



Royal Tropical Institute



PRATIQUE CONTRACEPTIVE et la CONTRIBUTION des ACTIVITES de PLANIFICATION FAMILIALE au MALI

*Une étude dans le cadre
de la coopération malienne - néerlandaise*

août 2012

Consortium: ETC, Ecorys, KIT, CDR

ETC Crystal

Boite postale 64, 3830 AB Leusden

Pays Bas

Tel: +31 (0)33 432 60 30

Fax: +31 (0)33 494 07 91

crystal@etcnl.nl

www.etc-crystal.org

www.etc-international.org

Auteurs Leon Bijlmakers, Roy Carr-Hill, Seydou Doumbia, Nianguiry Kanté, Kafing Diarra, Judith Mathijssen, Nangourou Sanogo

Date August 2012

Disclaimer:

Ce rapport a été produit sous la responsabilité de ETC Crystal. Les avis exprimés sont ceux des consultants et ne représentent pas nécessairement l'avis de la Direction de l'Évaluation de la politique et des opérations (IOB).

Table de matières

Préambule.....	v
Remerciements	vi
Carte géographique du Mali	vii
Sigles et acronymes	viii
Résumé	x
1. Introduction, justification, contexte	1
2. Cadre analytique, objectifs, méthodologie	3
2.1 Cadre analytique de l'étude	3
2.2 Objectif général.....	4
2.3 Reconstruction de la logique d'intervention, délimitation de l'intervention à évaluer.....	4
2.4 Questions d'évaluation	7
2.5 Méthodes	8
2.6 Structure du rapport et limites de l'étude	9
3. Contexte.....	12
3.1 Situation démographique et sanitaire	12
3.2 Les sous secteurs sanitaires public et privé.....	13
3.3 Cadre politique	15
3.4 Aide budgétaire et autres appuis extérieurs au secteur socio-sanitaire.....	18
3.5 Politique néerlandaise en matière de la santé	20
3.6 Coopération bilatérale entre le Mali et les Pays-Bas dans le domaine de la santé	21
3.7 Planification familiale dans le dialogue sectoriel.....	25
4. Genèse, cadre et cartographie des activités de planification familiale	28
4.1 Historique de la planification familiale au Mali	28
4.2 Cadre institutionnel : structures nationales et cartographie des prestataires.....	30
4.3 Cadre juridique	34
4.4 Islam et planification familiale.....	37
4.5 Planification familiale en langue et milieu Bambara.....	37
5. Principaux indicateurs de planification familiale au Mali : niveaux, évolutions, effets, facteurs explicatifs.....	39
5.1 Niveaux et tendances globales des principaux indicateurs de planification familiale.....	40
5.2 Variations dans l'utilisation des méthodes contraceptives et dans les besoins (non) satisfaits en 2009.....	44
5.3 Evolution des principaux indicateurs de planification familiale dans la période 1996-2009.....	48

5.4	Influence des facteurs démographiques et socioéconomiques sur la pratique de la contraception	57
5.5	Mortalité infantile et planification familiale.....	57
5.6	Estimation brute des effets de la contraception	59
6.	Tendances et effets observés par les acteurs et leur interprétation	63
6.1	Changements et tendances observées au niveau des communautés locales.....	63
6.2	Perspectif des prestataires	64
6.3	Perception de l'offre des services par les communautés locales	67
6.4	Pouvoir décisionnel des femmes	69
6.5	Islam et planification familiale selon les enquêtés	70
7.	Fonctionnalité du système de sécurisation des produits contraceptifs	74
7.1	Disponibilité des produits contraceptifs et ruptures de stock	74
7.2	Facteurs favorisant et barrières du système de sécurisation	76
8.	Discussion, conclusions	78
	Bibliographie	86
	Annexes	90
	Annexe A: Evolution de l'indice de développement humain au Mali	91
	Annexe B : Classification des méthodes contraceptives	92
	Annexe C : Liste des instruments de collecte de données.....	94
	Annexe D : Sites web du Ministère de la Santé, ONG, PTF	95
	Annexe E : Résumé de quatre sourates et versets coraniques en rapport avec la planification familiale	96
	Annexe F : Aperçu des méthodes et produits contraceptifs traditionnels au Mali	99
	Annexe G : Expériences des communautés maliennes avec les méthodes de contraception modernes	104
	Annexe H : Description du système TAC.....	106
	Annexe J : MSI Impact estimator in brief.....	107
	Annexe K : Tableaux et graphiques supplémentaires	109

Préambule

Pendant plus de deux décennies le Mali a maintenu la démocratie, faisant figure d'exemple de la bonne gouvernance pour plusieurs pays en Afrique. Tout récemment, il y a eu des événements politiques qui ont changé cette situation.

Le 22 mars 2012, des soldats mutins dirigés par le capitaine Amadou Haya Sanogo, ont pris le contrôle de la présidence par un coup d'État. Par la suite, à un mois de l'élection présidentielle, ils ont annoncé la dissolution des institutions et la suspension de la Constitution. Le coup d'État a entraîné le départ du Président Amadou Toumani Touré et la mise en place d'un couvre-feu temporaire. Des violences ont précédé et suivi le renversement du pouvoir, surtout dans le nord du pays.

De janvier à avril 2012, le Mouvement national pour la libération de l'Azawad (MNLA) a attaqué les camps militaires maliens et les villes situées dans les régions de Gao, Tombouctou et Kidal, qui constituent l'Azawad, une zone de transition entre l'espace saharien et l'espace sahélien dans le nord du Mali. Depuis le 1^{er} avril 2012, la rébellion Touareg, constituée du MNLA et d'un mouvement salafiste *Ançar dine*, contrôle ces trois régions. Le MNLA a proclamé l'indépendance de l'Azawad tandis qu'*Ançar dine* souhaite imposer la charia. Les deux mouvements revendiquent le contrôle des principales villes. Cette prétendue déclaration d'indépendance a été immédiatement rejetée par l'Union africaine, comme par la CEDA, et l'indépendance de l'Azawad n'est pas reconnue par la communauté internationale.

Les putschistes à Bamako n'ont pas poursuivi l'instauration d'un régime militaire. Suite à la nomination d'un président de la République par intérim, le 8 avril, et d'un Premier ministre, le 17 avril, les membres d'un gouvernement de transition ont été nommés.

L'avenir de la coopération internationale au développement est incertain. Pour le moment la plupart des appuis externes, y compris ceux des Pays-Bas, ont été suspendus temporairement, en attendant une solution de la crise politique. La Commission européenne a mis en garde contre le risque d'une catastrophe humanitaire dans le nord du Mali, où la violence aurait déplacé des centaines de milliers de personnes et ne ferait qu'exacerber la situation d'urgence alimentaire.

Le présent rapport étant rédigé avant ces récents événements, les conclusions tiennent toujours, alors que les recommandations nécessiteront une revue à un moment ultérieur, quand la situation politique sera stabilisée.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous ceux qui ont contribué à la réalisation de l'étude.

Nous exprimons notre gratitude aux personnels de toutes les organisations et structures sanitaires, et à toutes les populations des villages étudiés. Le partage de leurs expériences et leur participation dans les différentes enquêtes ont été beaucoup appréciés.

Nos vifs remerciements s'adressent au Ministère de la Santé, notamment aux agents de la Direction Nationale de la Santé, et de la Cellule de Planification et de Statistique, ainsi que ceux de l'Institut National de la Statistique au Mali. En particulier, les contributions des membres du groupe de référence local au Mali, venant de ces trois départements, de l'UNFPA et de ATN+/USAID, ont été très utiles. Nous remercions également les représentants et agents des organisations non gouvernementales et des bureaux d'études qui ont bien voulu échanger et répondre à nos questions.

Nous remercions également les représentants des missions externes au Mali et leurs équipes, notamment les conseillers de l'Ambassade des Pays-Bas, à Bamako, pour nous accompagner dans l'achèvement de l'étude.

Au niveau des Pays-Bas, nous sommes reconnaissants de l'appui du groupe de référence, présidé par le Directeur de la Direction Evaluation de la Politique et des Opérations (IOB) du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas, et composé à la fois de membres internes et externes à ce ministère. Leurs suggestions et commentaires sur le protocole de recherche et sur une version préliminaire du rapport ont été très utiles.

Enfin, nous tenons à remercier nos collègues et amis de l'INRSP, ETC, ECORYS, KIT et CDR pour leurs commentaires et autres appuis dans plusieurs stades de l'étude, notamment Joanne Harnmeijer, Arthur ten Have, Hermen Ormel, Jos Vaessen, Hans Nusselder, Esther Jurgens, Meg Braddock et Maurits van Tongeren.

Merci à tous.

Carte géographique du Mali



Sigles et acronymes

ABG	Appui Budgétaire Global
ABS	Appui Budgétaire Sectoriel
AMPPF	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
ART	Traitement antirétroviral (<i>anti retroviral treatment</i>)
ASACO	Association de santé communautaire
ASDAP	Association pour le Soutien du Développement des Activités de Population
ATN+	Assistance Technique Nationale (USAID)
CAP	Couple-années de protection (<i>CYP = couple-years of protection</i>)
CAREF	Centre d'Appui à la Recherche et à la Formation
CCC	Communication pour le changement de comportement (<i>BCC en anglais</i>)
CDMT	Cadre des dépenses à moyen terme (<i>medium-term expenditure framework, MTEF</i>)
CIPD	Conférence Internationale pour la Population et le Développement (<i>ICPD</i>)
CPN	Consultation prénatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSREF	Centre de santé de référence
DBC	Distribution/distributeur à base communautaire
DFM	Direction des Finances et du Matériel
DIU	Dispositif intra-utérin
DNS	Direction Nationale de la Santé
DPM	Direction de la Pharmacie et du Médicament
DRC	Dépôt répartiteur du cercle
DSR	Division de la Santé de la Reproduction
EDS	Enquête démographique et de santé (<i>Demographic and Health Survey, 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
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

IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
KfW	<i>Kreditanstalt für Wiederaufbau</i>
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MDSSPA	Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples (<i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>)
MS	Ministère de la Santé
MSI	<i>Marie Stopes International</i>
NIDI	<i>Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute</i>
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement (<i>MDG</i>)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PDDSS	Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PF	Planification familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
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
RGPH	Recensement générale de la population et de l'habitat
RMM	Ratio de mortalité maternelle
SLIS	Système local d'information sanitaire
SONU(C)	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (complète)
SR	Santé de la reproduction
SSP	Soins de santé primaires
TdR	Termes de référence
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome de l'immunodéficience acquise

Résumé

Cette étude s'inscrit dans une série d'études d'impact des appuis fournis par les Pays-Bas dans le cadre de la coopération internationale aux activités de santé de la reproduction dans différents pays. L'étude au Mali a visé à établir la pertinence, les effets et l'efficacité de l'appui des Pays-Bas dans le domaine de la planification familiale, étant un des sous domaines de la santé de la reproduction.

L'étude a le caractère d'une évaluation *ex-post* et son objectif général est de déterminer les effets des interventions de planification familiale en termes de production (*output*) et résultats (*outcome*) sur une période de 10 ans (depuis 2001). Il s'agit bien des interventions auxquelles la coopération malienne – néerlandaise a contribué, notamment à travers son aide budgétaire sectoriel à la mise en œuvre du PRODESS et son appui aux ONG nationales et internationales, et dont les effets ne peuvent donc pas être attribués aux contributions des Pays-Bas seules. Ainsi, l'étude a concerné l'examen des réalisations directes et indirectes de l'ensemble des interventions menées par les structures publiques et privées dans le domaine de la planification auxquelles les Pays-Bas ont contribué en coopération avec le Ministère de la Santé et d'autres partenaires techniques et financiers, tels que l'UNFPA, l'USAID.

L'approche méthodologique de l'étude a été développée à partir d'une reconstruction de la logique d'intervention. Cette logique se compose des activités visant l'augmentation de la demande populaire pour les produits contraceptifs modernes et l'amélioration de l'offre des services de planification familiale. L'étude n'a pas cherché à mesurer les effets différentiels d'une intervention spécifique sur certains groupes cibles, puisqu'il n'y avait qu'une seule intervention qui aurait été éligible à une telle approche : l'introduction des implants comme méthode contraceptive de longue durée, par MSI et PSI, avec le soutien financier des Pays-Bas, entre autres. Toutefois il s'agit d'une initiative récente, raison pour laquelle il n'était pas possible de mesurer à moins de deux ans après son lancement, les effets à moyen et à long terme parmi les utilisatrices de cette méthode. La méthodologie est de caractère longitudinal et basée sur un modèle mixte, comprenant à la fois des analyses statistiques sur la base des grandes enquêtes d'envergure nationale, réalisées en 1996, 2001, 2006 (EDS) et 2009/10 (MICS) et des analyses qualitatives basées sur des enquêtes de terrain dans quatre cercles de deux différentes régions et deux communes du district de Bamako. L'échantillon des sites est informé par la présence des ONG offrant des services de planification familiale. Ces sites peuvent être considérés comme mieux dotés d'intervenants en comparaison avec beaucoup d'autres zones du Mali. On s'attendait donc à identifier des facteurs bien spécifiques ayant permis de contrôler des barrières à l'utilisation de la contraception moderne. Une analyse de la fonctionnalité du système de sécurisation des produits contraceptifs vient compléter l'étude.

Le cadre juridique de la santé reproductive et plus spécifiquement celui de la planification familiale moderne est bien développé au Mali. Toutefois la tradition et la religion (Islam) continuent à exercer leur poids, avec certains leaders et organisations ne cessant pas à s'interroger sur la pratique de la contraception, et à s'opposer à des mesures visant le renforcement de la position de la femme dans le mariage et dans la société en général. Le récent débat et les points de discorde ayant entouré l'adoption d'un projet de loi pour la réforme du statut des personnes et de la famille en fait preuve. Les enquêtes menées dans le cadre de la présente étude ont confirmé le poids des facteurs socioculturels qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans l'offre des services de planification familiale et la vulgarisation des méthodes de contraception moderne.

Les principales conclusions en rapport avec les questions d'évaluation se résument comme suit.

1. En termes de tendances, l'utilisation de la contraception moderne a peu évolué et reste faible au niveau national (9% en 2009) ; de légères améliorations ont été notées dans les taux d'utilisation des deux méthodes modernes de contraception les plus répandues dans la période 2006 à 2009: les contraceptifs oraux (pilule) et les injectables ; on note aussi une augmentation de l'utilisation des implants, de 0,1% des femmes en 2006, à 0,4% en 2009.

Le secteur médical privé a gagné en importance, selon les observations sur le terrain. La contribution des ONG ne peut pas être estimée à partir des grandes enquêtes. Les distributeurs à base communautaire ne semblent plus jouer un rôle de grande importance dans la distribution des produits contraceptifs. Cependant, plus de 30% des besoins en matière de contraception en 2009 sont non satisfaits, dont plus de deux-tiers pour espacer les naissances et le reste pour limiter le nombre d'enfants. Ce taux global n'a guère évolué depuis 2006, avec des tendances presque identiques en milieux urbain et rural.

2. En termes d'effets des interventions de planification familiale, le nombre de couple-années de protection (CAP) pour l'ensemble des quatre méthodes modernes les plus répandues (pilule, injectable, implant, DIU) a plus que doublé pendant la période 2006 à 2009. Ceci est notamment attribué aux implants, qui représentent près de la moitié du total des CAP réalisés en 2009, malgré leur faible niveau d'utilisation. Les contraceptifs injectables ont contribué au CAP à 32% en 2009, contre 41% en 2006.

Les effets de la contraception moderne en 2009 sont estimés à plus de 16 000 grossesses évitées, 12 000 naissances et 175 avortements évités. En terme de mortalité, la planification familiale a aussi permis d'éviter environ 1 200 cas de décès d'enfants de moins d'un an, 2 300 cas de décès d'enfants de moins de cinq ans, et 100 cas de décès maternels. Ces réalisations sont 2,3 fois plus élevées que les estimations pour l'année 2006.

Au vu de leur caractère (protection de longue durée), les implants et les DIU ont contribué respectivement à 48% et 12% à ces réalisations, contre 32% pour les injectables et 8% pour les contraceptifs oraux.

3. Comme facteurs favorables à la planification familiale, on peut noter la présence de multiples acteurs non gouvernementaux qui se sont engagés dans l'amélioration de l'offre des services et de la disponibilité des produits contraceptifs.

Si le volume des financements externes, y compris la contribution des Pays-Bas, s'est accru au cours des années, l'engagement financier du Gouvernement malien reste faible. Malgré la création d'une ligne budgétaire destinée à l'achat des produits pharmaceutiques en 2007, jusqu'en 2011 l'Etat n'est pas arrivé à participer au financement des produits contraceptifs. Ceci ne garantit pas leur disponibilité pérenne. Les incitations financières aux différents niveaux du système d'approvisionnement ne sont pas propices. Toutefois, l'engagement du Mali depuis 2009 à travers la mise en œuvre du Plan national stratégique pour la sécurisation des produits de la santé reproductive, a le potentiel de contribuer au renforcement de la durabilité et de la redevabilité à tous les niveaux du système.

Les barrières pour la planification familiale au Mali se trouvent à la fois au niveau de l'offre des services et au niveau des communautés, où le poids des coutumes, de la tradition et du contexte politique international se fait sentir à travers une faible demande pour la contraception moderne, et en même temps des besoins non satisfaits très préoccupants (31% en 2006, contre 28% en 2001, et 26% en 1995/96) dans toutes les couches de la société.

La présente étude a affirmé que l'offre des services de planification familiale est confrontée à plusieurs problèmes cruciaux :

- l'inadéquation des compétences des agents de santé et insuffisance de moyens financiers, techniques, matériels dans les formations sanitaires ;
- l'offre limitée de produits contraceptifs, liée en partie aux ruptures de stock intermittentes, malgré les efforts pour sécuriser l'approvisionnement de ces produits ;
- la faible qualité des services, y compris le non respect de la confidentialité, et l'insuffisance qualitative des informations fournies aux clientes sur les effets secondaires de certains produits.

4. La principale mesure novatrice en matière de planification familiale est l'introduction de l'implant comme nouvelle méthode contraceptive de longue durée. Bien que cette méthode soit récente, il y a espoir qu'elle permette d'augmenter de manière significative le niveau de protection des femmes en âge de procréer contre des grossesses non désirées.
5. Par rapport à la question du pouvoir décisionnel des femmes la plupart des enquêtés ont affirmé qu'aujourd'hui les conjoints se sentent beaucoup plus à l'aise de parler librement des questions ayant trait à la reproduction, la sexualité, la contraception, en comparaison avec la situation d'il y a 10 ans. D'autres déclarent qu'ils n'en parlent pas facilement, mais les femmes se planifient tout de même avec le consentement de leurs maris, qui souvent fournissent l'argent pour l'achat des contraceptifs. C'est dans les rares cas où le mari est entièrement contre, que le pouvoir décisionnel limité de la femme peut amener cette dernière à recourir à la contraception à l'insu de son conjoint. Les deux méthodes préférées dans de telles situations sont l'injectable et l'implant, qui laissent moins de traces visibles que les contraceptifs oraux et autres.

Toutefois, les enquêtes ont révélé plusieurs cas de demandes de retrait d'implant chez les nouvelles acceptantes, soit à cause du désaccord du conjoint soit à cause des inquiétudes chez la femme elle-même sur les effets secondaires.

6. La religion est un facteur pesant sur la pratique de la contraception, voire la question de la population, mais son influence a diminué au cours des dix dernières années dans les zones ayant bénéficié des multiples interventions. Malgré le fait que le Coran ne parle pas ou presque pas de manière directe de la contraception, certains croyants persistent à s'opposer catégoriquement à ceux qui sont pour la planification : le dialogue est extrêmement délicat et suscite des réactions virulentes, car il touche les valeurs fondamentales de la société, y compris la position de la femme vis-à-vis l'homme.

Pour promouvoir la pratique de la contraception, il va falloir stimuler, voire renouveler le dialogue à tous les niveaux. Le rôle des parties externes, comme les coopérations bi- et multilatérales et les ONG internationales dans un domaine d'une telle envergure est limité et ne doit pas être surestimé.

7. L'appui extérieur de la coopération néerlandaise, parmi d'autres, aux trois ONG (AMPPF, MSI, PSI), en complément de l'appui budgétaire sectoriel au Ministère de la Santé, a été pertinent. Cependant la complémentarité, voire la valeur ajoutée, non seulement des résultats mais aussi des approches spécifiques, notamment la vulgarisation des méthodes de longue durée (implants), mérite un suivi-évaluation plus rapproché. Ceci pourrait alimenter davantage le dialogue intra sectoriel et à tous les niveaux de la société malienne.

La coopération néerlandaise, en tant qu'un des principaux bailleurs de fonds dans le secteur de la santé participe activement au dialogue sectoriel, mais ce n'est qu'en 2007 qu'elle a accordé plus d'importance à la planification familiale. En l'absence d'un dispositif d'assistance technique, les Pays-Bas jouent en effet un rôle assez marginal, qu'on ne pourrait pas comparer à celui de l'USAID ou l'UNFPA.

La contraception moderne au Mali est confrontée à des grands défis, tant du côté de l'offre que celui de la demande. Elle devrait bénéficier de l'attention que lui confère son importance et son potentiel en termes d'impact. Bien que partie intégrante du PMA et l'espacement des naissances faisant partie des pratiques traditionnelles, la planification familiale ne devrait plus rester une activité marginale dans les structures sanitaires publiques telle qu'elle est à l'heure actuelle dans la plupart des cas. Surtout la réduction des besoins non satisfaits en matière de contraception mérite être priorisée, car cet indicateur est sensible à la fois aux changements dans l'offre des services et dans la demande populaire.

Des améliorations pourraient se réaliser par les actions suivantes :

- Réexaminer le processus et l'espace pour fournir un service de qualité au niveau des formations sanitaires (consultations PF, post natales ou curatives ; consultations des enfants sains), tout en assurant la discrétion/confidentialité, la fourniture des informations ponctuelles aux clients sur les différentes méthodes et produits contraceptifs, et la prise en charge des effets secondaires. L'utilisation de toute opportunité comme porte d'entrée à la PF est de première importance ;
- Promouvoir et étendre les méthodes les plus acceptables et les moins contraignantes pour les femmes (implant, DIU, injectable), en assurant le plateau technique au niveau des formations sanitaires, y compris les informations des clientes sur les effets secondaires des produits contraceptifs ;
- Prévenir toute rupture de stock préjudiciable des produits contraceptifs ; instaurer d'incitations financières appropriées à tous les niveaux du système d'approvisionnement et de l'offre des services ;
- Saisir systématiquement les opportunités manquées pendant les supervisions intégrées et les corriger ; appuyer la bonne tenue des registres et l'analyse des données sur le tas ;
- Fournir des incitations financières au niveau de la demande des contraceptifs ;
- Examiner des ouvertures pour l'encadrement du secteur privé, notamment le secteur informel, avec des activités de formation, inspection, appui technique et/ou supervision, voire l'accréditation des établissements qui remplissent les normes ;
- Créer de l'espace et saisir sur les opportunités dans la société civile et au niveau de la politique pour appuyer de façon durable le débat public sur la contraception moderne.

Ces actions sont à mener par le Gouvernement du Mali, notamment à travers son Ministère de la Santé, et à appuyer par ses partenaires à tous les niveaux du système de santé.

Pour les bailleurs, surtout ceux qui fournissent un appui budgétaire sectoriel, tels que les Pays-Bas, il est recommandé de suivre de près l'évolution du taux de besoins non satisfaits en matière de contraception à travers les enquêtes d'envergure nationale ; et de considérer ce taux comme un des principaux indicateurs de performance du secteur de la santé, tout en reconnaissant que de telles enquêtes ne peuvent pas être réalisées chaque année.

