



Royal Tropical Institute



Etude d'Impact de l'appui des Pays-Bas au sous secteur de la Santé de la Reproduction au Mali

Protocole de recherche

décembre 2010

Leon Bijlmakers, principal auteur de ce rapport, et toute l'équipe

P:\CRYSTAL\COMMON\PROJECTS\104478\IOB IMPACT EVALUATION SRHR\REPORTING\IOB IMPACT
EVALUATION SRHR MALI – FINAL PROTOCOL – version 20 dec

Consortium: ETC, Ecorys, KIT, CDR
p/a ETC Crystal
P.O. Box 64
3830 AB Leusden
The Netherlands
Tel: +31 33 4326030
crystal@etcnl.nl
www.etc-crystal.org

Table de matières

Carte géographique du Mali	4
Acronymes	5
1. Contexte et justification de l'étude.....	7
2. Etat des lieux	9
2.1 Politique nationale et les orientations et domaines prioritaires en matière de santé en général, population et santé de la reproduction	9
2.2 La contribution des Pays-Bas au secteur de la santé au Mali	12
2.3 Offre de services par les prestataires et zones d'intervention	14
2.4 Evolution des indicateurs phares en santé de la reproduction et planification familiale ; et quelques changements dans la politique	16
2.5 Financement, ressources humaines, infrastructures et autres intrants.....	19
3. Cartographie des interventions et choix du thème pour l'étude d'impact	22
3.1 Maternité à moindre risque et soins aux nouveaux nés	22
3.2 Planification familiale.....	23
3.3 Droits reproductifs	23
3.4 Thèmes transversaux et externalités.....	24
3.5 Choix du thème de la planification familiale et justification	24
4. Cadre analytique pour l'étude d'impact et objectif.....	26
4.1 Logique d'intervention.....	26
4.2 Cadre analytique	27
4.3 Objectif et questions de recherche.....	29
4.4 Croisements.....	31
5. Méthodologie.....	33
5.1 Partie quantitative	34
5.1.1 Analyse secondaire des données existantes des grandes enquêtes	35
5.1.2 Analyse secondaire des archives de l'AMPPF	38
5.1.3 Analyse secondaire des données de l'étude menée par CAREF	40
5.1.4 Collecte des données primaires.....	40
5.2 Partie qualitative.....	41
5.3 Échantillonnage.....	42
5.4 Résumé des méthodes à utiliser.....	42
6. Organisation de l'étude et chronogramme.....	44
6.1 Plan de collecte, d'exploitation et d'analyse des données.....	44
6.2 Rôle et attributions des parties prenantes (<i>stakeholders</i>) au Mali	45
6.3 Composition de l'équipe de chercheurs et rôles des membres	45
6.4 Rôle et attributions du cabinet local.....	45
6.5 Chronogramme indicatif	46
7. Budget indicatif	47
Références / bibliographie.....	48
Annexes.....	51
Annexe 1 Termes de référence pour la phase exploratoire de l'étude d'impact	52
Annexe 2 Calendrier de la mission.....	56
Annexe 3 Liste des personnes rencontrées	57
Annexe 4 Répertoire des indicateurs dans les différentes bases de données et études	58
Annexe 5 Déclaration de capacité et synoptique d'expériences antérieures de la FMPOS.....	67

Carte géographique du Mali



Acronymes

ABG	Appui Budgétaire Global
ABS	Appui Budgétaire Sectoriel
AMPPF	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
ANICT	Agence Nationale d'investissement des Collectivités Territoriales
ART	Traitement antirétroviral (<i>anti retroviral treatment</i>)
ASACO	Association de santé communautaire
ATN+	Assistance Technique Nationale (USAID)
CAP	Couple années de protection (<i>CYP = Couple Year of Protection</i>)
CAREF	Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation
CCC	Communication pour le changement de comportement (<i>BCC</i> en anglais)
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme (<i>MTEF</i>)
CEPRIS	Cellule d'exécution des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires
CIPD	Conférence Internationale pour la Population et le Développement (<i>ICPD</i>)
CNAM	Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
CPN	Consultation prénatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSREF	Centre de santé de référence
DBC	Distributeur à base communautaire
DFM	Direction des Finances et du Matériel
DIU	Dispositif intra-utérin
DNS	Direction Nationale de la Santé
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
EDSM	Enquête démographique et de santé au Mali (<i>DHS</i>)
ELIM	Enquête Légère Intégrée auprès de Ménages
FENASCOM	Fédération Nationale des ASACO
FMPOS	Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de l'Université de Bamako
GATPA	Gestion active de la 3 ^{ème} période de l'accouchement
IEC	Information, éducation et communication
IHP	<i>International Health Partnership</i> (Partenariat International pour la Santé)
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
INSTAT	Institut National de la Statistique
IOB	Direction Evaluation de la Politique et des Opérations du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas
IST	Infection sexuellement transmissible

MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MGF	Mutilation génitale féminine
MICS	<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>
MS	Ministère de la Santé
MSI	<i>Mary Stopes International</i>
NIDI	<i>Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute</i>
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement (<i>MDG</i>)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
PDDS	Plan Décennal de Développement Sanitaire
PDDSPFEF	Plan Décennal de Développement Sanitaire, Social, de Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
PF	Planification familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDRHS	Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
PPM	Pharmacie Populaire du Mali
PPTE	Initiative pays pauvres très endettés
PRODESS	Programme de Développement Socio-sanitaire
PSI	<i>Population Services International</i>
PSN/RSS	Plan Stratégique National de renforcement du système de santé
PSSP	Politique Sectorielle de Santé et de Population
PTF	Partenaires techniques et financiers
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RMM	Ratio de mortalité maternelle
SLIS	Système local d'information sanitaire
SONU(C)	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (complète)
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SR	Santé de la reproduction
SSA	Soins de santé après avortement
SSP	Soins de santé primaires
TdR	Termes de référence
TPI	Traitement préventif intermittent, contre le paludisme
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome de l'immunodéficience acquise

1. Contexte et justification de l'étude

L'étude d'impact de l'appui des Pays-Bas au sous secteur de la Santé de la Reproduction au Mali a été commanditée par l'IQB, la Direction Evaluation de la Politique et des Opérations du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas.¹ L'étude vise à établir la pertinence, les effets et l'efficacité de l'appui des Pays-Bas dans le domaine de la santé et des droits reproductifs et sexuels. Le principal focus de l'étude sera sur les effets en termes d'accès, de l'utilisation et de la qualité des services de santé, et des principaux indicateurs de morbidité et de mortalité. L'étude ne cherche pas à attribuer les effets – quelconques – à l'appui spécifique des Pays-Bas, mais plutôt aux interventions spécifiques auxquelles les Pays-Bas ont contribué aux cours des années à travers le Programme de Développement Socio-sanitaire (PRODESS), l'UNFPA et certaines ONG intervenant dans le domaine de la santé et des droits reproductifs et sexuels (AMPPF, MSI et PSI).

Le présent protocole de recherche est le résultat d'une mission de cadrage, qui s'est tenue du 13 au 23 septembre, 2010, par une équipe conjointe de ETC (Pays-Bas), Ecorys (Pays-Bas) et FMPOS (Mali), appuyée par l'IQB dans le cadre de la phase préparatoire de l'étude. Les termes de référence de la mission vont en annexe A ; le calendrier et la liste des personnes rencontrées sont joints en annexes B et C. L'objectif de la phase exploratoire était d'élaborer le protocole de recherche, en précisant l'ampleur et la profondeur de l'étude, en termes d'interventions qui feront l'objet de l'analyse d'impact ; et de solliciter l'appui des parties prenantes, y compris le Ministère de la Santé au Mali, et d'élaborer un mécanisme pour que les résultats de l'étude puissent alimenter le dialogue sectoriel davantage.

Ce dernier est jugé important du fait que le Gouvernement du Mali s'est engagé à élaborer un nouveau Plan Décennal de Développement Sanitaire, Social, de Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, sur 10 ans (PDDSS, 2012-2021) et un programme quinquennal (PRODESS, 2012-2016). C'est dans ce contexte que trois groupes thématiques (ad hoc) seront constitués (pour les trois composantes du PDDSS, désormais nommé PDSSPFEF) qui, dans un esprit de partenariat qui caractérise l'approche sectorielle au Mali, vont intégrer un certain nombre d'acteurs représentant les départements partageant le même secteur et autres départements fortement impliqués dans la mise en œuvre des programmes sectoriels, les organisations de la société civile, le secteur privé, les instituts de recherche, l'université et les partenaires techniques et financiers. Le processus d'élaboration s'articulera autour de trois étapes essentielles : (i) la phase d'orientation stratégique, (ii) la phase d'élaboration et de validation du plan décennal et de sa première phase quinquennale par composante et (iii) la phase plaidoyer pour le financement du plan décennal et des programmes quinquennaux. C'est dans le cadre de ces deux premières étapes qu'il est souhaité que les résultats de la présente étude d'impact puissent alimenter les travaux et renforcer les réflexions des équipes aux différents niveaux de la pyramide en planification.

¹ Trois études d'impact sont prévues dans ce même domaine, au Mali, Nicaragua et Bangladesh, ainsi que revues documentaires (pour le Ghana et la Tanzanie).

L'étude proprement dite sera conduite en 2011. Du fait que certaines interventions prennent du temps avant que les effets visés ne puissent être détectés, et les enquêtes démographiques et de santé (EDSM) ayant eu lieu en 2001 et 2006, la période de revue sera du 2001 au 2009, en principe. Le présent protocole de recherche décrit le contexte national et la contribution des Pays-Bas au sous secteur SR (cf. chapitre 2) ; ensuite il précise le choix des interventions qui feront objet de l'étude (cf. chapitre 3), le cadre analytique (cf. chapitre 4) et la méthodologie (cf. chapitre 5). Le protocole propose aussi l'organisation de l'étude en termes de rôle et attributions des différentes parties prenantes (y compris le rôle de l'institution de recherche locale qui sera impliquée dans l'étude ; cf. chapitre 6), et un budget indicatif. Un protocole plus détaillé, comprenant l'échantillon, les instruments de collecte des données et les grilles d'analyse sera élaboré ultérieurement (au début de la phase 2).

2. Etat des lieux

2.1 Politique nationale et les orientations et domaines prioritaires en matière de santé en général, population et santé de la reproduction

Le Mali a adopté sa Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) le 15 décembre 1990. Elle est fondée sur une approche globale articulant les principes des soins de santé primaires et l'Initiative de Bamako. Le troisième Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007, élaboré avec une large participation des départements concernés, de la société civile et des partenaires techniques et financiers (PTF), traduit cette politique en stratégies et résultats à atteindre.

Programme de développement socio-sanitaire (PRODESS)

Depuis son lancement en 1999, le PRODESS² est géré à travers une approche sectorielle dont la dynamique s'est consolidée au fil des ans. Ceci signifie que le PRODESS constitue le cadre unique de programmation, de mise en œuvre et de suivi des interventions dans le secteur de la santé et du développement social. Il est piloté par les structures pérennes du gouvernement malien au cours d'un processus bien institutionnalisé, et sa gestion quotidienne est assurée par son Secrétariat Permanent, basé à la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) désormais commune à trois départements (Santé, Développement Social et Promotion de la Femme). Les organes de décision du PRODESS sont dirigés conjointement par le MS et le MDSSPA, et bénéficient d'une participation active de l'ensemble des PTF et de la société civile, en particulier via la FENASCOM (Fédération Nationale des ASACO) et le Groupe PIVOT santé/population. Le PRODESS est par ailleurs accompagné d'un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) régulièrement actualisé, et d'un cadre d'évaluation comprenant des indicateurs d'impact, de résultats et de processus.

Afin de s'aligner sur l'horizon du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Lutte contre la Pauvreté (CSCR) 2007-2011, qu'il opérationnalise dans les secteurs de la santé et du développement social, le PRODESS II a été prolongé jusqu'en 2011. La prolongation du PRODESS II tient compte de l'évaluation et des acquis des stratégies menées, ainsi que des priorités émergentes, des stratégies et politiques développées dans le secteur depuis 2005 et du passage à échelle de stratégies efficaces pour l'atteinte des résultats, en particulier les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ainsi, un Plan Stratégique National de Renforcement du Système de Santé (PSN/RSS) et une Politique Nationale de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS) ont été élaborés. Cette dernière a été adoptée par le gouvernement du Mali en décembre 2009.

Le contexte général dans lequel s'inscrit le programme sectoriel est caractérisé par plusieurs initiatives destinées à augmenter l'efficacité de l'aide au développement, telles que la Déclaration de Paris sur l'Efficacité de l'Aide et l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA). Le Gouvernement du Mali a fermement pris l'option d'un passage progressif vers l'appui budgétaire afin que le soutien des PTF s'aligne sur les procédures nationales. Ainsi, le PRODESS bénéficie depuis 2006 des appuis budgétaires global (ABG) et sectoriel (ABS) de plusieurs partenaires. Plus récemment (septembre

² Premier PRODESS de 1999 à 2004; PRODESS II de 2005 à 2009, prolongé jusqu'en 2011.

2007), le Mali a rejoint le Partenariat International pour la Santé (IHP)³, dont le but est d'accélérer les progrès relatifs aux OMD liés à la santé. Dans ce cadre, le 20 avril 2009, le gouvernement du Mali et les principaux PTF actifs dans le secteur de la santé ont signé un Compact national « Accroître les efforts et les ressources pour la Santé en vue de l'atteinte des OMD », qui vise à constituer le cadre unique et harmonisé d'augmentation et d'amélioration de l'efficacité de l'aide dans le secteur en vue d'accélérer l'atteinte des résultats. Le respect des engagements et le suivi des résultats du Compact feront chaque année l'objet d'une évaluation indépendante, impliquant la société civile. En outre, le Mali est également représenté dans plusieurs forums internationaux et initiatives liées à l'IHP, notamment celle relative à la maximisation des synergies positives entre initiatives globales pour la santé et renforcement du système de santé, et celle visant à trouver des financements innovants pour la santé.

La poursuite de la mise en œuvre du PRODESS II s'est appuyée sur des documents stratégiques, notamment la politique nationale de développement des ressources humaines, le plan stratégique national de renforcement du système de santé, la politique nationale de recherche en santé, la politique nationale de maintenance des équipements et infrastructures de la santé et le cadre de dépenses à moyen terme révisé en entier (CDMT).

En dépit des progrès accomplis, comme l'indiquent les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali de 2006 (EDSM IV), le niveau de certains indicateurs demeure encore préoccupant, ce qui donne une idée de l'importance des défis à relever pour l'atteinte des OMD. La priorité dans la prolongation du PRODESS II a été accordée à la réduction de la mortalité néonatale, infantile et infanto juvénile ; et à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle. Plus spécifiquement les efforts ont été centrés sur :

- la poursuite de l'extension de la couverture sanitaire, notamment dans les zones pauvres ;
- l'amélioration de l'accès au paquet minimum d'activités (PMA) ;
- la mise en œuvre et/ou la mise à échelle de stratégies novatrices ;
- l'amélioration de la qualité de l'offre de soins ;
- le renforcement de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet de soins obstétricaux et néonataux essentiels ;
- le renforcement de la lutte contre les maladies infantiles et maternelles, le VIH/Sida et la tuberculose; et
- le renforcement de la référence/évacuation.

Aussi, des actions étaient prévues pour améliorer la collecte des données et renforcer les activités de repositionnement de la planification familiale pour augmenter le niveau d'utilisation de la contraception et réduire le niveau des besoins non satisfaits.

Population

Les résultats du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat du Mali (RGPH 2009)⁴ qui s'est déroulé en avril 2009, ont montré que la population totale du Mali s'élève à 14.5 millions d'habitants. Ce chiffre est nettement supérieur à toutes les estimations.⁵ Le taux d'accroissement de la population s'élève à 3,6% pour la période 1998-2009 contre 2,2% sur la période 1987-1998. La

³ Voir <http://www.internationalhealthpartnership.net>

⁴ Source : INSTAT/BCR, Résultats provisoire du RGPH 2009 (juillet 2009).

⁵ Les estimations les plus 'hautes' donnaient un chiffre de 13 millions.

note sur la Croissance démographique au Mali, rédigée par le groupe statistique,⁶ qui a pour objectif de décrire les conséquences de la croissance démographique au Mali, met en exergue que le pays doit ralentir le rythme auquel augmente sa population, à fin d'atteindre les objectifs du Millénaire, notamment ceux relatifs à la formation du capital humain et à l'amélioration de la santé des mères et des enfants.

Au rythme actuel de croissance démographique, la population va doubler en 20 ans, et le Mali aurait 116 millions d'habitants en 2069. Un tel accroissement de la population a des conséquences sur l'ensemble de l'accès à l'éducation et aux services de santé, sur l'agriculture, la nutrition, l'environnement, la croissance économique, et plus généralement sur le développement du Mali. Il est considéré un des freins majeurs à l'atteinte des OMD.

En 1991, le Mali a adopté une politique explicite de population. La mise en œuvre de cette politique a permis au Ministère de la Santé de définir et de mettre en place, en 1994, un Programme National de Planification Familiale (PF). Le but de ce programme est d'amener la croissance démographique à un rythme compatible avec la croissance économique. Dans le cadre de sa mise en œuvre, le Programme National de Planification Familiale du Mali est piloté par la Division de la Santé de la Reproduction (DSR). La DSR est appuyée dans cette tâche par des organisations non gouvernementales (ONG) comme l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) et autres ; le Groupe Pivot Santé et Population regroupant plusieurs ONG et associations qui mènent des activités de santé de la reproduction (SR) au niveau communautaire ; le Groupe PF qui regroupe les organisations des Nations Unies (UNFPA, OMS, UNICEF) et la coopération bilatérale (Allemagne, Canada, Pays-Bas, Suisse et USAID) ; les parlementaires ; la société civile ; et autres ministères (Education, Plan, Jeunesse, communication et promotion de la femme).

Toutefois, le Mali connaît un retard dans sa transition démographique, comparé à l'évolution observée dans la majeure partie des autres pays africains. L'évolution démographique de la population étant la résultante de quatre composantes – l'émigration, l'immigration, la fécondité et la mortalité – c'est surtout la non maîtrise de la fécondité qui semble l'élément clé de la forte croissance démographique au Mali.

Pro mémoire : la population étant plus grande par rapport aux estimations utilisées ces dernières années pour calculer les statistiques sanitaires, certains dénominateurs vont changer et par la suite certaines couvertures seront plus basses en réalité.

Santé de la reproduction

Au nombre des acquis, il faut rappeler la Loi 02-44 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction votée par l'Assemblée Nationale en 2002, la Loi sur le VIH/SIDA, le Plan stratégique de la santé de la reproduction, les Politiques, normes et procédures en santé de la reproduction, l'Initiative « Vision 2010 » pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le Plan d'action national pour le repositionnement de la planification familiale, la Stratégie nationale de communication pour la santé de la reproduction, la Stratégie nationale de santé des adolescents et

⁶ Note présentée à la réunion des chefs d'agence, mars 2010.

jeunes, la Stratégie nationale de survie de l' enfant, le Guide d' engagement constructif des hommes en santé de la reproduction, la Feuille de route pour l' accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, les Campagnes nationales de planification familiale 2005, 2006, 2007 et 2008 et l'engagement des leaders religieux en faveur de la planification familiale. (Source : Étude d'analyse situationnelle sur la PF, conduite en 2008).

Le concept de santé de la reproduction, tel que défini par la Conférence Internationale pour la Population et le Développement (CIPD, 1994), a été adopté par le Mali. Ce concept est défini comme suit:

“Par santé en matière de reproduction, ou santé de la reproduction, on entend le bien-être général tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité”.

