema		7	86
oulikoro	Katibougou Koulikoro Mana Kati Kolokani Nara Baguinda Fana	Diolla Kangaba	Banamba		11	100
ikasso	Bougouni Sikasso	Koutiala		Kidialo Kolondieba Yanfolila Yorosso	7	43
ao	Gao	ménaka	Ansongo	Bourem Kidal	5	60
amako	Centrale Badalabougou Missira Niarela Kati				5	100
OTAL	21	8	5	22	56	61

EMARQUE: Les centres AMPPF fournissant des services de planning familial ne figurent pas sur cette liste. Ils comprennent le Centre Pilote et l'Hôpital de Ségou

APPENDICE 2

INSTRUMENTS DE RASSEMBLAGES DE DONNEES UTILISES SUR LE TERRAIN

A. Questionnaire sur les fiches individuelles des utilisatrices des services de planning familial:

- Caractéristiques socio-économiques, histoire obstétricale et méthodes de contraception des utilisatrices.
- Changement de méthode.
- Situation actuelle de l'utilisation des méthodes.
- Présence évidente de contre-indications des méthodes contraceptives utilisées.
- Minutie apparente de l'examen médical reçu par les utilisatrices.

B. Questionnaire sur les rapports de service mensuels des centres

- Uniformité des rapports.
- Fluctuations saisonnières du nombre d'utilisatrices et nombres de visites prénatales, postnatales et consultations de planning familial.

C. Questionnaire sur la gestion des moyens logistiques

- Consommation moyenne de contraceptifs par méthode sur une période de six mois pour chaque centre étudié.
- Nombre de mois couverts par les stocks de contraceptifs disponibles par méthode.
- Inventaire des stocks.
- Concordance de l'inventaire des stocks avec le rapport du mois précédent.
- Laps de temps nécessaire pour la livraison d'un nouvel approvisionnement à compter du moment où la demande de livraison a été faite.
- Mécanismes provoquant une demande de réapprovisionnement.
- Cas de rupture de stocks au cours des six derniers mois.
- Etat des installations et méthodes d'entreposage.

D. Questionnaire sur les entretiens avec le personnel dans chaque centre

- Formation et expérience professionnelle du personnel en matière de prestation de services de santé familiale et de planning familial.

- Autres responsabilités du personnel fournissant des services de planning familial.

- Etendue et nature de la portée des services offerts au centre.

- Fréquence et type de supervision technique du personnel.

- Accès à la formation continue.

- Aptitude à s'exprimer dans la langue locale.

- Périodes d'activité maximale et minimale au centre.

- Emploi du temps du centre.

- Services ou activités nécessaires mais que le centre n'offre pas à l'heure actuelle et quantité de temps disponible pour leur mise en oeuvre.

- Disponibilité de ressources extérieures.

- Procédures et normes concernant les services de planning familial:
  - Nombre de cycles de pilules fournies au cours de la première visite et des visites suivantes.
  - Disponibilité des services de planning familial pendant les jours ouvrables.
- Disponibilité de l'éducation relative à l'alimentation des enfants (allaitement, sevrage, alimentation supplémentaire) et prévention contre les maladies transmises sexuellement.

- Disponibilité des comprimés de fer et d'acide folique pour les femmes en âge reproductif.

- Demandes de stérilisation volontaire.

- Connaissances techniques:
  - Contre-indication et effet secondaires de la pilule et du stérilet.
  - Symptômes, traitement et référence des patientes atteintes d'infection pelvienne.
- Disponibilité de l'équipement et situation de ce dernier.

E. Questionnaire sur les entretiens avec les utilisatrices présentes au centre au moment de l'étude

- Utilisation présente ou antérieure des services de planning familial.

- Maniere dont sont perçues les periodes d'attente pour recevoir les services de planning familial.

- Distance du domicile au centre, temps de trajet et coût.

APPENDIX 3

TABLES 1-20

Sampling probabilities were not equal in the four groups of study centers:

Malian Family Planning Association (AMPPF)

1. Centre Pilote
2. Other AMPPF Centers (2)

Family Health Division

3. PMI Centrale
4. Other PMI Centers (6)

For example, in the Centre Pilote, a 10% sample was drawn as compared to the 100% sample taken from some of the smaller centers managed by the AMPPF and the Family Health Division. Thus, before making estimates of proportions and means for all centers in the aggregate, weighting factors need to be applied to account for these unequal probabilities. In Tables 1-20 that follow, the percentages are based on unweighted data and thus are valid for each group taken on its own. Attempts to calculate simple averages for all centers taken together with the data presented in these tables will produce inaccurate results.

TABLE 1: SYSTEMATIC SAMPLING WITH RANDOM START

	AMPPF			DSF			
	CENTRE PILOTE	OTHER (2)	SUB TOTAL	PMI CENTRALE	OTHER (6)	SUB TOTAL	TOTAL
SAMPLE FRAME	4652	538	--	468	445	--	--
SAMPLE OF CLIENTS	500	57	557	100	142	242	799
WEIGHTING FACTOR TO BE APPLIED	10	1-4*	--	4	1-4*	--	--

* WILL VARY BY CENTER.

LIMITATIONS

1. DSF CENTERS PERIODICALLY SORT OUT "INACTIVES."
2. CENTRE PILOTE SAMPLE FRAME EXCLUDES 4,852 RECORDS OF CLIENTS WHO BEGAN THE PROGRAM SOMETIME BETWEEN THE START OF AMPPF SERVICES (1974) AND THE STUDY PERIOD BEGINNING ON JANUARY 1, 1979.
3. IN ONE OF THE "OTHER" CENTERS, THE SAMPLING PROCEDURE WAS NOT COMPLETED DUE TO TIME CONSTRAINTS.