1. Introduction, justification, contexte

La présente étude de la pratique contraceptive et de la contribution des activités de planification familiale au Mali a été commanditée par l'IOB, la Direction Evaluation de la Politique et des Opérations du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas. L'étude a visé à établir la pertinence, les effets et l'efficacité de l'appui des Pays-Bas dans le domaine de la planification familiale, étant un des sous domaines de la santé de la reproduction, qui à son tour, dans le cadre de la coopération internationale, constitue le nœud de la politique du Gouvernement des Pays-Bas en matière de santé. Le principal focus de l'étude était sur les tendances en matière de la pratique contraceptive et les effets en termes d'accès, de l'utilisation et de la qualité des services de planification familiale, des principaux indicateurs d'espacement et de limitation des naissances, et des besoins satisfaits en matière de contraception au Mali.

L'étude a été réalisée dans la période allant de janvier à novembre 2011, et elle s'est fondée sur un protocole de recherche issu d'une mission de cadrage, réalisée en septembre 2010 par une équipe conjointe d'ETC (Pays-Bas), ECORYS (Pays-Bas) et FMPOS (Mali), appuyée par l'IOB. Ce protocole, qui a été élaboré en collaboration avec plusieurs parties prenantes, y compris le Ministère de la Santé au Mali, a précisé l'ampleur et la profondeur de l'étude, en termes d'interventions qui feront l'objet de l'analyse, et il a été validé par un groupe ad hoc de référence, présidé par le Directeur de l'IOB.

L'idée initiale était de réaliser une étude d'impact *ex-post* d'une ou plusieurs interventions spécifiques, appuyées par les Pays-Bas, dans le domaine de la planification familiale. Ceci n'était pas possible, car la plupart de l'appui des Pays-Bas au secteur de la santé, y compris la planification familiale, se fait à travers le Programme national de développement socio-sanitaire (PRODESS) du Gouvernement du Mali. Ceci, à part d'un appui aux activités spécifiques de certaines ONG intervenant dans le domaine de la santé et des droits reproductifs et sexuels. Il se posait la question de la traçabilité des fonds, mis à disposition par les Pays-Bas, en faveur de la planification familiale, dans un contexte de financements multiples et de l'appui budgétaire sectoriel (ABS).

Dans ce contexte, l'étude n'a pas cherché donc à attribuer les effets – quelconques – à l'appui spécifique des Pays-Bas, mais plutôt aux interventions de l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine de la planification familiale au Mali, auxquelles les Pays-Bas ont contribué aux cours des années.

Les éléments qui ont mené au choix du thème de la planification familiale pour l'étude d'impact sont les suivants :

- Stagnation globale des principaux indicateurs de planification familiale au Mali jusqu'en 2006, l'année de la dernière Enquête démographique et de santé (EDS) ; avec toutefois certaines disparités interrégionales et des différentes tendances, en fonction de certaines caractéristiques au niveau des ménages et des femmes individuelles. Parmi les préoccupations il a été noté :
 - la persistance de niveaux élevés de fécondité (les femmes au Mali ont en moyenne plus de six enfants pendant leur vie) ;
 - la faible pratique contraceptive : seulement 8% des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode de contraception en 2006, le même taux qu'en 2001, contre 6,7% en 1995/96 ;
 - l'augmentation des besoins non satisfaits en matière de planification familiale : 31% en 2006, contre 28% en 2001 et 26% en 1995/96.
- Diversité des approches des intervenants intéressante pour une analyse approfondie ;
- Similarité des données de quatre grandes enquêtes d'envergure nationale durant la période 1995/96 à 2009, facilitant une analyse conjointe (les résultats de la dernière enquête n'étant pas encore disponible au moment du démarrage de la présente étude) ;

- Diversités des appuis des Pays-Bas en faveur de la planification familiale : appui budgétaire sectoriel, accompagné de plusieurs types d'appui à des ONG internationales (MSI, PSI) et une ONG malienne (AMPPF).

La présente étude a été réalisée dans une période où 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 (2012-2021) et un programme quinquennal pour le secteur socio-sanitaire (PRODESS, 2012-2016). C'est dans ce cadre qu'il est souhaité que les résultats de la présente étude puissent alimenter les travaux et renforcer dans un esprit de partenariat qui caractérise l'approche sectorielle, les réflexions et le dialogue en matière d'activités de population et de planification familiale au Mali.

En plus, l'étude servira à justifier l'aide fournie par les Pays-Bas et elle va alimenter la réflexion sur l'efficacité de la coopération internationale.

Le présent rapport décrit le cadre analytique, les objectifs et la méthodologie de l'étude (cf. chapitre 2). Les questions d'évaluation de l'étude et les hypothèses à tester, formulées dans la section 2.4, servent de référence pour la présentation des résultats dans les chapitres 5, 6 et 7. Pour une meilleure compréhension de l'environnement dans lequel ces résultats ont été réalisés, le chapitre 3 décrit le contexte national y compris le cadre politique au Mali, le contexte de la coopération internationale et les appuis fournis par les Pays-Bas et autres partenaires techniques et financiers. Le chapitre 4 fournit l'historique de la planification familiale au Mali et le cadre institutionnel, juridique et socioculturel, qui servira à mieux apprécier la place de la contraception dans la société malienne et le positionnement des activités de planification familiale.

Le niveau et l'évolution des principaux indicateurs de planification familiale sont présentés dans le Chapitre 5, accompagné des analyses quantitatives des effets directs et indirects, dans la mesure du possible. L'analyse des facteurs explicatifs à travers des méthodes qualitatives et de la contribution des différentes interventions aux réalisations fait l'objet du Chapitre 6. Le Chapitre 7 consiste à une analyse de la fonctionnalité du système de sécurisation des produits contraceptifs au Mali, qui constituait l'une des questions d'évaluation.

La contribution des Pays-Bas aux réalisations dans le domaine de la planification familiale au Mali, pendant la première décennie du 21^{ème} siècle, et la mesure dans laquelle l'étude a atteint son objectif et répondu aux questions de recherche font l'objet d'une discussion dans le dernier chapitre. Ce chapitre 8 présente aussi les conclusions.

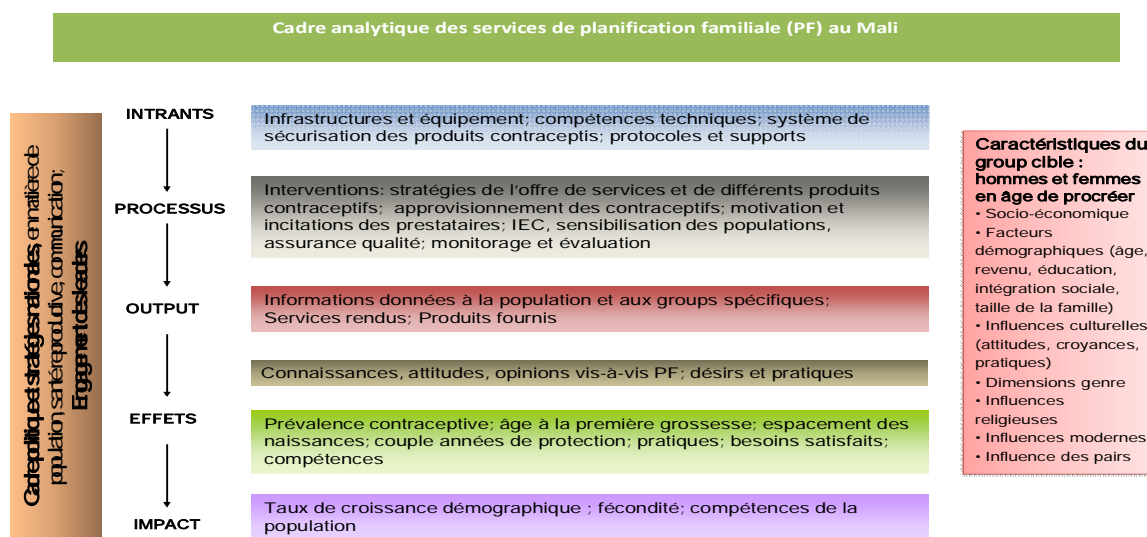
2. Cadre analytique, objectifs, méthodologie

2.1 Cadre analytique de l'étude

L'étude a le caractère d'une évaluation *ex-post* des interventions dans le domaine de la planification familiale au Mali sur une période de 10 ans (de 2001 à 2010). L'intérêt des Pays-Bas du point de vue de la coopération internationale 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, MSI et PSI. Ainsi, l'étude a visé à comparer les effets de différents paquets supplémentaires de services de planification familiale qui sont offerts dans certaines localités avec le paquet minimum d'activités de planification familiale offerts par les services publics.

Le cadre analytique de l'étude est basé sur la chaîne de causalité : elle démarre avec des différents intrants (*input*), qui se traduisent en activités (processus), passant par certains extrants (*output*), et menant à des effets et des impacts. Il se présente comme montré par la figure 2.1.

Figure 2.1 : Cadre analytique de l'étude de la pratique contraceptive et la contribution des activités de planification familiale



Une étude d'impact nécessiterait la comparaison du 'factuel', c'est-à-dire une intervention spécifique ou un ensemble d'interventions ou une nouvelle approche, avec le 'contrefactuel', c'est-à-dire la situation sans cette intervention (approche) ou sans intervention (approche) quelconque. Dans notre cas de figure ce dernier n'existe pas, parce que les services de planification familiale font partie du paquet minimum d'activités (PMA) des structures sanitaires publiques sur tout le territoire du pays. En principe donc, toutes ces structures, y compris les centres de santé communautaires (CSCOM) au niveau le plus périphérique du système de santé, font la planification familiale. Et ils le font depuis plus de 30 ans (cf. chapitre 4), avec des périodes où des nouvelles méthodes de contraception et de nouvelles approches ont été introduites, mais ceci de manière graduelle et non pas à un certain moment pour tout le pays. Ainsi, il n'est pas possible de discerner des tendances avant et après l'introduction d'une de ces innovations. La seule exception est l'introduction par MSI et PSI de l'implant, méthode de contraception de longue durée. Cependant, étant donné qu'il s'agit

d'une innovation très récente (depuis fin 2008 ; cf. section 4.2), on ne pouvait pas s'attendre à ce que ses effets soient tangibles dans la dernière enquête d'envergure nationale (l'enquête MICS de 2009/10).¹

Ainsi, on s'est rendu compte dès le départ que l'hétérogénéité des interventions allait introduire des facteurs exogènes confondants et par la suite, elle aurait 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) aurait pu adresser cette hétérogénéité (au moins partiellement), et renforcer l'analyse d'attribution, mais ceci n'a pas été possible.

2.2 Objectif général

L'objectif général de l'étude est de :

Déterminer les effets des interventions de planification familiale en termes de production (*output*) et résultats (*outcome*), sur une période de 10 ans (2001-2010).

Ceci se fait sur la base d'une analyse de l'efficacité, de l'efficacité et de la durabilité des interventions de planification familiale, et de la pertinence de l'appui extérieur.

Les termes de référence ont insisté sur la nécessité d'utiliser l'analyse rétrospective de l'évaluation, à travers une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives.

La collecte de données primaires a cherché à compléter l'analyse secondaire des données des grandes enquêtes d'envergure nationale (enquêtes démographiques et de santé, EDS ; enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS) et elle est guidée par certains constats et hypothèses à tester au niveau périphérique (cercle, communautés locales).

Deux observations préliminaires ont guidé l'approche méthodologique. Premièrement, la plupart des facteurs socioculturels entravant la contraception semblent assez bien connus : ils ont été identifiés, recherchés à travers plusieurs études et ils sont reconnus à plusieurs niveaux de la société, bien que contestés, parfois par les uns ou les autres, y compris les responsables de projets/programmes, les ONG et les prestataires des services de santé. Toutefois, leur poids dans la prise de décision des individus souhaitant se planifier n'est pas bien connu, ce que la présente étude cherche à établir. Deuxièmement, l'offre actuelle de services de planification familiale et de produits contraceptifs ne répond pas suffisamment aux besoins d'une partie de la population, étant donné le pourcentage élevé de besoins non satisfaits de contraception (31% globalement en 2006). La partie qualitative de la présente étude devrait clarifier les attentes plus précises de la population cible.

2.3 Reconstruction de la logique d'intervention, délimitation de l'intervention à évaluer

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.

En ce qui concerne les interventions de planification familiale, on peut distinguer deux types : les interventions qui sont concentrées sur l'amélioration de l'offre des services et de certains produits contraceptifs, et celles qui sont concentrées sur la création de la demande. La première catégorie regroupe toutes les activités du Ministère de la Santé et de ses partenaires, pour assurer l'accès aux services et produits, améliorer la qualité des prestations et/ou réduire le coût. Parmi la deuxième

¹ Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (en anglais : MICS, *Multiple indicator cluster survey*), publiée en 2011. Source : Cellule de Planification et de Statistique du secteur santé, développement social et la promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT). *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2009-2010*, Rapport final. Bamako Mali, 2011.

catégorie on peut classer les campagnes (émissions radiophoniques etc.) et les approches de communication interpersonnelle à travers les agents de santé, les distributeurs à base communautaire et/ou pairs éducateurs. A part les campagnes nationales en faveur de la planification familiale chaque année en avril depuis 2005, coordonnées par le Ministère de la Santé, ce sont surtout les ONG qui s'engagent dans ces derniers types d'activités. Ceci dans des zones géographiques délimitées et parfois en focalisant sur certains groupes cibles, notamment les jeunes.

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 des partenaires financiers d'assurer l'approvisionnement des produits contraceptifs et la fourniture des services de planification familiale.

La figure 2.2 montre la logique de l'intervention (reconstruite) et la chaîne de causalité. Les interventions par les différents intervenants sont décrites en plus de détail dans la section 4.2.

Les quatre stratégies principales utilisées en principe par les services publics et les structures privées à but non lucratif (les ONG, telles que l'AMPPF, ASDAP) pour appuyer l'offre des services PF et de produits contraceptifs sont :

- Les centres fixes
- Les équipes mobiles (à partir des CSREF, en véhicule)
- La stratégie avancée (par les CSCOM, en moto)
- La distribution à base communautaire (DBC ; par des cadres volontaires).

La dernière stratégie semble beaucoup moins importante qu'avant. L'EDS de 2006 au Mali a trouvé que la part de la DBC dans la fourniture de produits contraceptifs pour l'ensemble du pays était de 1% ; une diminution remarquable du taux de 3% en 2001 et de 6% en 1995/96.

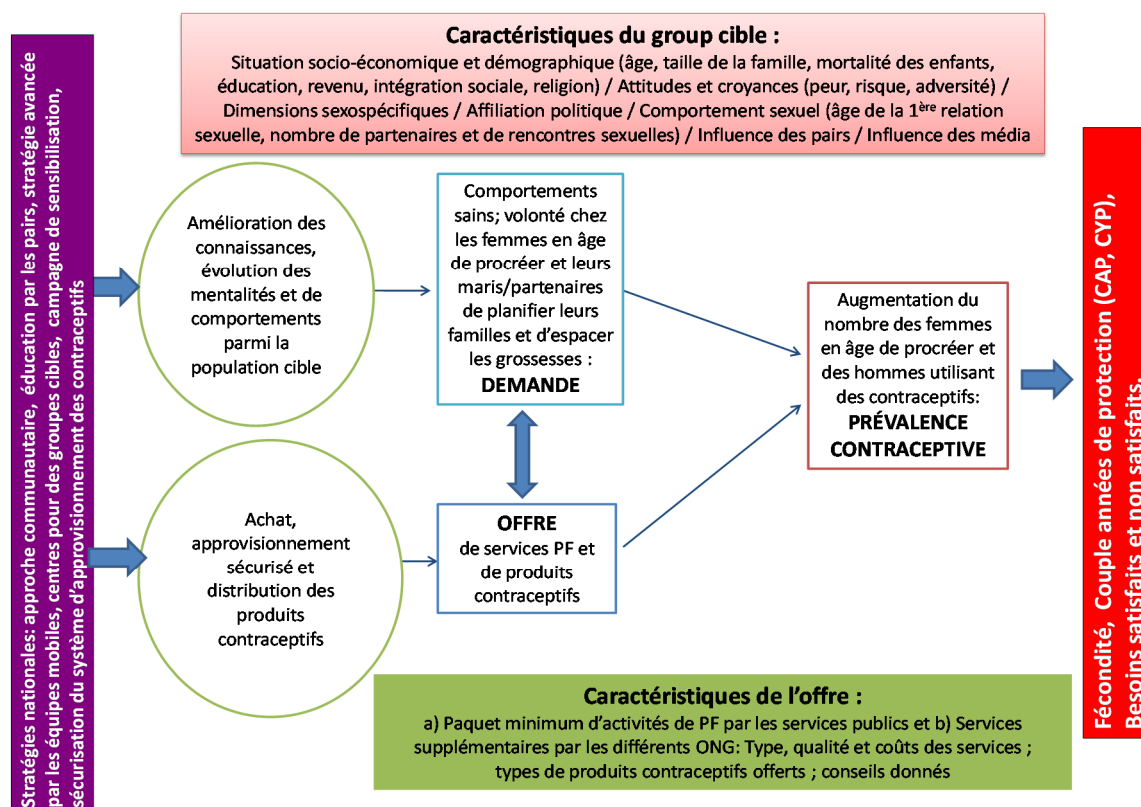
En outre, la part du secteur médical privé (à but lucratif), avec les pharmacies privées, les vendeurs ambulants, et autres, dans la vente des produits contraceptifs est importante : il était environ d'un tiers dans les deux dernières EDS (34% en 2001, 37% en 2006 ; cf. section 5.1). Plus de la moitié des femmes obtiennent les produits contraceptifs du secteur public (52% en 2001 et 2006), mais ces pourcentages varient selon le produit, comme l'indique la section 5.1. D'après plusieurs personnes ressources au Mali, la part du secteur privé, y compris le circuit informel, aurait augmenté au cours des dernières années (depuis la dernière EDS en 2006), au détriment du secteur public.

La planification familiale est appuyée à travers de multiples projets ponctuels, dont la plupart sont mis en œuvre à travers des ONG locales (AMPPF, ASDAP, Kénéya Ciwara), les structures sanitaires du Ministère de la Santé ou autres structures étatiques (p.ex. le Projet Jeunes, sous la tutelle du Ministère de la Jeunesse et des Sports). PSI et MSI appuient les centres fixes (publics et privés) en milieux urbains et périurbains, accompagné d'un nombre d'équipes mobiles. La cartographie présentée en section 4.2 fournit des données plus en détail. Cependant, la contribution des ONG est mal connue, du fait que certaines d'elles interviennent à travers le secteur public, d'autres à travers le secteur privé, ou les deux secteurs en parallèle (MSI, PSI) ; et encore d'autres s'engagent dans les consultations PF et la distribution des produits contraceptifs à travers leurs propres structures (AMPPF, ASDAP).

Dans le débat sur les faibles taux de prévalence contraceptive au Mali et les besoins de contraception satisfaits/non satisfaits, il y a tendance à deux camps idéologiques de s'opposer : ceux qui sont d'avis que la plupart de la population vivant dans un environnement traditionnel n'est pas prête à se planifier et que la distribution des produits contraceptifs peut induire certaines pratiques contraires aux valeurs socioculturelles, donc non désirées ; et ceux qui estiment, en se référant à l'accès à la planification familiale comme un droit humain, qu'il y a d'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. Quoi qu'il en soit, si la demande et l'offre des services et des produits contraceptifs se manifestent de plusieurs manières, il est donc à noter que les deux

s'influencent mutuellement. 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 des interventions menées au cours des années.

Figure 2.2 : Logique d'intervention des activités de planification familiale



Une certaine adaptation de l'approche méthodologique a été nécessaire, tenant compte de :

- la multiplicité et la complémentarité des interventions de planification familiale au Mali ; raison pour laquelle il s'est avéré difficile, voire impossible, d'isoler une seule intervention pour en mesurer les effets nets ;²
- les différents appuis externes fournis par les partenaires techniques et financiers ;
- le fait que la majorité de l'appui financier fourni par les Pays-Bas vient sous forme d'appui budgétaire sectoriel (ABS) à la mise en œuvre du PRODESS, donc cet appui n'est pas destiné à certains volets ou sous programmes spécifiques.

Ainsi, l'étude a concerné l'examen des réalisations directes et indirectes de l'ensemble des interventions dans le domaine de la planification familiale, auxquelles les Pays-Bas ont contribué, en coopération avec d'autres partenaires techniques et financiers ; ceci en termes de production et d'extrants (effets) immédiats et à moyen terme.

² Dans la phase du cadrage de l'étude (en fin 2010), il a été considéré de choisir l'introduction des implants (méthode contraceptive de longue durée) au Mali, comme nouvelle approche qui pourrait être sujet d'une étude d'impact. Cette approche étant démarrée en 2009 (par MSI, PSI), elle n'a toutefois pas été jugée opportune, car les effets ne seraient pas tangibles dans un délai d'un an seulement.

L'étude qualitative a été orientée vers l'examen des réalisations dans certaines zones géographiques considérées relativement mieux dotées d'appuis externes pendant une période prolongée. Ceci sous l'hypothèse que les taux d'utilisation de la contraception et les besoins satisfaits sont plus favorables dans ces zones, grâce à des meilleures connaissances et des attitudes moins conservatrices auprès des cibles vis-à-vis de la planification familiale ; et grâce à l'offre de services de planification familiale (et de produits contraceptifs) plus systématique.

Au vu du fait que les services de PF font partie du PMA des établissements de santé publique, et que plusieurs ONG sont impliquées dans la fourniture de services et/ou des activités d'IEC focalisées sur la PF dans la majeure partie du territoire national, il n'était pas possible de trouver un contrefactuel convenable, dans le vrai sens du mot, qui aurait pu servir de référence.

Par rapport à l'instrument d'appui budgétaire sectoriel il convient de signaler que les résultats et les impacts attendus d'un tel appui ne sont en principe pas différents par rapport aux résultats/impacts attendus de l'aide externe sous forme de projets. Mais dans le contexte de l'aide budgétaire la question de l'attribution des résultats/impacts observés à une certaine intervention ou composante du programme sectoriel se pose, car cette aide n'est pas ciblée et elle devrait contribuer à des améliorations dans tous les indicateurs clés à travers le secteur.

Dans le cas spécifique de l'appui des Pays-Bas au secteur de la santé au Mali il est à reconnaître que les Pays-Bas ne sont pas les seuls partenaires à fournir un appui budgétaire. Toutefois dans la présente étude il convient d'analyser la contribution spécifique des Pays-Bas en termes de différents intrants, à savoir les ressources mises à disposition de l'Etat pour le financement du PRODESS, la participation au dialogue sectoriel sur les politiques et conditionnalités conséquentes, le niveau d'assistance technique et/ou renforcement des capacités dans le secteur, les mécanismes de gestion de l'appui budgétaire. A quoi s'ajoute la prise en compte des appuis des Pays-Bas aux ONG, à travers les autres instruments, en parallèle de l'appui budgétaire sectoriel, et leurs complémentarités.

Il semble donc raisonnable de s'attendre à des améliorations globales dans les principaux indicateurs de planification familiale et de les considérer comme un des résultats des appuis fournis par les Pays-Bas.