La santé de la reproduction suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque, qu'elle est capable et libre de procréer selon son choix, ainsi que d'utiliser les méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi. Ceci va de pair, pour les hommes et les femmes, avec le droit à l'information sur la régulation de la fécondité et à l'utilisation des méthodes contraceptives de leur choix, à la fois sûres, efficaces, peu coûteuses et acceptables. Aussi les populations ont le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien la grossesse et l'accouchement, afin que les couples aient toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Les services de santé de la reproduction comprennent l'ensemble des méthodes techniques et services qui contribuent à la santé et au bien être en matière de procréation, par la prévention et la résolution des problèmes pouvant se poser dans ce domaine. Ceci inclut aussi les soins liés à la santé sexuelle, qui ne doivent pas se limiter aux conseils; les soins relatifs à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles (IST), mais aussi l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles. Au Mali, la santé de l'enfant est considérée comme un volet prioritaire dans la politique de santé et de population. A cet effet, pour couvrir le concept de Santé de la reproduction, il faut associer à cela la santé infantile. Le concept de santé de la reproduction comprend un ensemble de mesures préventives, curatives et promotionnelles visant à améliorer la prise en charge des groupes vulnérables que constituent les femmes, les enfants, les adolescents et les jeunes afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles, juvéniles et de promouvoir ainsi le bien être de tous les individus.

2.2 La contribution des Pays-Bas au secteur de la santé au Mali

La Coopération Néerlandaise a commencé son appui au secteur de la santé dans les années 1980, à travers des projets tels que le Projet d'appui aux Programmes de développement sanitaire de Dioïla/Kangaba (PAP-DK) et les projets Soins de santé primaires dans les régions de Ségou et Sikasso (Projet SSP Ségou ; Projet SSP Koutiala/Yorosso).⁷ Ces projets ont été à la base des démarches du Gouvernement du Mali dans les années 1990 vers une approche sectorielle, avec le concours des

⁷ Ambassade Royale des Pays-Bas (1999) : l'Évolution du système de santé au Mali depuis l'Initiative de Bamako – Contribution des projets 1987-1999.

partenaires à son programme de santé consolidé. Depuis 1992, suite d'une évaluation de la coopération au Mali depuis vingt ans,⁸ les Pays-Bas ont opté progressivement pour l'appui au développement de secteurs – parmi lesquels le secteur de la santé – dont la politique, les stratégies et les programmes sont définis en collaboration avec les partenaires. Depuis 2002, les Pays-Bas fournissent un appui budgétaire sectoriel (ABS) au Gouvernement du Mali pour le financement du PRODESS. A part les Pays-Bas, le Canada et la Suède participent aussi à l'ABS, pour un total d'à peu près € 13,3 (en 2007), soit 25% de la contribution totale des PTF au secteur de la santé.⁹

L'ABS est complété par plusieurs appuis ponctuels, destinés à des ONG et l'UNFPA :¹⁰

- L'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF, qui a son siège à Bamako ; membre de l'*International Planned Parenthood Federation*, IPPF) ;
- Mary Stopes International Mali (MSI) ;
- Population Services International Mali (PSI).

Toutes ces organisations mènent des activités dans le domaine de la santé de la reproduction, y compris la planification familiale.

Le tableau 2.1 montre les niveaux de financement par les Pays-Bas depuis 2004. Avec € 4 million par an, plus de ¾ du total (en 2008) va à l'endroit de l'appui budgétaire sectoriel (ABS), non ciblé. (PM : Certaines informations n'étant pas disponibles en ce moment-ci, le tableau est à compléter ultérieurement.) En 2009, il s'y est ajouté :

- le programme d'appui des Pays-Bas à l'accélération de l'OMD-5, qui s'étend sur trois ans (2009-2011) ; et
- appui à Ipas, une ONG internationale, avec siège aux Etats Unis (Chapel Hill), qui vient de s'installer au Mali ; travaillant dans le domaine des droits sexuels et reproductifs, elle vise à réduire la mortalité et la morbidité liées aux avortements.

Etant des nouvelles formes d'appui, ces deux derniers ne font pas objet de la présente étude d'impact.

Tableau 2.1 : L'appui des Pays-Bas au secteur de la santé au Mali, 2004-2009 (en Euro)

L'appui des Pays-Bas au secteur de la santé au Mali, 2004-2009 (Euro)								
Destinataire	Voie / instrument	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% en 2008
Ministère de la Santé	Appui budgétaire Sectorielle (ABS)	4,000,000	4,000,000	4,000,000	4000.000	4,000,000	4,000,000	78.8%
AMPPF	Financement direct par l'ambassade	0	0	0	0	1,000,000	1,000,000	19.7%
MSI-Mali	SALIN, via son siège à Londres	0	0	0	0	nd	nd	nd
PSI-Mali	SALIN, via son siège aux Etats Unis	nd	nd	nd	nd	75.063	nd	1.5%
UNFPA	Via le siège à New York	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
TOTAL						5,075,063		100.0%

⁸ IOB (1994) : Evaluatie van de Nederlandse hulp aan Mali, 1975-1992. IOB rapport nr 262.

⁹ Source : EKN, Health sector track record 2009.

¹⁰ IOB (2000) : Revue de la Coopération entre le Mali et les Pays-Bas, 1994-1998. Onderzoek naar de samenwerking tussen Mali en Nederland (2000). IOB rapport nr 285.

2.3 Offre de services par les prestataires et zones d'intervention

L'offre des services de santé, et plus spécifiquement des services de santé de la reproduction au Mali est assurée par des différents prestataires (établissements publics, ONG, secteur privé, partenaires techniques et financiers) à travers plusieurs stratégies. Si les cinq zones les plus peuplées dans le sud du pays ont des structures fixes, la répartition des établissements sanitaires dans les trois régions du nord du pays est beaucoup moins dense, d'où la dépendance sur la stratégie avancée à travers des équipes mobiles. Les personnes relais (animateurs, distributeurs à base communautaires et autres) constituent un cadre qui joue un rôle sur tout le territoire du pays dans l'animation, la diffusion des messages, l'IEC et la distribution de produits tels que les moustiquaires imprégnés, les contraceptifs et l'*ivermectine* (contre l'onchocercose).

Structures de santé publiques

En principe toute la population du Mali est bénéficiaire de l'ABS fourni par les Pays-Bas, qui va vers les CSCOM, les centres de référence, les hôpitaux et les structures d'appui (Ministère, DRS, districts sanitaires).

AMPPF

Etablie en 1972, l'AMPPF est une des plus grandes ONG au Mali. Avec un staff permanent d'à peu près 60 personnes et plus de 400 volontaires. Elle s'implique dans l'offre de services à Bamako ville et dans les cinq régions du sud : Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso. Les activités comprennent :

- Conseils SR
- Information, éducation et communication pour le changement de comportements (IEC/BCC)
- Soins néonataux
- Soins gynécologique post-natale
- Prévention du VIH et dépistage volontaire (*voluntary counselling and testing*, VCT)
- Soins après avortements
- Planification familiale et distribution des produits contraceptifs à moindre prix.

L'AMPPF dispose de sept antennes dans six des huit régions du Mali (Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou, Sikasso et Gao ; et la ville de Bamako)¹¹ ; le nombre de cliniques est de sept, dont deux à Bamako.¹²

MSI Mali

Démarré en 2008, le programme de *Mary Stopes International* au Mali comprend :

- deux (2) centres fixes situés dans des zones facile d'accès (marchés) à Bamako offrant une gamme complète des services de SR/PF: toutes les méthodes contraceptives de courte et (depuis mai 2009) de longue durée ; soins après avortement ; dépistage volontaire du VIH ; diagnostique et traitement des IST ; dépistage du cancer du col et du sein ; contraception d'urgence ;
- une (1) équipe mobile travaillant dans 31 CSCOM dans un rayon de 100 km de Bamako et offrant des méthodes de contraception de longue durée (implant et DIU) ainsi que le diagnostique et traitement des IST ;

¹¹ Pas d'antennes dans les régions de Kidal et Tombouctou.

¹² Pas de clinique à Gao.

- une équipe de douze (12) pairs éducateurs à Bamako faisant l'IEC/CCC, la distribution à base communautaire des produits contraceptifs et les références aux centres de MSI Mali auprès de cinq (5) groupes cibles: les professionnels de sexe et leurs « boy-friends », les femmes et les hommes handicapés, les filles migrantes, les filles mendiante et les jeunes de la rue ;
- une équipe de douze (62) relais communautaires accompagnant l'équipe mobile faisant l'IEC/CCC, la distribution à base communautaire des produits contraceptifs et les références auprès de l'équipe.

Les groupes cibles en milieu rural comprennent :

- les jeunes filles et garçons de 15 à 24 ans sexuellement actifs ;
- les individus et couples cherchant à espacer ou à limiter les naissances.

En milieu urbain, ils comprennent :

- les jeunes filles et garçons, scolarisé(e)s ou non, de 15 à 24 ans, sexuellement actifs ;
- les individus et couples à faible ou à moyen revenu, cherchant à espacer ou à limiter les naissances ;
- les filles migrantes (aides ménagères), mendiante, vendeuses ambulantes, filles de la rue ;
- les professionnels de sexe et leurs « boy-friends » ;
- les hommes, les femmes et les filles handicapés.

PSI Mali

Visant les femmes en âges reproductives, *Population Services International* au Mali s'engage dans les prestations des services PF dans 53 privées cliniques à Bamako. Elle s'implique dans la formation du personnel de santé, la distribution des contraceptifs, l'IEC (radio, télévision), la supervision au niveau national, régional et district (CSCOM), et l'assistance technique (au personnel pharmaceutique, et prestataires de services).

UNFPA

En matière de santé reproductive (SR), l'UNFPA intervient dans les régions de Kayes, Sikasso, Gao, Tombouctou et Kidal. Pour les activités de population et développement ainsi que le plaidoyer et d'IEC/CCC, sa couverture est nationale :

- Equipement des centres de santé ;
- Formation du personnel de santé ;
- Logistique (ambulances, DBC/transport/bicyclettes, autres..) ;
- Fourniture de contraceptifs et autres consommables médicaux ;
- Communication / IEC (en collaboration avec le Ministère de la santé UNFPA à élaboré la stratégie de communication en SR) ;
- Supervision (niveau national, régions, districts sanitaires; CSCOM) ;
- Assistance technique (un conseiller pour les régions du Nord, basé à Gao).

Le programme de coopération 2008-2012, auquel les Pays-Bas fournissent un appui financier, a été approuvé pour une enveloppe de USD 20,5 million, dont USD 11 million sont alloués à la santé de la reproduction. La composante SR vise le renforcement de :

- L'accès à des services de PF et des soins obstétricaux d'urgence (SOU) de qualité ;
- L'accès à l'information et l'offre des services de santé sexuelle et reproductives pour les adolescents et les jeunes ;
- La prévention du VIH/Sida en direction des adolescents et des jeunes et des femmes.

2.4 Evolution des indicateurs phares en santé de la reproduction et planification familiale ; et quelques changements dans la politique

Ce paragraphe décrit quelques indicateurs en SR/PF, y compris leurs tendances à partir de 2001. La mortalité maternelle demeure encore très élevée. Le tableau 2.2 montre le grand écart entre le ratio de mortalité maternelle (RMM) actuel et celui ciblé en 2011 (PRODESS prolongé) et en 2015 (cible nationale de réduire le RMM avec ¼ d'ici 2015). L'influence néfaste d'une mortalité maternelle élevée sur la pauvreté, et vice versa, est bien documentée.

Tableau 2.2 : Evolution des indicateurs OMD-5, 2001-2015

	2001 EDSM-3	2006 EDSM-4	Cible 2011 PRODESS II prolongé	Cible 2015 OMD-2015
Ratio de mortalité maternelle (RMM)	582	464	344	146
Fécondité (indice synthétique)	6,8	6,6	-	-
Prévalence PF moderne	5,7%	6,9% ¹⁾	11%	20%
PF besoins non satisfaits	35%	31% ²⁾	25%	-
% mères <20 ans	34%	30%	24%	-
% accouchements assistés par pers. qualifié	41%	49%	65%	-
Consultations prénatales x 4 (CPN)	30%	35%	46%	-

¹⁾ 6.4% sans méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

²⁾ PM : erreur dans le calcul de cet indicateur !

L'OMD-5 ne concerne pas uniquement la réduction du RMM, mais également l'accès universel des services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale de qualité. Le tableau ci-dessus montre les indicateurs y afférent. On note que la prévalence en PF est quasi stagnante, et certains indicateurs de couverture des services de santé (consultations prénatales; taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié) ne montrent qu'une tendance positive assez timide.

La dernière Enquête démographique et de santé au Mali (EDSM IV, en 2006) a mis en évidence un grand besoin non-satisfait en matière de la PF (31%), notamment chez les jeunes et les adolescents – un groupe cible 'oublié'. Pour en « faire la différence », il semble impératif d'introduire des approches innovatrices et efficaces. La Feuille de Route inclut déjà une série de stratégies complémentaires, avec des activités planifiées et budgétisées, pour atteindre l'OMD-5 ; et le Ministère de la Santé, avec ses partenaires (PTF, ONG), fait un effort pour réaliser une partie de ces activités.

La gratuité des césariennes

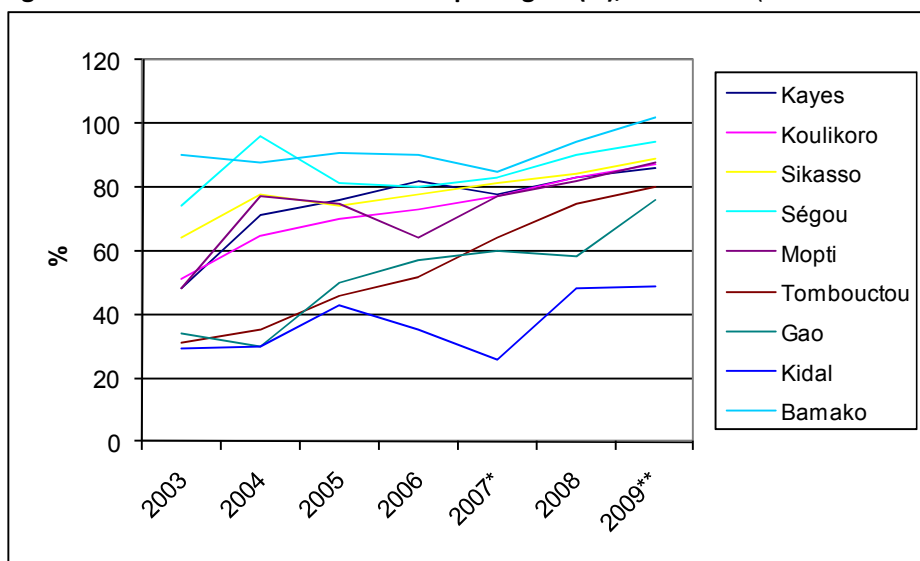
Afin de réduire les barrières financières de chercher des soins obstétricaux d'urgence, le gouvernement a décidé de rendre l'acte de la césarienne gratuite au Mali, en juin 2005. Désormais, le taux de césarienne est passé de 1,89% en 2006 à 2,06% en 2007, loin encore de l'objectif PRODESS de 3% en 2007. La proportion de décès après césarienne est passée de 2,05% en 2006 à 1,98% en 2007.¹³

¹³ A actualiser quand l'étude Bilan Gratuité 2005-09 sera validée.

Evolution de la consultation prénatale

La figure 2.1 montre les taux d'utilisation de la consultation prénatale (CPN) par région, rapportés par les annuaires du Système local d'information sanitaire (SLIS). On constate une augmentation du taux de CPN en 2008 et 2009, qui pourrait s'expliquer par la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles, et une amélioration de la disponibilité du personnel. La baisse à Kidal et Gao pourrait s'expliquer par l'insécurité dans ces régions.

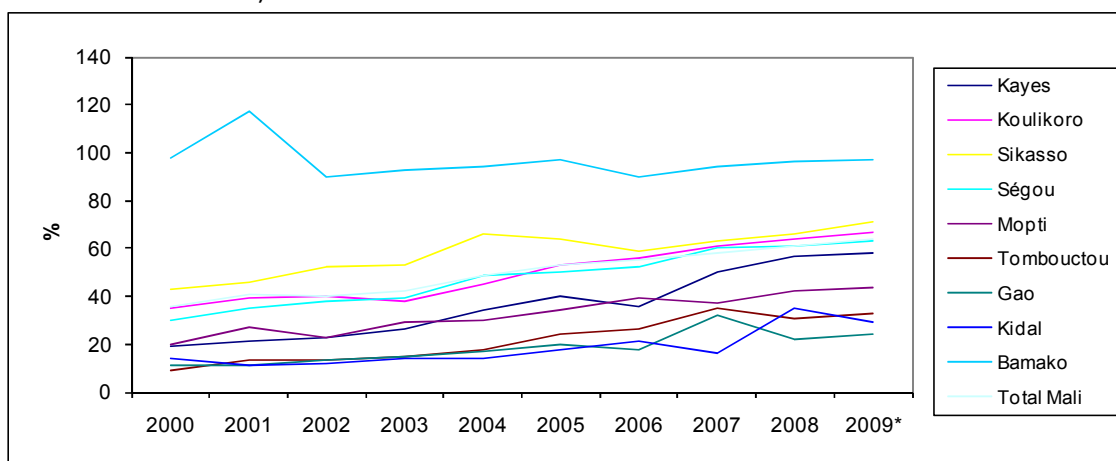
Figure 2.1 : Taux d'utilisation de la CPN par région (%), 2003-2009 (source : annuaires SLIS)



Evolution des accouchements assistés

Le taux de couverture en accouchements assistés de l'ensemble du pays est passé de 40% en 2002 à 61% en 2008. Les plus faibles taux d'accouchement assistés ont été enregistrés de façon régulière (entre 2002 et 2008) dans les régions de Kidal, Gao et Tombouctou.

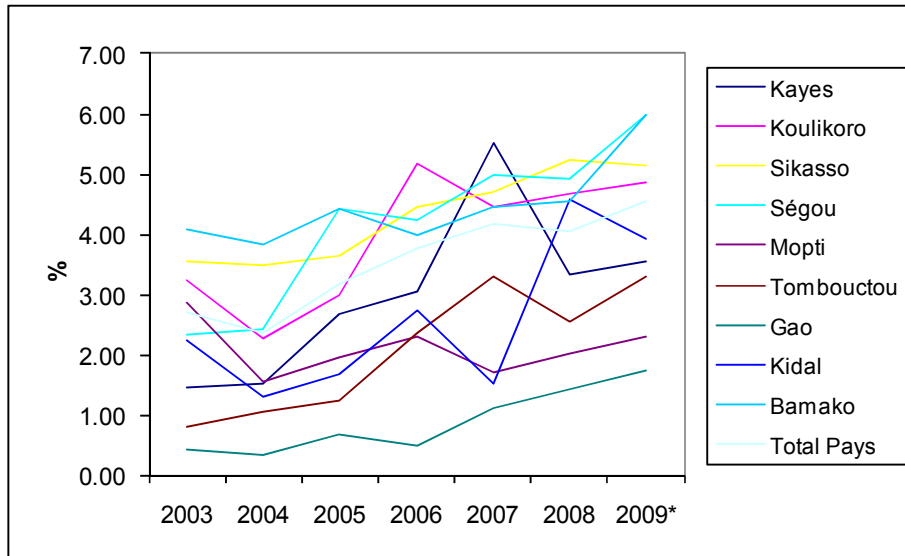
Figure 2.2 : Taux accouchements assistés (%) dans les structures tous niveaux (CSCOM/CSREF ; source : annuaires SLIS)



Evolution de la planification familiale

L'évolution de la prévalence de la PF pour l'ensemble du pays a varié de 2,7% en 2003 à 4,05 % en 2008. Elle paraît irrégulière d'une région à l'autre, ce qui est difficile à expliquer.