TABLE 2: ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE AMPPF AND DSF CLIENTS WITHIN BAMAKO AND ELSEWHERE?

	AMPPF		DSF	
	CENTRE PILOTE	OTHER	PMI CENTRALE	OTHER
1. AGE				
15-19	12.4	18.2	11.2	14.2
20-24	41.9	27.3	30.6	25.8
25-29	23.5	29.1	26.5	13.3
30-34	10.1	10.9	12.3	18.4
35-39	8.3	7.3	11.2	13.3
40-44	2.4	3.6	6.1	5.8
45-49	1.4	3.6	2.1	9.2
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(494)	(55)	(98)	(120)
2. AGE AT FIRST MARRIAGE				
<14	16.6	*	20.0	7.6
15-19	44.2	*	44.5	68.2
20-24	33.7	*	33.3	19.7
25-29	5.5	*	2.2	4.5
TOTAL % (#)	100.0	*	100.0	100.0
	(181)	(19)	(45)	(66)
3. EDUCATION				
NONE	29.4	15.0	14.5	44.0
PRIMARY	57.7	67.5	67.5	41.0
SECONDARY	10.0	17.5	15.7	9.0
SUPERIOR	2.9	0.0	2.4	6.0
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(499)	(40)	(83)	(134)

ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE AMPPF AND DSF CLIENTS WITHIN BAMAKO AND ELSEWHERE?

PAGE 2

	AMPPF		DSF	
	CENTRE PILOTE	OTHER	PMI CENTRALE	OTHER
4. OCCUPATION				
C/S (CS,SB) HIGH STATUS	31.3	35.6	47.2	28.4
C/S (F,O) MIDDLE STATUS	4.3	8.9	4.2	26.8
C/S (L,D) LOWER STATUS	5.3	4.4	5.6	14.2
OTHER HOUSEWIVES	25.8	33.3	11.1	15.7
STUDENTS	33.3	17.8	31.9	14.9
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(438)	(45)	(72)	(134)
5. MARITAL STATUS				
NEVER MARRIED	60.3	54.4	44.3	22.2
PREVIOUSLY MARRIED	6.7	8.8	5.2	3.8
MONOGAMOUS	21.5	17.5	25.8	36.6
POLYGAMOUS	11.5	19.3	24.7	37.4
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(494)	(57)	(97)	(131)
6. DISTANCE TO CENTER				
<1 (KILOMETER)	16.3	28.1	36.4	55.5
1-4	43.7	61.4	41.4	27.7
5-14	36.4	1.8	20.2	7.3
15 +	3.6	8.7	2.0	9.5
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(497)	(57)	(99)	(137)
7. NUMBER OF LIVING CHILDREN				
0	26.2	21.4	6.9	14.9
1	29.6	32.1	23.0	14.2
2	9.5	12.5	18.4	12.7
3 +	34.7	34.0	51.7	58.2
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(493)	(56)	(87)	(134)

ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE AMPPF AND DSF CLIENTS WITHIN BAMAKO AND ELSEWHERE?

	AMPPF		DSF	
	CENTRE PILOTE	OTHER	PMI CENTRALE	OTHER
8. NUMBER OF DECEASED CHILDREN				
0	72.6	50.0	46.0	57.0
1	17.1	25.0	35.0	13.3
2	7.4	19.6	9.5	11.9
3 +	2.9	5.4	9.5	17.8
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(485)	(56)	(63)	(135)
9. DESIRE ADDITIONAL CHILDREN				
NO	9.4	14.0	23.8	32.8
YES	90.6	84.0	76.2	63.9
UNSURE	0.0	2.0	0.0	3.3
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(487)	(50)	(84)	(119)
10. NUMBER REPORTED ABORTIONS				
0	74.2	75.6	61.7	73.7
1	19.7	19.5	31.9	22.6
2 +	6.1	4.9	6.4	3.7
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(461)	(41)	(47)	(133)
11. CURRENTLY USED METHODS				
NONE	55.6	79.0	44.0	42.2
IUD	18.4	7.0	17.0	12.2
PILL	24.8	14.0	39.0	46.6
OTHER	1.2	0.0	0.0	0.0
TOTAL % (#)	100.0	100.0	100.0	100.0
	(500)	(57)	(100)	(131)

TABLE 3: METHOD USED PRIOR TO FIRST VISIT TO CENTER BY AMPPF AND DSF CLIENTS

	AMPPF		DSF		
	CENTRE PILOTE	OTHER	PMI CENTRAL	OTHER	TOTAL
NONE	84.8	89.5	71.0	64.8	79.9
IUD	3.6	1.8	6.0	5.6	4.1
ORAL	7.6	3.5	4.0	7.0	6.8
INJECTABLE	0.6	0.0	0.0	0.7	0.5
TRADITIONAL	0.6	1.8	3.0	4.2	1.6
NR	2.8	3.5	16.0	17.6	7.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(500)	(57)	(100)	(142)	(799)