2.4 Questions d'évaluation

Au vu des considérations évoquées ci-haut et de l'absence d'une intervention spécifique et bien délimitée dont l'impact pourrait être quantifié et attribué à l'appui des Pays-Bas, l'évaluation a été conçue pour répondre aux questions suivantes :

1. Comment se caractérise l'offre des services de planification familiale au cours des 10 dernières années (depuis 2001) ?
Quelle est l'évolution du niveau d'utilisation de ces services en termes de fréquentation et d'utilisation des différents produits contraceptifs ?
2. Quels sont les effets (directs ou induits) des interventions de planification familiale en termes de connaissances, attitudes, pratiques et besoins (non) satisfaits en matière de contraception ?
Quels en sont les effets en termes d'âge à la première grossesse, intervalle de naissances, grossesses non désirées évitées, fécondité, mortalité infantile évitée ?
3. Qu'est-ce qui explique les tendances positives et négatives ?
Quels ont été les facteurs favorables et les barrières, y compris les barrières éventuelles dans l'approvisionnement et la distribution des produits contraceptifs ?
4. Quelles ont été les mesures novatrices et durables en matière de contraception ; et quels ont été les facteurs favorables et les barrières pour leur vulgarisation ?

5. Quelle est l'efficacité et la pérennité de l'introduction des implants? Quel est son potentiel en termes d'impact ?
6. Quelle a été l'évolution au cours des années du processus décisionnel des femmes en âge de procréer par rapport à la contraception ?
Quels ont été les facteurs favorables et les barrières pour l'utilisation des contraceptifs ? Quels sont les facteurs clés qui déterminent si les besoins sont satisfaits ou non ?
7. Qu'est-ce qui explique la performance et la contre performance de l'ensemble des interventions de planification familiale au niveau du cercle ou de la commune ?
8. Quelle est la pertinence de l'appui extérieure, spécifiquement celui des Pays-Bas, aux activités de planification familiale au Mali ?

Les réponses à ces questions ont été poursuivies au niveau national, ainsi qu'au niveau périphérique, c'est-à-dire au niveau du cercle/commune (district sanitaire) et des formations sanitaires (CSREF³, CSCOM). Pour le niveau périphérique, des études de cas ont été réalisées, où certains cercles/communes ont été choisis de manière non aléatoire (choix raisonné) pour la collecte de données empiriques au niveau des prestataires et des utilisatrices/non-utilisatrices des produits contraceptifs.

Les hypothèses à tester à travers l'étude qualitative étaient les suivantes :

- Evolution de l'utilisation des produits contraceptifs qui se présente en dents de scie, selon les rapports du système d'information sanitaire du Ministère de la Santé⁴ :
 - en cas de hausse, c'est lié aux projets ponctuels et/ou campagnes ;
 - en cas de chute, c'est lié aux insuffisances dans l'approvisionnement des produits (à cause de barrières financières ou autres).
- La sécurisation en produits contraceptifs est très sensible aux incitations financières (marges bénéficiaires) à tous les niveaux (clients, ASACO, CSREF, prestataires privés, voire la PPM).
- Le poids des facteurs socioculturels (surtout en milieu urbain) est surestimé : si le leadership se traduit par une offre adéquate des services de planification familiale (y compris toute la gamme, ou la plupart des produits contraceptifs), il peut rendre les contraintes socioculturelles moins pesantes, donnant ainsi la satisfaction des besoins réels.

2.5 Méthodes

Au vu de l'objectif général de l'étude et les questions auxquelles il convient de répondre, il s'agit d'une étude basée sur un modèle mixte, comprenant des analyses quantitatives et qualitatives.

Les méthodes utilisées consistent :

- D'analyses secondaires sur la base des grandes enquêtes d'envergure nationale, réalisées en 1996, 2001, 2006 et 2009. Les deux principales techniques utilisées sont : les régressions logistiques, y compris l'estimation des rapports de risque pour identifier l'incidence de facteurs sélectionnés sur la pratique de la contraception, les besoins (non) satisfaits et certains indicateurs d'effet ;
- De techniques qualitatives basées sur des enquêtes sur le terrain dans quelques sites sélectionnées avec des prestataires de services, des femmes et hommes des communautés locales, et des personnes influentes ;

³ Centre de santé de référence, au niveau du cercle.

⁴ Voir Protocol de recherche de cette étude.

- D'une analyse de la fonctionnalité du système de sécurisation des produits contraceptifs, y compris l'examen des volumes des importations et de distribution de ces produits au Mali, et de leur disponibilité au niveau périphérique.

L'échantillonnage des sites (cercles, communes) est informé par la présence des ONG offrant des services de planification familiale, sur la base de la cartographie présentée plus loin dans le rapport (cf. section 4.2). Pour les enquêtes sur le terrain deux communes de Bamako et quatre cercles dans deux différentes régions ont été sélectionnés ; et deux localités axées sur un CSCOM dans chacun de ces six sites, pour un total de 12 localités. Il s'agit de localités ayant bénéficié de multiples interventions et types d'appui par plusieurs acteurs.

Echantillon des localités

Région	Cercle / Commune	Quartier / CSCOM en zone urbaine	en zone périurbaine	Village / CSCOM en zone rurale
Koulikoro	Koulikoro	Kolébougou		Sirakorola
	Kati	Forada		Djoliba
Sikasso	Sikasso	Wayéréma II		Fama
	Koutiala	Médina Coura		Konséguéla
Bamako	Commune III *	Badiala / Bakon	Samé	
	Commune IV	Djicoroni / Djénéka	Sébénicoro	

*La commune III de Bamako abrite le siège de l'AMPPF

Les instruments de collecte de données comprennent des fiches et des guides d'entretien pour les entretiens individuelles et de groupes, au niveau des 12 localités (voir Annexe C).

Le nombre d'entretiens individuelles avec utilisatrices et non utilisatrices était de trois au niveau de chacun des six CSREF et des 12 CSCOM, pour un total de 54 entretiens. Il en est de même pour les non utilisatrices (les femmes ayant abandonné ou arrêté la contraception) et les hommes. Dans chacune des localités, un focus group a été mené avec des hommes et un autre avec des femmes (de deux catégories d'âge) pour un total de 24 focus groupes.

2.6 Structure du rapport et limites de l'étude

La présente étude s'est basée à la fois sur des données primaires et secondaires. Les huit questions d'évaluation sont adressées de la manière suivante :

	Questions d'évaluation	Chapitre
1	Comment se caractérise l'offre des services au cours des 10 dernières années (depuis 2001 en principe). Quelle est l'évolution du niveau d'utilisation de ces services en termes de fréquentation et d'utilisation des différents produits contraceptifs ?	Ch 4 Ch 5.1
2	Quels sont les effets (directs ou induits) des interventions de planification familiale en termes de connaissances, attitudes, pratiques et besoins (non)satisfaits en matière de contraception ; et quels en sont les effets en termes d'âge à la première grossesse, intervalle de naissances, grossesses non désirées évitées, fécondité, mortalité évitée ?	Ch 5
3	Qu'est-ce qui explique les tendances positives et négatives ? Quels ont été les facteurs favorables et les barrières, y compris les barrières éventuelles dans l'approvisionnement et la distribution des produits contraceptifs ?	Ch 6 Ch 7
4	Quelles ont été les mesures novatrices et durables en matière de contraception ; et quels	Ch 4, 6

	ont été les facteurs favorables et les barrières pour leur vulgarisation ?	
5	Quelle est l'efficacité et la pérennité de l'introduction des implants? Quel est son potentiel en termes d'impact ?	Ch 6, 7
6	Quelle a été l'évolution au cours des années du processus décisionnel des femmes en âge de procréer par rapport à la contraception ? Quels ont été les facteurs favorables et les barrières pour l'utilisation des contraceptifs ? Quels sont les facteurs clés qui déterminent si les besoins sont satisfaits ou non ?	Ch 6
7	Qu'est-ce qui explique la performance et la contre performance de l'ensemble des interventions de planification familiale au niveau du cercle (commune) ?	Ch 6
8	Quelle est la pertinence de l'appui extérieure, spécifiquement celui des Pays-Bas, aux activités de planification familiale au Mali ?	Ch 8

Limites de l'étude

Le volet quantitatif, dans les chapitres 5 et 7, s'est fondé essentiellement sur des analyses des données secondaires, notamment les bases de données des grandes enquêtes d'envergure nationale, des données financières et des données relatives à l'importation et la distribution des produits contraceptifs. Ces analyses ont été limitées par l'accessibilité, la complétude, la cohérence et la qualité des données disponibles. Sont à noter plus spécifiquement :

- Non cohérence de certains indicateurs de la base des données de l'enquête MICS 2009/10 avec ceux des EDS, ayant une incidence sur la comparabilité de ces indicateurs, notamment pour l'indicateur 'besoins non satisfaits' en matière de contraception ;
- Absence de données précises dans les grandes enquêtes sur la source d'approvisionnement des produits contraceptifs de sorte que la part de chaque ONG (notamment AMPPF, MSI, PSI) dans la prévalence contraceptive en milieu urbain et en milieu rural ne pouvait pas être déterminée ;
- Retard dans la mise à disposition de la base de données de l'enquête MICS 2009/10, ce qui a retardé l'analyse secondaire (volet quantitatif), et ce qui a mené à la décision d'amorcer l'étude qualitative avant les tendances récentes (de la période 2006-2010) ne soient analysées en détail ; ceci pour ne pas accuser un autre retard ;
- Lacunes dans les volumes des produits contraceptifs importés au Mali et distribués ;
- Les dépenses globales de l'ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF) aux activités de population / PF au Mali a été estimé sur la base du Projet « Resource Flows », spécialisé en suivi des flux financiers. Pour la contribution directe des Pays-Bas à la PF, il n'existe pas des chiffres. Tous les appuis à la PF sont inclus dans la catégorie de la santé reproductive.
- L'analyse de l'évolution de la distribution des contraceptifs par les ONG (AMPPF, ASDAP, MSI, PSI) au Mali pendant la période 2001-2010 (dans le chapitre 7) s'est réalisée sur la base des données obtenues des ONG. Ceci sous l'hypothèse que la distribution est égale à la consommation, donc sans tenir de pertes éventuelles ou de transferts de produits.
- Les données sur la consommation des produits retenues dans les tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC) pour l'ensemble du pays étaient incomplètes et donc peu fiables. Ceci est partiellement dû aux problèmes de coordination au niveau de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) du Ministère de la Santé et de la gestion des stocks au niveau périphérique (dépôts répartiteurs de cercle, DRC).

Le volet qualitatif de l'étude empirique (dans le chapitre 6) est limité par le nombre de sites sélectionnés (quatre cercles, deux communes de Bamako). Au niveau des formations sanitaires, il convient de mentionner la mauvaise tenue des registres de PF. Par ailleurs, ce constat corrobore les conclusions d'autres études qui ont trouvé que les données du Système local d'information sanitaire (SLIS) sont peu fiables et sous estiment le niveau d'utilisation de la contraception au Mali.

Au cours de la mise en œuvre de l'étude, à moins de trois jours du démarrage des enquêtes à Bamako, l'équipe de chercheurs a été confrontée avec un problème inattendu : l'une des

responsables de la commune VI de Bamako, retenue pour les enquêtes sur le terrain, a tenté d'imposer des conditions, que, si l'on avait accepté, l'étude qualitative ne pouvait pas être réalisée dans le délai prévu. Ainsi, la commune VI, qui abrite le siège de l'ASDAP, a été remplacée par la commune IV.

Il était prévu dans le protocole de recherche de mener une analyse d'une base de données reconstituée sur la base des archives de l'AMPPF tenues au niveau de son siège, qui contiennent les fiches individuelles d'à peu près 30.000 clientes depuis 1982. A cause de problèmes techniques liés à la saisie et l'enregistrement de ces données, cette analyse n'a pas été possible.

Pour étudier l'évolution des contraceptifs importés au Mali l'équipe de recherche avait accès à deux bases de données, à savoir :

- RH Interchange : Les informations sont fournies par les bureaux d'achat central des différentes organisations procurant des contraceptifs. IRH (Institut de santé reproductive) ne fait pas des modifications aux données réalisées. Dans le cas du Mali, les fournisseurs de données sont IPPF, PSI, UNFPA, USAID, IRH et MSI. Ces organisations fournissent des informations sur les contraceptifs achetés, y compris la source de financement. L'entrée des envois dans le système varie selon le fournisseur de données. Dans le cas de l'UNFPA, l'information est entrée dans le système propre de l'UNFPA une fois qu'une commande a été officiellement placée avec un fournisseur. Dans le cas de l'USAID, elle l'est quand la commande est passée avec la mission de l'USAID et dans certains cas, c'est seulement une fois que les marchandises ont été expédiées physiquement. Donateurs comme l'USAID, l'UNFPA et l'IPPF fournissent leurs données régulièrement à RH Interchange, alors que d'autres les fournissent mensuellement ou trimestriellement.
- Données de la DPM du logiciel PipeLine 5.0. L'inscription des contraceptifs se fait à la date de réception. Pendant la période 2001-2010 le système d'administration s'est amélioré, mais en comparaison avec les données de RH Interchange, on a constaté des écarts, surtout dans la période 2001-2005.

La base de données RH Interchange semblait plus complète et fiable, nonobstant le fait que les inscriptions ne se réalisent pas à la date de réception, mais à la date de la commande ou de l'expédition.

3. Contexte

3.1 Situation démographique et sanitaire

Le principal enjeu pour le Mali est d'assurer un développement humain durable, face à une très grande superficie et une population résidente estimée à plus de 14,5 millions habitants selon le recensement général de la population et de l'habitat de 2009.⁵ Cette population, essentiellement rurale, est caractérisée par une proportion élevée de jeunes : plus de 46% sont âgés de moins de 15 ans et 6% âgés de plus de 60 ans. L'espérance de vie à la naissance de la population est de 51,4 ans. Le chiffre de 14,5 millions d'habitants était nettement supérieur à toutes les estimations jusque-là.⁶ 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.

Bien que l'indice de développement humain ait connu une amélioration depuis 2005 (voir Annexe A), le Mali reste parmi les pays à faible développement humain. En 2011, son rang était 175 sur un total de 187 pays, plaçant le Mali en-dessous de la moyenne régionale pour l'Afrique subsaharienne.⁷

La note sur la Croissance démographique au Mali, rédigée par le groupe statistique en 2010,⁸ ayant pour objectif de décrire les conséquences de la croissance démographique, met en exergue que le pays doit ralentir le rythme auquel augmente sa population, à fin d'atteindre les objectifs du millénaire (OMD), 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.

Tableau 3.1 présente l'évolution des principaux indicateurs liés aux OMD 1, 4, 5 et 6, selon les différentes enquêtes EDS (1996, 2001 et 2006) et MICS (2009/10).

Tableau 3.1 : Niveau de réalisation des principaux indicateurs liés aux OMD

Indicateur	1996	2001	2006	2010
<i>OMD 1 :</i>				
Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants <5 ans	40,0%	33,2%	26,7%	18,9%
<i>OMD 4 :</i>				
Taux de mortalité infantile (par 1000)	122,5	113,4	95,8	
Taux de mortalité infanto-juvénile (par 1000)	237,5	229,1	190,5	
<i>OMD 5 :</i>				
Taux de mortalité maternelle (par 100 000 naissances)	577	582	464	
Taux de soins prénatals	46,9%	56,8%	70,4%	
Taux d'accouchements assistés	40,0%	40,6%	49,0%	56,0%
Taux de prévalence contraceptive (femmes en union)	4,5%	5,7%	6,9%	8,0%
<i>OMD 6 :</i>				
Taux de prévalence du VIH/SIDA		1,7%	1,3%	

⁵ Source : INSTAT/BCR, Résultats provisoire du RGPH 2009 (juillet 2009).

⁶ Les estimations les plus 'hautes' donnaient un chiffre de 13 millions.

⁷ Source : UNDP, <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/MLI.html>

⁸ Note présentée à la réunion des chefs d'agence, mars 2010.

Globalement, pour tous les indicateurs OMD un progrès a été constaté entre 1998 et 2006, mais les cibles ont de forte chance de ne pas être atteintes. Aussi, le progrès réalisé est assez variable d'une région à l'autre. Dans l'ensemble, les régions de Kayes et de Mopti ont fait le plus de progrès sur les OMD, alors que les trois régions du nord n'en ont pas fait autant, et dans certains cas ces régions semblent avoir régressé.⁹

Bien que traditionnellement pratiqué, l'espacement des naissances reste à un niveau très bas, évoluant de 4,5% à 8,0% de femmes en union utilisant un moyen moderne de contraception entre 1996 et 2009 alors que les besoins non répondus sont estimés à 31%. Ce niveau de prévalence n'aura que peu d'effet sur le taux annuel élevé d'accroissement de la population (3,6%) tel que constaté par le recensement de la population en 2009.

3.2 Les sous secteurs sanitaires public et privé

En termes d'accessibilité géographique, la population malienne vivant à moins de 5 km d'un CSCOM a presque doublé en 10 ans, passant de 29% pour un total de 345 CSCOM en 1998, à 57% pour un total de 993 CSCOM en 2009.¹⁰

Le paquet minimum d'activités (PMA), dont la planification familiale fait partie, définit et comprend une liste minimum d'activités curatives, préventives et promotionnelles devant être disponibles dans un CSCOM. Ce PMA sert de référence dans le cadre de la convention Etat / ASACO.

L'accessibilité financière du paquet minimum d'activités (PMA) est soutenue par des différentes stratégies et ou subventions de l'Etat, y compris la mise à disposition gratuite de vaccins et autres intrants pour les activités préventives ; la disponibilité de médicaments essentiels génériques et l'utilisation rationnelle de ces médicaments. Pour ce qui est de l'acquisition des produits contraceptifs, il convient de signaler que tout le financement (100%) provient de partenaires externes.

La disponibilité du PMA dans les CSCOM est toutefois fortement liée à la disponibilité de personnel qualifié. Elle fut nettement améliorée durant le PRODESS-II avec plus de 97% de CSCOM comptant au moins un infirmier qualifié en 2009.¹¹ Durant la période du PRODESS-I, le développement des infrastructures avait précédé celui des ressources humaines, avec des conséquences négatives sur la disponibilité effective du PMA. A l'heure actuelle, un nombre croissant de CSCOM est dirigé par un médecin. A Bamako, tous les CSCOM sont 'médicalisés'. La proportion de CSCOM avec médecin est important dans les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou et Sikasso (entre 19 et 28% en 2010), mais reste basse à Tombouctou et insignifiante à Gao et Kidal. La médicalisation des CSCOM a entraîné une évolution du contenu du PMA et parfois du niveau d'équipement du CSCOM plus en relation avec les appuis des PTF plutôt qu'avec des normes agréées.

L'augmentation importante de l'accessibilité géographique et de la disponibilité du PMA a sans aucun doute contribué à l'amélioration à des degrés divers, mais soutenue des couvertures préventives (vaccination des enfants, consultations prénatales, accouchements assistés, utilisation des moustiquaires imprégnées) ; ainsi qu'à l'augmentation de la fréquentation de la consultation curative primaire, qui est passée de 0,18 nouveaux cas par habitant et par an (NC/hab/an) en 1998 à 0,33 NC/hab/an en 2009.¹² Celle-ci reste toutefois très loin des normes OMS d'utilisation, qui est de 1 NC/hab/an au moins. Aussi, il est à noter que ces améliorations recèlent des disparités géographiques et socio-économiques.

⁹ Lors des EDS de 1996 et de 2001, les trois régions de Gao, Kidal et Tombouctou ont été combinées, donc il n'est pas possible de désagréger la part des régions.

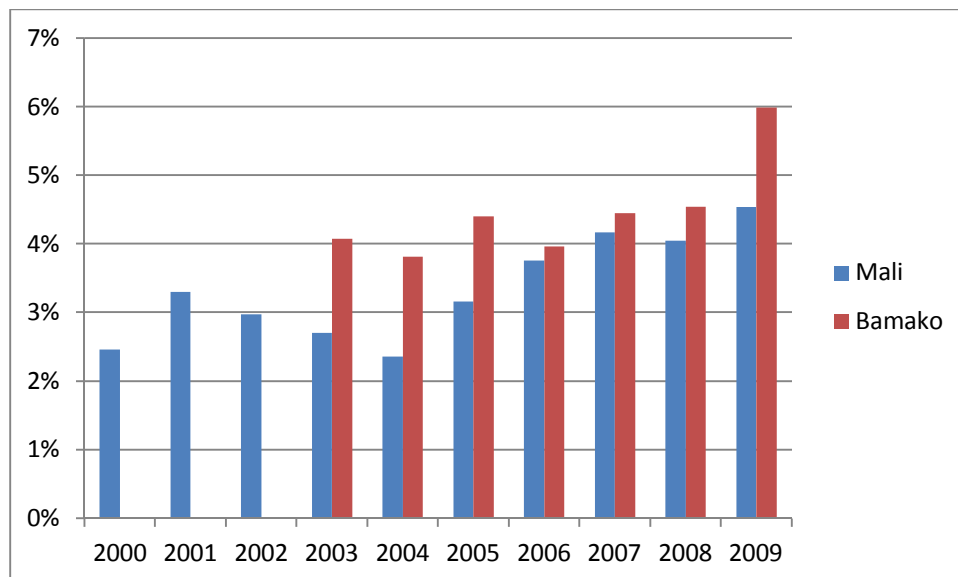
¹⁰ Source: MS/SG/CPS (2011): Evaluation du Plan de Développement Sanitaire et Social. Bamako, juin 2011.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

Cependant, sur la base des données du SLIS, l'évaluation du PRODESS de juin 2011 constate que de toutes les activités préventives du PMA, la promotion de l'espacement des naissances et du planning familial reste à des niveaux très bas (voir graphique 3.1).

Graphique 3.1 : Evolution du taux de fréquentation des services de planning familial, 2000-2009 *



* Source : Evaluation PRODESS, tableau 13, p 18.

Si 73% des CSCOM offrent au moins trois méthodes de contraception, une rupture de stock en contraceptifs est rapportée dans 53% des CSCOM durant les six mois qui ont précédé une enquête réalisée en 2010 avec l'appui de l'UNFPA.¹³ Ceci ne peut qu'affecter négativement la continuité et la progression de la demande. L'observation du terrain a montré l'existence quasi systématique d'occasions manquées en relation avec l'organisation des soins, l'absence d'un moment et d'un espace de confidentialité dans la relation mère/soignant durant la consultation des enfants sains. L'absence de tableau de bord dédié à la PF dans trois des quatre CSCOM visités pourrait être considérée comme un indicateur de l'intérêt accordé au PF.

Sous secteur privé

Le recours aux tradipraticiens, souvent en première intention, est un comportement largement répandu au Mali et affecte inévitablement la fréquentation des CSCOM. Il en est de même pour le recours au sous secteur privé et le circuit informel. La libéralisation des professions sanitaires autorisées depuis 1985 et les dispositions réglementaires, ont contribué à un développement rapide du secteur privé à but lucratif, en milieu urbain ainsi que rural. Le nombre d'établissements des soins privés a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies, mais les informations sont partielles.

Tous les acteurs du sous secteur privé pourraient participer significativement à la couverture et l'utilisation des soins du PMA, mais ils contribuent faiblement aux objectifs de santé publique, parce que malgré leur proximité des structures publiques, leurs pratiques ne sont pas suffisamment réglementées et leur contribution n'est pas suffisamment intégrée dans la collecte des données du système local d'information sanitaire (SLIS). C'est ce que l'équipe de chercheurs du terrain a pu constater lors de ses visites et entretiens dans quatre cercles des régions de Koulikoro et de Sikasso (voir Chapitre 6). Cela explique, au moins partiellement, les écarts entre les taux de fréquentation

¹³ Konaté et Doumbia, 2011.

des services de planning familial rapportés à travers le SLIS et la prévalence contraceptive, telle que rapportée par les grandes enquêtes (EDSM, MICS).

3.3 Cadre politique

Conscient de l'importance et de la complexité des problèmes de population, le Gouvernement du Mali a révisé sa Politique nationale de population de 1991 en 2003. Il a 10 objectifs généraux dont l'opérationnalisation implique plusieurs départements sectoriels, y compris les Ministère de la Santé, sous le pilotage de la Direction nationale de la population du Ministère de l'Economie et des Finances.