Figure 2.3 : Evolution des taux d'utilisation des services PF (%) par région au Mali, 2003-2009
(source : annuaires SLIS)



En résumé, plusieurs des objectifs fixés n'ont pas été atteints, y compris le taux de mortalité maternelle (464 pour 100 000 naissances vivantes, en 2006), la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié/formé (49% selon l'EDSM 2006) et le taux de prévalence de la contraception (une méthode moderne ; 6,9% des femmes 15-49 ans en union, en 2006 selon l'EDSM¹⁴). Les taux d'utilisation peuvent varier énormément selon les régions. Mais ce qui importe plus est que certains de ces taux au Mali sont très bas. A titre indicatif : tandis que la prévalence de la contraception a progressé dans les pays en développement de 50% en 1990 à 62% en 2005, la moyenne pour la région africaine de l'OMS n'a atteint que 23,7% en 2005 ; et pour le Mali il demeure à 8,2%.¹⁵ Il reste en permanence des besoins insatisfaits en matière de planification familiale. Par exemple, les données disponibles pour la période 2000–2008 indiquent que, dans la Région africaine de l'OMS, 24 % des femmes qui souhaitent différer les maternités ou y mettre fin n'utilisaient pas de méthode relevant de la planification familiale. Pour le Mali, comme déjà indiqué ci-haut, l'EDSM 2006 a rapporté ce taux à 31%.

Les raisons exactes ne sont pas connues, mais pourraient s'expliquer par :

- une pénurie dans l'offre de services de santé adaptés (y compris les produits contraceptifs pour la PF) ;
- une demande très faible, liée entre autres au faible niveau de sensibilisation des populations, et – pour la PF – au manque de pouvoir de décision chez les femmes et aux insuffisances dans l'implication des hommes.

¹⁴ Ce taux est supérieur à celui rapporté par le SLIS (voir Figure 2.3).

¹⁵ OMS, 2010 : Statistiques sanitaires mondiales 2010.

Il se pose aussi le phénomène de l'insuffisance de complétude des données rapportées par les structures sanitaires, notamment le secteur privé ; ceci surtout pour les structures intervenant dans la PF.

PM : Autres études à exploiter (voir bibliographie), notamment :

- Fournier et al. (2009) ; et Pirkle et al. (2010) ;
- USAID Evaluation de l'offre des services de PF au Mali, par CAREF, juillet 2008 ;
- Bryce et al. in the Lancet (2010) ; Retrospective evaluation of the Accelerated child survival and development programme (ACSD/SASDE);
+ SASDE, Rapport préliminaire 2007.

2.5 Financement, ressources humaines, infrastructures et autres intrants

La gestion du secteur de santé est menée par le cadre du PRODESS-II et les principes de l'harmonisation de l'utilisation des ressources nationales et internationales.

Financement

La mise en œuvre du PRODESS-II suit ses propres procédures de gestion financière et administrative, y compris les audits externes. Les procédures du financement du PRODESS-II sont décrites de façon détaillée dans le Manuel des procédures de gestion, d'octobre 2005. Le fonds ainsi constitué peut être caractérisé comme un « panier commun » (*basket*) qui est géré selon les procédures nationales. Le PRODESS-II suit les règles de l'élaboration des budgets annuels à travers le plan opérationnel. Le cycle budgétaire se fait de façon harmonisée avec le cycle budgétaire de l'Etat tandis que les activités font partie intégrante du programme sectoriel.

Le PRODESS-II dispose d'un système pyramidal de comptes des programmes central, régionaux et de cercle, communément appelés comptes A, B et C. Le transfert des fonds des partenaires se fait au compte A, sauf indication contraire dans la requête de financement. Les comptes B et C sont approvisionnés à partir du compte A selon les besoins du plan opérationnel.

La Direction des Finances et du Matériel (DFM)¹⁶ a été créée, suivant l'ordonnance n° 010/P-RM du 4 mars 2009. La DFM a pour mission d'élaborer et de coordonner les éléments propres de la politique du département dans les domaines du matériel et des moyens financiers et de participer à la préparation et à la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans les mêmes domaines. A ce titre, elle est chargée:

- du financement et la gestion budgétaire ;
- de la gestion des documents et de l'informatique ;
- de la gestion du patrimoine ;
- de l'audit interne.

Afin de faciliter le transfert de fonds vers les autres Ministères d'appui au secteur de la santé, aux ONG et associations, des conventions et contrats de performance sont établis et évalués pour le paiement des sommes dues.

¹⁶ En 2009, la Direction Administratif et Financière a été divisée en deux directions nationales: la Direction des Finances et du Matériel (DFM) et la Direction des Ressources Humaines (DRH).

Ressources humaines

La gestion des ressources humaines pour la santé a toujours constitué pour le Ministère de la Santé un problème complexe et un défi majeur à relever. Les réponses adéquates à ces problèmes vont permettre d'augmenter la productivité et le rendement du secteur. C'est dans ce contexte que le Gouvernement de la République du Mali a adopté la Politique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé, dont la mise en œuvre se fera en suivant le présent Plan Stratégique National 2008-2012. Celui-ci présente les stratégies et les axes d'intervention en matière de développement des ressources humaines pour la santé.

La Direction des Ressources Humaines (DRH), a été créée le 4 mars 2009, suivant ordonnance n° 09/P-RM. Elle a comme mission la mise en œuvre de la politique nationale des ressources humaines ainsi que l'amélioration des compétences du personnel de santé, le recrutement, la motivation et l'utilisation efficiente (plans de carrière) des ressources humaines.

L'effectif total du Ministère de la Santé est de 13 230 agents¹⁷. La répartition par grande masse de ces agents est la suivante :

- 6 726 agents émergeant sur le budget de l'Etat, dont 58 de l'armée ;
- 254 assistants techniques (Chinois, Cubains et autres partenaires) ;
- 1 710 agents sur financement PPTE ;
- 1 204 agents sur ressources propres des structures ;
- 2 406 agents pris en charge par les ASACO ;
- 734 agents sur contribution des collectivités ;
- 123 agents sur INPS ;
- 73 agents relevant des structures confessionnelles et des ONG.

Il convient de signaler que dans l'effectif des 13 230 agents, 60 agents sont en détachement et 93 en disponibilité.

Les écoles publiques de formation aux professions de santé ont pour mission de former les professionnels de la santé notamment les infirmiers des 1^{er} et 2^{ème} cycles, les sages-femmes, les techniciens de laboratoire, les techniciens d'assainissement (ordonnance 84-12 et article 24, décret 01-219). Le Centre de spécialisation des techniciens de santé a pour mission d'assurer la spécialisation des techniciens de santé dans différents domaines (articles 1 et 2, ordonnance 90-36 et article 24, décret 01-219).

Infrastructures

Plusieurs acteurs sont concernés par la gestion de la carte sanitaire et les infrastructures. La Cellule d'exécution des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires (CEPRIS), antenne du Ministère de l'Urbanisme, a pour mission, dans le domaine du génie civil et de l'équipement, la supervision, le contrôle et le suivi des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires (article 2, loi 93-042). Elle veille à la normalisation des infrastructures et équipements par rapport au volet 1 du PRODESS-II, l'extension de la couverture de toute la pyramide de santé. Egalement, la CEPRIS est responsable de mettre à la disposition des communautés des normes d'équipements et d'infrastructures, ainsi que promouvoir un mécanisme continu d'entretien des bâtiments et

¹⁷ Comité Technique PRODESS II, Rapport financier 2009 et PO financier 2011, DAF/Santé – mai 2010.

équipements socio-sanitaires. En partenariat avec Organe Mali, elle veille à améliorer le système de référence à travers des RAC (radio communication), moyens de transport et logements.

Dans le cadre de la décentralisation, la responsabilité de la construction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires et éducatives de base a été transférée aux Conseils de Cercle. Les infrastructures prévues au PRODESS se trouvent intégrées au Plans de développement économique, social et culturel des cercles concernés.

La réalisation des investissements se fait à travers l'Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales (ANICT). Cette agence est un établissement public à caractère administratif, créé par Loi N° 042 du 7 juillet 2000. Elle a pour mission de gérer les subventions affectées à la réalisation des investissements locaux entrepris sous maîtrise d'ouvrage des collectivités territoriales et de garantir certains prêts contractés par elles.

Les produits pharmaceutiques

Dans le domaine public, l'approvisionnement des médicaments au Mali est organisé sur base d'un processus centralisé.

La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) est un des établissements publics à caractère commercial et industriel (EPIC ; article 39, loi 94-009). Elle a pour mission principale l'approvisionnement, le stockage et la distribution des médicaments essentiels, y compris les contraceptifs pour le secteur public (achats par UNFPA et USAID) sur l'ensemble du territoire. Elle exerce en outre une activité industrielle et commerciale portant sur d'autres médicaments et consommables médicaux (article 2, loi 93-032).

Pour assurer l'approvisionnement en produits contraceptifs, un *Plan d'Action pour Assurer la Contraception Sécurisée* a été élaboré et adopté en 2002, couvrant la période 2002-2011.

PM : Ce dernier document est à obtenir.

3. Cartographie des interventions et choix du thème pour l'étude d'impact

La mission a échangé avec la Direction Nationale de la Santé (DNS) du Ministère de la Santé et plusieurs des partenaires techniques et financiers sur les différentes interventions et les services liés à la santé de la reproduction, y compris la santé sexuelle et les droits reproductifs. Dans une première étape les interventions éligibles à l'étude d'impact ont été identifiées et groupées selon la classification par l'OMS de la SR en cinq sous domaines : (i) la maternité à moindre risque, (ii) la planification familiale, (iii) les soins après avortement, (iv) la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, et (v) les interventions liées aux droits reproductifs. Dans une deuxième étape, les interventions ont été groupées en quatre catégories, comme suit.

3.1 Maternité à moindre risque et soins aux nouveaux nés

Maternité à moindre risque :

- La gratuité des césariennes (depuis juin 2005). PM: : ce thème a été l'objet d'une étude ; voir rapport provisoire Bilan gratuité 2005-2009, avec des données et analyses présentées par région.
- Paquet d'interventions pour assurer les accouchements assistés par un personnel qualifié, y compris les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).¹⁸ P.ex. l'administration d'ocytociques, délivrance artificielle du placenta, etc.
- Renforcement du système de références / évacuation et les SONUC (césariennes ; renforcement des capacités institutionnelles des Centres de Santé de Référence, des EPH, et des hôpitaux régionaux).
- GATPA: la gestion active de la 3^{ème} période de l'accouchement (soins spécifiques pour la prévention de l'hémorragie, éclampsie) ; et la généralisation de la pratique de la GATPA par les matrones. Voir Rapport technique de l'Evaluation finale sur la faisabilité de la GATPA par les matrones, mars 2008 ; et la Note technique du 17 novembre 2008.
- Renforcement des Consultations prénatales ré-centrées (CPN), y compris les tests de routine (anémie, syphilis, VIH, ...), la PTME, SP, la distribution des moustiquaires imprégnés.
- VCT, ARV, surveillance sentinelle.
- Soins essentiels aux nouveaux nés (intégré dans le GATPA), y compris:
 - la promotion de l'allaitement maternel exclusif ;
 - le traitement préventif intermittent (TPI) ;
 - la distribution de moustiquaires (gratuites).
- La consultation post-natale: sensibilisation, y compris la PF post-partum.
- La malnutrition chez la femme et l'enfant.

Soins après avortement (SSA) :

- Interventions de MSI, Ipas, et de certains établissements publics (CSRéf et autres)
 - Normes et protocoles des soins d'avortement, octobre 2009 (y compris cadre juridique et paquet de services) – avec l'appui de Ipas ;

¹⁸ Voir les critères SONU : soins obstétricaux de base (SOUB ; sept fonctions) et soins obstétricaux complets (SOUC ; trois fonctions supplémentaires).

- Nombre de structures formées en SSA : 42 ;
- Protocole : traitement des complications d'avortement et soins après avortement (pour les gynécologues) : voir copie électronique ;
- Guide pour les matrones : copie dure ;
- Outil d'évaluation des sites de prestation de services d'lpas pour le démarrage des services liés à l'avortement, Janvier 2010.

PM : 9% de la RMM est due aux avortements clandestins (source : Rapport provisoire d'une étude 2009).

Autres interventions :

- Campagnes de dépistage du cancer du col.

Mesures d'effets et d'impact : mortalité et morbidité maternelle et néo-natale, taux de complications obstétricales.

Output/production : accouchements assistés par un personnel qualifié et selon les normes ; nombre d'établissements offrant (et ayant les compétences) SONU, taux de césariennes.

Cofacteurs à prendre en compte : taux de césariennes, taux de complications, accouchements assistés par un personnel qualifié et selon les normes, nombre d'établissements offrant (et ayant les compétences).

3.2 Planification familiale

Interventions par plusieurs intervenants:

- Approche communautaire (depuis 1985), DBC/relais communautaires (AMPPF et autres)
- Offre des méthodes de longue durée (implants : *norplant / implanon, jabelle, sino-implant* ; DIU ; vasectomie/stérilisation) – accélération depuis 2008, avec l'appui de PSI et MSI ;
- Education par les pairs (*peer education*) ;
- Stratégie avancée par les équipes mobiles (MSI; par rapport à la stratégie des centres fixes) ;
- Centres de jeunes, Centres d'écoute et de conseils, Groupement de femmes, etc. ;
- Campagnes de sensibilisation, BCC/IEC ;
- Sécurisation/renforcement du système d'approvisionnement des produits contraceptifs.¹⁹

Mesure d'effets et d'impact : fécondité, utilisateurs/utilisatrices, couple années de protection (CAP, CYP), besoins non satisfaits.

Indicateurs de production : vente/ consommation /utilisation des différents produits contraceptifs.

Indicateurs intermédiaires : ruptures de stock aux différents niveaux d'approvisionnement.

3.3 Droits reproductifs

- L'excision, les mutilations génitales féminines (MGF) ;
- La prévention et la prise en charge (réparation) de la fistule obstétricale ;
- La promotion des droits reproductifs, piloté par le Ministère de l'Enfant, de la Femme et de la Famille ; avec la contribution de plusieurs ONG.

¹⁹ Source : Plan d'action pour assurer la contraception sécurisée au Mali pour la période 2002-11 (avril 2002).

3.4 Thèmes transversaux et externalités

- Leadership national et local ;
- Dimension intersectorielle : p.ex. Ministère de l'Enfant, de la Femme et de la Famille ;
- Amélioration de l'accès, extension de la couverture sanitaire ;
- Focus sur certains groupes cibles, notamment les jeunes/ adolescents ;
- Financement ;
- Incidence du transfert des ressources aux collectivités territoriales ;
- Ressources Humaines : compétences, répartition, disponibilité, incitations ;
- Autres intrants, y compris l'appui technique, les formations et suivi ;
- Communication pour le changement de comportement, BCC.

3.5 Choix du thème de la planification familiale et justification

Après étroite consultation avec le Ministère de la Santé et ses partenaires techniques et financiers,²⁰ il a été retenu que l'étude d'impact pourrait porter sur deux interventions : la maternité sans risque ou la planification familiale (PF).

Les éléments en faveur de la PF étaient les suivants :

1. La stagnation du taux de prévalence globale au Mali, mais des tendances à l'intérieur des données ;
2. La diversité des approches des intervenants intéressante pour une analyse approfondie ;
3. Les effets facilement mesurables ;
4. La similarité des données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSM) et du MICS (*Multiple Indicator Cluster Survey*) facilitant une analyse conjointe ;
5. La diversité de l'appui des Pays-Bas pour la PF.²¹

En défaveur de la maternité à moindre risque, en plus du fait que l'appui des Pays Bas dans ce domaine se fait uniquement à travers l'ABS, il y'a peu d'indicateurs d'effet et d'impact mesurables pour la MSR.

En outre, les différents interlocuteurs de la mission ont insisté que la PF ne soit pas un thème trop sensible pour une telle étude. Au contraire : la fécondité très élevée au Mali (cf. section 2.1) mets en évidence qu'une étude d'impact des interventions de PF est très pertinente.

La mission a également pris connaissance de l'étude de Fournier *et al* (2008) sur l'accès aux services obstétricaux d'urgence entre 2003-2006, et elle a considéré la possibilité d'étendre cette étude, en examinant les tendances depuis 2003 jusqu'en 2010, et d'établir leur impact sur les complications obstétricales et la survie/mortalité des mères et enfants. Cependant, elle a constaté que :

²⁰ Deux séances de travail et une restitution ont été réalisées à cet effet: la première séance s'est tenue avec les PTF le 16 septembre, à l'Ambassade des Pays-Bas ; la deuxième a eu lieu au niveau de la DRS le 17 septembre. La restitution s'est tenue au niveau de la CPS le 24 septembre, 2010.

²¹ Cette diversité est à la fois un avantage et un désavantage. En ce qui concerne la méthodologie il va falloir d'identifier des groupes/zones qui ont bénéficié et qui n'ont pas bénéficié des interventions (appuyées par les Pays-Bas). Ca fera l'objet d'une discussion sur "*the factual and the counterfactual*" et l'attribution; cf. section 4, Cadre analytique.

- A. L'étude était une étude *prospective*, qui s'est limitée à une région spécifique (Kayes). Pour la présente étude d'impact nous ne sommes pas dans une situation qui va permettre de recueillir les informations fiables de manière rétrospective – au moins en ce qui concerne les années 2006-2010 (en supposant que notre étude porterait sur la même région (Kayes) et que les chercheurs allaient nous donner accès à leur base de données). Même si les supports sont disponibles pour la période concernée (registre de la maternité, fiches des clients, parthogrammes), ce qui n'est pas évident, il ne nous sera pas possible de vérifier – cas par cas – sur la base de ces fiches si effectivement les normes et procédures ont été respectées (conformément à la GATPA) et si les actions (p.ex. tests, application d'ocytocine, évacuation à un centre de référence, ..) étaient techniquement correctes. Ainsi, les données seraient assez incomplètes.
- B. En plus, si on aimerait faire une étude plus représentative, à l'échelon national ou au moins dans plusieurs régions, on serait obligé de remonter jusqu'à 2003 (au moins) et la qualité des fiches – mêmes s'ils existent dans les archives des établissements sanitaires! – serait encore moindre, ce qui rend l'étude très lourde; d'autant plus qu'on serait obligé de prendre en compte beaucoup plus de facteurs confondants.
- C. Au lieu de suivre le modèle de l'étude par Fournier *et al*, on a considéré une étude quantitative sur tout le territoire du pays (ou au moins dans les régions qui ne sont pas affectées par l'insécurité) ; toutefois, nous aurions à faire face à ce même problème qu'il y a trop de facteurs à prendre en compte qui peuvent avoir une incidence sur l'impact escompté.

Au total, en tenant compte des types d'appui des Pays-Bas au secteur de la santé (appui budgétaire sectoriel, avec des appuis institutionnels à certaines ONG et l'UNFPA), le thème PF est plus approprié que le thème maternité à moindre risque, auquel les Pays-Bas n'ont pas fourni des appuis ciblés (sauf pour le Projet d'Appui à l'accélération de l'OMD5, 2009-2011, qui a démarré en mi-2009).

Par ailleurs, il y a d'autres études (achevées ou en cours), portant sur les avancées et entraves dans le sous domaine de la maternité à moindre risque ; notamment l'Évaluation de la gratuité des césariennes (presque achevée) et l'Évaluation de la faisabilité de la GAPTA par les matrones (mars 2008). La valeur ajoutée d'une étude d'impact de la maternité à moindre risque nous paraît finalement moindre que celle d'une étude sur la PF.