TABLE 4: METHOD USED AFTER THE FIRST VISIT BY AMPPF AND DSF CLIENTS

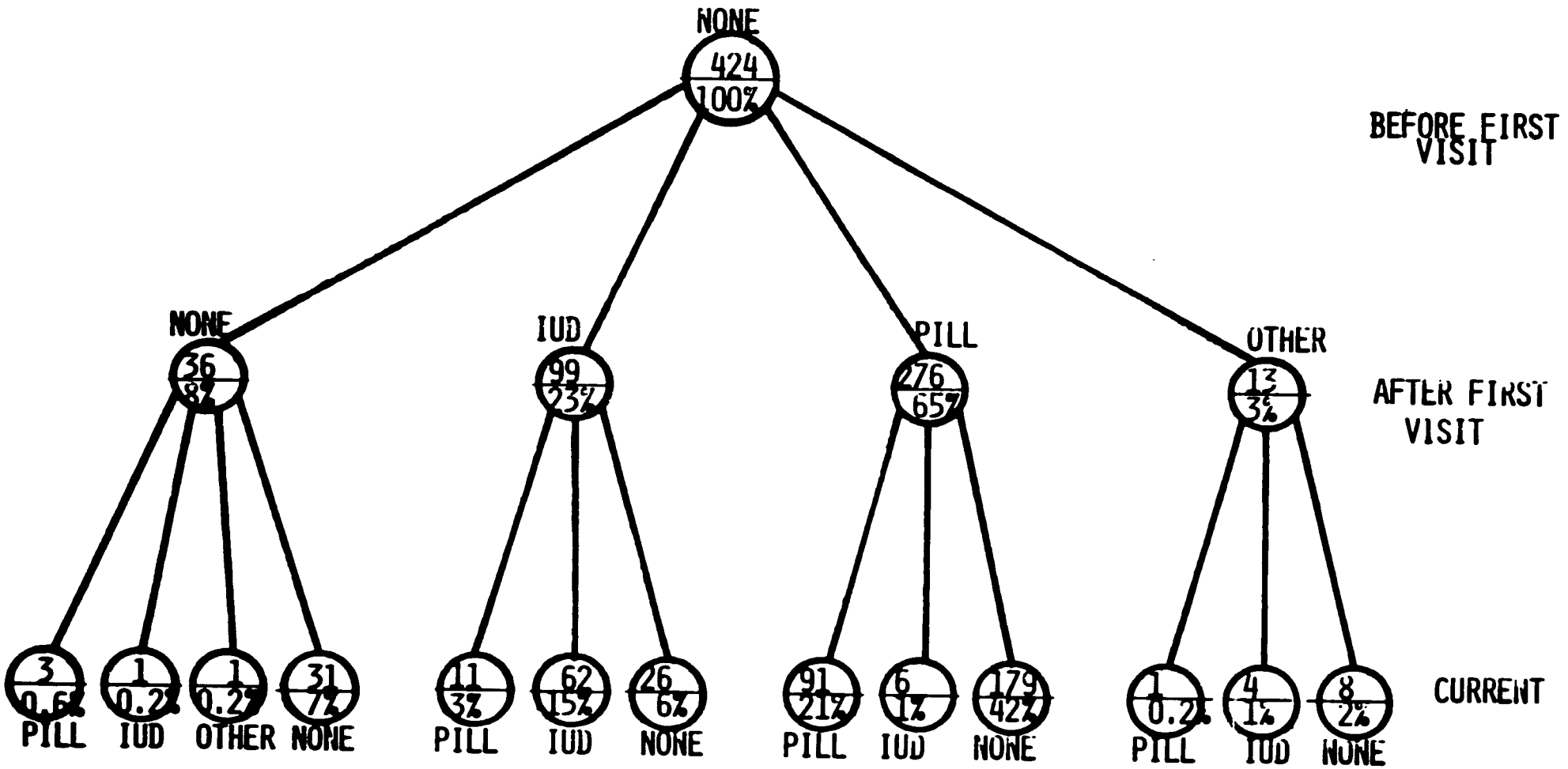
	AMPPF		DSF		
	CENTRE PILOTE	OTHER	PMI CENTRAL	OTHER	TOTAL
NONE	9.4	3.5	2.0	3.5	7.0
IUD	26.0	17.5	29.0	17.6	24.3
ORAL	61.6	75.9	61.0	65.9	63.2
FOAM, JELLY	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1
INJECTABLE	0.4	0.0	0.0	7.8	1.6
STERILIZATION	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
OTHER	0.4	0.0	0.0	0.0	0.3
NR	1.0	3.5	8.0	5.6	2.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
N	(500)	(57)	(100)	(142)	(799)

TABLE 5: METHODS USED BY ACTIVE CLIENTS OF AMPPF AND DSF (MARCH 1981)

	AMPPF		DSF		
	CENTRE PILOTE	OTHER	PMI CENTRAL	OTHER	TOTAL
PILL	55.9	*	68.4	69.3	61.2
IUD	41.4	*	29.9	18.2	34.0
OTHER	2.7	*	0.0	0.0	1.6
NR	0.0	*	1.7	12.5	3.2
TOTAL	100.0		100.0	100.0	100.0
N	(222)	(12)	(57)	(88)	(379)