Politique sectorielle de santé et le PRODESS

Le Mali a adopté sa Politique sectorielle de santé en 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 1998-2007, et les Programmes de développement socio-sanitaire sur cinq ans (PRODESS¹⁴), élaborés avec une large participation des départements concernés, de la société civile et des partenaires techniques et financiers (PTF), traduisent cette politique en stratégies et résultats à atteindre.

Le PRODESS 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, de l'Enfant et de la Famille).

Les organes de décision du PRODESS sont dirigés conjointement par ces trois départements et bénéficient d'une participation active de l'ensemble des PTF et de la société civile, en particulier via la Fédération Nationale des ASACO (FENASCOM) 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.

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 de plusieurs partenaires, y compris les Pays-Bas.

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 2011.¹⁵ La priorité dans cette prolongation 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 ;

¹⁴ Premier PRODESS de 1999 à 2004; PRODESS-II de 2005 à 2009, prolongé jusqu'en 2011.

¹⁵ Un nouveau CSCR a été élaboré en fin 2011 pour la période 2012-2017.

- 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.

Volet santé de la reproduction du PRODESS

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

“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”.

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 se limitent pas aux conseils, les soins relatifs à la procréation et aux infections sexuellement transmissibles, mais comprennent aussi l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles.

La Division de la Santé de la Reproduction (DSR), qui fait partie de la Direction Nationale de la Santé du Ministère de la Santé, pilote toutes les activités dans le domaine de la santé de la reproduction. Parmi les principales orientations stratégiques, on peut retenir :

- 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
- la Stratégie nationale de survie de l'enfant ;
- la Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Volet planification familiale

C'est en 1994 que le Ministère de la Santé a défini et mis en place un Programme National de Planification Familiale (PF), dans le but d'amener la croissance démographique à un rythme compatible avec la croissance économique. Le programme est piloté par la DSR, qui est appuyée dans cette tâche par des organisations non gouvernementales, comme l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), l'Association pour le Soutien du Développement des Activités de Population (ASDAP) 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 & sports, Communication, Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille).

La planification familiale fait partie des prestations à réaliser par les structures et établissements sanitaires au Mali, selon la composante Santé du PRODESS 2005-2009. Pourtant elle ne figure pas de

manière très explicite dans les stratégies envisagées et les résultats escomptés dans ce document (cf. encadré 3.1).

Encadré 3.1 : Positionnement du planning familial dans le PRODESS

La composante Santé du PRODESS-II comprend les sept volets suivants :

- Volet 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires
- Volet 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines
- Volet 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux
- Volet 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie dans le district sanitaire
- Volet 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et à la participation
- Volet 6 : Reforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche
- Volet 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation.

Pour chacun de ces sept volets, des effets spécifiques ont été formulés ainsi qu'un certain nombre de stratégies et d'extrants ('output').

En relation avec la planification familiale, seulement deux volets s'articulent spécifiquement sur les stratégies à suivre et les extrants envisagés. Ce sont :

- Volet 1, extrant 3 : L'accessibilité géographique en soins primaires par des stratégies alternatives est augmentée, à travers i) la stratégie avancée, ii) les équipes mobiles et iii) les services au niveau communautaire.

Les stratégies avancée et mobile, qui serait intensifiées pour aboutir à une visite par mois de chaque point de prestation, prévoyait la provision d'un paquet de services aux populations vivant à plus de 5 km d'un centre de santé, comprenant le PEV, la supplémentation en micro nutriments, la consultation prénatale (CPN), la planification familiale, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées.

Cependant, il est noté que la PF n'est pas citée parmi les multiples activités à entreprendre à base communautaire, qui consisteraient à l'utilisation de moustiquaires imprégnées ; la prévention de la transmission du VIH de la mère au nouveau-né ; l'adoption de l'allaitement maternel exclusif ; la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant en cas de diarrhée/toux/fièvre ; etc. De la même, la PF ne figure pas parmi les activités à mener par les relais, qui seraient actifs dans le dépistage pour le rattrapage de la déperdition au PEV et de la CPN, entre autres.

- Volet 4, extrant 5 : Les besoins en Santé de la reproduction (SR) des femmes, des jeunes et des hommes sont pris en charge à travers le PMA offert à plusieurs niveaux. Parmi les multiples interventions programmées dans le cadre de la santé de la reproduction, une seule phrase est accordé à la planification familiale, en disant que :¹⁶

« ... l'accent sera mis sur : l'augmentation de la prévalence contraceptive afin de satisfaire les besoins en planification familiale non couverts des femmes en union, en tenant compte des préférences des femmes en matière de méthodes contraceptives courtes ou longues durées); l'accessibilité des adolescents et des adultes femmes et hommes aux services de planification familiale, en leur offrant des prestations de PF adaptées et accessibles. »

Par ailleurs, on note que la PF n'est pas spécifiquement mentionnée en relation avec plusieurs autres composantes, stratégies, extrants du PRODESS ; par exemple :

- Volet 2, disponibilité des ressources humaines qualifiées en qualité et quantité suffisante dans les structures de santé, sans mentionner les besoins spécifiques des femmes en âge de procréer;
- Volet 3, disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels, vaccins et consommables médicaux, sans mentionner les contraceptifs ;
- Volet 4, extrant 9, disponibilité des MEG ; extrant 10, collaboration intersectorielle ; extrant 12, soins de santé préventifs ; sans mentionner les produits contraceptifs ;

¹⁶ Pages 66-67 du document du PRODESS-II (2005-2009), composante santé.

- Volet 5 : accessibilité financière ; renforcement de la capacité de gestion des ASACO ; subvention de consommables essentiels en termes de santé publique, en citant les préservatifs mais sans mentionner les autres contraceptifs ;
 - Volet 7, extrait 1 : partenariat avec ASACO, collectivités territoriales, ONG et associations ; extrait 3, mobilisation des ménages et des communautés ; extrait 5, stratégies alternatives pour les soins de santé primaires ; etc.
-

Au nombre des stratégies et outils pour la mise en œuvre des services de planification familiale, on peut retenir¹⁷ :

- le Plan d'action pour assurer la contraception sécurisée au Mali pour la période 2002-2011 ;
- le Plan d'action national pour le repositionnement de la planification familiale¹⁸ ;
- la Stratégie nationale de communication pour la santé de la reproduction ;
- la Stratégie nationale de santé des adolescents et jeunes ;
- la Stratégie nationale de survie de l'enfant ;
- le Guide d'engagement constructif des hommes en santé de la reproduction ;
- les campagnes nationales de planification familiale, chaque année en avril depuis 2005 ;
- l'engagement de certains leaders religieux en faveur de la planification familiale ;
- la réalisation de plusieurs études sur l'offre des services de planification familiale et les facteurs qui limitent la demande des produits contraceptifs.

3.4 Aide budgétaire et autres appuis extérieurs au secteur socio-sanitaire

De nombreux PTF interviennent traditionnellement dans le secteur socio-sanitaire au Mali : on en recense pas moins d'une cinquantaine dans les plans opérationnels de la composante Santé du PRODESS. Au cours des dernières années, ces plans ont été financés à hauteur d'environ 40% par les PTF pour la composante Santé (EVA, 2011).

Suite à la signature en mars 2006 d'un accord cadre sur les appuis budgétaires, un arrangement spécifique a été signé en juillet 2006 entre le Gouvernement du Mali et les Pays-Bas et la Suède, relatif à l'appui budgétaire sectoriel (ABS) en faveur du secteur socio-sanitaire. Ces deux derniers pays ont commencé leurs décaissements dès 2006, mais depuis 2010 la Suède ne fournit plus d'ABS. Cependant, deux autres PTF ont joint le dispositif d'ABS : depuis 2008 le Canada fournit un appui budgétaire au secteur socio-sanitaire sur cinq ans ; l'Espagne a déboursé sa première tranche en 2009. Ce dernier pays a délégué le suivi de la mise en œuvre du PRODESS à l'Ambassade des Pays-Bas à travers un 'partenariat silencieux'.

Coordination

La coordination régulière des partenaires au développement socio-sanitaire du Mali se fait de manière systématique depuis plus d'une décennie. C'est à l'occasion de l'élaboration du premier PRODESS en 1998, quand un Groupe ad hoc a été formé par le Ministère de la Santé, que les partenaires désiraient en effet un partage d'information régulier durant cette période cruciale. Après la table ronde et l'adoption du PRODESS, l'habitude de se réunir régulièrement a été sauvegardée.

Après une chute du nombre des réunions en 2002-03, un cadre de concertation a été instauré à travers duquel des représentants du Ministère de la Santé et de plusieurs autres départements gouvernementaux clés, de la société civile, des ONG internationales intervenant dans le domaine de

¹⁷ Source : Étude d'analyse situationnelle sur la PF, conduite en 2008.

¹⁸ L'équipe de chercheurs n'a pas pu obtenir une copie de ce document.

la santé et des PTF participent au dialogue national sur les priorités, les acquis, les défis pour le secteur de la santé.

C'est ainsi que le PRODESS est géré par les structures pérennes du gouvernement malien au cours d'un processus bien institutionnalisé. Sa gestion quotidienne (suivi des activités de planification et d'évaluation) est assurée par le Secrétariat Permanent du PRODESS, qui est basé à la Cellule de Planification et de Statistique (CPS), désormais commune à trois Ministères (Santé, Développement Social et Promotion de la Femme). Les organes de décision du PRODESS sont dirigés conjointement par le Ministre ou le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et du Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées (MDSSPA).

Le chapitre 3.6 reviendra sur la place de planification familiale dans le dialogue sectoriel.

Planification familiale

Les principaux acteurs externes fournissant des appuis techniques et/ou financiers aux activités de planification familiale au Mali sont:

- KfW, sous forme de cofinancement de l'achat des produits contraceptifs ;
- UNFPA, sous forme de plaidoyer, assistance technique et financière, renforcement des capacités institutionnelles et formations ;
- USAID, surtout à travers ATN+, sous forme d'assistance technique, formations, études ; et Kénéya Ciwara, en termes de formation et assistance financière aux ONG locales.

Ces trois organisations fournissent aussi un appui au système de sécurisation des produits de contraception, qui a fait l'objet d'une analyse dont les résultats sont présentés dans le chapitre 7.

Les dépenses des PTF pour l'assistance aux activités de population/PF au Mali, à travers les différents canaux (canal bilatérale, multilatérale, ONG), et spécifiquement à la planification familiale sur une période de 10 ans, sont présentées dans le tableau 3.2 ci-dessous. Les données ont été obtenues du Projet 'Resource Flows', qui est spécialisé en suivi des flux financiers.¹⁹

On observe au niveau total une forte tendance à la hausse, les dépenses en 2009 représentant cinq fois le montant de 2000 (USD 63 millions contre 11,8 millions).

La répartition sur les trois canaux n'étant pas très stable, les ONG semblent compter pour un quart environ des dépenses totales pendant les deux dernières années (2008, 2009), laissant 35 à 40% à chacun des deux autres canaux (canal bilatérale, canal multilatérale).

¹⁹ Le « Resource Flows Project », créé en 1997, est une collaboration entre le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'Institut démographique interdisciplinaire néerlandais (NIDI). L'objectif du projet est de suivre les flux financiers mondiaux pour l'assistance aux activités de population et de SIDA, y compris la planification familiale. Voir <http://www.resourceflows.org/>. Le projet inclut les flux financiers des donateurs bilatéraux et multilatéraux, des fondations privées, des ONG internationales, des gouvernements nationaux.

Tableau 3.2 : Dépenses totales (en USD) des bailleurs de fonds pour l'assistance aux activités de population et du SIDA, par canal de distribution et par catégorie CIPD au Mali²⁰, 2000-2009

Année	Dépenses totales	Canal (%)			Catégorie			
		bilatéral	multi-latéral	ONG	Planification familiale	Santé reproductive	VIH/SIDA	Recherche fondamentale
2000	11.804.270	49,7	8,5	41,8	4.473.170	1.972.110	2.874.720	2.484.270
2001	14.171.320	40,0	17,1	42,9	4.650.760	3.615.410	4.360.420	1.544.740
2002	20.357.680	44,8	11,2	44,0	9.055.530	4.052.240	5.004.680	2.245.240
2003	25.070.230	10,3	10,3	79,4	539.160	4.914.600	4.091.620	15.524.870
2004	48.840.930	14,8	44,9	40,3	671.920	7.988.260	21.473.820	18.706.930
2005	33.542.700	54,7	18,7	26,6	7.271.020	12.936.850	11.499.970	1.834.860
2006	32.393.370	59,0	25,2	15,8	0	17.964.800	13.070.580	1.358.000
2007	39.869.980	47,6	43,4	9,1	3.940	20.955.800	18.335.030	575.210
2008	50.790.170	38,1	39,7	22,2	3.091.770	21.323.590	24.045.750	2.329.060
2009	63.463.249	35,4	39,5	25,0	4.447.820	32.809.180	25.296.080	910.170

Source : Resource Flows Database & Resource Flow Reports (accédés le 20 avril 2011).

Cependant, les dépenses destinées au volet PF varient considérablement. D'une part cela peut être expliqué par des bailleurs de fonds ne pas rapportant chaque année (ou certaines activités de PF qui sont inclus dans les activités Santé reproductive) ; d'autre part il semble que les dépenses pendant les deux dernières années (2008 et 2009) ne sont pas plus qu'au début de la période (en 2000 et 2001). Par contre, on note que les dépenses destinées au VIH/SIDA se sont accrues de moins de USD 3 millions à 25 millions sur la même période ; de même, les dépenses pour la santé reproductive ont augmenté de moins de USD 2 millions à presque 33 millions. Cela veut dire que la planification familiale n'a pas été accordé une priorité dans l'allocation des ressources financières par les bailleurs de fonds. Et cela confirme le constat fait par certains chercheurs, qui ont trouvé que le niveau de financement pour les activités de population et de santé de la reproduction n'a pas suivi la même tendance d'accroissement depuis 2000 que les financements pour les activités VIH/SIDA.²¹

3.5 Politique néerlandaise en matière de la santé

La santé sexuelle et reproductive est au cœur de la politique néerlandaise en matière de la santé. Les Pays-Bas visent à la mise en œuvre du programme d'action issu de la Conférence internationale des Nations unies en 1994 sur la population et le développement (CIPD), et les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé et le VIH/SIDA. Au niveau mondial, les interventions néerlandaises s'appuient sur les déclarations politiques internationales, et consistent d'appuis financiers à des différentes organisations internationales (y compris l'UNFPA), des partenariats public-privés, et des ONG internationales (y compris MSI et PSI).

²⁰ Conférence international sur la Population et le Développement (CIPD, 1994).

²¹ Voir : (a) Shiffman, J. (2008) : Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues ? *Health Policy and Planning* 23: 95-100; (b) England, R. (2007): Are we spending too much on HIV? *British Medical Journal* 334, 344.

Au niveau de la coopération bilatérale, les appuis à la santé sexuelle et reproductive sont fournis dans un nombre de pays (y compris le Mali), soit sous forme d'appui budgétaire sectoriel (santé, éducation), ou d'appui projets ; dans la plupart des cas, ces derniers sont mis en œuvre par des ONG, couvrant certaines problématiques ou ciblant des groupes vulnérables.

Avec l'adoption du document de politique de développement '*Aan elkaar verplicht*' en 2003, la santé sexuelle et reproductive et le VIH/SIDA constituaient deux des quatre thèmes principaux de la politique néerlandaise de développement, et leur interface était bien reconnue.²² En 2006, avec l'adoption du document de politique '*Sterke mensen, zwakke staten*', concernant la coopération internationale avec les pays d'Afrique subsaharienne, ces deux thèmes prioritaires ont été reconfirmées, en soulignant la collaboration intersectorielle santé/éducation, la coordination entre acteurs, le rôle de la société civile et le secteur privé, et les investissements dans des nouvelles technologies préventives, telles que les vaccins et les microbicides.²³

Encore en 2007, le document de politique '*Een zaak van iedereen*', les thèmes Genre et Santé sexuelle et reproductive ont été retenus comme thèmes prioritaires.²⁴ Une attention particulière a été donnée au renforcement du dialogue sur l'équité de genre et la sexualité aux niveaux national et international. La réduction de la mortalité maternelle et la santé reproductive pour tous demeurent des objectifs clés pour l'agenda de développement des Pays Bas. Le Ministère des Affaires Etrangères vise au renforcement des systèmes de santé de base nationaux et la formation des cadres de santé, particulièrement les sages femmes et accoucheuses, pour appuyer la fourniture des soins de qualité. La disponibilité et l'accès aux services et les produits contraceptifs, surtout pour les jeunes personnes, sont considérés essentiels pour la prévention des maladies et des décès précoces.

Un an plus tard, en 2008, le document de stratégie spécifique à la santé sexuelle et reproductive '*Choices and Opportunities: HIV/AIDS and sexual and reproductive health and rights in foreign policy*' a élaboré sur les défis à relever : le non respect des droits humains, les faibles investissements dans le secteur de la santé et autres secteurs sociaux, et la faible collaboration entre partenaires.²⁵ La Coopération néerlandaise se voit d'avoir une valeur ajoutée dans les domaines de la prévention, des droits humains, des aspects sensibles du programme d'action de la CIPD, l'approche intersectorielle, la bonne gouvernance.

Dans la coopération bilatérale, les stratégies pluriannuelles élaborées au niveau de ses ambassades sert de point de référence pour les Pays-Bas.

3.6 Coopération bilatérale entre le Mali et les Pays-Bas dans le domaine de la santé

Le document de plan stratégique MASP 2005-2008 de l'Ambassade des Pays-Bas au Mali trouve que la stratégie nationale de réduction de la pauvreté du Mali ne s'inscrit pas suffisamment dans une dynamique de lutte contre la pauvreté. Malgré les grands investissements dans les secteurs sociaux, les défis pour améliorer la position des femmes, des jeunes et des plus pauvres ne sont pas suffisamment adressés, et l'évolution des indicateurs de développement est peu favorable. En 2005, le rapport '*Sector track record*' de l'Ambassade, reconnaît que le PRODESS II accorde une attention particulière à l'amélioration de la qualité des soins de santé, des approches communautaires,

²² Ministry of Development Cooperation (2003), *Aan Elkaar Verplicht. Ontwikkelingssamenwerking op weg naar 2015* (Beleidsnotitie ontwikkelingssamenwerking 2004-2007).

²³ Ministry of Development Cooperation (2006), *Sterke Mensen, Zwakke Staten. Nederlandse beleid ten aanzien van Afrika ten zuiden van de Sahara in meerjarig perspectief* (Afrika-beleid).

²⁴ Ministry of Development Cooperation (2007), *Een Zaak van Iedereen. Investeren in ontwikkeling in een veranderende wereld* (Beleidsnotitie ontwikkelingssamenwerking 2007-2011).

²⁵ Ministry of Development Cooperation (2008), *HIV/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srg) in het buitenlands beleid— Keuzes en Kansen* (SRHR policy note).

l'accessibilité géographique et financière, l'affectation des ressources humaines dans les régions désavantageuses, et le processus de la décentralisation des compétences techniques, administratives et financières. Cependant, le rapport fait le constat que l'effectivité de l'ensemble des politiques de développement maliennes reste mitigée par un manque d'appui populaire pour les réformes législatives adressant certains facteurs socioculturels relatif à la position de la femme et des minorités.

Le rapport '*Sector track record*' de 2007 constate que le Gouvernement du Mali a adopté des mesures visant l'atteinte des groupes vulnérables, par exemple par la gratuité des accouchements par césarienne depuis 2005, et du traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte et les enfants de moins de 5 ans, depuis 2007. Toutefois, l'Ambassade est moins positive sur l'intégration des activités VIH/SIDA dans le système de santé, les faibles taux de prévalence contraceptive, la prévention des avortements, de la violence sexuelle et de l'excision, le faible niveau d'instruction des jeunes concernant la santé de la reproduction, le faible niveau d'alphabétisation des femmes.

Les mécanismes d'approvisionnement des médicaments essentiels et des vaccins étant en place, l'Ambassade a trouvé dans son plan stratégique suivant (MASP 2008-2011), que ceci n'était pas le cas pour les produits contraceptifs, ce qui expliquerait en partie le faible taux de prévalence contraceptive. Elle a reconnu les avantages de l'approche sectorielle, mais la santé de la reproduction, et notamment la planification familiale n'en aurait pas beaucoup bénéficié.

Ainsi, pour la période 2008-2011, les priorités de l'Ambassade des Pays découlent de la politique du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas. La santé étant retenue comme un des trois secteurs pour la coopération bilatérale au Mali, l'Ambassade se veut améliorer la performance du système de santé et spécifiquement la santé reproductive et l'éducation, en appuyant en même temps la décentralisation – ceci en renforçant le partenariat avec le Gouvernement et la société civile, et l'harmonisation des bailleurs et l'alignement de leurs procédures sur le système national du Gouvernement du Mali.

Le Gouvernement des Pays-Bas utilise trois principaux dispositifs pour appuyer la planification familiale, voire le secteur de la santé au Mali :

- Appui budgétaire sectorielle au Gouvernement du Mali (cf. section 3.4 ci-haut) ; il en est de même pour le récent Programme « Appui des Pays-Bas à l'accélération de l'OMD 5 au Mali, 2009-2011 », logé à la DNS à Bamako ;
- Financements directs par l'Ambassade des Pays-Bas à l'AMPPF, une ONG malienne ;
- Financements indirects à certaines ONG internationales, à travers leurs sièges, par l'instrument SALIN²⁶ ; à savoir PSI et MSI.

(a) Appui budgétaire sectoriel par les Pays-Bas

Depuis 2002, le Gouvernement des Pays-Bas à travers son programme de coopération bilatérale a fourni un appui financier au secteur socio-sanitaire au Mali pour la mise en œuvre du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS, 1998-2007), à raison de € 4 millions par an. Il s'agit d'un appui financier dans le contexte du Cadre Stratégique de la Lutte contre la Pauvreté,²⁷ fourni en coopération étroite avec d'autres partenaires techniques et financiers bilatéraux. Dans une première étape,²⁸ cet appui financier était versé dans un 'fonds commun'. A partir de 2006 l'appui financier est fourni sous forme d'appui budgétaire sectoriel (ABS), qui est régi par un protocole d'accord signé

²⁶ '*Strategic Alliances with International NGOs grant programme*' ; un programme de financement du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas visant à compléter les partenariats existants entre ONG internationales et acteurs de la société civile aux Pays-Bas depuis.

²⁷ Consolidé dans le document CSLP final du 29 mai 2002.