C'est ainsi qu'il a été décidé de mener l'étude d'impact sur la planification familiale. Il est estimé qu'une telle étude puisse alimenter la réflexion et les travaux dans le cadre de la préparation du nouveau programme quinquennal, le PRODESS III, 2012-2016.

4. Cadre analytique pour l'étude d'impact et objectif

L'optique de l'étude du côté des Pays-Bas est : son appui budgétaire sectoriel au secteur de la santé (plus spécifiquement au PRODESS) et son appui institutionnel à des ONG sélectionnées, notamment l'AMPPF, PSI et MSI. Il convient de rappeler que l'étude d'impact ne cherche pas à attribuer les effets (quelconques) à l'appui des Pays-Bas.

L'étude aura le caractère d'une évaluation d'impact *ex-post* des interventions dans le domaine de la planification familiale au Mali sur une période de dix ans (de 2001 à 2010). Elle cherche à alimenter la réflexion sur la future politique nationale du Mali en matière PF et population ; et les travaux de préparation du nouveau PRODESS, 2012-2016.

En principe, une étude d'impact nécessiterait la comparaison du '*factual*' (l'intervention, ou un ensemble d'interventions) avec le '*counterfactual*' (pas d'intervention). Toutefois, dans notre cas de figure ce dernier n'existe pas, parce qu'en principe les services PF font partie du paquet minimum d'activités (PMA) sur tout le territoire du pays. A l'absence d'une vraie *counterfactual*, l'étude va comparer les effets de différents paquets supplémentaires de services PF qui sont offerts dans certaines localités avec le paquet minimum d'activités PF offerts par les services publics.

Désormais, l'hétérogénéité des interventions va introduire des facteurs exogènes confondants et par la suite elle aura une incidence sur la rigueur de l'analyse et la validité des conclusions. La constitution d'un panel de bénéficiaires/clients qui est suivi sur plusieurs années (rétrospectivement ou prospectivement) pourrait adresser cette hétérogénéité (au moins partiellement) et renforcer l'analyse d'attribution. Ceci sous l'hypothèse que les paquets d'interventions dans certaines zones ont été stables²² ; et sachant qu'ils n'ont pas été stables dans d'autres zones, notamment celles où l'AMPPF a intensifié ses interventions et les centres urbains où MSI et PSI ont introduit des produits contraceptifs de longue durée.²³

4.1 Logique d'intervention

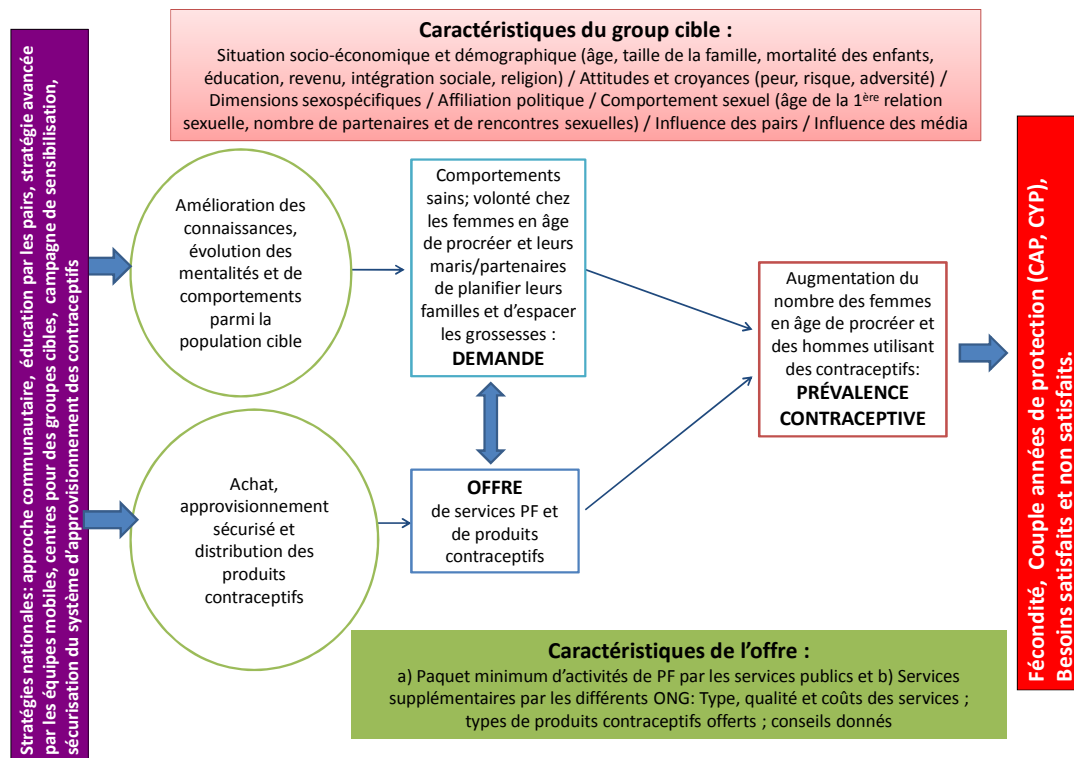
Le succès d'un programme de planification familiale, comme tout autre programme promouvant des biens publics, dépend de l'équilibre entre la demande par les utilisateurs et l'offre des services par les prestataires, y inclus l'offre des produits contraceptifs. Il va de soi que l'offre peut influencer la demande ; et vice versa, une faible demande de la part de la population peut influencer sur la volonté des prestataires et financeurs d'assurer l'approvisionnement des produits contraceptifs et la fourniture des services PF. La figure 4.1 montre la logique de l'intervention (reconstruite) et la chaîne de causalité. La liste de déterminants n'étant pas exhaustive, notons que le diagramme est à perfectionner. Les interventions de PF par les différents intervenants seront décrites ultérieurement en plus de détail.

²² La plupart du pays.

²³ Les villes et les alentours de Bamako, Koulikoro, Mopti, Sikasso; voir section 2.3.

Dans le débat sur les faibles taux de prévalence contraceptive et les besoins en PF non satisfaits au Mali, comme ailleurs dans d'autres pays, il y a tendance à deux camps idéologiques de s'opposer : ceux qui sont d'avis que la plupart de la population vivant dans des structures traditionnelle n'est pas prête à se planifier et que la distribution des produits contraceptifs peut induire certaines pratiques contraires aux valeurs socioculturels, donc non désirées ; et ceux qui estiment que l'accès à la planification familiale est un droit humain et qu'il y a des importants besoins qui ne peuvent se traduire en une demande réelle tant que l'approvisionnement de produits contraceptifs n'est pas assuré et le choix est limité.

Figure 4.1 : Logique d'intervention du programme PF

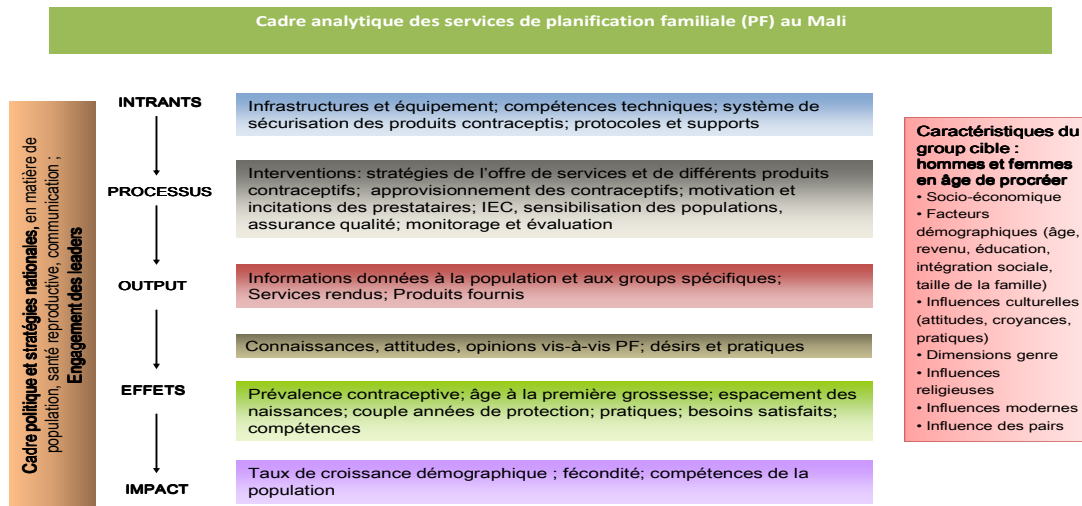


La présente étude vise à clarifier les principaux déterminants liés à la demande et à l'offre qui expliquent l'évolution des principaux indicateurs d'effet et d'impact des interventions menées depuis 2001.

4.2 Cadre analytique

Sur la base de la logique d'intervention, le cadre analytique de l'étude se présente comme montré par la figure 4.2.

Figure 4.2 : Cadre analytique de l'étude d'impact des interventions PF



Par rapport au **cadre politique et les stratégies nationales** sont à noter :

- ✓ Politique de population, 1991 ;
- ✓ Programme National de Planification Familiale, 1994 ;
- ✓ Loi 02-44 du 24 juin 2002 relative à la SR, votée par l'Assemblée Nationale ;
- ✓ Plan stratégique de la SR ;
- ✓ Normes et procédures de la santé de la reproduction ;
- ✓ l'Initiative "Vision 2010" pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- ✓ Plan d'action pour le repositionnement de la PF ;
- ✓ Stratégie nationale de communication pour la SR ;
- ✓ Stratégie nationale de santé des adolescents et jeunes ;
- ✓ Stratégie nationale de survie de l'enfant ;
- ✓ Guide d'engagement constructif des hommes en SR ;
- ✓ Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- ✓ Campagnes nationales de planification familiale 2005, 2006, 2007, 2008.

Par rapport à la **capacité fonctionnelle et les intrants** mis à disposition pour la mise en œuvre de la politique et des différentes stratégies il s'agit de :

- ✓ Infrastructures, équipements ;
- ✓ Compétences techniques des prestataires ;
- ✓ Achat et sécurisation des produits contraceptifs ;
- ✓ Approvisionnement et logistique des produits ;
- ✓ Disponibilité des protocoles, outils, registres, supports IEC, support SIS au niveau des prestataires ; et
- ✓ L'engagement des leaders religieux en faveur de la PF.

Parmi les dimensions du **processus** sont relevés :

- Les différentes stratégies de l'offre de services (stratégies fixes / avancées) ;
- Offre du paquet de services appropriés ;
- Offre des différents méthodes/produits contraceptifs ;

- Assurance qualité, supervision ;
- Incitations/motivation des prestataires ;
- Système de collecte de données, analyse, rapportage, la rétro information.

Les trois dimensions de la **production (output)** :

- Les informations données à la population en général ;
- Les informations données aux clients et clientes ;
- Les produits fournis.

Effets envisagés (outcome) :

- Prévalence contraceptive ;
- Age à la première grossesse ;
- Espacement des naissances ;
- Connaissances auprès des groupes cibles (y compris les jeunes/adolescents) ;
- Satisfaction des clients ;
- Pratiques / compétences des groupes cibles, notamment les couples et les femmes, pour prendre des décisions relatif à la reproduction et leur vie sexuelle ;
- Besoins non satisfaits en PF (31% selon EDSM 2006).

Impact :

Impact **direct** :

- Croissance démographique (3,6% pour la période 1998-2009 ; contre 2,2% sur la période 1987-1998) ;
- Indice synthétique de fécondité (6,6 selon l'EDSM 2006) ;
- 'Compétence' des clients (utilisateurs/utilisatrices) transférée aux nouvelles générations.

Et trois indicateurs d'impact **indirect** :

- Mortalité maternelle (464 par 100.000) ;
- Morbidité maternelle, complications obstétricales ;
- Mortalité néonatale.

4.3 Objectif et questions de recherche

L'**objectif général** de l'étude est de

Déterminer les effets nets des interventions de planification familiale en termes de production, *outcomes* et impact.

Ceci se fera sur la base d'une analyse de l'efficience, de l'efficacité, de la durabilité et de l'impact des interventions de planification familiale depuis 2001, et la pertinence de l'appui extérieur, à travers une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives ; et par le choix de sites appropriés ayant bénéficié de certaines interventions menées par les différents prestataires et de sites qui n'en ont pas bénéficié. L'étude cherchera à recenser à la fois les perceptions des prestataires et celles des clients (utilisateurs/utilisatrices).

Les questions de recherche se dégagent comme suit :

1. Quelle est la part des différentes stratégies et des différents prestataires dans l'offre des services de PF, par région/district sanitaire ; en termes de distribution des produits contraceptifs (de longue et de courte durée) ; par groupe cible et en fonction de l'âge des clients/clientes ;
2. Quelle est la part des différents intervenants dans le renforcement du cadre institutionnel et le système national de PF, y compris les mesures d'accompagnement (appui technique, élaboration des normes et procédures, formation, appui aux systèmes d'approvisionnement/sécurisation des produits, études/recherche, IEC/sensibilisation des communautés, information aux clients, etc.) ? Et spécifiquement, quelles stratégies de sécurisation de l'approvisionnement en produits contraceptifs ont été les plus performantes ?
3. Comment est-ce que les différentes stratégies/interventions se comparent en termes d'efficacité, en tenant compte de leur coût ?
4. Comment est-ce que le taux de prévalence contraceptive, les couple années de protection (CAP, CYP) et les besoins satisfaits/non satisfaits se sont évolués par zone d'intervention ?
5. Quels sont les effets et l'impact des interventions de PF en termes d'âge à la première grossesse, d'espacement de naissance (*birth interval*) et de fécondité, même mortalité ?
6. Quels sont les déterminants de succès et/ou des échecs ? Et plus spécifiquement : qu'est-ce qui explique les différences éventuelles parmi les différentes stratégies/ interventions et les différents prestataires, telles que perçus par les différentes parties prenantes : par exemple
 - réduction des blocages à l'accès géographique, socioculturel et/ou financier ;
 - sécurisation des produits ;
 - compétence et aptitude des prestataires de service PF ;
 - appréciation de l'offre et la qualité des services par les utilisatrices (accueil, confidentialité, consentement du mari/des parents, ...) ;
 - facteurs exogènes : *leadership*, engagement des personnes d'influence, engagement des hommes/maris ;
 - autres ... (à identifier) ?
7. (dans la mesure du possible :) Comment est-ce que les différentes stratégies/interventions se comparent en termes de coût-efficacité ?
8. Dans quelle mesure est-ce que les différentes stratégies/interventions sont durables et quel est son incidence sur la pérennité des effets ?

En répondant à ces questions, l'étude cherche à proposer des améliorations pour le cadre de suivi/évaluation dans le domaine de la PF (y compris des indicateurs plus fiables et plus pertinents) ; et à faire des recommandations pour alimenter le dialogue sectoriel et la politique nationale, pour considération par le Gouvernement et ses PTF.

De chacun de ces questions de recherche, plusieurs sous questions spécifiques et hypothèses seront dégagées, dont quelques unes sont proposées dans le chapitre 5, méthodologie. Une des hypothèses qui est à tester à travers une analyse secondaire des données existantes (EDSM, MICS/ELIM) est :

Les femmes non utilisatrices de la FP ont tendance à ne pas fréquenter la CPN et à ne pas accoucher dans un établissement sanitaire ; ceci a une incidence sur l'outcome de l'accouchement, y compris les complications obstétricales, la mortalité maternelle et infantile.

D'autres hypothèses sont à formuler et à dégager de l'analyse quantitative des bases de données existantes au début de l'étude et – au fur et à mesure – en cours de sa mise en œuvre ; ceci en impliquant le groupe de référence (voir ci-après). Ainsi, en exploitant les bases de données des EDSM et MICS/ELIM,²⁴ l'analyse secondaire peut tout de même clarifier la corrélation éventuelle entre la fécondité et l'outcome des grossesses/ accouchements.

Notes, pour mémoire, par rapport aux objectifs 3 et 7, relatifs à l'efficience et à l'analyse coût-efficacité :

- la disponibilité des données sur les coûts des différentes stratégies relatives à la production est à vérifier (prix unitaires à calculer) – flux financiers (données NIDI)²⁵ et le volume des différents produits fournis ;
- le coût pour le client est à prendre en compte ;
- l'efficacité sera exprimée en termes de couple années de protection ;
- l'analyse coût-efficacité ne pourrait être complétée par une analyse de coût-utilité, puisqu'une l'analyse de survie ajustée sur la qualité de vie (QUALY, DALY) ne convient pas.

4.4 Croisements

Un premier essai de croisement des données sur l'utilisation des produits contraceptifs par tranche d'âge pour les trois enquêtes EDSM disponibles depuis 1995 démontre déjà quelques points saillants (voir les tableaux 4.1.A et 4.1.B). Pour les deux indicateurs d'utilisation des produits contraceptifs (utilisation au moment de l'enquête ; utilisation antérieure à un moment donné), les comportements par tranche d'âge dans les trois périodes sont nettement différents, à savoir :

- a. Entre l'âge de 20 et 40 ans le niveau d'utilisation des méthodes de courte durée est pareil pour chaque tranche d'âge de cinq ans ;
- b. Jusqu'à l'âge de 20 ans et à partir de 40 ans, les femmes utilisent moins tous les moyens de contraception ; les jeunes femmes utilisent surtout les méthodes de courte durée, tandis que les femmes plus âgées ont plutôt tendance à utiliser les méthodes de longue durée ;
- c. Pour chaque tranche d'âge, l'utilisation des injectables (*dépoprovera*) a augmenté très fortement entre 1995 et 2001 ; cette augmentation a ralenti entre 2001 et 2006.

Etant donné les efforts récents de PSI et de MSI de promouvoir les méthodes de longue durée (implants, DIU), on peut supposer que la prévalence contraceptive (et l'indicateur CAP) aura augmenté fortement au cours des deux-trois dernières années.

²⁴ Les enquêtes MICS (*Multiple Indicator Cluster Survey*) et ELIM (Enquête Légère Intégrée auprès de Ménages) ont été conduites en 2009 en même temps.

²⁵ *Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute*, basé à la Haye, aux Pays-Bas. Le NIDI dispose de données sur les flux financiers et les dépenses pour la santé reproductive au niveau des pays.

Tableau 4.1.A : Utilisation antérieure de la PF à un moment donné

	Total (tous les produits confondus)			Injectables			Longue Durée			Courte Durée			Méthodes traditionnelles		
	95	01	06	95	01	06	95	01	06	95	01	06	95	01	06
15-19	12.6	10.6	10.1	0.1	1.8	2.3	0.0	0.2	0.0	8.1	7.2	6.1	7.7	4.6	4.0
20-24	21.9	24.9	22.9	0.2	4.2	7.4	0.3	0.4	0.5	16.3	17.3	15.0	13.3	12.6	8.0
25-29	22.6	28.8	24.1	1.0	4.9	8.7	1.1	0.9	0.7	18.4	19.5	15.2	12.4	14.4	7.0
30-34	22.4	28.0	24.4	0.7	6.3	7.4	1.4	1.4	0.3	15.6	18.5	17.3	12.2	13.7	7.3
35-39	18.5	27.8	25.7	1.9	5.9	10.5	3.0	2.2	0.5	15.1	17.8	14.3	10.2	14.6	7.8
40-44	16.1	25.1	23.6	2.3	5.9	11.2	3.9	1.7	3.3	10.9	12.4	11.6	8.4	12.6	5.0
45-49	9.8	19.3	18.7	1.9	4.9	6.5	2.21	2.2	1.6	5.2	8.8	11.5	5.4	9.6	3.9

Tableau 4.1.B : Utilisation PF au moment de l'enquête

	Total (tous les produits confondus)			Injectables			Longue Durée			Courte Durée			Méthodes traditionnelles		
	95	01	06	95	01	06	95	01	06	95	01	06	95	01	06
15-19	6.9	5.4	4.6	0.1	1.1	1.1	0.0	0.1	0.0	3.7	2.4	1.9	3.7	1.8	1.2
20-24	9.5	9.1	8.6	0.0	1.9	2.6	0.1	0.2	0.1	5.5	3.9	4.0	4.0	2.9	1.6
25-29	7.7	9.6	9.0	0.1	1.7	2.8	0.3	0.2	0.4	4.4	4.5	4.0	2.3	3.1	1.2
30-34	9.7	10.3	7.6	0.1	2.8	2.1	0.6	0.3	0.3	5.7	3.9	3.1	3.2	3.0	1.3
35-39	8.4	10.9	11.1	0.4	2.4	3.5	1.1	0.9	0.6	4.5	3.7	4.0	2.1	3.8	1.9
40-44	8.0	7.7	7.2	0.6t	2.9	2.4	1.9	0.7	1.3	2.6	2.1	2.5	2.2	1.9	0.6
45-49	3.3	5.3	3.7	0.3	1.8	1.2	0.7	0.2	0.8	0.7	1.3	1.2	1.3	0.9	0.5

Note: MAMA = méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. Sa classification a apparemment changé entre les enquêtes: la MAMA était considérée comme 'méthode populaire' dans l'enquête de 1995-96, mais comme 'méthode moderne' dans les enquêtes suivantes (2001, 2006). Pour la présente analyse elle a été classée comme méthode 'traditionnelle'.