TABLE 6: METHOD CHANGES AMONG

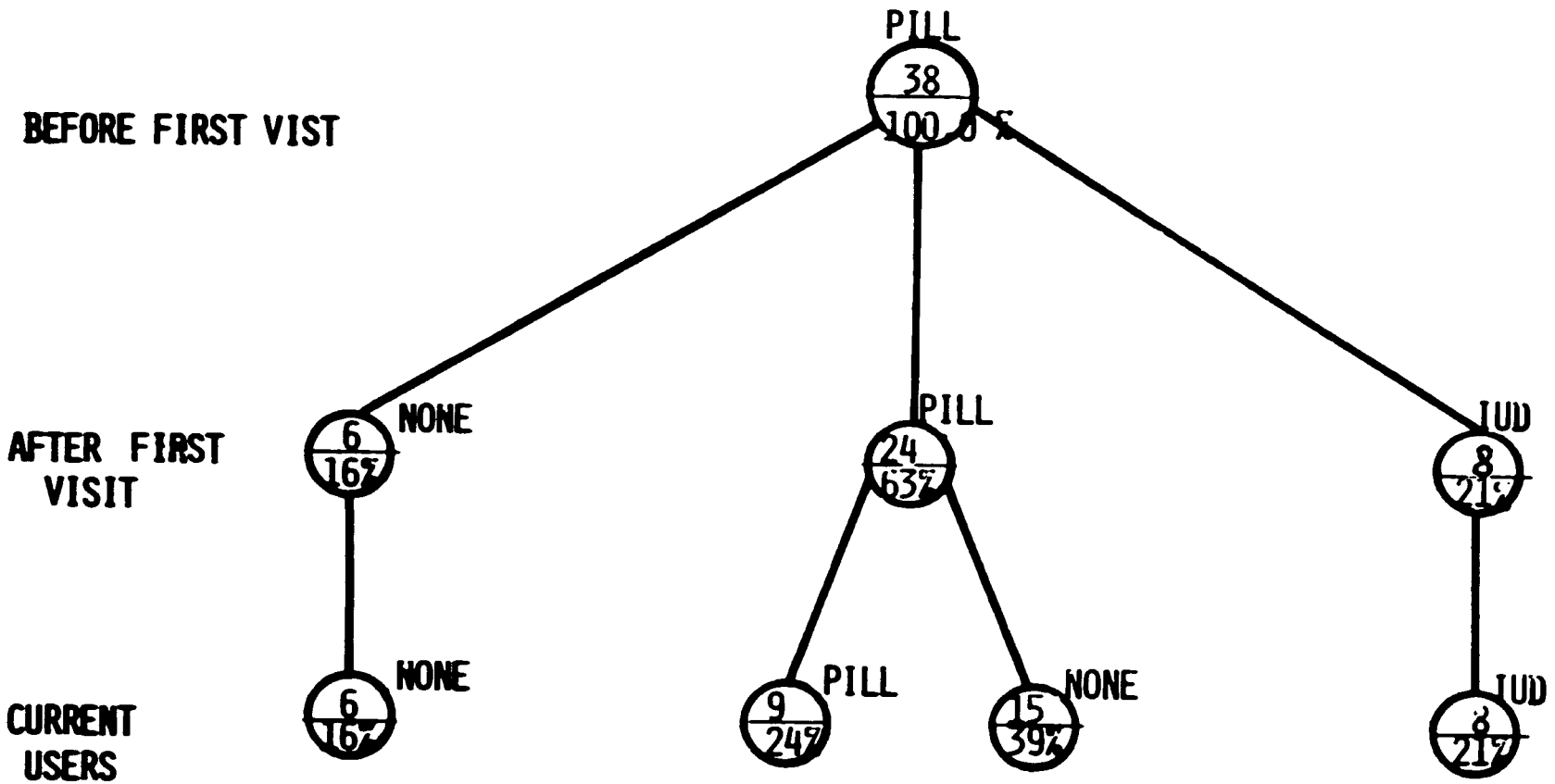
CENTRE PILOTE CLIENTS WHO DID NOT
USE A METHOD BEFORE COMING TO THE CENTER



DROP-OUT FROM PILL = 65%

SHIFT TO PILL FROM IUD = 11%
DROP OUT FROM IUD = 26%

TABLE 7: METHOD CHANGES AMONG CENTRE PILOTE CLIENTS WHO BEGAN USE OF THE PILL BEFORE COMING TO THE CENTER



INITIAL DROP-OUT = 16%

" CONTINUATION WITH PILL = 63%

" SHIFT TO IUD = 21%

SUBSEQUENT PILL DROP-OUT = 63%

NET CONTINUATION WITH PILL = 24%

NET DROP-OUT (ALL METHODS) = 55%

TABLE 8: CRUDE ESTIMATE OF WOMEN 15-44 WHO USE MODERN CONTRACEPTIVE METHODS

1.	Study center estimate	2,538
2.	10% of PMI Centrale acceptors prior to 1979, whose records we did not review (i.e., 4,852) are still active	485
3.	40 active users served by each of the eleven PMIs currently providing family planning services but not evaluated. (40 is the average for non-Bamako centers)	440
4.	10 active users served by the eight PMIs that are just starting to provide family planning services	90
5.	20 active users served by each of the five PMIs offering family planning services at their own initiative	100
Gross estimate of total active users in Mali through health system		3,643

Women 15-44 in Mali = 1,567,800

% of women 15-44 provided with modern methods through AMPPF and DSF = 0.2%

TABLE 9: HOW DO CURRENT USERS FROM THE CENTRE PILOTE DIFFER FROM PREVIOUS AND NEVER USERS FROM THAT CENTER?

		CENTRE PILOTE		
		CURRENT USER	PREVIOUS USER	NEVER USER
AGE	15-19	11.8	11.5	15.6
	20-29	62.3	69.2	66.7
	30-39	20.0	17.6	14.4
	40-49	5.9	1.7	3.3
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	220	182	90
EDUCATION	NONE	27.8	27.0	38.5
	PRIMARY	60.3	56.2	53.8
	SECONDARY	8.7	13.5	6.6
	SUPERIOR	3.2	3.3	1.1
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	219	178	91
OCCUPATION	HIGH STATUS	57.6	65.6	44.8
	MIDDLE STATUS	15.1	9.8	13.8
	LOW STATUS	6.8	11.5	10.3
	OTHER HOUSEWIVES	13.7	9.8	27.6
	STUDENTS	6.8	3.3	3.4
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	73	61	29
MARITAL STATUS	NEVER MARRIED	56.4	62.3	67.4
	PREVIOUSLY M.	6.8	6.0	7.9
	MONOGAMOUS	23.2	19.7	20.2
	POLYGAMOUS	13.6	12.0	4.5
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	220	183	89
DISTANCE TO CENTER	<1	16.4	19.0	11.0
	1-4	45.0	42.4	44.0
	5-14	34.5	35.9	41.7
	15 +	4.1	2.7	3.3
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	220	184	91
DESIRE ADDITIONAL CHILDREN	NO	13.2	7.1	4.4
	YES	86.8	92.9	95.6
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	213	182	90

HOW DO CURRENT USERS FROM THE CENTRE PILOTE DIFFER FROM PREVIOUS AND NEVER USERS FROM THAT CENTER?