²⁸ Accord bilatéral entre le Gouvernement du Mali et les Pays-Bas pour la période de 2002 à 2004 ; prolongé jusqu'à la fin de l'année 2005.

par les différentes parties impliquées. Les signataires ont souscrit aux objectifs du deuxième programme quinquennal (PRODESS-II ; 2006-2010, prolongé jusqu'à la fin de 2011), qui sont pour la composante Santé, entre autres : l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux ; amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande ; accessibilité financière. L'ABS étant composé de tranche fixe et de tranche variable annuelles, les conditions de décaissement des tranches fixes pour chaque PTF (y compris les Pays-Bas) seraient tirées, entre autres, d'un jugement positif de la politique macroéconomique, monétaire et budgétaire confirmé par le FMI ; d'une traduction adéquate des objectifs du CSLP et des programmes sectoriels dans le CDMT global et le Budget de l'Etat ; la disponibilité et l'inscription dans le budget d'Etat, du Plan opérationnel de la mise en œuvre du PRODESS pour l'année en cours ; un rapport de vérification (audit) des comptes de l'année précédente du Ministère de la Santé ; l'approbation du rapport de l'année précédente de la mise en œuvre du PRODESS-II par le comité de suivi. Les montants décaissés des tranches variables de chaque PTF seraient basés sur une revue annuelle de la mise en œuvre de l'accord sur l'ABS et ils seraient liés à une vingtaine d'indicateurs de performance. Il est à noter qu'aucun de ces indicateurs étaient liés à la planification familiale.²⁹

Avec la nouvelle politique de la coopération internationale du Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas à l'époque, les appuis projets et l'assistance technique ont été abandonnés en 2000-2001. Jusque-là, les Pays-Bas avaient financé plusieurs projets pendant des périodes prolongées, notamment au niveau régional (p.ex. Projet SSP Ségou, Projet SSP Koulikoro, Projet PAP/Dioila-Kangaba). Les derniers appuis projets ont été supprimés en 2001.³⁰

L'engagement financier sous forme d'ABS par les Pays-Bas étant stable à € 4 millions par an pendant la période 2002 à 2010, il représentait 5 à 6% du total des financements du PRODESS. Il est à noter que, par une faible capacité d'absorption des fonds disponibles en 2002 et 2003, les différentes tranches n'ont pas toutes pu être virées. Ainsi, compte tenu de l'extension du PRODESS-I (1998-2003) jusqu'à la fin de 2004, et la prolongation de l'accord bilatéral entre le Gouvernement du Mali et l'Ambassade des Pays-Bas (sans implication budgétaire), les dépenses actuelles dans la période de 2002 à 2005, avant le démarrage de l'ABS, étaient d'environ € 3,3 millions par an, ce qui est inférieure à l'engagement initial.³¹ En revanche, l'engagement financier pour l'année 2005 était de € 5,5 millions.

Par sa nature, l'ABS n'est donc pas ciblé à un certain volet ou sous programme du PRODESS. En d'autres termes, les fonds mis à disposition par les Pays-Bas s'ajoutent au budget national affecté au secteur de la santé et aux contributions des autres partenaires internationaux appuyant le PRODESS.³² Comme évoqué déjà ci-haut, l'Ambassade des Pays-Bas, en vue de l'harmonisation de l'aide externe au secteur de la santé au Mali, s'est entendue avec l'Ambassade de la Suède et puis avec l'Ambassade de l'Espagne sur un partenariat silencieux pour la gestion commune de l'ABS.³³ Dans ce cadre, les contributions financières se complètent et un de ces partenaires, à savoir l'Ambassade des Pays-Bas, participe activement au dialogue sectoriel au nom des autres.

En outre, en 2009, un programme d'appui à l'accélération de l'OMD-5 financé par les Pays-Bas a été ajouté à l'appui budgétaire sectoriel. Ce programme s'étend sur trois ans (2009-2011) pour un financement total de € 15 millions. Ce programme vise à contribuer à la réduction de la mortalité

²⁹ Parmi les indicateurs de performance, il y en avait qui étaient liés à la sante reproductive : à savoir la couverture en consultations prénatales (CPN), et le pourcentage des accouchements supervisés.

³⁰ A l'exception d'un appui financier à une campagne de vaccination contre la méningite en 2002, dans le cadre du Coupe d'Afrique des nations de football qui s'est tenu au Mali en 2002.

³¹ Sur la période 2002-2005, la contribution financière totale était de € 13.3 million environ ; ceci tient compte d'un reliquat du contrat antérieur.

³² Le Canada, la Suède, et depuis 2009 l'Espagne.

³³ Le partenariat avec SIDA/Suède a été mis en place en 2005 et il a pris fin en 2009 ; celui avec l'Espagne est en place depuis mai 2009.

maternelle entre autres, par assurer la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence et néonatales, et l'amélioration, l'accessibilité et l'utilisation des services de la santé de la reproduction, y compris la planification familiale.

(b) Financements directs par l'Ambassade des Pays-Bas à l'AMPPF

L'AMPPF est bénéficiaire d'un accord de financement décentralisé de € 4 millions avec l'Ambassade des Pays-Bas pour la période novembre 2008 à fin 2012, pour un programme de santé sexuelle et reproductive. Ce programme vise, entre autres, à augmenter la prévalence contraceptive, répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception et diminuer les grossesses non désirées chez les adolescents. Ceci par l'implication des jeunes dans les activités de santé sexuelle et reproductive et l'amélioration de l'offre des services dans ce domaine, le plaidoyer et des approches novatrices en faveur de la législation et des politiques, des activités de recherche et de suivi-évaluation, et le renforcement des capacités institutionnelles des groupes de jeunes. Le budget total pour ce programme est de € 5.998.442, dont la contribution néerlandaise est de 67%. Parmi les indicateurs de performance clés on compte la réalisation de 30 000 couple-années de protection par an, la prise en charge de 70 000 clients en prestations cliniques par an dont 30 000 jeunes, la distribution des informations à 150 000 personnes par an à travers les activités d'IEC et la distribution de 200 000 condoms masculins par an aux jeunes.

(c) Financements indirects

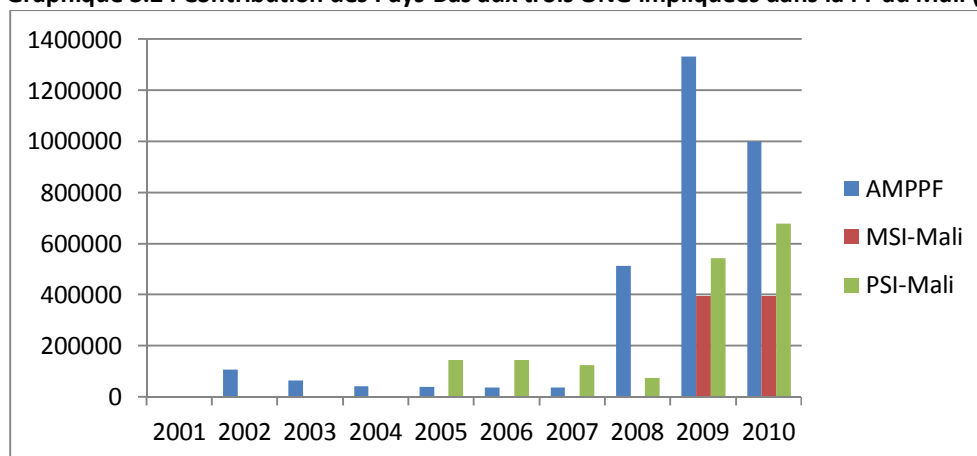
Les branches locales de deux ONG internationales au Mali, à savoir MSI et PSI, bénéficient de financements indirects à travers leurs sièges.

MSI-Mali, opérationnel depuis 2008, a reçu un financement spécifique des Pays-Bas à travers son siège pour l'intensification de la santé reproductive et sexuelle dans la période 2009-10. Au total MSI-Mali a reçu un appui de € 790.568.

PSI-Mali reçoit des appuis financiers des Pays-Bas depuis 2003. De 2005 à 2007, PSI-Mali a obtenu un cofinancement thématique à travers de son siège pour un total de € 415.000. Depuis 2008, PSI-Mali a reçu un appui SALIN de € 1.297.260.

En tout les Pays-Bas ont contribué pour environ € 5 millions aux trois ONG (l'AMPPF, MSI et PSI) dans la période 2001-2010 à travers les différents dispositifs de financement.³⁴ Le graphique 3.2 montre l'évolution de ces financements aux trois ONG concernées.

Graphique 3.2 : Contribution des Pays-Bas aux trois ONG impliquées dans la PF au Mali (2001-2010)



NB : La contribution néerlandaise à l'AMPPF en 2005 est une estimation.

³⁴ (a) Financement de base – contribution indirecte à travers le siège (2001-03) ; (b) Cofinancement thématique - contribution indirecte à travers le siège (2003-07) ; (c) SALIN - contribution indirecte à travers le siège (2008-10) ; (d) Contribution directe de l'Ambassade des Pays-Bas au Mali (2008-10).

A part l'appui budgétaire sectoriel, les financements directs à l'AMPPF et les financements indirects, il existe deux autres canaux de financement utilisés par le Ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas :

1. Au niveau mondial, les Pays-Bas financent plusieurs organisations multilatérales des Nations Unies, des fonds globaux³⁵ et des institutions financières.³⁶ Les Pays-Bas sont le plus grand pourvoyeur de fonds de l'UNFPA, pour un montant de € 84,7 millions en 2010, représentant 15% environ de la contribution des Pays-Bas aux organisations des Nations Unies.³⁷
2. A travers l'instrument TMF/MFS, le Ministère des Affaires Etrangères des Pays-Bas cofinance certaines ONG internationales ayant leur siège aux Pays-Bas, et travaillant avec la société civile dans les pays en voie de développement. Pour ce qui est de la santé de la reproduction au Mali, l'AMPPF a bénéficié d'un projet de collaboration internationale intitulé 'Youth to Youth' encadré par l'ONG néerlandaise *Rutgers Nisso Group Youth Incentives* : il s'agit d'un appui financier MFS en 2009 et 2010 aux deux branches de l'AMPPF à Koulikoro et Sikasso afin de réduire les grossesses non désirées et la violence sexuelle parmi les jeunes et adolescents de 12 à 24 ans. Dans ce même cadre de TMF, Plan Pays-Bas a appuyé Plan Mali pendant la période 1995-2004. Il s'agit surtout des activités réalisées par des ONG locales dans le domaine des MST/VIH/SIDA et de l'excision.

Ces deux derniers types d'appui ne font pas l'objet de la présente étude.

3.7 Planification familiale dans le dialogue sectoriel

Parmi les principales questions techniques ayant fait l'objet du dialogue politique soutenu dans le secteur socio-sanitaire depuis 2002, on peut retenir³⁸ : l'atteinte des OMD santé, en particulier le renforcement de la lutte contre les maladies prioritaires (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme) et la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile ; l'amélioration des systèmes d'information ; l'amélioration de la gestion des médicaments.

Une place importante n'a pas été accordée à l'amélioration des prestations dans le domaine de la planification familiale, voire la maîtrise du niveau de fécondité, jusqu'en 2004. C'est à partir de 2005 que l'intérêt semble avoir augmenté au niveau des autorités sanitaires nationales. Parmi les principaux événements de l'année 2005, on peut citer³⁹ : la tenue d'un atelier national de repositionnement de la PF ; l'organisation d'ateliers de renforcement de la collaboration avec les structures privées, parapubliques, armées (au vu du faible taux d'utilisation des produits contraceptifs modernes, entre autres) ; la réalisation d'activités de contraception sécurisée avec l'appui technique et financier de DELIVER⁴⁰ et de l'UNFPA ; l'organisation de tables rondes sur la PF avec les médias (télévision, radio) et des caravanes des jeunes sur la PF ; l'organisation de plaidoyers dans toutes les régions et modèle religieux sur la PF. En 2006, le Ministère de la Santé a fait le constat que⁴¹ :

« En 2005, les objectifs fixés ont été atteints pour l'ensemble des indicateurs sauf pour la prévalence contraceptive. Malgré les efforts déployés au cours de la première phase du PDDSS (1999-2004), le niveau de cet indicateur demeure très faible par rapport à l'objectif fixé. Cela pourrait s'expliquer par le retard

³⁵ Par exemple le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; GAVI.

³⁶ Par exemple la Banque mondiale/IDA ; la Banque africaine de développement (BAD).

³⁷ Kamerbrief van de Staatssecretaris van Buitenlandse Zaken inzake Multilateraal OS-beleid, 7 oktober 2011.

³⁸ Source: EVA 2011 – compilation par les auteurs de ce rapport d'une liste des principales questions institutionnelles, financières et techniques, qui ont fait l'objet, sur base d'une analyse des rapports des organes de suivi du PRODESS, des revues du CSLP et des comités de suivi de l'ABS.

³⁹ Source: Synthèse des rapports d'activités et bilans 2005, réalisée par le Ministère de la santé en juillet 2006.

⁴⁰ Contractant de l'USAID.

⁴¹ Source : Synthèse des rapports d'activités et bilans 2005, réalisée par le Ministère de la santé en juillet 2006.

dans le démarrage des activités du PRODESS-I, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, l'insuffisance dans l'organisation des services, l'insuffisance de suivi des activités, l'insuffisance dans la qualité des services, l'insuffisance d'IEC, l'insuffisance de complétude des données des structures intervenant dans la PF, l'insuffisance de moyens de communication de transport, le taux bas de scolarisation et d'alphabétisation et l'accessibilité culturelle. »

Cependant, le cadre de concertation, de coordination et de dialogue sur les politiques sanitaires au Mali est bien rôdé et considéré effectif, avec une large participation et des débats de fond basés sur les résultats, comme la récente évaluation conjointe des opérations d'aide budgétaire au Mali a pu le constater (EVA, 2009). Les partenaires de l'appui budgétaire (ABS, ABG) participent pleinement aux différentes organes, tels que le Comité technique, le Comité de suivi, les Missions conjointes de suivi du PRODESS. Le sous groupe thématique PF (sous groupe du Groupe thématique Santé) s'implique depuis 2005 dans l'organisation de la campagne nationale en faveur de la PF, chaque année en avril, et s'efforce depuis 2010 de repositionner la planification familiale au Mali. Par ailleurs, un plan d'action national de PF 2011-2015 a été élaboré récemment ; mais son statut n'est pour le moment pas très clair.⁴²

L'avènement de l'ABS a initié donc la création du Comité de suivi de l'ABS qui se réunit deux fois par an, et qui se focalise sur les déclencheurs et indicateurs de l'appui budgétaire sectoriel. Il a pour mandat principal d'examiner les conditions de décaissement des deux tranches de l'année en cours.⁴³

Le cadre commun de conditionnalités de l'ABS au PRODESS consiste, entre autres, d'un nombre de déclencheurs macroéconomiques pour le décaissement des deux tranches, d'un nombre de déclencheurs sectoriels, et d'une dizaine d'indicateurs de performance de la tranche relatifs à la santé. Ces derniers indicateurs font l'objet des débats avant le décaissement de la tranche variable de l'ABS. Parmi ces indicateurs, il y en a un seul qui est lié à la planification familiale, comme indiqué par l'encadré ci-après.

Encadré 3.4 : Indicateurs de performance de la tranche variable relatifs à la santé, faisant partie du cadre commun de conditionnalité de l'ABS au PRODESS

1. Taux d'exécution du budget récurrent du secteur de la santé ;
2. Pourcentage des ressources récurrentes transférées aux collectivités territoriales dans l'exécution du budget N-1 ;
3. Pourcentage des ressources récurrentes transférées aux services déconcentrés dans l'exécution du budget N-1 ;
4. Pourcentage de population vivant dans un rayon de 5 km d'un centre de santé fonctionnel ;
5. Taux de couverture des besoins des CSCOM en personnel minimum requis ;
6. Taux de couverture vaccinale DTCP3 chez les enfants de moins de 1 an ;
7. Taux de couverture CPN ;
8. Taux d'accouchements assistés y compris par les accoucheuses traditionnelles recyclées ;
9. Nombre de couple-années de protection (CAP).

Source : Arrangement spécifique ABS PRODESS de 2006

Avec le démarrage de l'appui budgétaire sectoriel en 2006, et la signature de la convention y relatif, l'indicateur couple-années de protection (CAP) a été ajouté à la liste des indicateurs de performance du secteur de la santé, qui sont soumis à l'examen chaque année dans le cadre des activités de suivi-évaluation. Notamment les Pays-Bas se sont efforcés pour l'inclusion de cet indicateur, et le conseiller technique de leur Ambassade a insisté fortement et à plusieurs reprises au cours des

⁴² MS/SG/DNS, Plan d'action national de planification familiale au Mali 2011-2015 – version finale, nov. 2011.

⁴³ En 2010 il a été décidé d'intégrer la revue des conditionnalités ABS dans le mécanisme conjoint de suivi du PRODESS, au cours duquel est réalisé l'essentiel du dialogue sur les politiques.

années suivantes sur l'harmonisation des différentes syntaxes de calcul de cet indicateur, ainsi que sur la prise en compte des données du secteur privé par rapport à la distribution des produits contraceptifs. Toutefois, le calcul de cet indicateur a posé des problèmes pratiques sur le terrain, car il nécessite la collecte de données de routine par produit contraceptif, ce qui n'est pas prévu dans les outils du SLIS. En outre, la collecte des données statistiques auprès des prestataires du secteur privé n'est pas évidente non plus, ce qui explique son intégration timide dans les rapports du SLIS.

Si les débats étaient vifs, l'espace de négociation sur la planification familiale dans le dialogue sectoriel était limité à cause du fait que l'indicateur en question (CAP) posait ces problèmes de mesure.

C'est la quatrième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-IV, 2006) qui a fait sonner la cloche d'alarme. La dissémination des résultats de cette enquête (en 2007) était marquée par l'amélioration de plusieurs indicateurs d'impact (tels que la réduction des taux de mortalité infantile juvénile, la réduction de la séroprévalence du VIH et la réduction de la mortalité maternelle au niveau national), l'amélioration de plusieurs indicateurs de couverture de services (la consultation prénatale, l'accouchement assisté, la couverture vaccinale), mais aussi une stagnation dans la fécondité et une faible augmentation dans l'utilisation des méthodes modernes de la planification familiale.⁴⁴

C'est ainsi, que l'amélioration des indicateurs liés à la planification familiale s'est vue accordée plus de priorité, du côté du Ministère de la Santé, de la société civile, les ONG, les PTF. A titre d'exemple, le rapport de la mission conjointe de suivi du PRODESS effectuée en mars 2008 dans la région de Koulikoro (à laquelle un représentant de l'Ambassade des Pays-Bas a participé) a pris note de l'organisation d'une campagne de PF et des activités de sensibilisation pour l'implication des hommes dans la PF ; et d'une certaine amélioration dans la collecte de données auprès des officines privées et des ONG. Cependant, la mission a constaté la non disponibilité de certains produits de la gamme de produits contraceptifs au niveau de plusieurs établissements visités. Ce qui était considéré une des raisons pourquoi le cible de 15% (dans le PRODESS-II) pour la prévalence contraceptive est loin d'être atteint.⁴⁵

Il convient de rappeler que les Pays-Bas en parallèle de son appui budgétaire sectoriel, ont saisi trois autres opportunités pour remédier à la faible performance, voire stagnation des indicateurs dans le domaine de la planification familiale. Premièrement, le démarrage du programme d'appui pluriannuel à l'AMPPF (2008-2012), dont la principale justification était de contribuer à des meilleurs taux d'utilisation des produits contraceptifs notamment parmi les jeunes, et à la réduction du taux de fertilité. Deuxièmement, l'appui financier aux deux ONG internationales, MSI et PSI, à travers le programme SALIN, était considéré comme une initiative de grand potentiel pour venir renforcer les activités de planification familiale avec des nouvelles approches, en complément de l'appui budgétaire sectorielle et l'appui aux activités de l'AMPPF. Troisièmement, le Projet OMD-5, démarré en 2009, a été conçu dans ce même esprit de contribuer à l'amélioration de la santé de la reproduction, bien que sa stratégie à impliqué surtout des interventions pour améliorer l'offre des services liés à la maternité, tels que les soins maternels et infantiles pendant l'accouchement et la période prénatale.

⁴⁴ Autres préoccupations étaient : la détérioration de la malnutrition aigue ; le faible progrès dans la réduction des disparités entre les zones urbaines et rurales pour certains indicateurs, tels que l'accès à l'électricité, sanitaire et eau, alphabétisation des femmes.

⁴⁵ Source : Ministère de la Santé, Rapport de la mission conjointe de suivi du PRODESS. Mars 2008.

4. Genèse, cadre et cartographie des activités de planification familiale

4.1 Historique de la planification familiale au Mali

La planification familiale au Mali a débuté par la création de façon informelle de l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), organisation non gouvernementale à but non lucratif en 1971. Pionnière en matière de santé de la mère et de l'enfant (SMI) et de planification familiale, l'AMPPF œuvre depuis près d'une quarantaine d'années à l'amélioration de la qualité de vie de la famille et des individus en milieu rural et urbain. En 1976, l'AMPPF a adhéré à la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) en qualité de membre associé, puis membre à part en 1983. Jusqu'à présent, l'AMPPF est la plus grande ONG au Mali intervenant dans le domaine de la planification familiale.

Grâce à cette ONG et à l'engagement de quelques personnalités, dont la présidente de l'ASDAP, la planification familiale a commencé de manière informelle à la maternité de Katibougou en 1972 et à la maternité de l'hôpital de Kayes en 1974, à travers la distribution gratuite de produits contraceptifs.

Par souci de la persistance des grossesses multiples et rapprochées et des faibles taux d'utilisation des contraceptifs,⁴⁶ la maternité de Katibougou a introduit la PF à base communautaire, en 1986. Ceci a abouti au projet Santé Familiale de Katibougou (*Katibougou Family Health Project*), avec l'appui de CEDPA (*Centre for Development and Population Activities*, financé par USAID). Démarré dans 10 villages, avec une population d'environ 6300 habitants, avec des activités d'IEC et des sorties par une équipe mobile dans les villages chaque mois, d'autres interventions se sont ajoutées : distribution à base communautaire par des agents de santé villageois, implication des hommes dans les activités de PF, cours d'alphabétisation, développement d'activités rémunératrices, décentralisation de la gestion du projet, distribution de bicyclettes aux agents. En 1992 le projet a couvert 20 villages avec une population d'environ 20 000. Chaque village avait une équipe de quatre agents de santé communautaire, dont deux hommes et deux femmes, chargée de la distribution des produits contraceptifs de courte durée (contraceptifs oraux, condoms et spermicides) et de la promotion des produits de longue durée (le DIU, injectables) à obtenir par le client auprès de la maternité.

Parmi les résultats enregistrés par ce projet en 1992, après six ans de mise en œuvre, on compte⁴⁷ : (a) une forte augmentation de la prévalence contraceptive : 57,7% contre la moyenne nationale de 1,3% ; et (b) une très forte vulgarisation des contraceptifs oraux : 77,3% des utilisatrices, suivi par 15,7% des clientes utilisant les injectables.

Les cinq facteurs qui ont mené à l'acceptation de la planification familiale dans le rayon d'action du projet sont⁴⁸ : (1) l'intégration des services de PF dans les services SMI et les activités d'alphabétisation ; (2) le 'leadership' local par une sage femme compétente et dévouée ; (3) la décentralisation des services, caractérisée par le transfert d'un modèle 'centre fixe' à un modèle 'distribution à base communautaire' ; (4) l'inclusion des hommes dans les groupes cibles des activités IEC/PF et leur implication dans la distribution des produits contraceptifs à base communautaire ; et (5) le monitoring des activités de PF à travers un système de suivi des clients et

⁴⁶ L'Enquête démographique et de la santé de 1987 (EDSM) a montré un niveau très élevé des besoins non satisfaits (48%) parmi les femmes en âge de procréer au Mali, avec des très faibles niveaux de connaissance en matière de contraception.

⁴⁷ Kak L. and M. Singer (1993): The introduction of community-based family planning services in rural Mali: the Katibougou family health project. CEDPA, Washington, Working paper n°2, 1993.

⁴⁸ Ibid.

clientes (tous les mois ; fiches individuelles), de monitoring des niveaux de stocks des produits contraceptifs et de rapportage.

Les expériences de l'AMPPF et du projet Santé Familiale de Katibougou ont mené à l'extension de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs à d'autres cercles de la région de Koulikoro et à d'autres régions (p.ex. le cercle de Yorosso dans la région de Sikasso, par l'ONG ASDAP) ; et à l'introduction de la stratégie de 'marketing social', employée surtout par PSI.