Ainsi, la conclusion préliminaire est : même si le taux global de la prévalence contraceptive est resté plus au moins stable pendant les dix dernières années (autour de 6%), il y a probablement des différences significatives entre les groupes d'âge, ce qui serait intéressant d'examiner de façon plus approfondie. Les données du MICS/ELIM 2009, qui seront mises à disposition (par l'INSTAT) vers la fin de l'année 2010, vont permettre une analyse secondaire sur une période plus longue (1995-2009).²⁶

²⁶ En fin octobre 2010, l'Institut National de la Statistique (INSTAT), chargé de l'analyse de ces deux enquêtes, a rapporté d'être en train de rédiger le rapport *draft* du volet MICS ; celui du volet ELIM était à l'apurement.

5. Méthodologie

En vue de l'objectif général de l'étude d'impact et les questions de recherche proposées, la méthodologie sera de caractère longitudinal et basée sur un modèle mixte, comprenant des analyses quantitatives et qualitatives. Le principal objet de l'analyse quantitative est de déterminer 'les effets nets' des interventions de PF sur une période de dix ans, c'est-à-dire les effets en termes de production, *outcome* et impact, qui peuvent être attribués aux interventions et non à d'autres facteurs exogènes (ou confusionnels). Le principal objet de l'analyse qualitative est de mettre les données quantitatives dans leur contexte et de déterminer les facteurs qui expliquent l'utilisation et la non utilisation des produits contraceptifs, y compris le rôle des hommes dans la prise de décision en faveur ou en défaveur de la contraception.

Comme déjà constaté ci-haut (chapitre 4), une étude d'impact nécessiterait la comparaison d'une intervention (ou l'ensemble d'interventions) avec le *counterfactual*, représentant la situation sans intervention. Dans la présente étude ce dernier n'existe pas, parce qu'en principe les services PF font partie du paquet minimum d'activités (PMA) sur tout le territoire du pays. Ce paquet contient la distribution de pilules et de préservatifs aux clientèles, accompagnée de conseils individuels par un agent de santé et, de temps en temps, de séances d'animation de groupe. Ainsi, à l'absence d'un vraie *counterfactual*, l'étude va comparer les effets de différents paquets supplémentaires de services PF qui sont offerts par les ONG dans certaines localités avec le paquet minimum d'activités PF offerts par les services publics.

L'hétérogénéité des interventions (plusieurs intervenants, dans différentes localités) va avoir une incidence sur la rigueur de l'analyse. Pour remédier à cela, il y a lieu de d'adopter deux perspectives complémentaires :

- A. La perspective nationale qui cherchera la détection de tendances au niveau des différentes zones/régions (chacune représentant une unité de comparaison) et leur attribution aux paquets d'interventions dans ces mêmes zones/régions ; ceci à fin d'adresser les questions de recherche 1, 2 et 4 ; et
- B. La perspective des bénéficiaires qui nécessitera une analyse plus approfondie sur le niveau micro des clients/clientes et couples individuels de certains cliniques/prestataires, donc au sein des différentes unités de comparaison ; cette analyse va adresser les questions de recherche 5 et 6 (en partie).

La première perspective va permettre d'établir la valeur ajoutée des différentes stratégies/interventions ; la deuxième va renforcer l'analyse d'attribution. Au début de l'étude il va falloir de spécifier plus en détail les paquets de services (interventions) par zone/région que les différents prestataires ont fournis les dix dernières années (ou même depuis 1995, date de la première EDSM).

Les deux approches comprennent des méthodes quantitatives et qualitatives, qui seront discutées ci-après. L'étude va bénéficier de l'existence de deux types d'informations :

- ✓ les bases de données de quatre grandes enquêtes déjà menées : les enquêtes démographiques et de santé (EDSM)²⁷ dont la dernière a été menée en 2006 ; et l'enquête *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS) de 2009, dont la collecte de données a été combinée avec celle de l'Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages (ELIM) ;
- ✓ les archives de la clinique de l'AMPPF à Bamako, qui contiennent les données de plus de 30.000 clientes depuis 1982.

Il va de soi que la clientèle de la clinique AMPPF à Bamako ne peut pas être considérée représentative pour tout le pays, même pas pour les zones urbaines du Mali. Toutefois, l'existence de ces archives avec des données des clientes individuelles depuis 1982 (voir cadre dans la section 5.1.2) donne une opportunité quasi-unique pour suivre l'évolution des caractéristiques d'un grand nombre d'individus.

PM : A vérifier si les autres cliniques ont de telles archives qui peuvent être exploitées.

5.1 Partie quantitative

Deux types d'analyses quantitatives sont proposés :

- Analyse secondaire des bases de données existantes des grandes enquêtes (EDSM, MICS/ELIM) ; et
- Analyse d'une base de données reconstituée sur la base des archives de la clinique de l'AMPPF à Bamako.

Une troisième possibilité serait (PM : pour discussion ultérieurement, selon le besoin) :

- Analyse secondaire des données de l'évaluation de l'offre des services de PF, menée par CAREF en 2008 (base des données disponible au niveau de l'ATN+).²⁸

Les questions spécifiques à répondre sont les suivantes :

1. Au niveau régional: quelles sont les tendances en termes d'indicateurs PF pour les différentes catégories de femmes (comme définies par les caractéristiques rapportés par les EDSM) ; et comment des tendances sont associées avec les types de services fournis dans ces régions/zones ? Et en particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010) ?
Sous questions :
 - 1a. Quelles sont les tendances agrégées au niveau régional en termes d'utilisation (ou de non utilisation) des services de PF pour les différentes catégories de femmes ? En particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010).
 - 1b. Y-a-t-il une association avec les types de services fournis dans ces régions ? En particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010).
 - 1c. Si oui, dans quelle mesure est-ce que les variations dans ces tendances peuvent être attribuées aux paquets de services fournis ? En particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010).
2. Au niveau régional, y-a-t-il des différences dans la combinaison de facteurs ayant une incidence sur l'utilisation (ou la non utilisation) de certains services par les femmes

²⁷ *Demographic Health Survey (DHS)*, en anglais.

²⁸ Cette étude, conduite en avril-juin 2008, a couvert toutes les régions du Mali, à l'exception de celle de Kidal. D'autres Etudes d'Analyse Situationnelle (EAS) ont été menées en 2001 et 1995, toutefois avec une couverture beaucoup plus restreinte (les cinq régions du sud et le district de Bamako en 2001 ; et seulement les régions de Koulikoro et Sikasso en 1995).

individuelles ? Est-ce qu'il y a des tendances systématiques dans ces différences ? En particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010).

Sous questions :

2a. Y-a-t-il des différences dans la combinaison de facteurs ayant une incidence sur l'utilisation (ou la non utilisation) des différents produits contraceptifs par les femmes individuelles ? En particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010).

2b. Dans quelle mesure est-ce que les différences dans la combinaison de ces facteurs peuvent être attribuées aux paquets de services fournis, l'ethnicité des différentes régions, etc. En particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010).

3. Dans la ville de Bamako et d'autres centres urbains, comment l'utilisation des produits contraceptifs s'est évoluée ? Est-ce que ces tendances peuvent être associées uniquement aux services fournis par l'AMPPF ?

Sous questions :

3a. Quelles ont été les tendances pendant les 15 à 25 dernières années dans l'utilisation des différents produits contraceptifs par les différentes catégories de femmes (comme définies par les caractéristiques enregistrées sur les Fiches d'Admission) ?

3b. Ces tendances, sont elles associées seulement avec les services fournis par l'AMPPF ? Y-a-t-il d'autres facteurs qui s'y associent ?

4. Autour de la clinique AMPPF à Bamako (et d'autres villes), quelles sont les tendances dans la 'carrière' de PF des femmes individuelles ? Et quel sont les caractéristiques des femmes ayant des carrières de PF différentes ?

Sous questions :

4a. Comment est-ce que les carrières de PF des femmes individuelles varient en termes d'utilisation des services PF ?

4b. Est-ce que les types de carrières de PF et les caractéristiques des femmes individuelles sont associés (en termes d'informations enregistrées sur la Fiche d'Admission) ?

5.1.1 Analyse secondaire des données existantes des grandes enquêtes

Quatre enquêtes à grande échelle ont été menées, espacées par des intervalles d'approximativement cinq ans: celles de l'EDSM de 1995/96, 2001, 2006 et le MICS/ELIM de 2009 (dont les résultats seront disponibles avant la fin de cette année). Les bases des données de ces quatre enquêtes vont permettre l'analyse de plusieurs thèmes au niveau individuel, en fonction des caractéristiques des ménages et des femmes concernées.

Il est à noter que ces enquêtes sont discrètes, c'est-à-dire les enquêtés ne sont pas les mêmes personnes et les données ne peuvent pas être liées. Ainsi, les analyses se limitent à la comparaison des données transversales ('*cross-sections*') obtenues à quatre différents moments. Cela permettra trois différents types d'analyse.

- A. Analyse de tendances au niveau régional. Les groupes ethniques étant plus au moins repartis par région, ces '*unobservables*' peuvent être contrôlés dans une certaine mesure. Toutefois, ceci n'est pas le cas pour les centres urbains, surtout Bamako, qui abritent plusieurs groupes ethniques. Cette analyse sera plus puissante si les services rendus et les produits contraceptifs fournis dans les régions respectives – surtout pour les années 1995/96, 2001 et 2006 – sont connus. Ainsi, cette analyse nécessitera la collecte de telles informations. La

mission a déjà collecté les données relatives à l'offre actuelle (en 2010) de services et de produits contraceptifs. Hors de certains centres urbains et périurbains, où certaines ONG ont commencé à fournir des méthodes de longue durée (implants, DIU) depuis deux ou trois ans, l'hypothèse est que l'offre de services et de produits contraceptifs n'a pas changé beaucoup pendant les 15 dernières années.

- B. Analyse des données au niveau individuel, en contrôlant pour la région/zone et autres facteurs, soit à travers d'un modèle 'OLS/logistic' avec des effets fixes (en utilisant des variables 'dummy' pour la région) ; soit un modèle linéaire/logistique avec effets aléatoires ('random effects linear/logistic model') où les effets de région couvrent une grande partie de la variation. Au cas où les analyses seront conduites séparément pour chaque enquête et pour les données de chaque région, cela permettra d'analyser si les facteurs associés avec l'utilisation des services PF sont stables (au cours de la période concernée) au sein des différentes régions ; ou, dans le cas contraire, s'il y a eu des tendances dans les caractéristiques des clientes PF, et si ces tendances sont pareilles ou différentes selon les régions.
- C. Aussi, il y a la possibilité de constituer un *pseudo panel*, par l'identification de plusieurs catégories de femmes avec des caractéristiques communes dans toutes les quatre enquêtes ; ceci permettra d'analyser si les comportements ont changé au cours de la période concernée.

Limitations :

- La couverture des EDSM et MICS sera affectée par le manque d'une grille d'échantillonnage appropriée ;²⁹
- Comme il ne s'agit pas de données longitudinales, la qualité du *pseudo panel* dépend de l'adéquation de la combinaison des caractéristiques utilisée pour constituer des catégories identiques ;
- Les données sur l'utilisation actuelle des services par les femmes sont limitées ;
- Il n'y a pas de données sur la motivation des individus pour utiliser les services PF ou les produits contraceptifs.

Variables disponibles :

Les rapports de l'EDSM traitent les thèmes suivants, de manière essentiellement descriptive, pour tout le pays (par région) :

- Connaissances des moyens de contraception (établies à travers plusieurs questions) ;
- Pratiques de la contraception : pratiques antérieures (à un moment donné) et actuelles (au moment de l'enquête)
- Statut de la femme au sein du ménage (établi à travers des questions sur la prise de décisions auxquelles la femme participe)
- Nombre d'enfants au moment de la première utilisation d'un produit PF
- Connaissance de la période féconde
- Sources d'approvisionnement des produits contraceptifs
- Choix de méthodes et informations obtenues
- Utilisation future de la contraception

²⁹ Voir Carr-Hill, 2009.

- Source d'information sur les moyens de contraception
- Opinions et attitudes vis-à-vis la PF.

Les principales caractéristiques des ménages sont :

- Composition du ménage (âge et sexe de tous les membres du foyer)
- Région de résidence
- Zone rurale /urbaine
- Propriété de biens/avoirs (*assets*), tel que radio, moto/mobylette, etc.
- Accès à l'eau potable
- Occupation du chef de ménage
- Quintile de capital (*wealth*).

Les principales caractéristiques de la femme sont:

- Age
- Nombre d'enfants (filles et fils), morts ou vivants

Et pour toutes les femmes de 15 à 49 ans:

- Utilisation de la contraception (voir ci-dessus)
- Leurs expériences avec les soins prénatals
- Beaucoup d'informations sur les nouveaux nés dans les dernières deux années (les complications obstétricales, le poids de l'enfant, les soins post-natals, etc.)

Plan d'analyse secondaire

Etant donné l'accent de l'étude sur les effets ('*outcomes*') et les impacts, l'analyse regroupera les sous thèmes qui sont abordés dans les différents rapports de l'EDSM d'une manière différente, c'est à dire plus analytique. Au stade actuel, nous envisageons que les variables incluses dans les sous thèmes seront classées de la manière suivante (voir aussi les dimensions relevées ; section 4.2).

Production	Effets I	Effets II	Impact I	Impact II
(outputs)	(outcomes immédiats)	(outcomes à court terme)	(à moyen terme)	(à long terme)
Source des informations	Connaissances	Pratique actuelle de la contraception	Augmentation de l'âge à la première grossesse	
Source d'approvisionnement	Utilisation de contraception à un moment donné	Désir d'espacement de naissances Désir de limitation des naissances	Augmentation de l'espacement des naissances* Réduction de la mortalité maternelle**	Indice de fécondité Croissance démographique
	Attitudes	Nombre d'enfants souhaités	Réduction de la morbidité maternelle** Réduction de la mortalité néonatale**	
	Opinions vis-à-vis PF	Besoins satisfaits		

* Spécifiquement en comparant la période entre la dernière naissance et l'avant dernière avec le nombre de naissances antérieures
** Impacts indirects.

Une attention particulière sera accordée à l'analyse par tranche d'âge et la tendance générale des femmes des différentes tranches d'âge à utiliser les méthodes de longue durée.

Il est à noter qu'il y a maintenant une base d'évidence montrant la relation entre la qualité des réponses obtenues des enquêtées aux questions qui leurs sont posées et le niveau d'éducation de l'enquêtée. D'habitude les grandes enquêtes essaient de prendre en compte le niveau d'éducation, mais le problème s'impose de l'interprétation des tendances observées. Ce phénomène sera pris en compte dans l'analyse approfondie et les enquêtes qualitatives.

Cette analyse des données existantes, quand elle est combinée avec la cartographie des services de PF, indiquera les situations extrêmes ; par exemple dans un tableau croisé comme suivant :

Indicateurs d'Effet II ou d'Impact I	Offre restreint/minimal des services PF et des produits contraceptifs	Offre de multiples produits (p.ex. méthodes de longue et de courte durée)
Moins bons
Bons

Il est proposé que l'étude qualitative soit menée dans les zones indiquées dans la maquette du tableau croisé ci-haut. Cela veut dire que les sites pour l'étude qualitative seront choisis ultérieurement, sur la base d'un procédé de sélection non aléatoire,³⁰ c'est à dire un échantillonnage de commodité, en tenant compte des différentes stratégies et/ou paquets de services. Evidemment le choix des sites dans chaque case du tableau croisé ci-haut peut se faire au hasard (échantillonnage aléatoire), en principe, ou en grappes (plus pratique ; voir section 5.3).

5.1.2 Analyse secondaire des archives de l'AMPPF

Les archives de la clinique AMPPF à Bamako contiennent les « fiches d'admission » de plus de 30 000 clientes des services PF depuis 1982. Depuis 2005 ces informations sont enregistrées dans un ordinateur.

Ces données permettent de constituer un '*panel*' de clientes et d'analyser des tendances et différences éventuelles parmi plusieurs sous groupes selon les caractéristiques des clientes ('*difference in difference approach*').

La saisi des données des utilisatrices individuelles (de la fiche d'admission et le carnet du client ; voir cadre ci-après) pour la période 2000-2005 (ou même 1995-2005) est à poursuivre:

- Numéro unique du dossier,
- Caractéristiques du client : nom, âge, profession, situation matrimoniale,
- Motif de la visite : PF ou autre,
- Source de l'information,
- Niveau d'éducation,

³⁰ *Purposive sampling*, en anglais.

- Antécédents obstétricaux,
- Allaitement,
- Antécédents médicaux : nutritionnel, hépatique, allergique, etc.,
- Antécédents gynécologiques,
- Examens physiques et gynécologiques ;
- Carnet : date, examens, traitements, produits fournis et observations.

Voir Fiche d'admission et Carnet ; et le cadre ci-après.

The AMPPF clinic in Bamako has an archive of about 30,000+ 'fiches' (a thin cardboard two-sided record; there were about 1 000 in each drawer of the filing cabinet and this seemed to be confirmed by the Register lady). Each client has a 'fiche' with individual ID number and data at first and subsequent visits to this central 'headquarters' clinic since 1982 (there is another clinic in Bamako and five in the regions which apparently do the same thing). The format of the 'fiche' changed in 2003 but the information recorded appeared to be exactly the same (see scanned copies). Some of the information from the 'fiches' since 2005 has been entered into an EPI-Info database, which acts as a computerized filing system in the sense that the different records for each of the visits by an individual person can be linked through their unique reference number which is clinically useful but the system is not used for anything else. As far as we could see, the most important information that was NOT entered was: number of children ever born alive and dead, time since the last pregnancy and number of abortions. In our view, the missing information could be entered quite quickly into another EPI-Info sheet and the two files matched by the unique reference number; if that facility is not available in EPI-Info both sets of data could be exported to, for example, SPSS and matched easily.

Du moment ces données sont capturées, nous aurons en main l'essentiel d'une étude longitudinale : cela permettra de suivre la 'carrière' contraceptive de plusieurs groupes de clientes à Bamako, p.ex. les clientes âgées entre 20 et 24 ans en 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 pour analyser :

- Leurs expériences des naissances morts ou vivants ;
- L'utilisation des produits contraceptifs de différents types dans les différentes phases de leur vie.