PAGE 2

		CENTRE PILOTE		
		CURRENT USER	PREVIOUS USER	NEVER USER
NUMBER OF LIVING CHILDREN	0	23.6	27.7	29.7
	1	26.9	32.6	30.8
	2	19.4	15.8	19.8
	3 +	30.1	23.9	19.7
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	216	184	91
NUMBER OF REPORTED ABORTIONS	0	72.4	76.9	74.7
	1	20.6	16.6	22.0
	2 +	7.0	6.5	3.3
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	199	169	91
METHODS USED AFTER LAST VISIT	NONE	1.8	6.5	100.0
	IUD	42.0	5.4	0.0
	PILL	54.8	86.5	0.0
	OTHER	1.4	1.6	0.0
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	215	185	88
CONTRAINDICATIONS NOTED TO METHOD AFTER FIRST VISIT	NONE	87.4	82.7	40.7
	1 +	8.1	11.4	5.5
	NO RESPONSE	4.5	5.9	53.8
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	222	185	91
COMPLETENESS OF CLIENT RECORD (page 2)	BLANK	1.8	2.7	2.2
	INCOMPLETE	52.2	56.2	75.8
	COMPLETE	45.1	41.1	22.0
	NO RESPONSE	0.9	0.0	0.0
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	222	185	91

TABLE 10: HOW DO CURRENT USERS FROM THE PMI CENTRALE DIFFER FROM PREVIOUS AND NEVER USERS FROM THAT CENTER?

		PMI CENTRALE		
		CURRENT USER	PREVIOUS USER	NEVER USER
AGE	15-19	13.0	12.1	*
	20-29	55.5	60.6	*
	30-39	24.1	18.2	*
	40-49	7.4	9.1	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	54	33	10
EDUCATION	NONE	14.9	14.3	*
	PRIMARY	72.4	57.1	*
	SECONDARY	10.6	25.0	*
	SUPERIOR	2.1	3.6	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	47	31	8
OCCUPATION	HIGH STATUS	50.0	*	*
	MIDDLE STATUS	10.0	*	*
	LOWER STATUS	6.7	*	*
	OTHER HOUSEWIVES	3.3	*	*
	STUDENTS	0.0	*	*
	NO RESPONSE	30.0	*	*
	TOTAL	100.0	*	*
	N	30	18	6
MARITAL STATUS	NEVER MARRIED	46.3	43.8	*
	PREVIOUSLY MARRIED	5.6	3.1	*
	MONOGAMOUS	25.9	25.0	*
	POLYGAMOUS	22.2	28.1	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	54	32	10
DISTANCE TO CENTER	<1	30.9	51.5	*
	1-4	47.3	27.3	*
	5-14	20.0	18.2	*
	15 +	1.8	3.0	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	55	33	10
DESIRE ADDITIONAL CHILDREN	NO	25.0	22.6	*
	YES	75.0	77.4	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	44	31	9

HOW DO CURRENT USERS FROM THE PMI CENTRALE DIFFER FROM PREVIOUS AND NEVER USERS FROM THAT CENTER?

PAGE 2

		PMI CENTRALE		
		CURRENT USER	PREVIOUS USER	NEVER USER
NUMBER OF LIVING CHILDREN	0	6.5	10.0	*
	1	21.8	23.3	*
	2	30.4	26.7	*
	3 +	41.3	40.0	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	46	30	10
NUMBER OF REPORTED ABORTIONS	0	59.3	*	*
	1	40.7	*	*
	2 +	0.0	*	*
	TOTAL	100.0	*	*
	N	30	15	5
METHODS USED AFTER LAST VISIT	NONE	0.0	0.0	*
	D	37.7	9.1	*
	LL	62.3	87.9	*
	THER	0.0	3.0	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	53	33	4
CONTRAINDICATIONS NOTED TO METHOD AFTER FIRST VISIT	NONE	89.3	84.9	*
	1 +	7.1	12.1	*
	NO RESPONSE	3.6	3.0	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	56	33	10
COMPLETENESS OF CLIENT RECORD (page 2)	BLANK	7.1	0.0	*
	INCOMPLETE	32.2	48.5	*
	TOTAL	60.7	51.5	*
	N	56	33	10

TABLE 11: HOW DO CURRENT USERS FROM THE "DSF OTHER" CENTERS DIFFER FROM PREVIOUS AND NEVER USERS FROM THAT CENTER?

		"DSF OTHER" CENTERS		
		CURRENT USER	PREVIOUS USER	NEVER USER
AGE	15-19	14.1	15.6	*
	20-29	35.9	44.4	*
	30-39	40.6	22.2	*
	40-49	9.4	17.8	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	64	45	8
EDUCATION	NONE	47.3	34.8	*
	PRIMARY	37.8	47.8	*
	SECONDARY	8.1	10.9	*
	SUPERIOR	6.8	6.5	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	74	46	9
OCCUPATION	HIGH STATUS	32.2	48.4	*
	MIDDLE STATUS	37.5	22.6	*
	LOWER STATUS	23.2	6.5	*
	OTHER HOUSEWIVES	5.3	16.1	*
	STUDENTS	1.8	6.4	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	56	31	8
MARITAL STATUS	NEVER MARRIED	20.8	25.6	*
	PREVIOUSLY MARRIED	1.4	4.7	*
	MONOGAMOUS	43.1	30.2	*
	POLYGAMOUS	34.7	39.5	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	72	43	10
DISTANCE TO CENTER	< 1	62.1	50.0	*
	1-4	25.7	32.6	*
	5-14	6.8	8.7	*
	15 +	5.4	8.7	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	74	46	10
DESIRE ADDITIONAL CHILDREN	NO	35.6	22.2	*
	YES	64.4	68.9	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	59	45	10

HOW DO CURRENT USERS FROM THE "DSF OTHER" CENTERS DIFFER FROM PREVIOUS AND NEVER USERS FROM THAT CENTER?