Il y a eu aussi l'avènement du projet d'expérimentation de la distribution à base communautaire (DBC) en juillet 1990 dans deux régions (Sikasso et Koulikoro), par le Ministère de la Santé à travers sa Division santé familiale et communautaire (DSFC) et Population Council. L'expérimentation, qui a duré trois ans et demi, a montré que l'approche DBC était techniquement faisable et culturellement acceptable. Ainsi la prévalence est passée de 1% à 32% dans les zones expérimentales du projet avec des résultats assez significatifs. Le Ministère de la Santé a demandé et obtenu en 1994 de l'USAID/Bamako le financement de l'expansion des activités DBC dans les cinq régions du sud (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti) pour une période de cinq ans. L'évolution finale du programme national DBC effectuée en septembre 1999 a montré une augmentation significative de la prévalence contraceptive de 1,3% à 15,2% dans les zones d'intervention du programme national.⁴⁹

Cependant, les trois projets dans le domaine des soins de santé primaires (SSP) appuyés par la Coopération néerlandaise dans la région de Ségou (projet SSP Ségou ; 1985-fin 1999), les cercles de Dioïla et Kangaba de la région de Koulikoro (projet PAP-DK ; 1985-fin 1999), et les cercles de Koutiala et Yorosso de la région de Sikasso (projet SSP Koutiala/Yorosso ; 1996-fin 1999) n'ont pas mis un accent particulier sur la planification familiale.⁵⁰ Ces projets ont fourni un appui aux directions régionales de la santé, surtout en matière de soins de santé primaires, y compris la stratégie avancée, le système des références et la prise en charge des évacuations médicales, l'approvisionnement et l'usage rationnel des médicaments essentiels, la participation des femmes dans le système de santé, le financement communautaire, l'approche contractuelle, l'approche sectorielle. A partir de l'an 2000, l'appui néerlandais à ces trois régions sanitaires s'est continué à travers le cofinancement du PRODESS, le premier plan quinquennal d'investissement du secteur socio-sanitaire du Gouvernement du Mali, auquel plusieurs PTF se sont attelés.

Désormais la mobilisation et la formation des relais sociaux pour la promotion de la planification familiale sont devenues l'affaire des ONG, telles que l'AMPPF et l'ASDAP. Leurs zones d'intervention étant limitées, elles se sont efforcées de trouver des stratégies appropriées et des moyens pour cibler les accoucheuses villageoises, les tradipraticiens, les griots, les leaders religieux, en leur donnant des incitations telles que formations, vélos, trousse/sacs, t-shirts et autres ; et en organisant ces personnes relais autour de certaines activités génératrices de revenus.

L'AMPPF, par exemple, a formé des centaines d'agents de distribution à base communautaire (DBC) et de personnes relais. L'ASDAP s'est efforcée d'atteindre les forces méharistes – policiers, militaires, gendarmeries – dans les zones faiblement peuplées du nord du pays avec les services de planification familiale.

Depuis 1995 environ, ces mêmes ONG ont commencé la création des centres d'écoute et de conseils dans les zones urbaines et la formation des jeunes pair-éducateurs afin d'atteindre les adolescents avec des activités d'IEC autour des questions de santé de la reproduction, les infections sexuellement transmissibles, la contraception. L'apparition du VIH/SIDA au Mali et les multiples

⁴⁹ Source : Evaluation finale du programme DBC au Mali. Population Council, 1999.

⁵⁰ Ambassade Royale des Pays-Bas (1999) : L'évolution du système de santé au Mali depuis l'Initiative de Bamako – Contribution des projets 1987-1999. Février 1999. Les partenaires néerlandais pour l'exécution de ces projets étaient l'Institut Royal des Tropiques (KIT ; SSP Ségou), la SNV (PAP-DK), MédiVision (SSP Koutiala/Yorosso).

appuis externes par des ONG internationales pour rompre la transmission du VIH a certainement contribué à la création de ces centres d'écoute et de conseil, souvent accompagné par le dépistage.

En même temps, les ONG maliennes, appuyées par des ONG internationales (Population Council, IPPF, Futures Group) et certaines organisations bi- et multilatérales (USAID, UNFPA), et sous l'impulsion des conférences régionales/internationales,⁵¹ se sont engagées dans des activités de plaidoyer, jusqu'au niveau de l'Assemblée Nationale. Ce qui a abouti à la création du 'Réseau des Parlementaires Maliens pour la Population et le Développement'. Ce réseau s'est attelé activement aux campagnes nationales en faveur de la planification familiale, qui sont organisées le 14 mars de chaque année.

Les autorités maliennes ont soutenu les actions des ONG et le Mali a participé aux différentes conférences internationales sur la question démographique organisées par les Nations unies : 1974 à Bucarest, à Mexico en 1984, au Caire en 1994. Il fit d'autres actions concrètes qu'il conviendrait de mentionner :

- la création de la Division Santé Familiale (DSF) en 1980 au Ministère de la Santé, qui est devenue Division Santé Familiale et Communautaire et actuellement la Division Santé de la Reproduction ;
- en 1991, une lettre Circulaire (n°004/Msp-As/Cab, datée du 25 janvier 1991) du Ministre de la santé et des Affaires sociales a rappelé aux agents socio-sanitaires et toutes les autorités politiques et administratives que l'accès aux méthodes contraceptives n'est plus subordonné à l'autorisation parentale et/ou maritale pour « toute femme en âge de procréer qui le désire et qui le nécessite » ;
- en 1995, le Mali était l'un des premiers pays en Afrique de l'Ouest à élaborer des normes et procédures en santé de la reproduction en prenant en compte toutes les composantes ;
- en 2002, la loi relative à la santé de la reproduction dite « la loi Lahou Touré » fut adoptée (voir section 4.3) ;
- plus récemment, le Mali participe activement aux conférences internationales sur la planification familiale, tenues à Kampala en novembre 2009, à Ouagadougou en février 2011,⁵² et à Dakar en novembre-décembre 2011.

4.2 Cadre institutionnel : structures nationales et cartographie des prestataires

Les services de planification familiale font partie du paquet minimum des activités de santé (PMA), ce qui implique qu'en principe toutes les formations sanitaires jusqu'au niveau le plus périphérique (CSCOM, dispensaires/maternités isolés) offrent les consultations de planification familiale et fournissent de différents produits contraceptifs.

Structures nationales

Au niveau national, les principaux intervenants et acteurs en matière de planification familiale sont :

- Ministère de la Santé / Direction Nationale de la Santé (DNS) / Division santé de la reproduction (DSR), chargée dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS-II de : (i) l'élaboration des normes et procédures dans le domaine de la santé de la reproduction, y compris la PF, (ii) la coordination des activités des différents intervenants, (iii) la supervision intégrée des prestataires et le monitoring des prestations, (iv) l'appui conseil et le contrôle

⁵¹ Par exemple la conférence sur la SR/PF tenue en juin 2002 à Ouagadougou, Burkina Faso ; organisée par l'ONG 'Équilibres et Populations'.

⁵² Les gouvernements des neuf pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (y compris le Mali) se sont impliqués dans la conférence « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone », qui s'est tenue en février 2011 à Ouagadougou, avec l'appui des PTF.

des services régionaux et des services rattachés dans le domaine de la PF, sur la base de compilation et d'analyse préliminaire des indicateurs ;

- Ministère de la Santé / Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM), ayant pour mission d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels – y compris les vaccins, les contraceptifs, les ARV – les réactifs et les consommables médicaux en les rendant accessibles géographiquement et économiquement ;
- Ministère de la Santé / Direction des Finances et du Matériel (DFM), chargée de la mobilisation, coordination et contrôle des ressources financières mises à la disposition du Ministère de la Santé ;
- Pharmacie Populaire du Mali (PPM), qui joue un rôle majeur dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments essentiels, y compris les produits contraceptifs, pour les secteurs publics et communautaires.

En outre, la Cellule de Planification et de Statistique (CPS), en tant que point focal du Ministère de la Santé pour le suivi des OMD dans le domaine de la santé et celui du PRODESS, a pour mission de coordonner la préparation des programmes nationaux (y compris la PF) ; de suivre ces programmes et veiller à leur cohérence intersectorielle et spatiale ; de suivre les dossiers relatifs au financement et à la coopération technique ; et de coordonner la production d'informations statistiques et la réalisation d'études de base ainsi que la diffusion de leurs résultats.

Prestataires

Parmi les prestataires de services, on compte les formations sanitaires de différents niveaux du système de santé (CSCOM, CSREF, hôpitaux) ; le sous secteur privé, composé d'ONG à but non lucratif, ayant leurs propres cliniques, et de cliniques/pharmacies à but lucratif ; le circuit informel, y compris les tradipraticiens.

Le secteur privé à but non lucratif vient en complément du secteur public dans la fourniture des prestations en matière de planification familiale, avec quatre principales ONG :

- AMPPF, à travers ses cliniques et centres de jeunes à Bamako (Commune 3 ; siège) et dans les villes capitales régionales de Kayes, Koulikoro, Ségou, Sikasso, Mopti, Gao ;
- ASDAP, à travers ces cliniques/centres de jeunes à Ségou, Sikasso, Koutiala et Bamako (Commune 6) ;
- MSI, à travers sa propre clinique fixe à Bamako et des équipes mobiles qui se déplacent dans les régions de Koulikoro, Sikasso, et plus récemment aussi dans la région de Mopti ;
- PSI, d'une part à travers des cliniques privées 'ProFam', depuis février 2009, sur base d'un système de franchise sociale, impliquant un contrôle de la qualité des produits contraceptifs et des services PF vendus ; et d'autre part à travers une cinquantaine de CSCOM dans la zone urbaine de Bamako. Avant 2009, l'offre de contraceptifs se réalisait au niveau des CSREF, hôpitaux et grandes cliniques. Les méthodes de longue durée étaient offertes uniquement dans les hôpitaux.

L'annexe B présente les sites web qui peuvent être consultés pour plus de détails sur la mission, les stratégies et les activités menées par chacune de ces organisations.

Le Tableau 4.1 présente la cartographie des différents acteurs et interventions répartis sur le territoire du Mali. Il met en évidence la multiplicité des interventions, qui viennent toutes en complémentarité des services de PF offerts par les structures de santé publiques. Les ONG sont bien représentées dans les milieux urbains, notamment à Bamako, les villes capitales des régions et quelques autres centres urbains (Kati et Koutiala, entre autres). Plusieurs ONG interviennent dans les quatre régions de Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso, mais pas tous les districts/cercles sont couverts. Une fois installées, ces ONG y opèrent quasi permanemment en vue de se trouver leur propre niche. Pour ce qui concerne l'AMPPF, cette organisation intervient à travers la stratégie de la distribution à base communautaire (DBC) dans trois cercles sur sept dans la région de Kayes, six

cercles sur 12 dans la région de Koulikoro, trois cercles sur neuf dans la région de Ségou, trois cercles sur huit dans la région de Sikasso, et trois cercles sur 10 dans la région de Mopti ; soit 18 cercles sur un total de 46 cercles des cinq régions concernées.

Tableau 4.1 : Interventions des ONG et PTF au niveau des régions et cercles dans le domaine de la PF ¹

Région	Cercles	AMPPF	ASDAP	MSI	PSI	35 districts appuyés par ATN+
Kayes <i>(7 cercles)</i>	Kayes	+			x	x
	Bafoulabé					
	Diema					x
	Kenieba					
	Kita					x
	Nioro					
	Yélimané					
Koulikoro <i>(7 cercles)</i>	Koulikoro	+		\$		x
	Banamba					
	Dioïla					x
	Kangaba					
	Kati	+		\$		x
	Kolokani Nara					
Ségou <i>(7 cercles)</i>	Ségou	+	x		x	x
	Baroueli					
	Bla					
	Macina					
	Niono					x
	San					x
	Tominian					
Sikasso <i>(7 cercles)</i>	Sikasso	+	+		x	x
	Bougouni					x
	Kadiolo					x
	Kolondieba					
	Koutiala		+		x	x
	Yanfolila					
	Yorosso					
Mopti <i>(8 cercles)</i>	Mopti	+		\$		x
	Bandiagara					x
	Bankass					x
	Djenné					
	Douentza					
	Koro					
	Tenenkou					x
	Youwarou					

Gao <i>(4 cercles)</i>	Gao	+			X
	Ansongo				X
	Bourem				
	Menaka				
Tombouctou <i>(5 cercles)</i>	Tombouctou				X
	Dire				X
	Goundam				X
	Gourma-Rharous				X
	Niafunke				X
Kidal <i>(4 cercles)</i>	Kidal				X
	Abeibara				
	Tessalit				X
	Tin-Essako				
Bamako <i>(6 communes)</i>	Commune I		\$	&	X
	Commune II		\$	&	X
	Commune III	* +	\$	&	X
	Commune IV		\$	&	X
	Commune V		\$	&	X
	Commune VI	* +	\$	&	X

¹ situation au début 2011; sans prise en compte de l'appui à la stratégie DBC par l'AMPPF et ASDAP

* Siège

+ Clinique / Centre de jeunes

\$ Equipe mobile

Au fil du temps, les ONG se sont impliquées dans la conception et la mise en œuvre de multiples projets sur financement externe.⁵³ Certains de ces projets sont terminés, d'autres en cours de mise en œuvre, généralement en concentrant sur certains groupes cibles (p.ex. jeunes/adolescents, femmes, leaders religieux) dans une zone géographique limitée pour une durée entre six mois et cinq ans, voire plus. Certains de ces projets concernent surtout des activités de prévention et/ou traitement du VIH/SIDA, dans lesquelles la PF a été intégrée. L'USAID est la principale source de financement de ces projets. Parmi ces projets on cite:

- Kénéya Ciwara : débuté en Octobre 2003 et financé par l'USAID, ce projet s'est intégré dans les structures sanitaires dans 13 districts sanitaires⁵⁴ répartis sur sept des huit régions du Mali, et deux communes de la capitale de Bamako. Un consortium de partenaires est concerné par sa mise en œuvre, y compris l'Université Johns Hopkins (Baltimore), IntraHealth International, Action against Hunger, et le Groupe Pivot/Santé Population, sous la direction de CARE Mali.
- Le Projet Jeunes, sous la tutelle du Ministère de la Jeunesse et de Sports, avec un cofinancement Gouvernement du Mali - UNFPA.⁵⁵

⁵³ Le Groupe Pivot SP dispose d'une base de données, composée de plusieurs fiches de projets ; la base n'est pas tenue à jour.

⁵⁴ 11 districts en 2007, 13 en 2009.

⁵⁵ L'équipe de recherche n'a pas pu obtenir de données sur l'ampleur et les réalisations de ces deux projets auprès des responsables concernés. Ce, malgré la présence dans l'équipe d'un cadre de la Direction National de la Jeunesse et de Sports.

4.3 Cadre juridique

Depuis l'année 2002, le Mali dispose d'une loi sur la santé de la reproduction, qui s'articule aussi sur la planification familiale.⁵⁶ Cette loi, dite « la Loi Lahou Touré »⁵⁷, a eu le mérite d'abroger (en son article 21) de façon définitive, toutes les dispositions de la loi du 31 juillet 1920 relative à la provocation de l'avortement et la propagation anticonceptionnelle. Celle-ci permettait jusqu'alors aux anti-planificateurs de s'opposer juridiquement à la planification familiale.

Certains Maliens disaient que cette dernière loi était une loi française, car adoptée par le régime colonial. Elle est donc 'abrogée' par l'accession du Mali à l'indépendance et par la lettre circulaire n°4 du 25 janvier 1991 du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales (voir encadré 4.1). Selon d'autres, un nombre important de lois maliennes en vigueur sont datées de la période coloniale et « une simple lettre circulaire » ne peut pas abolir une loi.

Encadré 4.1 : Lettre circulaire n°4 du 25 janvier 1991 du Ministre de la santé et des affaires sociales

« Il me revient d'une part que l'accès des femmes désireuses et justiciables d'une méthode contraceptive reste subordonné à l'autorisation parentale et maritale, bien que la planification familiale soit un acte médical et sanitaire mettant en œuvre des techniques scientifiques efficaces, sûres et acceptables pour les populations. D'autre part, il m'a également été rapporté que les agents socio-sanitaires continuent à appliquer une telle consigne, par mesures conservatoires, pour se préserver de plaintes éventuelles ou d'agression dont ils peuvent être victimes de la part des parents ou conjoints.

L'adoption par le Parti et le Gouvernement de la planification familiale en tant qu'élément de la politique socio-sanitaire du pays, nous impose la nécessité de réussir nos programmes en faveur de la santé de la mère et de l'enfant.

En conséquence, je rappelle à tous les services socio-sanitaires, aux agents et à toutes les autorités politiques et administratives que l'accès à une méthode contraceptive reste libre pour toute femme en âge de procréer qui le désire et qui le nécessite.

J'invite tous les responsables politiques administratives et les administrations sanitaires, à la plus large diffusion et au respect de la présente circulaire. »

La Loi Lahou Touré de juin 2002, qui s'est inspirée de la Constitution malienne, stipule en son article 2 que :

« Les hommes et les femmes sont égaux en droit et en dignité en matière de santé de la reproduction. La santé de la reproduction, objet de la présente loi, suppose que toute personne peut mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et sans risque ».

La diffusion de l'information et de la sensibilisation étant une des clefs de la réussite dans le domaine de la santé en général et de la planification familiale en particulier, l'article 3 de la même loi précise que :

« Les hommes et les femmes ont le droit égal de liberté, de responsabilité, d'être informés et d'utiliser la méthode de planification ou de régulation des naissances de leur choix qui ne sont pas contraire à la loi ».

L'article 4 confirme davantage le droit de tout individu et de tout couple d'accéder librement à des services de santé de reproduction et de bénéficier des soins de la meilleure qualité possible. L'article 5 stipule que :

⁵⁶ La Loi n°02-44 du 24 juin 2002 relative à la Santé de la reproduction.

⁵⁷ D'après le Député, membre de la Commission santé de l'Assemblée Nationale, principal initiateur de la loi, ayant présenté le texte à l'Assemblée Nationale.

« Les membres du couple et les individus ont le droit de discuter librement et avec discernement des questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le respect des lois en vigueur, de l'ordre public et des bonnes mœurs (et) ... du nombre de leurs enfants et l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire ».

Ce souci d'information visait à instaurer au sein du couple, un dialogue dont l'absence a été notamment constatée par l'Enquête démographique et de la santé de 2001. Selon cette enquête, 64% des hommes déclaraient qu'ils n'avaient jamais discuté de la PF avec leur(s) épouse(s). La situation différait selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. A Bamako, 44% des hommes interrogés disaient qu'ils n'ont jamais eu de discussions sur la PF avec leur(s) femme(s), contre 60% dans les autres villes et 68% en milieu rural. Plus de deux-tiers (70%) des hommes non instruits, 61% de ceux qui avaient le niveau d'éducation primaire et 34% ayant le niveau secondaire et plus, n'avaient jamais discuté de la planification familiale en couple.⁵⁸

En son article 8, la Loi Lahou Touré a défini les responsables de l'information en ces termes :

« Toute personne physique ou morale intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction a l'obligation de porter à la connaissance des individus et des couples les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation de naissance qu'elle leur propose ».

En cas de manquement à ces dispositions, les individus et les couples victimes pourraient engager des poursuites et exiger « la réparation civile même en dehors de toute faute ».

Le Code des Personnes et de la Famille⁵⁹

Le 2 décembre 2011, l'Assemblée Nationale a finalement adopté à l'unanimité en seconde lecture, le Projet de loi portant Code des Personnes et de la Famille.⁶⁰ En principe, c'est un renouveau du droit des personnes et de la famille, qui comble certains vides juridiques et prend en compte les proclamations constitutionnelles ainsi que les conventions internationales ratifiées par le Mali et applicables à tous de façon égale.

Dans une étape antérieure, l'avant dernier projet de loi pour cette réforme du statut des personnes et de la famille avait été adopté déjà par le Conseil des Ministres, et ensuite le 3 août 2009 par l'Assemblée Nationale. Toutefois le Président du Mali ne l'a pas promulgué en raison de la mobilisation par certaines organisations religieuses musulmanes qui s'y opposaient.

Encadré 4.3 : Genèse du Code des Personnes et de la Famille

L'avant dernier projet de Code des Personnes et de la Famille était un ensemble de 1155 articles regroupés en 10 livres. Son histoire remonte à 1998, année où le Gouvernement d'alors avait chargé le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille « ... de conduire un vaste chantier de réforme du droit de la famille impliquant toutes les sensibilités nationales ». Ceci dans le cadre du processus de réforme dans lequel le Gouvernement du Mali s'est lancé en 1996.

Pour donner aux personnes et à la famille un nouveau statut juridique, le premier projet de Code fut soumis au Conseil des Ministres le 22 mai 2002. Ce n'est qu'en 2005 qu'une Commission chargée de finaliser le projet initial a été mise en place. Le parlement malien a adopté le projet de Code le 3 août 2009, mais le Président du Mali ne l'a pas promulgué.

Après une deuxième lecture, le nouveau code des Personnes et de la Famille a été adopté à l'unanimité le 2 décembre 2011. Le code reste maintenant à être promulgué.

⁵⁸ EDSM-III de 2001, page 211. L'EDSM-IV de 2006 ne fournit pas de données sur ce sujet.

⁵⁹ Aussi connu comme « Code la Famille ».

⁶⁰ Voir le Journal « 22 Septembre » du 5 décembre 2011.

Si le Code ne traite pas directement de la planification familiale, cet avant dernier projet de loi abordait cependant dans certains de ses articles la position de la femme et des questions relevant de la santé de la reproduction, et ce sont ces questions qui faisaient partie des principaux points de discorde.

Plusieurs organisations religieuses musulmanes ont perçu l'avant dernier projet de loi comme une volonté manifeste du gouvernement de servir des visions étrangères à la société malienne. Elles ont tenu à marquer leur désaccord avec les principes de laïcité du mariage, l'âge du mariage, l'option en matière de succession, entre autres. Elles ont insisté sur leur volonté de donner un caractère juridique au mariage religieux, d'accorder les mêmes droits et devoirs aux époux dans les unions polygames, de maintenir le devoir d'obéissance de la femme au mari et la contribution des deux époux aux charges du ménage. Certains leaders religieux ont durci le ton en remettant en cause la compatibilité du contenu de projet de loi « avec les valeurs sociétales et religieuses de notre pays ». ⁶¹ Ils se sont fortement opposés à la promulgation du Code de la famille à travers une grande mobilisation et une marche en fin 2009.

En réponse à leur mobilisation, la réaction du Président de la République a été de renvoyer le Code de la famille alors en relecture, afin de revoir les points de discorde et de proposer des changements. Par la suite, dans la deuxième lecture du projet de loi, une cinquantaine d'articles ont été modifiés et/ou supprimés, ⁶² ce qui a permis donc l'adoption du nouveau Code à l'unanimité par l'Assemblée Nationale en décembre 2011.

Il est stipulé maintenant que le mariage est célébré par l'officier de l'état civil « ou par le ministre du culte ». L'âge minimum au mariage a été retenu à 18 ans pour l'homme et 16 ans pour la femme, au lieu de le fixer à 18 ans pour les deux sexes. Le devoir d'obéissance par la femme à son mari a été retenu et donc n'a pas été remplacé par le respect mutuel, tel que proposé dans l'avant dernier projet. D'autres changements notables ont trait à la légitimation de l'enfant né hors mariage et la question de l'héritage.

Selon le Haut conseil islamique du Mali, l'avant dernier projet de Code de la famille n'était pas approprié pour les valeurs sociétales maliennes. D'autres ont avancé qu'il n'y avait aucun dispositif qui va contre les lois et les conventions et traités signés et ratifiés par le Mali. Ils accusaient les leaders religieux de vouloir semer la confusion dans l'esprit de la population à majorité analphabète, en mélangeant coutume, tradition et religion. Pour eux, le nouveau Code représente un outil précieux pour la promotion des droits des femmes, et la lutte contre la discrimination et les violences faites aux femmes, et ainsi la promotion de l'égalité des genres au Mali.