Ceci en fonction de leurs caractéristiques, disponibles sur la fiche d'admission (âge, nombre de naissances, niveau d'éducation, profession de la mère et du père), au moment de la première visite et des visites suivantes. Les questions spécifiques et hypothèses à tester seront élaborées ultérieurement en collaboration avec les collègues maliens.

Limitations:

- Les archives de la clinique AMPPF à Bamako (et des autres cliniques) ne concernent que les données des femmes désirant se planifier. Il convient de comparer ces clientes avec une base de données de la population féminine adulte. Les caractéristiques des femmes – au moins en termes d'informations enregistrées sur la fiche d'admission, viz. âge, nombre d'enfants, niveau de scolarisation, occupation de la cliente et de son mari au moment de l'enregistrement – peuvent être comparés avec les caractéristiques des femmes qui ont rapporté leur (non) utilisation de PF lors des EDSM de 1995, 2001 et 2006.

- Les femmes ayant arrêté à fréquenter la clinique peuvent avoir déménagé, au lieu d'avoir abandonné la PF.

Est à explorer : la possibilité d'une étude qualitative basée sur un échantillon de ces cohortes qui comportera des interviews avec ces femmes pour comprendre comment leurs attitudes relatif à la taille de la famille et à l'utilisation des produits contraceptifs ont changé au cours des années.

PM, pour mémoire : la structure et les instructions pour la saisie sont à élaborer !!

5.1.3 Analyse secondaire des données de l'étude menée par CAREF

Option à poursuivre : exploiter la base des données de l'étude menée par CAREF (juillet 2008). Cette base de données est disponible au niveau de l'ATN+ ; possibilité de recourir aux experts de CAREF à considérer.

PM : Les questions de recherche sont à préciser. En tenant compte aussi de l'étude : Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de PF au Mali, de 1995 à 2006. Analyse approfondie des enquêtes démographiques et de santé au Mali. USAID, septembre 2009.

5.1.4 Collecte des données primaires

A part l'analyse des données existantes, il s'agit de la collecte et de l'analyse des :

- Données relatives à la production des différents prestataires :
 - Données à collecter des ONG concernées (en cours) : nombre de clients, achat et vente/distribution des produits contraceptifs ;
 - Données à collecter de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) : achat des produits contraceptifs et vente/ravitaillement aux structures publiques sur la période 2001-2010 ;
 - Données déjà disponibles (SLIS/DNS) : nombre de nouvelles utilisatrices par district.³¹
- En outre, pour contribuer à l'analyse de l'efficacité des différentes stratégies de PF, des estimations seront faites du coût de l'utilisation de la PF pour les clientes (en précisant le cout unitaire de chaque méthode).
- Données sur le niveau des dépenses :
 - Niveau de financement par les Pays-Bas NL aux ONG maliennes (financement direct de l'AMPPF ; et à travers SALIN, 2001-2009 ; financement de l'UNFPA Mali) ;
 - Le financement des ONG et la part des Pays-Bas ; 2001-2009.
- Etude sur la chaîne d'approvisionnement en produits contraceptifs :
 - Outils : interviews non/semi-structurées avec les parties prenantes au niveau central ;
 - Outil : observations au niveau des dépôts pharmaceutiques des chiffres d'affaires et des mouvements de stock.

Ces données vont permettre de répondre aux questions suivantes :

Quels sont les coûts pour fournir les différents services PF et les différents produits contraceptifs ? En particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010).

Comment ces coûts sont liés à l'efficacité (PM : la part de la PF dans le financement du paquet de services plus large doit être estimée !).

Sous questions:

³¹ La fiabilité de ces données est remise en cause.

5a. Quels sont les coûts des différents services fournis dans les différentes régions? En particulier pour les cinq ou six dernières années (2005-2010). Et particulièrement pour l'AMPPF à Bamako et es autres centres urbains ?

5b. Quelle est la relation entre les coûts des différents services fournis – au niveau régional/district ou au niveau de la cliente individuelle – et leur efficacité ?

Sont à élaborer ultérieurement: les sources et outils de collecte de données.

5.2 Partie qualitative

La partie qualitative servira à : (a) mettre les données quantitatives dans leur contexte ; (b) obtenir l'appréciation des clientes/utilisatrices (et non utilisatrices ?) de la qualité des services et comment ces services ont influé sur l'utilisation des produits contraceptifs ; et (c) obtenir des preuves comment les clientes ont réussi à renforcer leurs compétences en matière de reproduction et leur vie sexuelle.

Plusieurs pistes sont proposées pour la collecte et l'analyse des données qualitatives :

- Informations des différentes ONG relatives a leur choix de stratégie de prestation et les services offerts par zone/région depuis 1995 : p.ex. AMPPF travaillant avec des personnes relais au niveau communautaire et des DBC ; PSI appuyant plus de 50 cliniques privées à Bamako ; MSI avec ces centres fixes et une équipe mobile intervenant au niveau des CSCOM et envisageant de se retirer quand les agents de santé de ces CSCOM ont acquis les compétences.

Examen approfondi des stratégies des ONG et une reconstruction de leur logique d'intervention; quelles sont leurs expériences antérieures qui les ont amené à faire leur choix de stratégie ?

- Interviews non/semi-structurés avec les décideurs, responsables des programmes ONG.
- Identifier les facteurs qui ont facilité / entravé les avancées dans le domaine de la PF, à partir de zones identifiées dans l'analyse quantitative (le tableau croisé ci-haut). Identification des succès et des échecs.
 - Focus groupes avec prestataires, décideurs.
- Décrire l'évolution (sur une période de 10-15 ans) des compétences auprès des groupes cibles (notamment les adolescents, les couples, les femmes en âge de procréer) relatives à la reproduction et leur vie sexuelle :
 - Age au premier rapport sexuel
 - Utilisation des produits contraceptifs
 - Planification de la première grossesse
 - Espacement des naissances
 - Nombre d'enfants.

A cet effet il est proposé de constituer un panel des utilisatrices des services PF sur la base des archives de l'AMPPF à Bamako. Voir section 5.1.3 ci-haut.

- Focus groupes avec les femmes utilisatrices à l'époque (p.ex. en 1995 ou en 2002) et les utilisatrices actuelles (en 2011). A examiner : la possibilité d'explorer les souhaits et les craintes de la nouvelle génération ; p.ex. interviews des mères et de leurs filles.

5.3 Échantillonnage

Il va de soi que l'étude sur la perspective nationale pour détecter de tendances au niveau des différentes zones/ régions ne nécessite pas d'échantillonnage.

Pour l'étude sur la perspective des bénéficiaires – qui cherchera à étudier leurs compétences pour faire des choix raisonnés relatif à leur vie sexuelle et reproductive et la mesure dans laquelle ils ont pu transférées ces compétences aux nouvelles générations – la collecte de données sur le niveau micro des clients/clientes et des couples individuels va nécessiter la sélection des zones/régions spécifiques. Cette sélection sera basée sur la diversité des paquets de services de planification offerts par les différents prestataires. En principe elle va inclure :

- Des zones où l'offre des services de PF et des produits a été restreinte (c'est-à-dire les pilules et les préservatifs masculins), et fournis par des centres fixes ;
- Des zones où les mêmes produits (pilule, préservatif) sont offerts, main en s'appuyant sur des stratégies complémentaires telles que la stratégie avancée (équipe mobile), les personnes relais, les distributeurs à base communautaire (DBC) ;
- Des zones où la gamme des produits offerts est plus large, y compris les méthodes de longue durée telles que le dispositif intra utérine (DIU) et les injectables ;
- Des zones (urbaines) avec des hôpitaux offrant les méthodes chirurgicales (ligature des trompes, vasectomie).

Le choix définitif sera fait après avoir achevé l'analyse secondaire des données des grandes enquêtes (EDSM, MICS/ELIM) et après avoir complété la cartographie des services PF qui va décrire les différentes stratégies, paquets de services et produits contraceptifs par zone d'intervention.

5.4 Résumé des méthodes à utiliser

Le tableau 5.1 résume les méthodes à utiliser les types d'analyses proposées et les sources de données.

Tableau 5.1: Méthodes à utiliser et sources de données

Dimensions / questions de recherche	Type d'analyse	Analyse du <i>counterfactual</i> et d'attribution	Sources
1. La part des # stratégies et des # prestataires dans l'offre des services de PF (par région/district, en termes de produits contraceptifs, par groupe cible et en fonction de l'âge des clientes)	Tendances quantitatives ; comparaison des zones d'intervention	-	Bases des données EDSM et MICS/ELIM pour tout le pays
2. La part des # intervenants dans le renforcement du cadre institutionnel et le système national de PF	Identification des intervenants et leurs contributions par zone d'intervention	Attribution	Documents et interviews avec les parties prenantes
3. Efficience des # stratégies/ interventions	Evolution des dépenses par intervention	-	Documents et rapports financiers (MS/DAF, PPM, UNFPA, ONG), NIDI/UNFPA

Dimensions / questions de recherche	Type d'analyse	Analyse du <i>counterfactual</i> et d'attribution	Sources
4. Evolution du taux de prévalence contraceptive, CAP et besoins (non)satisfaits par zone d'intervention	Evolution des ces taux par rapport aux zones 'sans intervention' *	<i>Counterfactual</i>	Bases des données EDMS et MICS/ELIM ; Archives des cliniques urbaines de l'AMPPF
5. Les effets et l'impact des # stratégies/ interventions	Comparaison des données transversales obtenues à 3-4 moments : 3 méthodes, dont constitution d'un pseudo panel.	<i>Counterfactual</i>	Bases des données EDMS et MICS/ELIM ;
6. Les déterminants de succès et/ou d'échec ; les facteurs qui expliquent les différences parmi les # stratégies/ interventions et les # prestataires		Attribution	Echantillon de prestataires ; échantillons d'utilisatrices et de non utilisatrices
7. Le coût-efficacité des # stratégies/ interventions	Comparaison des interventions en termes du ratio coût par couple années de protection	-	Résultats de l'analyse relative aux questions 3 et 5
8. Durabilité des # stratégies/ interventions et son incidence sur la pérennité des effets.	Identification des éléments de durabilité socioculturelle, institutionnelle et financière.	-	Interviews avec les responsables des interventions concernées.

*Les zones 'sans intervention' sont celles où seules les structures sanitaires publiques offrent le paquet minimum de services PF.

Quant aux régions, il est peu probable que la collecte de données primaires sur le terrain puisse s'étendre dans les trois régions du Nord (Gao, Kidal, Tombouctou) en vue de l'insécurité.

6. Organisation de l'étude et chronogramme

La partie purement quantitative (analyse secondaire des grandes enquêtes) sera une étude de bureau et les résultats seront partagés avec le groupe de référence comme base de discussion avant que l'étude qualitative ne soit amorcée.

6.1 Plan de collecte, d'exploitation et d'analyse des données

Partie quantitative – analyse des données existantes		
A	Analyse secondaire des données EDSM et MICS/ELIM 2009 ; y compris les croisements qui vont déterminer le choix des sites de collecte de données pour la partie qualitative	National Roy Carr-Hill, avec LB
B	Saisie et analyse des données des clientes dans les archives de l'AMPPF	Bamako Leon Bijlmakers avec RCH et Mamadou Traoré
C	PM : Analyse secondaire des données de l'étude menée par CAREF	National LB avec experts CAREF
Partie quantitative : collecte des données primaires		
P	Production des différents prestataires (services rendus, produits fournis)	Bamako Arthur ten Have / Judith Mathijssen
Q	Niveau des dépenses par l'Etat et les ONG	Bamako, La Haye AtH / JM
R	Approvisionnement en produits PF : interviews non/semi-structurée avec les acteurs au niveau central et régional ; observations au niveau des dépôts pharmaceutiques des chiffres d'affaires et des mouvements de stock	Bamako et régions AtH / JM, avec Seydou Doumbia
Partie qualitative		
X	Informations des différentes ONG relatives à leur choix de stratégie et les types d'interventions selon les régions – interviews non/ semi structurés avec les décideurs et responsables des programmes ONG	Bamako Leon Bijlmakers, avec SD
Y	Focus groupes avec prestataires, décideurs dans les # zones d'intervention avec des indicateurs bons / moins bons	Zones sélectionnées Nianguiry Kanté avec LB + équipe FMPOS
Z	Focus groupes et interviews auprès des groupes cibles (notamment les adolescents, couples, femmes en âge de procréer) sur leurs compétences pour faire des choix sexuels et reproductifs – dans les # zones d'intervention avec des indicateurs bons / moins bons	Zones sélectionnées NK + équipe FMPOS

Sont à élaborer : les procédures et instruments pour :

- Formation des agents de collecte et des enquêteurs
- Collecte des données
- Pré-test des instruments et des procédures de collecte

- Traitement des données
- Analyse et rapportage
- Restitution.

6.2 Rôle et attributions des parties prenantes (*stakeholders*) au Mali

Ministère de la Santé : la Cellule de Planification et des Statistiques (CPS) et la Direction Nationale de la Santé (DNS) serviront de points focaux pour l'étude au sein du Ministère.

Groupe de référence :

- ✓ Composition : sept membres ; un représentant de la CPS et de la DNS/DSR du Ministère de la Santé, INSTAT, UNFPA, ATN+, Ambassade des Pays-Bas ;³²
- ✓ Termes de référence/attributions : à élaborer.

Le Groupe Santé des PTF et le sous groupe Santé de la Reproduction seront informés à travers le groupe de référence.

Rôle de l'ambassade des Pays-Bas : coordination des travaux du Groupe de référence ; communication IOB/MS/équipe de chercheurs.

6.3 Composition de l'équipe de chercheurs et rôles des membres

Chef d'équipe	Leon Bijlmakers (ETC)	Volets A, B, X, Y, Z
		Coordination ; rédaction rapport de synthèse
Membres :	Roy Carr-Hill (Ecorys)	Volets A, B
	Arthur ten Have, Judith Mathijssen (Ecorys)	Volets P, Q, R
	Mamadou Traoré, Seydou Doumbia (FMPOS)	Volets B, P, R, X
	Nianguiry Kanté + équipe FMPOS	Volets Y, Z
	Joanne Harnmeijer (ETC)	Assurance qualité
	Saskia Hesta (IOB)	A définir

6.4 Rôle et attributions du cabinet local

Collecte et traitement des données : à spécifier.

En annexe E : Déclaration de capacité de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontologie (FMPOS), avec synoptique d'expériences antérieures et CV des chercheurs.

³² Tous ont déjà accepté l'invitation informelle.

6.5 Chronogramme indicatif

Activités	Bureau / Personne(s)	Mois												
		Jan	Fév.	Mar	Avr	Ma	Juin	Juil	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	
0 Signature du contrat	IOB avec consortium													
1 Démarrage de l'étude, élaboration du protocole détaillé	Consortium	x												y compris cartographie, échantillon, instruments
2 Contractualisation de l'équipe locale	Consortium avec CdE	x												
Volets A,B,C: Analyse secondaire		Ecorys / ETC												
3 Analyse secondaire des données EDSM/MICS et rédaction d	RCH	x												starting in november!
4 Digitalisation de l'archive AMPPF	LB	x												nov; can this be done with TA from a distance?
5 Analyse des données AMPPF Bamako, et identification pan	RCH / LB	x												
6 Rédaction du draft rapport	RCH / LB		x											mission 6 days, Roy and Leon
7 Atelier de 2-3 jours à Bamako sur le draft rapport	RCH / LB		x											(incl in above mission)
Volets P,Q,R: Collecte des données quantitatives (production, f		Ecorys, avec FMPOS												
11 Elaboration des outils et procédures de collecte des donn	AtH / JM		x											mission 1 week, 2 pp
12 Collecte des données auprès des sièges des ONG	AtH / JM			x										
13 Collecte des données du NIDI	AtH / JM			x										
14 Collecte des données de la PPM	AtH / JM				x									mission 2 weeks, 2 pp
15 Traitement et analyse des données	AtH / JM					x								(incl in above mission)
16 Rédaction du rapport	AtH / JM						x							
Volets X,Y,Z: Collecte des données qualitatives		FMPOS, avec ETC												
21 Elaboration des outils et procédures de collecte des donn	LB avec N. Kanté		x											mission 2 weeks, 1 pp
22 Planification des travaux de terrain	LB avec N. Kanté		x											
23 Recrutement des agents et enquêteurs	FMPOS		x											
24 Formation des agents et enquêteurs	N. Kanté avec LB		x											
25 Prétest des outils et procédures	N. Kanté avec LB		x											
26 Collecte des données sur le terrain	N. Kanté + équipe FMPOS			x	x									
27 Traitement et analyse des données	N. Kanté + équipe FMPOS				x	x								mission 10 days, 1 pp
28 Rédaction du rapport	LB / NK							x						
Autres														
31 Coordination	CdE (LB)	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
32 Monitoring	CdE avec Group de Réf.	x			x				x					
33 Assurance qualité	Joanne H.	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
34 Rédaction du draft rapport synthétique	CdE avec équipe et JH									x				
35 Discussion du draft rapport synthétique	Groupe de Réf.										x			mission 5 days, 1 pp (or 2?)
36 Révisions	CdE avec équipe et JH											x		
37 Discussion du seconde draft rapport synthétique	IOB												x	
38 Finalisation du rapport synthétique et dépôt pour approbat	CdE et Consortium												x	
<i>CdE = Chef d'Équipe de l'étude (Leon Bijlmakers)</i>														
<i>TL = team leader of the consortium for the two studies (Joanne Harnmeijer)</i>														

7. Budget indicatif

Séparément.

Références / bibliographie

Articles

- Ahlburg, D.A., Kelley, A.C., Oppenheim Mason. K. (1996), *The Impact of population growth on well-being in developing countries*. Springer-Verlag (ISB N 3-540-60709-9).
- Bhutta, Z.A., Chopra, M., et al. (2010). Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn and child survival. *Lancet*; 375: 2032-44.
- Bryce, J., K. Gilroy, G. Jones, E. Hazel, R. Black, C. Victoria (2010), The Accelerated Child Survival and Development programme in West Africa: a retrospective evaluation. *Lancet*; 375:572-82.
- Bryce (2010). Accelerated child survival and development programme. SASDE.
- Castle, S., Konaté, M. K., Ulin, P. R., Martin, S. (1999), A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali. *Studies in Family Planning*; 30: 231–248.
- Fournier, P., Dumont, A., et al. (2009). Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effects on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bulletin World Health Organisation* 2009; 87: 30-38.
- Hogan, M.C., Foreman, K.J., et al. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*; DOI:10.1016/S0140-6736(10)60518-1: 1-15.
- Kaggwa, E.B., Diop, N., Douglas Storey, J. (2008). Contraceptive Use among Women in Union in Mali. *International Family Planning Perspectives*; Vol. 34, No. 2: 79-88.
- Katz, K.R., West, C.G., Doumbia, F. , Kané, F. (1998). Increasing Access to Family Planning Services in Rural Mali through Community-Based Distribution. *International Family Planning Perspectives*; 24(3): 104-110.
- Kazianga, H., Klonner, S. (2006). *The Intra-household Economics of Polygyny: Fertility and Child Mortality in Rural Mali*. 1-30.
- Molyneaux, J.W., Gertler, P.J. (2000). The Impact of Targeted Family Planning Programs in Indonesia. *Population and Development Review*; Vol. 26, Supplement: Population and Economic Change in East Asia: 61-85.
- Pirkle, C.M., Fournier, P., et al. (2010). Emergency Obstetrical Complications in a Rural African Setting (Kayes, Mali): The Link Between Travel Time and In-Hospital Maternal Mortality. *Maternal and Child Health*; DOI 10.1007/s10995-010-0655-y.
- USAID/Health Policy Initiative (2010). *The Cost of Family Planning in Mali*.1-6.