PAGE 2

		"DSF OTHER" CENTERS		
		CURRENT USER	PREVIOUS USER	NEVER USER
NUMBER OF LIVING CHILDREN	0	13.3	20.5	*
	1	12.0	16.2	*
	2	20.0	29.6	*
	3 +	54.7	31.8	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	75	44	9
NUMBER OF ABORTIONS REPORTED	0	74.7	76.8	*
	1	22.7	20.9	*
	2 +	2.6	2.3	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	75	43	9
METHODS USED AFTER LAST VISIT	NONE	0.0	15.2	*
	IUD	22.1	2.2	*
	PILL	77.9	73.9	*
	OTHER	0.0	8.7	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	77	46	5
CONTRAINDICATIONS NOTED TO METHOD AFTER FIRST VISIT	NONE	88.3	71.7	*
	1 +	2.6	6.5	*
	NO RESPONSE	9.1	21.8	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	77	46	10
COMPLETENESS OF CLIENT RECORD (page 2)	BLANK	19.5	6.5	*
	INCOMPLETE	26.0	39.1	*
	COMPLETE	54.5	54.4	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	77	46	10

TABLE 12: What methods were used at the time of the last visit and at the time of the evaluation by clients of study centers?

	At the Time of the Last Visit								Current Use						
	None	IUD	Pill	Injectable	Other	NR	TOTAL	N	None	IUD	Pill	Other	NR	TOTAL	N
AMPPF															
Segou	--	13.9	86.1	--	--	--	100.0	43	83.7	4.7	11.6	--	--	100.0	43
Centre Pilote	21.2	20.4	56.0	0.6	0.6	1.2	100.0	500	55.6	18.4	24.8	1.2	--	100.0	500
DSF															
PMI Centrale	4.0	23.0	62.0	1.0	--	10.0	100.0	100	43.0	17.0	39.0	--	--	100.0	100
Centre Famory	2.3	23.3	72.1	--	--	2.3	100.0	43	37.2	23.3	37.2	--	2.3	100.0	43
Katibougou	--	--	100.0	--	--	--	100.0	30	--	--	100.0	--	--	100.0	30
Mana	6.7	--	56.7	13.3	--	23.3	100.0	30	43.3	--	30.0	--	26.7	100.0	30

TABLE 13: ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE CENTRE PILOTE CLIENTS WHO USE THE PILL, THE IUD, AND THOSE WHO ARE NOT CURRENTLY USING A METHOD?

		CENTRE PILOTE		
		PILL	IUD	NOT CURRENT
AGE	15-19	15.6	7.6	12.8
	20-29	71.3	53.3	67.9
	30-39	12.3	29.3	17.1
	40-49	0.8	9.8	2.2
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	122	92	274
EDUCATION	NONE	22.6	31.5	30.7
	PRIMARY	66.1	55.0	55.6
	SECONDARY	9.7	7.9	11.1
	SUPERIOR	1.6	5.6	2.6
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	124	89	270
MARITAL STATUS	NEVER MARRIED	69.4	41.1	63.5
	PREVIOUSLY MARRIED	5.6	8.9	6.6
	MONOGAMOUS	19.4	27.8	20.1
	POLYGAMOUS	5.6	22.2	9.8
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	124	90	274
OCCUPATION	HIGH STATUS	50.0	37.7	54.0
	MIDDLE STATUS	13.1	9.4	10.0
	LOWER STATUS	7.9	1.9	11.0
	OTHER HOUSEWIFE	13.2	9.4	14.0
	STUDENT	7.9	3.9	3.0
	NR	7.9	37.7	8.0
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	38	53	100
DISTANCE TO CENTER	<1	19.4	13.3	16.3
	1-4	42.7	48.9	42.6
	5-14	33.9	33.4	37.9
	15 +	4.0	4.4	3.2
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	124	90	277

ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE CENTRE PILOTE CLIENTS WHO USE THE PILL, THE IUD, AND THOSE WHO ARE NOT CURRENTLY USING A METHOD?

PAGE 2

		CENTRE PILOTE		
		PILL	IUD	NOT CURRENT
DESIRE ADDITIONAL CHILDREN	NO	4.1	22.1	6.6
	YES	95.9	77.9	93.4
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	122	86	274
NUMBER OF LIVING CHILDREN	0	32.8	12.4	28.1
	1	27.9	25.8	31.8
	2	18.8	21.4	17.0
	3 +	20.5	40.4	23.1
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	122	89	277
NUMBER OF ABORTIONS REPORTED	0	74.8	67.2	75.6
	1	20.3	21.4	19.1
	2 +	4.9	11.4	5.3
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	123	70	262

TABLE 14: ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE PMI CENTRALE CLIENTS WHO USE THE PILL, THE IUD, AND THOSE WHO ARE NOT CURRENTLY USING A METHOD?