En outre, il convient de signaler qu'en 2007, une réunion de haut niveau s'est tenue dans les locaux du Ministère des affaires étrangères. Etaient présents, les ministres de plusieurs départements clés du Gouvernement du Mali et les ambassadeurs du Canada, du Danemark, de la Suisse et de l'Union européenne. L'ordre du jour portait sur la réforme du statut des personnes et de la famille, qui est vivement souhaitée par les partenaires techniques et financiers, notamment en rapport avec la promotion des droits des femmes – dans le sens de l'égalité avec les hommes – et ceux des homosexuels. D'après certaines sources, comme le journal *Procès-verbal* n°137 du 10 octobre 2011, les partenaires techniques et financiers présents à la rencontre « ... proposaient de débloquer un fonds spécial destiné à encourager la bonne gouvernance en Afrique ». C'était l'une des propositions que selon des Maliens, aurait provoqué l'indignation des chefs religieux, voire des animistes.

Il est bien noté que le Code des personnes et de la famille reste une question politique sensible.

⁶¹ C'est le cas des leaders du Centre islamique d'Hamdallaye.

⁶² Sur l'ensemble des 1155 articles – voir encadré.

4.4 Islam et planification familiale

La question socio-économique et démographique, qui depuis les temps immémoriaux opposait les prophètes des religions monothéistes à leurs communautés ou peuples, continue d'être différemment perçue et interprétée par les anthropologues, les démographes, les économistes, le corps médical, les politiciens, les religieux, voire les leaders d'opinion.

C'est sur le point relatif à la religion, facteur pesant sur les problèmes à tous ces niveaux, qu'il convient de déterminer ce qu'en dit le saint Coran, certains *hadiths*⁶³, les consensus des savants (religieux) ; et comment certains croyants pratiquent le raisonnement par analogie. C'est surtout sur ce dernier point que beaucoup de personnes qui sont contre, comme qui sont pour la planification familiale, tirent leurs arguments.

Le Coran se situe au sein de l'héritage historique des religions (chrétiennes, juives, musulmanes) et coutumes, croyances et pratiques traditionnelles des peuples. En fait le *Coran* – comme la *Torah* et l'*Évangile* – ne parle pas ou presque pas de manière directe de la planification familiale.⁶⁴ Ceux qui utilisent le raisonnement par l'analogie ne pourraient pas citer plus de quelques versets des quatre *sourates*⁶⁵ sur les 114 qui composent le Coran, et les lier indirectement à la planification familiale. L'annexe E donne un résumé de ces quatre *sourates* et versets coraniques en rapport avec la planification familiale

Il est à retenir que le saint Coran ne parle par directement de la contraception, de la planification familiale, mais dans quatre différentes sourates il fait référence à des thèmes qui peuvent être liés à la planification familiale : la sourate 4 ('les femmes'), 5 ('la table servie'), 6 ('les bestiaux') et 17 ('le voyage nocturne'). Si le Coran n'a cité ni l'infanticide, ni le retrait, il laisse la possibilité aux leaders religieux et autres croyants de multiples interprétations du statut du planning familial, notamment celui des méthodes de contraception modernes.

4.5 Planification familiale en langue et milieu Bambara

Le *Bambara* est la langue locale la plus parlée au Mali. D'autres langues, comme le *Malinké*, sont liées au Bambara, et parfois il n'y a pas de grandes différences.

Dans les structures de santé au Mali, les agents chargés de fournir les produits contraceptifs aux clients et clientes traduisent les noms des produits contraceptifs dans les langues locales. Lors des activités de consultation prénatales et post natales, les agents de santé organisent parfois des causeries débats sur la contraception moderne. La contraception traditionnelle n'étant pas vulgarisée et uniformisée, elle ne peut faire l'objet de tels causeries et débats.

Toutefois, la contraception traditionnelle fait partie de la culture de chaque peuple, et elle est utilisée partout au Mali, dans chaque région géographique, comme les enquêtes EDSM l'ont montré, à côté des méthodes modernes de contraception. Cependant, il faut reconnaître que la contraception traditionnelle n'est pas seulement utilisée pour espacer ou pour limiter les naissances, mais aussi pour parer à des dangers occasionnels ou certaines croyances socioculturelles.

L'Annexe F présente un aperçu des méthodes traditionnelles ; ceci à titre indicatif plutôt que pour les mettre en dualité avec les méthodes modernes. Certaines méthodes sont fondées sur les connaissances physiologiques traditionnelles et n'impliquent pas l'emploi d'instruments ou de

⁶³ Un hadith (ou hadîth) désigne une communication orale du prophète Mohammed et par extension un recueil qui comprend l'ensemble des traditions relatives aux actes et aux paroles de Mohammed et de ses compagnons, considérés comme des principes de gouvernance personnelle et collective pour les musulmans, que l'on désigne généralement sous le nom de « tradition du Prophète ».

⁶⁴ Même si la Bible dit : « Multipliez-vous ».

⁶⁵ Ou *Surates*, chapitres du Coran.

produits/ingrédients. Il s'agit de l'abstinence périodique⁶⁶ et les relations sexuelles multiples. D'autres dérivent clairement de principes magiques (« *tafo* »). Plusieurs méthodes reposent sur les connaissances pharmacologiques locales ; ce sont les moins connues et les plus secrètes. A l'exception de l'abstinence et du *tafo*, les méthodes contraceptives décrites en annexe F sont toutes réservées à certaines occasions spéciales (décès du chef de famille, querelles entre coépouses) ou destinées à un milieu social marginal (prostituées, villages chrétiens).

La littérature ne permet cependant pas d'évaluer précisément l'ampleur des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances et de contraception au Mali. Et on n'a aucune idée de l'efficacité des produits et des méthodes inventoriées.

Ce qui est à retenir, c'est que l'usage des contraceptifs traditionnels au Mali ne semble pas avoir un caractère systématique. Ils furent utilisés pour parer à des dangers occasionnels, et non pas comme moyen principal d'espacement des naissances. Une femme mariée penserait à recourir au « *tafo* » ou à d'autres contraceptifs traditionnels, si son mari ne respectait pas la période normale d'abstinence pendant l'allaitement. De multiples situations illégitimes, telles les relations pré-maritales, extra-maritales, certaines formes de prostitution, pourraient aussi pousser une femme à se protéger au moyen de ces diverses méthodes.

Il est remarquable aussi de constater la grande discrétion à l'époque, sinon le secret et parfois même la désapprobation qui entourait certaines méthodes. Au contraire, l'abstinence sexuelle prolongée en période d'allaitement était perçue comme une pratique honorable et dont on parlait ouvertement. L'abstinence du post-partum constituait manifestement la méthode normale d'espacement des naissances au Mali. Qui plus est, les raisons qu'on présentait pour justifier cette pratique étaient conçues dans une stricte perspective de santé maternelle et infantile. Ce qui montre que la politique du Ministère de la Santé, qui à l'époque préconisait la mise sur pied de services de planning familial dans un but d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, avait de très vastes assises populaires, et, sans doute aussi, des racines fort anciennes.

Les enquêtes menées dans le cadre de la présente étude pour établir les effets des interventions de planification familiale, et identifier les facteurs favorisant la contraception et les barrières, ont elles aussi relevé des facteurs socioculturels qui ne sont pas suffisamment pris en compte dans l'offre des services de planification familiale et la vulgarisation des méthodes de contraception moderne au Mali, comme on pourra constater dans le chapitre 6.

⁶⁶ Au sens strict, le terme 'contraception' se rapporte aux moyens qui permettent d'éviter une fécondation tout en ayant des relations sexuelles. L'abstinence sexuelle, volontaire ou imposée, peut difficilement à ce titre être considérée comme contraceptif ; elle n'en constitue pas moins un moyen de limitation ou d'espacement des naissances.

5. Principaux indicateurs de planification familiale au Mali : niveaux, évolutions, effets, facteurs explicatifs

Le présent chapitre décrit les résultats de l'analyse secondaire des bases de données des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1995/96, 2001 et 2006 et de l'enquête MICS de 2009/10 (publiée en 2011), pour répondre aux questions d'évaluation numéros 1 et 2 de l'étude (cf. section 2.4), à savoir :

- Quelle est l'évolution du niveau d'utilisation des différents produits contraceptifs au Mali ?
- Quels sont les effets – directs ou induits – des interventions de planification familiale en termes de connaissances, attitudes, pratiques, couple-années de protection et besoins en contraception (non) satisfaits ?
- Quels en sont les effets en termes d'âge à la première grossesse, intervalle de naissances, grossesses non désirées évitées, fécondité, mortalité évitée ?

L'analyse vise à déterminer les tendances dans l'utilisation de la contraception et dans les besoins (non) satisfaits, les principaux facteurs associés et les effets des interventions de la planification familiale.

L'accent dans l'analyse a été mis sur les effets immédiats et à court terme (utilisation actuelle de la contraception, besoins non satisfaits). Les extrants (*outputs*), tels que la source d'information, source d'approvisionnement, sont considérés comme contexte spécifique à la zone géographique, donc ils sont pris en compte dans l'interprétation des résultats des analyses quantitatives.

Les variables considérées pour identifier les facteurs associés avec les principaux indicateurs d'effets sont : résidence (urbain/rural), tranche d'âge des femmes, nombre d'enfants, niveau d'éducation, bien-être économique des ménages. Ensuite, les résultats ont été désagrégés par région afin d'identifier des disparités éventuelles, en termes de tendances des principaux indicateurs d'effets et des facteurs explicatifs, entre les régions ayant bénéficié de multiples interventions dans le domaine de la planification familiale (Koulikoro, Ségou, Sikasso et la ville de Bamako) et les régions qui sont moins dotées d'interventions (Kayes, Mopti, Kidal, Gao, Tombouctou).

L'approche de l'analyse est comme suit :

- a. Examen de la mesure dans laquelle le bien-être économique a une incidence sur le comportement contraceptif des femmes individuelles, en relation avec leur niveau d'instruction, à travers des analyses de régression. Pour pouvoir effectuer cette analyse, un indice de bien-être économique a été construit permettant la comparaison des régions (en 5.3);
- b. Examen des tendances dans l'utilisation de la contraception et les besoins (non) satisfaits sur la base de cinq facteurs indépendants : région, résidence (urbain/rural), tranche d'âge, niveau d'instruction et niveau du bien-être économique (en termes de quintiles); ceci à travers des analyses de régressions logistiques permettant de mesurer la contribution de ces différents facteurs aux indicateurs d'effet à travers des rapports de risque (en 5.4). Ces analyses sont considérées nécessaires du fait que les huit régions du Mali sont différentes en termes de démographie, culture et de statut socio-économique.
- c. Analyse de l'association entre le niveau d'utilisation de la contraception et la mortalité infantile à travers des régressions logistiques (en 5.5) ; ceci pour les EDS de 1995/96, 2001 et 2006.

- d. Estimation des effets de l'utilisation de différentes méthodes contraceptives en 2006 et en 2009/10, sur la base d'une méthode innovatrice développée par Marie Stopes International⁶⁷ (en 5.6).

Aussi, une analyse pseudo-longitudinale a été réalisée afin d'examiner la cohérence des tendances observées dans le comportement contraceptif de la population sur la période de 13 ans. La procédure a consisté à comparer les niveaux de connaissances, les attitudes et le comportement des femmes ayant des caractéristiques comparables dans les quatre enquêtes. A cet effet, une cohorte artificielle a été construite, composée de catégories de femmes de la même région, de la même résidence (urbain/rural), du même niveau d'éducation (trois catégories), et de la même catégorie de bien-être économique (trois catégories). Ainsi, les femmes âgées de 25-29 ans en 1996 pourraient être liées à celles ayant les mêmes caractéristiques et qui sont âgées de 30-34 ans en 2001, et à celles ayant les mêmes caractéristiques et qui sont âgées de 35-39 ans en 2006. Et ceci surtout par rapport aux taux d'utilisation de la contraception et les besoins non satisfaits. Malheureusement, à cause de problèmes techniques, les résultats de cette analyse ne sont pas rapportés ici.

Les sections suivantes présentent d'abord des statistiques descriptives du niveau des principaux indicateurs de planification familiale dans les quatre enquêtes (en 5.1), quelques variations dans l'utilisation des méthodes contraceptives et dans les besoins non satisfaits en 2009 (en 5.2), et l'évolution de quelques indicateurs dans la période 1996-2009 par région (en 5.3).

5.1 Niveaux et tendances globales des principaux indicateurs de planification familiale

Avant le démarrage de la présente étude et la réalisation de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS)⁶⁸ réalisée en 2009/10,⁶⁹ les résultats des trois enquêtes démographiques et de santé (EDSM), réalisées au Mali en 1995/96, 2001 et 2006, avaient déjà mis en évidence la persistance d'une faible pratique contraceptive, d'une (légère) augmentation de l'importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et de niveaux élevés de fécondité.

Utilisation de la contraception

La comparaison des résultats des trois EDSM et ceux de l'enquête MICS de 2009/10, montre que le niveau de la pratique contraceptive – toutes méthodes confondues – chez les femmes âgées de 15-49 ans, mariées ou en union, est passé de 6,7% en 1995/96, à 8% en 2001 et en 2006, à 9,2% en 2009 (voir figure 5.1). Après la stagnation observée entre 2001 et 2006, on observe alors une amélioration, bien que timide, pendant les trois dernières années. L'importance des méthodes traditionnelles semble avoir diminué (1,2% en 2009), au profit des méthodes modernes dont le taux d'utilisation a augmenté par 1 à 2% d'une enquête à l'autre pour atteindre 8,0% en 2009.

Parmi les utilisatrices de la contraception moderne en 2009, les méthodes les plus répandues sont les injectables (3,8%) et les pilules (3,4%). Les autres utilisatrices ont recours à d'autres méthodes, y compris les méthodes modernes de longue durée, telles que les implants (0,4%), les DIU (0,1%). Parmi les utilisatrices de la contraception traditionnelle, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est la plus répandue (1,0% en 2009).⁷⁰

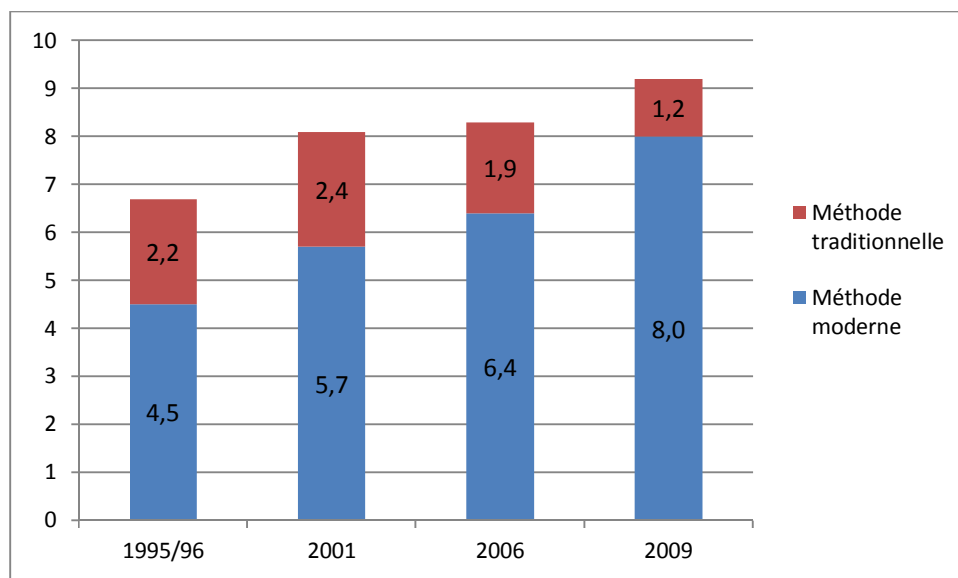
⁶⁷ Cf. Annexe J: *MSI impact estimator*. Il s'agit d'un outil qui permet l'estimation de différents effets marginaux de la distribution de différentes méthodes contraceptives, basé sur des modèles régionaux.

⁶⁸ *Multiple indicator cluster survey*, en anglais.

⁶⁹ Cellule de Planification et de Statistique du secteur santé, développement social et la promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT). Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2009/10, Rapport final. Bamako Mali, 2011.

⁷⁰ L'EDSM de 2006 a classé la méthode MAMA parmi les méthodes traditionnelles, en raison des politiques nationales de promotion de l'allaitement.

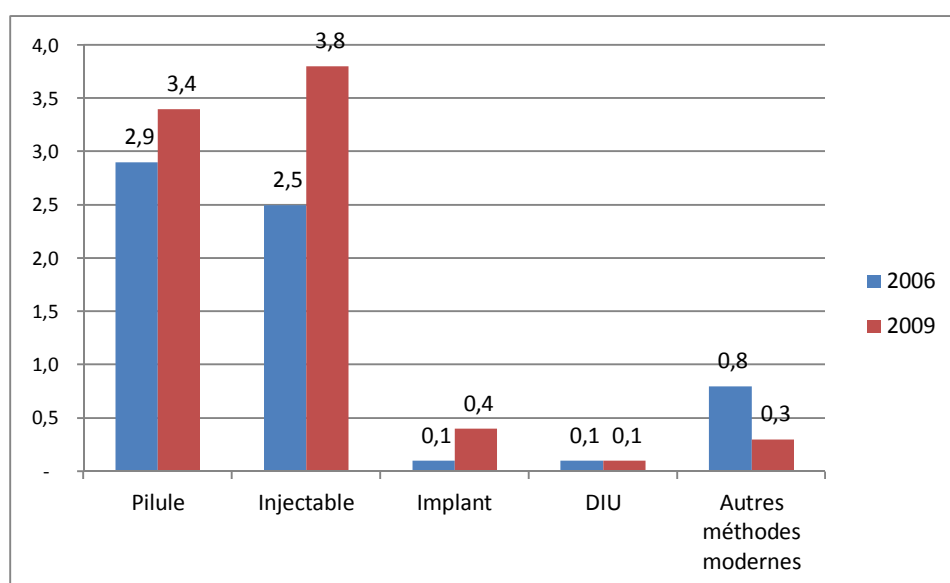
Figure 5.1 : Tendence de l'utilisation de méthodes de contraception (modernes et traditionnelles ; en pourcentages), parmi les femmes en union, selon les quatre enquêtes nationales



La figure 5.2 montre des légères améliorations des taux d'utilisation (parmi les femmes âgées 15-49 ans, en union) des deux méthodes modernes de contraception les plus répandues dans la période 2006 à 2009 : les contraceptifs oraux (pilules) et les injectables.

On note aussi une augmentation de l'utilisation des implants, de 0,1% des femmes en 2006, à 0,4% en 2009. Bien que ces derniers taux semblent très faibles, il est à rappeler que l'utilisation de l'implant est pour le moment limitée à des zones (péri) urbaines spécifiques, et ceci depuis leur vulgarisation en 2009 par MSI et PSI, pour des raisons évoquées ailleurs (cf. Chapitre 4).

Figure 5.2 : Taux d'utilisation (en pourcentages) des méthodes modernes de contraception en 2006 et 2009



**Les autres méthodes modernes comprennent les condoms masculins, condoms féminins, le diaphragme, les mousses/gelées, la ligature des trompes (stérilisation chez la femme)*

Pour évaluer la contribution des secteurs médicaux public et privé dans la distribution ou la vente des différents produits contraceptifs, les utilisatrices ont été interrogées dans les enquêtes EDS sur l'identification de l'endroit où elles ont obtenu leurs produits. Malheureusement l'enquête MICS de 2009/10 n'a pas pris en compte de telles questions.

Plus de la moitié des utilisatrices se sont adressées au secteur médical public (52%) dans les trois EDS successives de 1995/96, 2001 et 2006 et ce pourcentage n'a pas changé pendant ces 10 ans. Dans le secteur public ce sont surtout les CSCOM (27%) que les femmes fréquentent pour obtenir leurs produits contraceptifs.

Figure 5.3 : Source d'approvisionnement des méthodes modernes de contraception en 1995/96, 2001 et 2006



* *Autres sources: boutiques, kiosques, amis/parents, agents DBC, églises.*

En 2006, environ une femme sur trois (37%) s'est adressée au secteur privé, qui semble avoir gagné de l'importance au fil du temps. Les principaux fournisseurs dans le secteur médical privé sont de loin les pharmacies (27% en 2006), suivies par les vendeurs ambulants (6%) et les hôpitaux/cliniques privés (1%).

Les utilisatrices qui se procurent leurs produits auprès de sources non médicales s'adressent essentiellement aux amis, connaissances et/ou parents (3%) et aux boutiques et tabliers (3%) ; seulement 1% se sont orientées vers les agents DBC.

Si le rapport de l'EDSM 1995/96 précise la contribution du secteur communautaire (6% pour l'ensemble des produits) et des ONG (4%),⁷¹ ceci n'est pas le cas pour les enquêtes de 2001 et 2006. Ainsi, la contribution des ONG ne peut malheureusement pas être estimée à partir de ces enquêtes.

Il est sous-entendu que certaines ONG, telles que MSI et PSI, interviennent à la fois à travers les secteurs public et privé. Mais du fait que les agents DBC semblent peu importants en 2009, la question de l'efficacité de la distribution des contraceptifs à travers ces agents, telle que utilisée par des ONG comme l'AMPPF et l'ASDAP, se pose.

⁷¹ Dans la figure 5.4 ces deux sources sont inclus dans la catégorie 'autres sources'.

Couple-années de protection

La valeur ajoutée des méthodes contraceptives de longue durée telles que l'implant et le DIU, qui protègent pour au moins cinq ans, se traduit dans un poids plus important dans l'indicateur couple-années de protection (CAP). Il s'agit d'un paramètre qui permet la comparaison de différentes méthodes contraceptives en terme d'efficacité : voir Annexe B pour une explication sur la notion 'couple-années de protection' et les facteurs de conversion utilisés pour les différentes méthodes contraceptives.

Le tableau 5.1 montre les réalisations estimées en terme de CAP pour les quatre méthodes modernes les plus répandues au Mali, selon l'EDSM 2006 et le MICS 2009/10. Pendant cette période de trois ans, le total des CAP pour l'ensemble des quatre méthodes a plus que doublé : de 34 000 CAP environ en 2006, à presque 80 000 CAP en 2009. Pour les implants, les CAP réalisées en 2009 sont presque cinq fois plus élevée qu'en 2006.

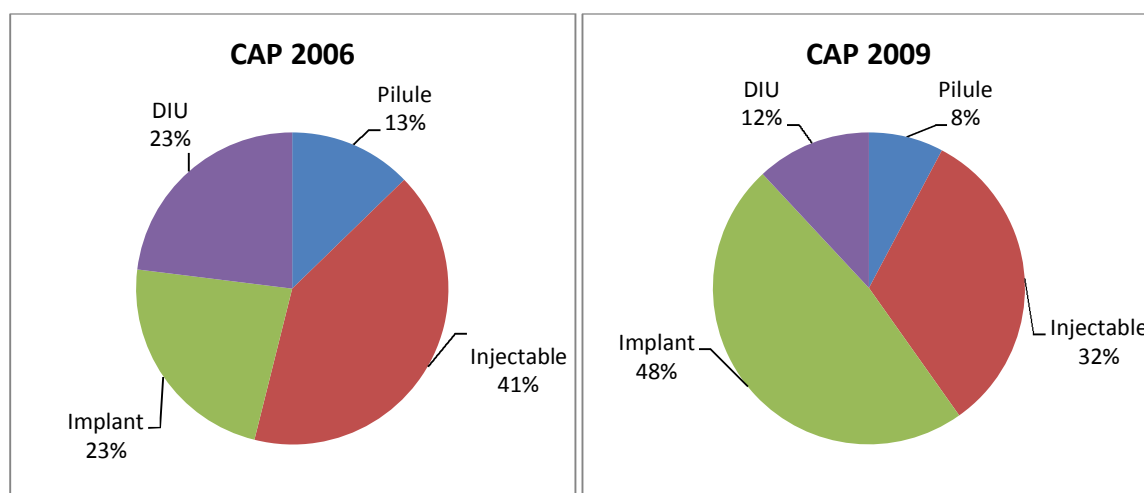
Tableau 5.1 : Couple-années de protection réalisées en 2006 et 2009 par méthode contraceptive

	% Utilisation actuelle		Nombre absolu d'utilisatrices*		CAP	
	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Pilule	2,9	3,4	65 353	92 318	4 357	6 155
Injectable	2,5	3,8	56 338	103 179	14 085	25 795
Implant	0,1	0,4	2 254	10 861	7 887	38 013
DIU	0,1	0,1	2 254	2 715	7 887	9 503
TOTAL					34 216	79 466
Autres méthodes modernes	0,8	0,3				
Total des méthodes modernes	6,4	8,0				
Méthode traditionnelle	1,9	1,2				

* Estimation : 22% de la population totale du Mali (12,05 millions en 2006 ; 14,52 millions en 2009) sont des femmes de 15-49 ans, dont 85% mariées ou en union.