Rapports

- AIV (2009). Demographic changes and development cooperation. No. 66, July 2009. Advisory Council on International Affairs/Adviesraad Internationale Vraagstukken. Den Haag, 2009.
- Auteur et date inconnu. Synthèse générale de l'atelier national de revue des soins obstétricaux d'urgence à Bamako.
- Auteur inconnu (2010). Note sur la croissance démographique au Mali. Rédigée par le groupe statistique. Présentation à la réunion des chefs d'agence, Mars 2010.

- Auteur inconnu (2010). Situation des femmes au Mali quinze ans après la conférence mondiale de Beijing. Rapport national.
- Diallo, I. (2004). Advocacy for contraceptive security conference report. DELIVER Mali.
- ETC Crystal, HERA, Alter (2002). République du Mali. Programme de Développement Sanitaire et Social. Mission d'évaluation externe. Rapport provisoire.
- ETC Crystal, HERA, Alter (2002). République du Mali. Programme de Développement Sanitaire et Social. Mission d'évaluation externe. Rapport provisoire, Annexes.
- Marie Stopes International (2010). Recherche sur les avortements provoqués clandestins au Mali. Analyse d'enquêtes sur les femmes Malienne et les prestataires de santé près de Bamako. Version 3, février 2010.
- Ministère de la Santé/Combarry, P., Traoré, D., Bintou Dème, D. (2008). Rapport Technique. Evaluation finale sur la faisabilité de la Gestion Active de la Troisième Période de l'accouchement par les matrones au Mali. Division Santé de la Reproduction, mars 2008.
- Ministère de la Santé/Dembele, C. M. (2008). Note technique sur l'évaluation de la gestion active de la troisième période de l'accouchement par les matrones au Mali. Direction Nationale de la Santé, Bamako, novembre 2008.
- Ministère de la Santé/DNS (date inconnu). Etat de mise en œuvre de la stratégie de la césarienne gratuite (SCG) au Mali. Direction Nationale de la Santé.
- Ministère de la Santé/DRS (2004). Compte rendu de l'atelier national sur le rôle des accoucheuses traditionnelles dans le système de références/évacuation. Division Santé de la Reproduction.
- Ministère de la Santé/DSR (2007). Rapport. Étude qualitative sur les effets de la campagne nationale en faveur de la planification familiale de 2006 et les obstacles liés à la planification familiale au Mali. Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation (CAREF), mars 2007.
- Ministère de la Santé/DSR (2006). Stratégie nationale de communication pour la santé de la reproduction 2007-2011. Division Santé de la Reproduction, décembre 2006.
- Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Nationale de la Santé (2007). Rapport atelier national sur le recentrage du système de référence /évacuation et des SONU. 17 au 20 juillet 2007.
- Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Nationale de la Santé (date inconnu). Rapport de l'atelier national de revue des soins obstétricaux d'urgence.
- Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Nationale de la Santé/ Division Santé de la Reproduction (2003). Evaluation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au Mali.
- Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Nationale de la Santé/ Division Santé de la Reproduction (date inconnu). Rapport de l'atelier de la revue sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence.
- Soumaila, S. (2006). Analyse de situation en vue du développement de la stratégie nationale de communication pour la santé de reproduction. Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Nationale de la Santé/ Division Santé de la Reproduction, avril 2006.
- Tuinsma, M. (2007). La Santé de la Reproduction et le VIH/SIDA au Mali. Un état de lieux. L'Ambassade du Royaume des Pays-Bas, Bamako.
- USAID (2009). Analyse approfondie Mali. Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006.

- USAID/Guèye, M., Nikièma, A. (2008). Évaluation de l'offre des services de planification familiale au Mali. Version finale. USAID, Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Nationale de la Santé/ Division Santé de la Reproduction, Bamako, juillet 2008.

Présentation

- USAID, Access Family Planning Initiative (2009). *Postpartum Family Planning Needs in Mali*. Powerpoint presentation JHPIEGO in partnership with Save the Children, The Academy for Educational Development, The America College of Nurse-Midwives and Interchurch Medical Assistance, September 2009.

Etude en cours/programmée

- L'utilisation de la contraception au Mali – Comment et pourquoi utiliser une méthode ? Yoder, ICF Macro avec CAREF.

Annexes

Annexe 1 Termes de référence pour la phase exploratoire de l'étude d'impact

La santé et les droits reproductifs et sexuels au Mali – Étude d'Impact

Termes de Référence pour la phase exploratoire. *Version 3 septembre*

Contexte

L'étude d'impact a été commissionnée par l'IQB, la Direction Evaluation de la Politique et des Opérations du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas. L'étude vise à établir la pertinence, les effets et l'efficacité de l'appui des Pays-Bas dans le domaine de la santé et des droits reproductifs et sexuels. Le principal focus de l'étude sera sur les effets en termes d'accès, de l'utilisation et de la qualité des services de santé, et des principaux indicateurs de morbidité et de mortalité au niveau des populations cibles.

Les présents termes de références ont été élaborés sur la base du dossier d'appel d'offres de l'IQB (mars 2010, en anglais), la proposition technique du prestataire sélectionné (le consortium ETC/Ecorys/KIT/CDR (avril 2010, en anglais), et les termes de référence généraux des trois études d'impacts prévues dans ce même domaine (au Mali, Nicaragua, Bangladesh ; juin 2010, version française, ci-jointe en attachement).

L'étude au Mali sera conduite en 2010 et 2011 et consistera de deux phases : la phase exploratoire qui sera achevée avant décembre avec une visite sur le terrain en septembre et dont les présents TdR servent de référence ; et l'étude proprement dite qui sera menée au cours de l'année 2011.

L'étude d'impact concernera les appuis des Pays-Bas fournies au secteur de la santé, y compris les appuis au Gouvernement du Mali (à travers le PRODESS), l'UNFPA et les trois ONG intervenant dans le domaine de la santé et des droits reproductifs et sexuels, c'est-à-dire AMPPF, MSI et PSI.

Du fait que certaines interventions prennent du temps avant que des effets puissent être détectés, et l'enquête démographique et de santé (EDSM) ayant eu lieu en 2001 (et 2006), la période de revue sera du 2001 au 2009 (au lieu du 2004-2009 comme stipulé dans les TdR généraux).

Une synthèse récente menée par l'IQB (juillet 2009) qui a identifié une quarantaine d'études remplissant les critères d'études d'impact dans le domaine de la santé et des droits reproductifs et sexuels, informera l'étude au Mali et les deux autres pays.

Objectif

L'objectif de cette première phase exploratoire est d'élaborer le protocole de recherche, en précisant l'ampleur et la profondeur de l'étude, en termes des interventions qui feront l'objet de l'analyse d'impact. Le protocole précisera les méthodes de collecte et d'analyse de données (volet quantitatif et qualitatif), un plan de collecte de données dans la phase 2 de l'étude, l'institution de recherche locale qui sera impliquée dans l'étude, et un budget indicatif. Un protocole plus détaillé, comprenant l'échantillon, les instruments de collecte des données et les grilles d'analyse sera élaboré ultérieurement (au début de la phase 2).

Output envisagé

Un rapport de mission comprenant les éléments suivants (liés aux principales questions d'évaluation énumérées dans le chapitre 3.6.3 du dossier d'appel d'offres):

1. Description du contexte politique et socioculturel malien et les principaux changements pendant la période de la revue (2001-2009).
2. Mappage des interventions appuyées par les Pays-Bas dans le domaine de la santé au Mali, comprenant le renforcement du système de santé et l'amélioration de la santé reproductive et sexuelle par le biais de l'appui budgétaire sectoriel et du soutien direct à une organisation non-gouvernementale malienne (l'AMPPF) et indirecte à plusieurs organisations internationales (à travers l'instrument SALIN). Ceci relatif aux cinq dimensions de la santé et les droits reproductifs et sexuels de l'OMS, et en indiquant pour chacun des interventions :
 - le type d'appui, ses cibles et sa couverture
 - la durée et le volume de financement
 - sa pertinence à la politique néerlandaise de coopération au développement et à celle du Mali et ses autres partenaires techniques et financiers
 - les principaux indicateurs d'effet
 - l'état actuel de mise en œuvre (bref), en termes de produits/services/output réalisés vis-à-vis envisagés.
3. Pour chaque intervention/projet : une reconstruction de la logique d'intervention avec la chaîne de causalité (supposée), en précisant les effets/résultats/'*outcome*' (+indicateurs) qu'on a voulu réaliser et qui peuvent être liés, de manière plausible, aux appuis fournis par les Pays-Bas ; ainsi que les externalités qui auraient pu influencer sur ces effets/résultats (facteurs confondants).
4. Une liste des interventions/projets éligible à la quantification des effets nets, selon des critères préétablis (liste à composer), avec une ou deux hypothèses à tester dans la Phase 2 de l'étude ; et une liste restreinte des interventions/projets à étudier, avec des alternatives proposées (et raisonnées). La liste restreinte sera établie en consultation avec les différentes parties prenantes au Mali. Pour chaque intervention/projet les données déjà disponibles (et les sources) seront indiquées.
5. Une description de la méthodologie pour chacun des interventions/projets sélectionnés, y inclus
 - les méthodes quantitatives et qualitatives à employer, et les techniques statistiques ;
 - les données déjà disponibles (et comment ces données peuvent être accédées, leur qualité) et des études en cours (s'il y en a) ;
 - disponibilité d'une étude de base et/ou la possibilité de construire une base de données à partir de données existantes ;
 - la période ;
 - les ressources nécessaires pour la collecte des données.La méthodologie sera suffisamment détaillée pour permettre la planification et la budgétisation de la deuxième phase.
6. Le choix de l'institution de recherche malienne qui sera engagée, et son rôle.
7. Un budget indicatif.
8. La composition du groupe de référence (ci-après).

A noter: dans une deuxième étape, un protocole plus détaillé est à élaborer après avoir obtenu les commentaires du groupe de référence et l'accord de l'IOB pour la Phase 2. Ce protocole va préciser plus en détail le niveau et l'échantillonnage, les instruments de collecte de données, le plan de

collecte de données, la formation des interviewers/assistants, le traitement et la vérification de la qualité des données, le plan d'analyse, feuilles/tableaux maîtresses – et le budget. Le rôle de l'institution de recherche malienne sera précisé et les ressources mises à disposition. L'élaboration du protocole détaillé sera la première étape dans la Phase 2 de l'étude d'impact.

L'approche et les différentes étapes

Avant la première visite au Mali, l'équipe s'engagera à:

- ✓ réaliser les étapes 1 et 2 (ci-haut) avec l'aide de l'assistant chercheur de l'IOB; à compléter sur le terrain ;
- ✓ amorcer les étapes 3 et 4.

En plus:

- ✓ Revue des documents et analyse des points clés (Leon, avec l'appui des membres de l'équipe);
- ✓ Elaboration de la matrice d'évaluation (en collaboration avec l'équipe chargée de l'étude d'impact au Nicaragua)
- ✓ Remplissage de la matrice (Leon)
- ✓ Premier draft du contexte politique et socioculturelle (Saskia)
- ✓ Liste des critères pour la sélection des interventions (Leon, avec contributions de tous)
- ✓ Programme des rencontres (Leon/Marijke avec représentants de l'Ambassade)
- ✓ Table des matières du rapport (Leon/Joanne/Arthur en consultation avec Meg).

La visite au Mali dans le cadre de la phase préparatoire (2 semaines) comprendra :

1. Des rencontres de reconnaissance à fin de clarifier le but de l'étude d'impact et sa pertinence pour les différentes parties prenantes ; et de solliciter l'appui de l'ambassade des Pays-Bas, les autorités du Ministère de la Santé (plusieurs départements), l'Institut National des Statistiques, l'INRSP, ...
2. Des rencontres bilatérales avec des différentes parties prenantes, y inclus les représentants d'autres départements gouvernementaux, des partenaires techniques et financiers (agences bilatérales, multilatérales), ONGs (liste à compléter; rendez-vous à fixer par l'intermédiaire de l'ambassade). Visite de terrain (dans une des régions) à considérer (après avoir présélectionné des interventions/projets ; donc à décider lors de la première semaine de la visite) afin de (a) vérifier les données disponibles sur le terrain et (b) informer les autorités locales sur l'étude envisagée et de solliciter leur appui.
3. Une réunion de consultation à la fin de la visite. But: présenter, solliciter des commentaires/ appuis et valider les point 1 à 5 ci-haut. Il est proposé que l'Ambassade de Pays-Bas invite les membres du sous-groupe 'Santé Sexuelle et Reproductive' (sous-groupe des PTF Santé et développement social; l'UNFPA sert de chef de file de ce sous-groupe) qui sera ré-institué bientôt par décret gouvernementale.
Date proposée pour cette rencontre: mercredi 22 ou jeudi 23 septembre pour une durée de deux heures environs.
4. La composition d'un groupe de référence, à fin d'assurer la qualité et de fournir des orientations par rapport à la liste restreinte visée en F ci-haut. Ce groupe sera composé de cinq membres (du Ministère de la Santé, l'Ambassade des Pays-Bas, UNFPA, une ONG, et un expert SR indépendant – à l'invitation de l'Ambassade et/ou le sous-groupe SRH); ce groupe sera invité à fournir des commentaires par écrit sur le protocole d'étude.

Composition de l'équipe

Chef d'équipe: Leon Bijlmakers (ETC)

Membres: Prof Mamadou Traoré (Université de Bamako, Faculté de Médecine) – il sera remplacé par son adjoint le Dr Seydou Doumbia pendant la première semaine
Judith Mathijssen (Ecorys)
Joanne Harnmeijer (ETC ; chef d'équipe de l'étude d'impact multi-pays; à joindre l'équipe à la fin de la première semaine)
Prof Roy Carr-Hill (Université de York; à joindre l'équipe pour la 2^{ème} semaine).

A joindre l'équipe de la part de l'IOB:

Marijke Stegeman, inspecteur (première semaine)
Saskia Hesta, assistante pour la revue documentaire.

Planification

Démarrage : 13 septembre, pour 2 semaines

Membres de l'équipe arrivant à Bamako le 12 sept, partant jeudi soir 23 septembre.

Dépôt du rapport :

Mi octobre au sein du consortium (ETC/Ecorys/CDR/KIT)

Mi novembre à l'IOB (au plus tard 31 décembre selon le contrat).

Budget

Nombre de jours, tarifs, DSA/perdiems et budget pour les voyages internationaux sont connus au sein du consortium.

Les consultants à arranger eux-mêmes leurs déplacements au Mali.

Budget pour les dépenses diverses (rapportage, communication, visas, déplacements): € 500 pour l'équipe.

Logistiques

- Organisation des rencontres avec PTF et séance de restitution: par l'Ambassade des Pays-Bas
- Réservations de vols: Ms Georgina Catania à secretariat.crystal@etcnl.nl
cc Mr Maurits van Tongeren à crystal@etcnl.nl
- Réservations d'hôtel: Georgina consultants (Hotel Mandé)
- Time sheets: les consultants associés sont priés d'utiliser le canevas fourni par ETC
- Communication avec EKN Bamako (Ambassade des Pays-Bas) par IOB; avec chef d'équipe en copie country TL in cc.
 - Dr Ger Steenbergen, conseiller en santé publique
 - Dr Sadio Diarra, conseillère adjointe santé
 - Mr Jacob Waslander (HOS).
- Autres personnes ressources:
 - Monique Kamphuis DGIS/DSO, prédécesseur de Ger Steenbergen
 - René Dubbeldam, consultant.

Annexe 2 Calendrier de la mission

Programme de rencontre pour la mission d'étude d'impact

Date	Heures	Activités
12 sept		Arrivée de l'équipe de consultants (Leon Bijlmakers, Judith Mathijssen) et des représentants de l'IOB (Marijke Stegeman, Saskia Hesta)
13 sept	08.00	Briefing à l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas
	10.30	Rencontre avec le Secrétaire Général du Ministère de la Santé
	12.00	Rencontre avec la CPS
	13.00	Rencontre avec la DNS
	15.00	Rencontre avec la DFM
	17.00	Session de travail en équipe (avec Seydou Doumbia)
14 sept	08.00	Rencontre avec la CEPRIS
	10.00	Rencontre avec la DRH
	14.30	Rencontre avec l'INSTAT
	16.30	Rencontre avec l'AMPPF
15 sept	09.00	Session de travail au sein de l'équipe
	14.30	Rencontre avec UNFPA
16 sept	08.30	Rencontre avec PSI
	10.30	Rencontre avec MSI
	14.30	Rencontre avec PTF Santé à l'Ambassade des Pays-Bas
17 sept	08.00	Rencontre avec l'ACDI
	10.00	Session de travail avec la DNS
	13.00	Rencontre avec l'USAID
	15.00	Rencontre avec l'ANICT
18-19 sept		Départ Marijke Stegeman ; arrivée de Roy-Carr-Hill ; sessions de travail au sein de l'équipe ; lecture documentaire ; rédaction rapport
20 sept		Visite de terrain à Koulikoro, rencontres avec : <ul style="list-style-type: none"> - la DRS, - responsables du CSREF et d'un CSCOM dans Koulikoro ville, - antenne de l'AMPPF
21 sept	09.00	Travail en équipe (avec Mamadou Traoré)
	10.00	Rencontre avec ATN+
	12.00	Rencontre avec le directeur de la CPS
	13.30	Rencontre avec l'INSTAT
	14.30	Session de travail en équipe
22 sept		Rédaction du projet de protocole
23 sept	10.00	Rédaction du projet de protocole ; session de travail en équipe
	Soir	Départ des consultants LB, JM, SH
24 sept	11.00	Séance de restitution dans la salle de conférence du Ministère de la Santé (MT et RCH)
	14.00	Visite de la clinique de l'AMPPF à Bamako
	Soir	Départ Roy Carr-Hill

Annexe 3 Liste des personnes rencontrées

Nom de famille	Prénom	Organisation	Position
Touré	Ousmane	Ministère de la Santé	Secrétaire Général
Traoré	Amara	Ministère de la Santé	Conseiller santé publique - adjoint
Samaké	Salif	CPS	Directeur
Traoré	Issa	CPS	Point focal pour la Coop. Pays-Bas
Fodé	Boundy	CPS	Directeur-adjoint
Sanguisso	Amadou	CPS	Chef Unité Suivi-Evaluation
Diop		CPS	Chargé analyse EDS / MICS
Traore	Seydou Moussa	INSTAT	Directeur Général
Fofana	Mahady Mamadou	INSTAT - DNSI	Chef de Division Méthodes et Analyse Statistique
Koné	Nouhoum	DNS	Directeur National Adjoint
Hamadou	Bah	DNS/DESR	
Touré	Kandioura	DNS/DPLM/SE	
Keita	Binta	DNS/DSR	Chef DSR
Coulbaly	Mahamadou	DNS/Unité	
Dembelé	Marguerite	DNS/DSR	
Temé	Ousmane	DNS/DHPS	
A'nahou	Dicko	DNS/DW	
Bariyolin	Konaté	DNS/DW	
Traoré	Souleymane	DAF	Directeur adjoint
Sangaré	Madina	USAID	Conseiller Senior en SR/PF
Macdonald	Patricia	USAID	Chef d'Équipe Adjoint
Beziz	Piene	Union Européenne	Chargé de pgm
Nichols	Lisa	ATN Plus/Programme Santé USAID	Directrice
Gandaho	Timothée	ATN Plus/Programme Santé USAID	Chef d'Équipe Santé Maternelle/PF
Diallo	Sidy	MDU-3	
Muindo	Aboubacar	PAM	Chargé de pgm
Cissoko	Mariam	UNFPA	Chargée de pgm
Cissé	Aboubakar	UNFPA	Spécialiste de Programme International
Traoré	Lamine Boubacar	UNFPA	Chargée de pgm-Suivi/Evaluation
Kane	Makane	UNFPA	Représentant
Diallo	Rodio	Population Services international (PSI)	Représentant Résident
Maiga	Boureima	PSI	Résponsable PF/Diarrhée
Johnston (Diop)	Heather (Hawa)	Marie Stopes International (MSI)	Représentante
Tolo	Hamadoun	Agence Canadienne de Développement International (ACDI)/CIDA	Agent de Développement
Assefa	Abebech	Agence Canadienne de Développement International (ACDI)/CIDA	Conseillère gestionnaire, pgm éducation et santé
Traoré	Mamadou	AMPPF	Président
Diallo	Yoro	AMPPF	Chef de Clinique AMPPF Bamako
Kaya	Mahamadou	CEPRIS	Ingénieur des Constr Civiles- Directeur
Diagouraga	Sory Ibrahim	ANICT	Chef de Division Technique
Diarra	Bogoba	ANICT	