		PMI CENTRALE		
		PILL	IUD	NOT CURRENT
AGE	15-19	13.1	*	9.3
	20-29	57.9	*	60.5
	30-39	23.7	*	20.9
	40-49	5.3	*	9.3
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	38	16	43
EDUCATION	NONE	8.8	*	11.4
	PRIMARY	73.5	*	62.9
	SECONDARY	14.7	*	22.9
	SUPERIOR	3.0	*	2.8
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	34	13	35
MARITAL STATUS	NEVER MARRIED	51.4	*	42.9
	PREVIOUSLY MARRIED	8.1	*	4.7
	MONOGAMOUS	21.6	*	23.8
	POLYGAMOUS	18.9	*	28.6
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	37	17	42
OCCUPATION	HIGH STATUS	*	*	*
	MIDDLE STATUS	*	*	*
	LOWER STATUS	*	*	*
	OTHER HOUSEWIVES	*	*	*
	STUDENTS	*	*	*
	NR	*	*	*
	TOTAL	*	*	*
	N	18	11	24
DISTANCE TO CENTER	<1	34.2	*	44.2
	1-4	42.1	*	32.6
	5-14	21.1	*	20.9
	15 +	2.6	*	2.3
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	38	17	43
DESIRE ADDITIONAL CHILDREN	NO	16.1	*	22.5
	YES	83.9	*	77.5
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	31	13	40

ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE PMI CENTRALE CLIENTS WHO USE THE PILL, THE IUD, AND THOSE WHO ARE NOT CURRENTLY USING A METHOD?

PAGE 2

		PMI CENTRALE		
		PILL	IUD	NOT CURRENT
NUMBER OF LIVING CHILDREN	0	6.2	*	7.5
	1	21.9	*	25.0
	2	34.4	*	25.0
	3 +	37.5	*	42.5
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	32	14	40
NUMBER OF ABORTIONS REPORTED	0	*	*	*
	1	*	*	*
	2 +	*	*	*
	TOTAL	*	*	*
	N	20	7	20

TABLE 15: ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE "OTHER DSF" CLIENTS WHO USE THE PILL, THE IUD, AND THOSE WHO ARE NOT CURRENTLY USING A METHOD?

		OTHER DSF		
		PILL	IUD	NOT CURRENT
AGE	15-19	13.2	*	17.4
	20-29	34.0	*	47.8
	30-39	41.5	*	21.7
	40-49	11.3	*	13.1
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	53	11	46
EDUCATION	NONE	46.6	*	34.0
	PRIMARY	37.9	*	48.0
	SECONDARY	10.3	*	12.0
	SUPERIOR	5.2	*	6.0
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	58	16	50
MARITAL STATUS	NEVER MARRIED	17.5	*	26.5
	PREVIOUSLY MARRIED	1.8	*	6.1
	MONOGAMOUS	42.1	*	32.7
	POLYGAMOUS	38.6	*	34.7
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	57	15	49
OCCUPATION	HIGH STATUS	27.7	*	41.7
	MIDDLE STATUS	36.1	*	27.8
	LOWER STATUS	27.7	*	5.5
	OTHER HOUSEWIVES	6.4	*	16.7
	STUDENTS	2.1	*	5.5
	NR	0.0	*	2.8
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	47	10	36
DISTANCE TO CENTER	<1	61.7	*	52.8
	1-4	28.3	*	28.3
	5-14	8.3	*	7.6
	15 +	1.7	*	1.3
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	60	14	53
DESIRE ADDITIONAL CHILDREN	NO	35.6	*	23.9
	YES	64.4	*	76.1
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	45	14	46

ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN THE "OTHER DSF" CLIENTS WHO USE THE PILL, THE IUD, AND THOSE WHO ARE NOT CURRENTLY USING A METHOD?

PAGE 2

		OTHER DSF		
		PILL	IUD	NOT CURRENT
NUMBER OF LIVING CHILDREN	0	11.7	*	20.0
	1	15.0	*	16.0
	2	18.3	*	32.0
	3 +	55.0	*	32.0
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	60	15	50
NUMBER OF ABORTIONS REPORTED	0	75.0	*	70.8
	1	21.7	*	22.9
	2 +	3.3	*	6.3
	TOTAL	100.0	*	100.0
	N	60	15	48

TABLE 16: What proportion of women using contraceptive methods at the time of their first visit said they wanted to have more/no more children?

	NONE		IUD		PILL		INJECTABLE		STERILIZATION		NO RESPONSE		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
NO	6	*10.7*	43	*22.1*	46	*9.1*	12	*(92.3)*	3	*75.0*	2	*8.7*	112	*14.1*
YES	49	*87.5*	133	*68.2*	422	*83.6*	1	*(7.7)*	0	--	15	*65.2*	620	*77.9*
UNSURE	0	*0.0*	2	*1.0*	3	*0.6*	0	--	0	--	0	--	5	*0.6*
NO RESPONSE	1	*1.8*	17	*8.7*	34	*6.7*	0	--	1	*25.0*	6	*26.1*	59	*7.4*
TOTAL	56	*100.0*	195	*100.0*	505	*100.0*	13	*100.0*	4	*100.0*	23	*100.0*	796	*100.0*

TABLE 17: What methods were being used by those women who said they wanted to have more children or that they did not want more children?

	No More Children		More Children		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%
No method	6	5.5	49	8.1	55	7.7
IUD	43	39.1	133	22.0	176	24.6
Pill	46	41.8	422	69.8	468	65.5
Injectable	12	10.9	1	0.1	13	1.8
Sterilization	3	2.7	0	--	3	0.4
TOTAL	110	100.0	605	100.0	715	100.0

TABLE 18: WHAT IS THE MARITAL STATUS OF STUDENTS?

Never Married	91.9
Previously Married	0.5
Monogamous	4.6
Polygamous	1.0
No Response	2.0
Total	100.0
N	197

TABLE 19

IF STUDENTS DO NOT ENTER THE CALCULATIONS HOW FAR DO AMPPF AND DSF CLIENTS COME FOR SERVICES?

		CURRENT USERS	PREVIOUS USERS	NEVER USERS
CENTRE PILOTE	<1	16.9	18.4	14.7
	1-4	42.9	40.8	36.8
	5-14	34.4	37.7	45.6
	15 +	4.5	2.3	2.9
	NR	1.3	0.8	0.0
	TOTAL	100.0	100.0	100.0
	N	154	130	68
PMI CENTRALE	<1	27.5	50.0	*
	1-4	52.5	28.6	*
	5-14	17.5	17.8	*
	15 +	0.0	3.6	*
	NR	2.5	0.0	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	40	28	8
OTHER DSF	<1	55.4	56.4	*
	1-4	27.7	23.0	*
	5-14	7.7	10.3	*
	15 +	6.1	10.3	*
	NR	3.1	0.0	*
	TOTAL	100.0	100.0	*
	N	65	39	9

TABLE 20: ARE THE CENTRE PILOTE CLIENTS COMING FROM 5-15 KM DIFFERENT FROM THOSE LIVING CLOSER TO THE CENTER?

	CENTRE PILOTE		
	1	1-4	5-14
METHOD			
NONE	12.3	21.9	25.4
IUD	16.1	23.7	17.0
PILL	70.4	53.5	55.9
OTHER	1.2	0.9	1.7
TOTAL	100.0	100.0	100.0
	(81)	(215)	(177)
MARITAL STATUS			
NEVER MARRIED	69.1	67.9	50.0
PREVIOUSLY	11.1	6.5	5.6
MONOGAMOUS	14.8	17.7	28.1
POLYGAMOUS	4.9	7.9	16.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0
	(81)	(215)	(178)
AGE			
15-19	18.5	12.5	10.2
20-29	66.7	69.0	61.6
30-39	14.8	14.8	23.1
40-49	0.0	3.7	5.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0
	(81)	(216)	(177)
NUMBER OF LIVING CHILDREN			
0	24.7	33.3	19.3
1	42.0	27.1	28.7
2	13.6	17.6	20.4
3 +	19.7	21.9	31.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0
	(81)	(210)	(181)

ARE THE CENTRE PILOTE CLIENTS COMING FROM 5-15 KM DIFFERENT FROM THOSE LIVING CLOSER TO THE CENTER?

PAGE 2

	CENTRE PILOTE		
	1	1-4	5-14
HIGH STATUS	56.0	56.6	59.0
MIDDLE STATUS	8.0	15.1	10.8
LOWER STATUS	8.0	3.8	14.5
OTHER HOUSEWIVES	28.0	18.9	9.6
STUDENTS	0.0	5.6	6.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0
	(25)	(53)	(83)

ESTIMATION DES CLIENTES ACTIVES

BASEE SUR L"EXAMEN DES FICHES

MALI, 1981

	% de Clientes Actives Basé sur l'Echantillon	Nombre Total de Fiches Examinées	Estimation des Clientes Actives		
			Nombre	% du Total Partiel	% du Total
CENTRES DE L'AMPPF					
Baguinda	42	78	33	1,6	1,3
Hôpital de Ségou	13	460	60	2,9	2,4
Centre Pilote	42	4,652	1,953	95,5	77,0
TOTAL PARTIEL	39	5,190	2,046	100,0	(80,7)
CENTRES DE LA DSF					
PMI Centrale	53	468	248	50,6	9,8
Famory	55	228	125	25,6	4,9
Fana	9	11	1	0,2	0,0
Katibougou	100	72	72	14,7	2,8
Kolokani	47	53	25	5,1	1,0
Koulikoro	20	51	10	2,0	0,4
Mana	30	30	9	1,8	0,4
TOTAL PARTIEL	54	913	490	100,0	(19,3)
TOTAL	42	6,103	2,538	-	100,0

ESTIMATION DES CLIENTES ACTIVES

BASEE SUR L'EXAMEN DES FICHES

MALI, 1981

	% De Clientes Actives Basé Sur l'echantillon	Nombre Total de Fiches Examinées	Estimation des Clientes Actives		
			Nombre	% du Total Partiel	% du Total
CENTRES DE BAMAKO					
Centre Pilote	42	4,652	1,953	88,7	77,0
PMI Centrale	53	468	248	11,3	9,8
TOTAL PARTIEL	43	5,120	2,201	100,0	(86,8)
AUTRES CENTRES					
Baguinda	42	78	33	9,8	1,3
Famory	55	228	125	37,3	4,9
Fana	9	11	1	0,3	0,0
Hopital de Ségou	13	460	60	17,9	2,4
Katibougou	100	72	72	21,5	2,8
Kolokani	47	53	25	7,5	1,0
Koulikoro	20	51	10	3,0	0,4
Mana	30	30	9	2,7	0,4
TOTAL PARTIEL	54	983	335	100,0	(13,2)
TOTAL	42	6,103	2,538	-	100,0

COMPARAISON DES ESTIMATIONS DU NOMBRE DE CLIENTES ACTIVES

Mali, 1981

	Estimation calculée à partir de l'examen des fiches (A)	Estimation calculée à partir des données logistiques (B)	Différence en % (A - B)
PMI Centrale	248	339	26,8
Kolokani	25	24	4,2
Koulikoro	10	37	73,0
Tous les centres	2.538	2.396	5,9

REMARQUE: Les estimations logistiques ont été calculées en additionnant les totaux mensuels des contraceptifs distribués aux utilisatrices, distribués à tous les centres du pays par le magasin central de la DSF. On obtient ainsi un total annuel. Ces totaux annuels ont été divisés par le nombre de contraceptifs oraux qu'une utilisatrice consommerait en un an, soit 13 cycles de pillules. Dans le cas du stérilet, la division a été faite par 0,4 puisque on estime que le stérilet reste en place deux ans et demi.