Annexe 4 Répertoire des indicateurs dans les différentes bases de données et études

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Couple d'année protection (CAP)	-	-	-	-	x	x	x	-
Connaissance des méthodes contraceptives	x	-	-	-	-	-	-	-
Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques sociodémographiques	x	-	-	-	-	-	-	-
Utilisation de la contraception à un moment quelconque	x (2001 seulement)	-	-	x ¹	-	-	-	-
Utilisation de la contraception à un moment quelconque par les femmes	x	-	-	-	-	-	-	-
Utilisation de la contraception à un moment quelconque par les hommes	x	-	-	-	-	-	-	-
Utilisation actuelle de la contraception	x	-	-	-	-	-	-	-
Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	x	-	-	-	-	-	-	-
Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels avec des partenaires multiples	-	x	-	-	-	-	-	-
Utilisation du préservatif avec des partenaires non-réguliers	-	x	-	-	-	-	-	-
Nombre d'enfants à la première utilisation	x	-	-	-	-	-	-	-
Connaissance de la période féconde	x	-	-	-	-	-	-	-
Source d'approvisionnement	x	-	-	-	-	-	-	-
Choix de la méthode et information	x	-	-	-	-	-	-	-
Utilisation future	x	-	-	-	-	-	-	-
Raisons citées pour n'avoir pas l'intention d'utiliser la contraception	x	-	-	-	-	-	-	-
Méthode contraceptive future préférée	x	-	-	-	-	-	-	-

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Exposition aux messages sur la planification familiale	x	-	-	-	-	-	-	-
Contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de planification familiale	x	-	-	-	-	-	-	-
Discussion de la planification familiale avec le mari (2001)	x (2001 seulement)	-	-	-	-	-	-	-
Opinion des couples face à la planification familiale (2001)	x (2001 seulement)	-	-	-	-	-	-	-
Connaissance des méthodes contraceptives par les femmes et par les hommes	x	-	-	-	-	-	-	-
Taux de prévalence contraceptive	-	x	x	-	x	-	-	-
Prévalence de la contraception parmi l'ensemble des femmes selon la méthode utilisée	x	-	-	-	-	-	-	-
Prévalence de la contraception moderne parmi les femmes de 15-49 ans en union, 1987-2001 (2001)	x	-	-	-	-	-	-	-
Prévalence contraceptive moderne selon la résidence (femmes en union) (2006)	x	-	-	-	-	-	-	-
Prévalence de la contraception EDSM-III 2001 et EDSM-IV 2006 (femmes en union) (2006)	x	-	-	-	-	-	-	-
Intention d'utiliser la contraception par les femmes actuellement en union (2001)	x	-	-	-	-	-	-	-
Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants vivants	x	-	-	-	-	-	-	-
Désir de limiter les naissances selon certaines caractéristiques sociodémographiques	x	-	-	-	-	-	-	-
Besoins en matière de planification familiale chez les femmes en union (2001)	x	-	-	-	-	-	-	-
Besoins en matière de planification familiale	x	-	-	-	-	-	-	-
Nombre idéal d'enfants	x	-	-	-	-	-	-	-
Nombre idéal d'enfants par caractéristique sociodémographique	x	-	-	-	-	-	-	-
Planification de la fécondité	x	-	-	-	-	-	-	-

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Taux de fécondité désirée	X	-	-	-	-	-	-	-
Statut de la femme	X	-	-	-	-	-	-	-
Nombre idéal moyen d'enfants	X	-	-	-	-	-	-	-
Besoins non-satisfaits	X	X	-	-	-	-	-	-
Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union, selon le nombre d'enfants vivants	X	-	-	-	-	-	-	-
Nombre idéal d'enfants (2001)	X	-	-	-	-	-	-	-
Nombre idéal d'enfants des femmes et des hommes (2006)	X	-	-	-	-	-	-	-
Indice synthétique de fécondité et indice synthétique de fécondité désirée	X	-	-	-	-	-	-	-
Proportion de femmes en union ne voulant plus d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants (2001)	X	-	-	-	-	-	-	-
Prévalence du VIH/SIDA	-	-	X	-	X	-	-	-
Nombre de clients	-	-	-	-	-	-	-	-
Chiffres de vente de contraceptifs	-	-	-	-	X	-	-	-
Distribution de contraceptifs (y inclus les équipes mobiles)	-	-	-	-	-	X	X ³	-
Nombre de consultations total (y inclus des nouveaux cas)	-	-	-	-	-	X ²	-	-
Répartition des prestataires selon les catégories professionnelles et par lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des prestataires de service de PF selon certaines caractéristiques sociodémographiques par type et lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage du personnel qui a fourni des méthodes contraceptives au cours des trois derniers mois	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage du personnel qui dispense des services choisis de PF aux clientes des PPS (Point de Prestation de Service) selon le service	-	-	-	-	-	-	-	X

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Pourcentage du personnel qui dispense des services choisis de PF aux clientes des PPS (Point de Prestation de Service) selon le service	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage de prestataires (professionnels, matrone) par profil ayant reçu une formation de base en technologie contraceptive selon la méthode	-	-	-	-	-	-	-	-
Pourcentage de prestataires par profil ayant reçu un recyclage en technologie contraceptive selon la méthode	-	-	-	-	-	-	-	-
Pourcentage de prestataires par profil ayant reçu une formation de base en planification familiale selon le type de service	-	-	-	-	-	-	-	-
Pourcentage de prestataires par profil ayant reçu un recyclage en planification familiale selon le type de service	-	-	-	-	-	-	-	-
Pourcentage de PPS ne disposant pas de signes/panneaux visibles annonçant l'existence des services offerts	-	-	-	-	-	-	-	-
Pourcentage de PPS ne disposant pas de supports IEC pour les services de planification familiale	-	-	-	-	-	-	-	-
Proportion de PPS selon le nombre de jours pendant lesquels les services de PF sont offerts dans la semaine	-	-	-	-	-	-	-	-
Proportion de PPS dans lesquels les services sont habituellement disponibles	-	-	-	-	-	-	-	-
Méthode fournies dans le PPS	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruptures de stocks des produits contraceptifs dans les PPS au cours des trois derniers mois précédant l'enquête	-	-	-	-	-	-	-	-
Produits fournis dans les PPS selon le niveau de référence dans la pyramide sanitaire	-	-	-	-	-	-	-	-
Rupture des stocks de produits d'usage courant au cours des trois derniers mois	-	-	-	-	-	-	-	-
Disponibilité du registre quotidien d'activités	-	-	-	-	-	-	-	-

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Utilisation des supports de données dans les PPS	-	-	-	-	-	-	-	-
Répartition des PPS selon le nombre de visites de supervision reçues dans les trois derniers mois	-	-	-	-	-	-	-	X
Disponibilité des documents et manuels de travail dans les PPS	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage des prestataires ayant mentionné ou discuté avec la nouvelle cliente de différentes méthodes contraceptives	-	-	-	-	-	-	-	X
Méthodes recommandées par les prestataires selon les objectifs de la cliente (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Appréciation de la prestation lors de la visite selon le statut de la cliente	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage des prestataires ayant posé certaines questions à la cliente par type de lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X
Proportion des observations au cours desquelles différents sujets ont été abordés par type de clientes (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des prestataires suivant les actes effectués durant l'examen pelvien, et en fonction du type de cliente	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des conditions dans lesquelles les injections ont été faites et l'utilisation de gants	-	-	-	-	-	-	-	X
Appréciation des horaires et de la durée des offres de services en matière de Planification Familiale selon le statut de la cliente	-	-	-	-	-	-	-	X
Clientes services et satisfaction avec la méthode reçue	-	-	-	-	-	-	-	X
Proportion des clientes connaissant la disponibilité d'autres services de santé dans la PPS visité	-	-	-	-	-	-	-	X
Proportion des clients connaissant des maladies pouvant se transmettre par rapports sexuels	-	-	-	-	-	-	-	X
Proportion des utilisatrices d'injectable indiquant différents effets secondaires possibles avec les injectables	-	-	-	-	-	-	-	X

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Répartition des clients selon la réponse à la question «l'injection protège-t-elle les femmes contre le IST/VIH/SIDA ?»	-	-	-	-	-	-	-	X
Quelques indicateurs sur la connaissance de la pilule	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des nouvelles et anciennes clientes selon certaines appréciations sur la visite (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage de PPS ne disposant pas du matériel pour fournir des services de PF	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage de prestataires ayant reçu une formation de base en technologie contraceptive selon la méthode	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage de PPS ne disposant pas de supports IEC pour les services de planification familiale	-	-	-	-	-	-	-	X
Méthode fournisseurs dans le PPS	-	-	-	-	-	-	-	X
Disponibilité des documents et manuels de travail dans les PPS selon le niveau	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des relais communautaires enquêtés selon leurs caractéristiques socio démographiques	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des relais communautaires selon leur activité principale	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des agents DBC selon les activités menées	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des agents DBC selon leurs sources d'approvisionnement en contraceptifs pour les besoins des clientes	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des agents DBC selon la fréquence de la supervision reçue	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des agents DBC suivant les thèmes des formations reçues	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des décideurs et responsables de la Santé interviewés selon les différentes structures	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage des PPS fournissant différentes méthodes contraceptives par type de lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Répartition des prestataires selon le profil par type de lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage des prestataires que dispensent différentes méthodes contraceptives aux clientes par type de lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage des prestataires qui ont dispensé différentes méthodes contraceptives au cours des trois derniers mois par type de lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage des prestataires ayant bénéficié de différents modules au cours de leur formation de base par type de lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage des prestataires ayant bénéficié de différents cours de recyclage par type de lieu de résidence	-	-	-	-	-	-	-	X
Prévalence contraceptive par méthode et sexe chez les prestataires (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Pourcentage des prestataires ayant mentionné ou discuté avec la cliente différentes méthodes contraceptives	-	-	-	-	-	-	-	X
Appréciation de la visite de façon globale par la cliente selon le type de localité	-	-	-	-	-	-	-	X
Appréciation de la durée globale de la consultation (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Appréciation de la prestation lors de la visite selon le type de localité (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Appréciation des horaires et de durée des offres des services en matière de Planification Familiale (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Temps moyen d'attente en minutes selon le type de localité (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Répartition des clients suivant le principal moyen de transport, et selon le type de localité (%)	-	-	-	-	-	-	-	X

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Existence d'autres endroits proches offrant des services de PF, type de structure existante et raison principale de la non fréquentation de la structure la plus proche selon le type de localité	-	-	-	-	-	-	-	X
Appréciation du coût total de la consultation selon le type de localité (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Proportion des clientes qui discutent avec leur partenaire des questions et de leurs pratiques de la PF, qui ont l'intention d'avoir un enfant (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Connaissance des clients d'une maladie pouvant être transmise par rapport sexuel, et le type de maladies connues et le type de localité (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Disponibilités des services au niveau des PPS par type de lieu de résidence (%)	-	-	-	-	-	-	-	X
Déjà donné naissance	-	X	-	-	-	-	-	-
Jour de la naissance du premier enfant	-	X	-	-	-	-	-	-
Mois de la naissance du premier enfant	-	X	-	-	-	-	-	-
Année de naissance du premier enfant	-	X	-	-	-	-	-	-
Années depuis la naissance du premier	-	X	-	-	-	-	-	-
Des fils ou des filles qui vivent avec vous	-	X	-	-	-	-	-	-
Fils qui vivent avec vous	-	X	-	-	-	-	-	-
Filles qui vivent avec vous	-	X	-	-	-	-	-	-
Des fils ou des filles qui ne vivent pas avec vous	-	X	-	-	-	-	-	-
Fils qui ne vivent pas avec vous	-	X	-	-	-	-	-	-
Filles qui ne vivent pas avec vous	-	X	-	-	-	-	-	-
A déjà eu un enfant qui est décédé plus tard	-	X	-	-	-	-	-	-
Fils mort	-	X	-	-	-	-	-	-
Filles mort	-	X	-	-	-	-	-	-
Fils nés	-	X	-	-	-	-	-	-
Filles nés	-	X	-	-	-	-	-	-
Total nés	-	X	-	-	-	-	-	-
Journée de la dernière naissance	-	X	-	-	-	-	-	-

Indicateur	Base de données				ONG			Etude
	EDSM 2001, 2006	MICS + ELIM 2009 (questionnaire individuel femme)	Annuaire SNIS 2008, 2009 (niveau CSCOM, CSREF, EPH)	Annuaire SLIS 2000-2009 (niveau CSCOM, CSREF)	AMPPF	Marie Stopes	Population Services International	Evaluation de l'offre des services de PF au Mali
Mois de la dernière naissance	-	X	-	-	-	-	-	-
Année de la dernière naissance	-	X	-	-	-	-	-	-
Naissances vivantes dans les 2 dernières années	-	X	-	-	-	-	-	-
Grossesse souhaité	-	X	-	-	-	-	-	-
Situation matrimoniale	-	-	-	-	X	-	-	-
Nombres de grossesses	-	-	-	-	X	-	-	-
Age à la naissance du 1er enfant	-	-	-	-	X	-	-	-
Nombre d'enfants vivants	-	-	-	-	X	-	-	-
Nombre d'enfants décédés	-	-	-	-	X	-	-	-
Nombre d'avortements	-	-	-	-	X	-	-	-
Nombre d'accouchements normaux	-	-	-	-	X	-	-	-
Nombre d'accouchements pathologiques	-	-	-	-	X	-	-	-
Nombre de mois depuis la dernière grossesse	-	-	-	-	X	-	-	-

¹ Répartition par contraceptif disponible au niveau DRS; taux de consultations PF (y inclus nouveaux cas) disponible au niveau CSCOM

² Données disponibles au niveau CSCOM

³ Années 2006-2010

Annexe 5 Déclaration de capacité et synoptique d'expériences antérieures de la FMPOS

L'École Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali, devenue plus tard **Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS) de l'Université de Bamako**, a été créée en 1968. Elle s'est rapidement distinguée des Facultés de Médecine classiques par l'enseignement de la médecine adaptée aux réalités maliennes à travers les stages en zones rurales organisés par le Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique (DERSP). Quatre vingt dix pourcent des médecins du pays ont été formés dans cette école, d'où sortent annuellement plus de 200 médecins et pharmaciens.

Le DERSP est l'un des cinq départements d'enseignement et de recherche de la FMPOS.

Sa **première mission** est d'assurer la formation initiale des étudiants en médecine et pharmacie en santé publique et la formation continue des cadres du Ministère de la Santé en épidémiologie et en santé publique. C'est dans ce cadre que le Certificat d'Etudes Spéciales en Santé Publique (CES), qui a été créé au DERSP en 1992, a formé une dizaine de médecins du Mali et de la sous région ; et c'est dans ce cadre que le cours sur la santé du district, initié en 1986 en collaboration avec l'Institut Royal Tropical des Pays Bas, a formé des équipes de santé de district du Mali et d'autres pays de la sous région dans le domaine de la planification et la mise en œuvre des programmes de santé au niveau du district.

Avec l'adoption du système Licence-Master-Doctorat (LMD), les programmes de formation pour le certificat en Epidémiologie et Statistiques, le Master et Doctorat en Santé Publique démarreront en 2011.

Pour assurer cette mission, le DER compte 20 enseignants chercheurs de différentes spécialités : l'épidémiologie, la bio-statistique et l'informatique médicale, le contrôle des maladies, la nutrition, la santé de la reproduction, la santé communautaire, la santé environnementale et la socio anthropologie. Le staff du DER encadre une trentaine de thèses de médecine et pharmacie chaque année.

Le DERSP abrite dans un bâtiment à deux niveaux, comprenant deux salles de cours de 30 places, 10 bureaux et une trentaine d'ordinateurs tous connectés à l'internet à haut débit.

La **deuxième mission** du DERSP est la recherche sur la résolution des problèmes prioritaires du Ministère de la Santé, notamment par la définition de politiques et stratégies d'intervention à base communautaire et l'amélioration du système d'information sanitaire. Le DERSP joue le rôle d'interface entre la FMPOS et le Ministère de la Santé et travaille en étroite collaboration avec les structures de la Direction Nationale de la Santé, en particulier les Programmes Nationaux de lutte contre les maladies, la Division Santé de la Reproduction, la Division Nutrition et le Centre National d'immunisation.

Le DERSP a fortement contribué à la définition de différentes politiques de santé du Mali par des recommandations issues des grandes enquêtes dans les zones de projets de développement socio économique notamment la zone du barrage de Sélingué en 1980 et la zone du Projet de Développement socio sanitaire des Cercles de Kéniéba Bafoulabé et Kita dans la région de Kayes.

Le DERSP collabore également avec plusieurs institutions de recherche publiques et privées du pays, notamment l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP), le Centre de Recherche sur la Documentation sur le Développement et la Survie de l'Enfant (CREDOS), le Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie (CNAM), le Centre d'Etude et de Recherche sur la Population et le Développement (CERPOD) et le Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation (CAREF). Il apporte également un appui technique et méthodologique aux projets de recherche clinique et en santé publique dirigés par les enseignants de la FMPOS.

La présente étude de l'impact de l'appui des Pays Bas au sous secteur de la santé de la reproduction sera pilotée par deux professeurs de l'Unité d'Epidémiologie, de Bio-statistique et d'Anthropologie Médicale du DERSP. Le professeur Seydou Doumbia, PhD en Epidémiologie de l'Université John Hopkins, et le professeur Samba Diop, PhD en Socio Anthropologie de l'Université de Montréal. Ils travailleront en équipe avec le Dr Nianguiry Kanté, Directeur de Recherche en Sociologie à l'INRSP.

Le professeur Seydou Doumbia a plus d'une dizaine d'années d'expérience dans la recherche biomédicale, clinique et communautaire sur les maladies transmissibles et la santé de la mère et de l'enfant. Les professeurs Diop et Kanté sont eux les premiers chercheurs maliens dans le domaine de la recherche qualitative sur les comportements sociaux et les conceptions culturelles de la santé, la maladie et la mort. Leurs CV se trouvent en annexe.

Ces trois seniors ont l'expertise pour élaborer les questionnaires et guides d'entretien et d'assurer la formation et la supervision des enquêteurs.

Plusieurs équipes d'enquêteurs peuvent être constituées pour la collecte des données sur le terrain. Chaque équipe sera dirigée par un Sociologue / Anthropologue médical avec plusieurs années d'expérience dans les enquêtes qualitatives sur la santé reproductive. Les équipes comprendront chacune un médecin ou étudiant en thèse et une sage femme.

Les médecins seront recrutés parmi ceux qui ont fait leurs thèses au DER en santé publique sur la santé reproductive / planification familiale.

La formation et le test des questionnaires et guides d'entretien seront faits à Bamako et les équipes feront le point des enquêtes pour harmoniser les approches avant qu'elles ne soient réparties entre les régions à enquêter.

Les CV des sociologues / anthropologues sont disponibles au niveau du consortium.