Les figures 5.4 et 5.5 montrent la contribution de chacune de ces quatre méthodes aux totaux des CAP réalisées en 2006 et 2009.

Figures 5.4 et 5.5 : Répartition des couple-années de protection réalisées en 2006 et 2009 selon les méthodes modernes les plus répandues.



On note la hausse de l'importance des implants représentant 48% du total en 2009. Ils ont même dépassé les injectables, qui ne contribuent que pour 32% en 2009, contre 41% en 2006.

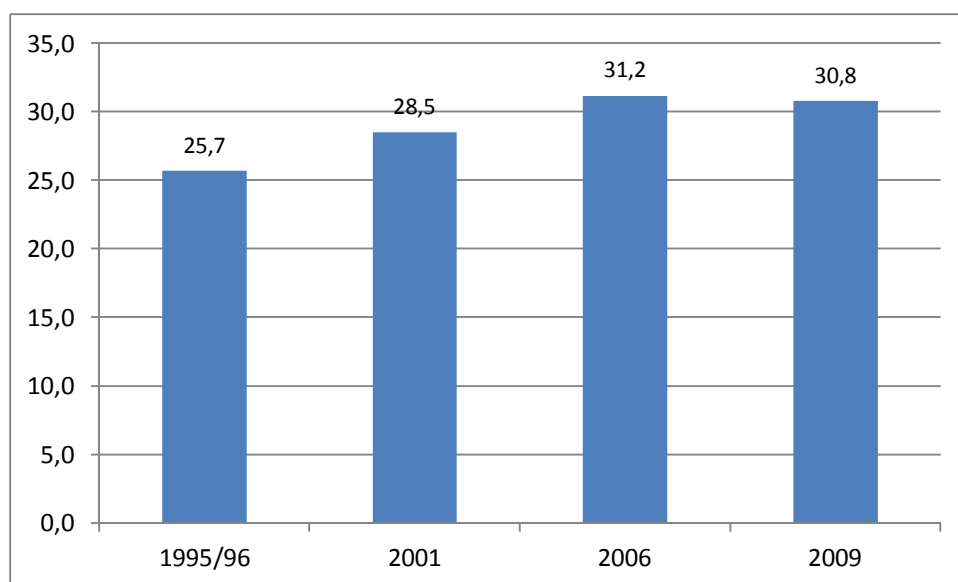
Ainsi, même si le taux d'utilisation des implants est toujours bas en 2009, cette nouvelle méthode a un potentiel très important pour augmenter les couple-années de protection dans les années à venir. En principe il en est de même pour le DIU, mais le taux d'utilisation de cette méthode n'a pas évolué entre 2006 et 2009.

Besoins non satisfaits

Les besoins non satisfaits en matière de contraception font référence aux femmes fécondes (15 à 49 ans), *actuellement mariées ou vivant avec un homme*, qui déclarent ne plus vouloir d'enfants ou vouloir retarder le prochain enfant, mais qui n'emploient aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête.

On observe dans la figure 5.6 une stagnation des besoins non satisfaits entre 2006 et 2009 après une augmentation préoccupante de leurs poids durant la période 1995/96 à 2006.

Figure 5.6 : Tendence des besoins non satisfaits en matière de contraception (en pourcentage), parmi les femmes fécondes, mariées ou en union, selon les quatre enquêtes nationales



Fécondité

En effet, le nombre moyen d'enfants par femme au Mali (la fécondité) est resté quasiment stable pendant les 10 ans précédant la dernière ESDM : 6,7 en 1995/96, 6,8 en 2001, ensuite 6,6 en 2006. L'enquête MICS de 2009/10 n'a pas cherché à mesurer cet indicateur, donc ce n'est qu'en 2013 que les résultats de la prochaine ESDM, programmée pour 2012, vont fournir des nouveaux chiffres.

5.2 Variations dans l'utilisation des méthodes contraceptives et dans les besoins (non) satisfaits en 2009

L'enquête MICS a fourni des données actualisées sur le niveau d'atteinte des indicateurs clés pour suivre la situation des enfants et des femmes et l'évolution des objectifs millénaire pour le développement (OMD). Le tableau 5.2 (en annexe) montre les pourcentages des femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou en union utilisant une méthode contraceptive en 2009 par région, par milieu

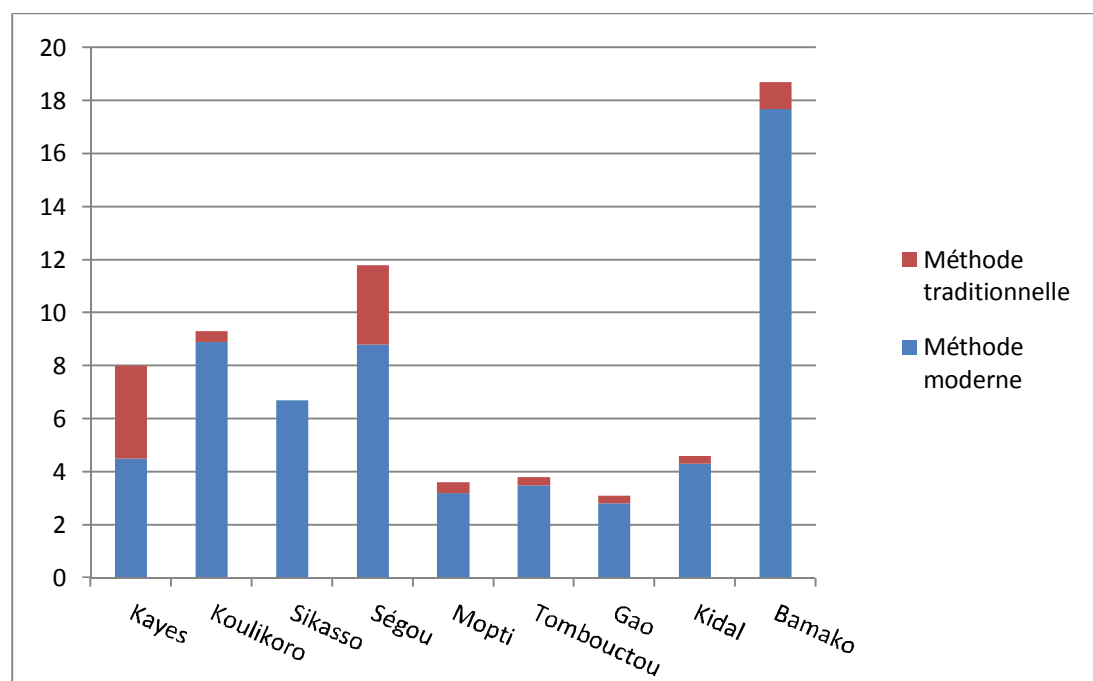
(rural/urbain), par tranche d'âge, par niveau d'instruction, par quintile du bien-être économique et par religion du chef de ménage.

Comme dans les enquêtes EDS, la prévalence de la contraception moderne chez les femmes mariées ou en union en 2009 était plus élevée dans la capitale de Bamako (17,7%) et dans les régions de Koulikoro et Ségou (8,8 à 8,9%) qu'ailleurs ; voir la figure 5.7. Cela peut s'expliquer de la longue histoire des activités de planification familiale dans ces régions, et de la présence de multiples acteurs et interventions, en comparaison avec les régions du nord du pays. Evidemment, le milieu socioculturel peut aussi jouer un rôle.

La contraception moderne était plus utilisée en milieu urbain (16,3%) qu'en milieu rural (5,0%) et les taux les plus faibles sont observés dans les régions de Gao, Mopti et Tombouctou (3,5% ou moins).

L'utilisation des méthodes traditionnelles était plus répandue dans les régions de Kayes (3,5%) et de Ségou (3,0%) qu'ailleurs dans le pays (1% ou moins).

Figure 5.7 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans en union utilisant une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle en 2009, par région



L'utilisation de la contraception moderne chez les femmes de la tranche d'âge 25-39 ans en 2009 était de 9%, contre 5% environ chez les femmes de 15-24 ans et 45-49 ans. Evidemment les motifs peuvent être différents : les jeunes femmes utilisent la contraception surtout pour espacer les naissances, tandis que les femmes âgées 40 ans ou plus l'utilisent surtout pour ne plus avoir des enfants. On en reviendra plus loin.

Les femmes ayant un niveau d'instruction du niveau secondaire ou plus (21,8%) utilisent plus les méthodes modernes de contraception (en 2009) que les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (5,5%). Comme l'on verra plus loin, les trois enquêtes EDSM précédentes ont relevé des disparités pareilles entre les femmes ayant de différents niveaux d'instruction – ce qui a été constaté d'ailleurs dans la plupart des pays du monde (Ross and Smith, 2011).⁷²

⁷² Ross, J. and E. Smith (2011): Trends in national family planning programmes, 1999, 2004 and 2009. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37(3): 125-133.

Les femmes des ménages les plus riches (18,6%) ont plus recours aux méthodes modernes que les femmes des ménages les plus pauvres (2,4%). Cette disparité reconferme les constats des enquêtes précédentes et il convient de démêler les effets des deux facteurs du niveau d'instruction et le bien-être économique.

On note aussi que la contraception moderne est relativement plus utilisée en milieu chrétien (12,9%) qu'en milieu musulman (8,0%) ou animiste (4,1%).

Besoins non satisfaits

Les besoins à couvrir en matière de contraception (besoins non satisfaits), font référence aux femmes fécondes qui n'utilisent aucune méthode de contraception, mais qui souhaitent reporter la prochaine naissance ou qui souhaitent simplement arrêter d'avoir des enfants. Il y a lieu donc de faire la distinction entre les besoins satisfaits ou non satisfaits pour l'espacement des naissances et ceux pour la limitation des naissances.

Encadré 5.1 : Besoins (non) satisfaits pour l'espacement et la limitation des naissances

Ces besoins sont identifiés dans les grandes enquêtes en utilisant une série de questions portant sur les comportements et les préférences actuelles en matière de contraceptifs, de fécondité et de fertilité.

Les besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances sont définies comme le pourcentage des femmes n'utilisant pas de méthode de contraception et :

- Ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post partum et sont fécondes et disent vouloir attendre deux ans ou plus pour avoir un autre enfant ; ou,
- Ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post partum et sont fécondes et ne sont pas sûres si elles veulent oui ou non un autre enfant ; ou,
- Sont enceintes et disent qu'elles ne voulaient un enfant en ce moment et auraient voulu attendre plus tard ; ou,
- Sont en aménorrhée post partum et disent qu'elles ne voulaient un enfant en ce moment et auraient voulu attendre plus tard.

Les besoins non satisfaits pour la limitation sont définies comme le pourcentage des femmes qui n'utilisent pas une méthode de contraception et:

- Ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post partum, et sont fécondes et disent ne vouloir aucun autre enfant ; ou
- Sont enceintes et disent ne pas vouloir d'enfant ; ou
- Sont en aménorrhée post partum et disent ne pas vouloir un autre enfant.

Si ces définitions semblent pareilles dans les enquêtes EDS et MICS, c'est seulement cette dernière enquête qui fournit des détails pour les périodes spécifiques de chacun des critères. Il est donc difficile à vérifier si les paramètres sont véritablement comparables d'une enquête à l'autre.

L'enquête MICS a aussi estimé le pourcentage de la demande satisfaite en matière de contraception, en utilisant les informations sur la contraception et les besoins à couvrir. Ce pourcentage est défini comme la proportion des femmes actuellement mariées ou en union, qui utilisent une méthode contraceptive, sur la demande totale en matière de contraception. Et ce dernier indicateur concerne les femmes qui ont des besoins non satisfaits (en matière d'espacement ou de limitation) plus celles qui utilisent une contraception actuellement.

Le total des besoins en matière de contraception non satisfaits est simplement la somme des besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances et des besoins non satisfaits pour la limitation des naissances.

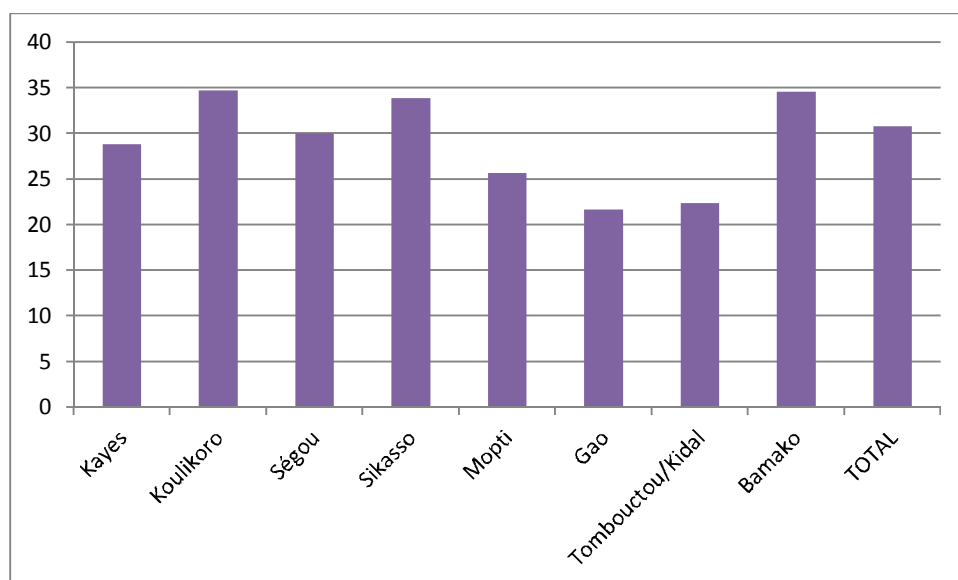
Au Mali, 30,8% des besoins en matière de contraception étaient non satisfaits en 2009, dont plus de deux-tiers (21,6%) pour espacer les naissances et le reste (9,2%) pour limiter le nombre d'enfants. Ce

taux global n'a guère évolué depuis 2006 (31,2%), après avoir augmenté de 25,7% en 1995/96, et 28,5% en 2001, avec des tendances presque identiques en milieu urbain et rural.

Toutefois, les besoins non satisfaits varient selon les régions : à 34-35%, ils sont les plus élevés à Bamako et dans les régions de Koulikoro, Sikasso et Kidal, contre 22% à Tombouctou et Gao ; voir le tableau 5.3 (en annexe) et la figure 5.8 ci-après.

Il est supposé que cette disparité s'explique en partie par des différences socioculturelles entre les régions, mais aussi du fait que les interventions plus intensives des ONG dans la ville de Bamako et les régions de Ségou, Koulikoro et Sikasso auraient augmenté le désir auprès des populations de se planifier plus qu'au nord du pays où il y a moins d'activités de planification familiale. Ainsi, il semblerait que l'ensemble de ces mêmes ONG et les structures sanitaires publiques et privées ont augmenté les besoins en matière de contraception, mais elles n'arrivent pas suffisamment à les satisfaire.

Figure 5.8 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans en union, ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception, en 2009.



Les besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances sont plus élevés chez les jeunes femmes (27% environ pour les 15-24 ans) que les femmes âgées (7% pour les 45-49 ans, 12% pour les 40-44 ans).

Quant aux besoins satisfaits pour la limitation des naissances, le taux est beaucoup plus élevé chez les femmes âgées (38% pour les 45-49 ans) que chez les jeunes femmes (moins de 1% pour les 15-24 ans) ; ceci est tout à fait compréhensible, car il est peu probable que ces dernières se déclarent ne plus vouloir des enfants.

Besoins satisfaits

Seulement 10% des besoins en matière de contraception étaient satisfaits en 2009 au Mali, dont 2% pour la limitation et 8% pour l'espacement des naissances (MICS, 2011). Les taux de besoins satisfaits pour l'espacement était de 16% à Bamako, 10% à Ségou et moins de 10% dans les autres régions. Pour la tranche d'âge 20-29 ans, ce taux était de 10%, contre seulement 6% pour les jeunes de 15-19 ans. On note aussi que le total des besoins satisfaits pour les femmes des ménages les plus riches était de 21%, contre 4% pour les femmes des ménages les plus pauvres.

Dans l'ensemble, le total des demandes de contraception satisfaites en 2009 au Mali était de 24%, encore avec une disparité entre milieu urbain (36%) et rural (19%).

Selon l'âge, les taux de demandes satisfaites étaient plus élevés pour les femmes de la tranche d'âge 25-34 ans (29 à 31%) que pour les femmes jeunes (18%) et veilles (12%). Le niveau d'instruction et le niveau de vie des ménages ont clairement une incidence sur les taux des demandes satisfaites, avec les femmes des ménages du quintile le plus riche ayant leurs demandes satisfaites à un niveau trois fois plus élevé que celles du quintile le plus pauvre (39% contre 13%).

Une analyse approfondie des trois enquêtes EDSM, publiée en 2009, a mené au constat que la non connaissance des méthodes contraceptives modernes ne semble plus être un facteur explicatif des faibles niveaux de pratique de la contraception moderne au Mali ; ceci au vu du niveau élevé de connaissances des méthodes contraceptives modernes.⁷³

« La question se pose alors de savoir si la demande en matière de maîtrise de la fécondité, la bonne connaissance (d'autres aspects de la PF), l'offre et l'accès réel à la contraception moderne, en sont les causes (des faibles niveaux de pratique de la contraception) ? Cette question revêt une importance particulière, dans la mesure où le gouvernement et les partenaires au développement semblent avoir déployé d'énormes efforts en faveur de la santé maternelle et infantile et dans le domaine de la planification familiale. »

Ces efforts n'étant pas égaux dans les différentes zones du pays, il convient donc d'approfondir ci-après les facteurs de succès et d'échec des interventions de planification familiale.

En conclusion,

- L'utilisation de la contraception moderne n'est pas égalitaire dans le pays, avec des disparités assez importantes entre régions et selon les principaux caractéristiques des ménages et des individus ;
- Le fait que non seulement les besoins satisfaits, mais aussi les besoins non satisfaits sont les plus élevés dans la ville de Bamako et les régions de Koulikoro, Ségou et Sikasso, expose l'ambiguïté des résultats de l'ensemble des prestataires de services de planification familiale dans ces zones : d'une part ces prestataires ont contribué à des meilleurs taux d'utilisation de la contraception moderne qu'ailleurs dans le pays, d'autre part ils ont créé un besoin auquel ils ne sont pas suffisamment à mesure de répondre.

5.3 Evolution des principaux indicateurs de planification familiale dans la période 1996-2009

Les quatre grandes enquêtes d'envergure nationale, les trois EDSM de 1995/96, 2001, 2006 et l'enquête MICS réalisée en 2009/10, permettent de déterminer :

- les tendances dans la pratique de la contraception au Mali sur une période de 14 ans, par zone géographique, en termes d'utilisation actuelle de la contraception, de son utilisation à un moment quelconque, d'utilisation future, des besoins satisfaits et non satisfaits ;
- l'évolution des niveaux de connaissance de la période féconde de la femme, et des méthodes modernes de contraception ;
- les effets en termes d'âge rapporté du moment des premiers rapports sexuels, âge à la première grossesse, nombre d'enfants, intervalle de naissances, complications éventuelles à la dernière naissance, mortalité.

Au vu du fait que les questionnaires de l'enquête MICS sont différents de ceux des EDS, certaines informations ne sont malheureusement pas disponibles pour 2009, limitant la période d'analyse de certaines tendances à 11 ans.

⁷³ Mariko et al. (2009) : Pratique contraceptive et importance des besoins satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006. Ministère de la Santé et USAID.

Les principales caractéristiques des ménages considérées sont : composition, âge et sexe de leurs membres, résidence (urbain/rural), avoir des biens (tels que radio, moto/mobylette), accès à une source d'eau potable, emploi/occupation, quintile de bien-être économique du ménage (en 2006).

Les principales caractéristiques des femmes sont : âge, nombre d'enfants vivants ou morts, utilisation actuelle de la contraception (au moment de l'enquête), utilisation à un moment quelconque, nombre d'enfants désirés, fréquentation des cliniques pour les consultations prénatales, et plusieurs données en rapport du dernier enfant (complications éventuelles, poids à la naissance, etc.).

Les tendances de certains effets sont difficiles à interpréter. C'est le cas par exemple pour les besoins (non) satisfaits et les grossesses désirées, puisque les interventions de planification familiale visent non seulement l'augmentation de la pratique de la contraception mais aussi le changement des attitudes vis-à-vis le nombre d'enfants désirés, ce qui aurait une incidence sur les réponses obtenues des femmes enquêtées sur les questions concernant les besoins non satisfaits, les grossesses (non) désirées et même l'intention d'utiliser la contraception dans le futur.

Il a fallu faire une sélection de ces variables pour présenter les résultats des analyses réalisées dans le présent rapport. Plusieurs facteurs ne sont en réalité pas associés de manière significative avec la pratique de la contraception et ses effets, et ces résultats ne sont donc pas tous rapportés ici en détail.

Principales tendances en zones urbaines et rurales

L'utilisation actuelle de la contraception par les femmes dans les zones urbaines n'a guère évolué pendant la période de 14 ans, tandis qu'en zone rurale elle a été en augmentation constante, passant de 3,3% en 1995/96 à 6,4% en 2009. On constate donc une répartition plus égalitaire entre les milieux urbain et rural, mais il faut toutefois reconnaître que ces taux restent timides.

Tableau 5.4: Tendances dans l'utilisation actuelle de la contraception (moderne et traditionnelle⁷⁴) parmi les femmes actuellement en union et leurs motifs, selon le milieu de résidence ; 1995/96, 2001, 2006, 2009

	Année d'enquête			
	1995/96	2001	2006	2009
Utilisation actuelle				
<i>Ensemble</i>	6.7	8.1	8.2	9.2
Urbain	16.2	17.9	15.2	17.1
Rural	3.3	4.9	5.1	6.4
<i>Pour l'espacement</i>	4.3	5.1	5.5	<i>n.d.*</i>
Urbain	9.8	11.4	10.6	
Rural	2.3	3.0	3.3	
<i>Pour la limitation</i>	2.5	3.0	2.7	<i>n.d.*</i>
Urbain	6.4	6.4	4.7	
Rural	1.0	1.9	1.9	

**données non disponibles, puisqu'il n'y avait pas une question dans le questionnaire du MICS pour différencier entre les deux motifs pour utiliser la contraception.*

⁷⁴ Il a été préféré de présenter les taux d'utilisation de l'ensemble des méthodes modernes et traditionnelles, parce qu'en 2006 la méthode MAMA a été classifié comme méthode moderne, tandis que les autres enquêtes l'ont classifié comme méthode traditionnelle.

Le désir d'espacer les naissances est le principal motif pour pratiquer la contraception (5,5% en 2006 pour l'ensemble du pays), avec la minorité des femmes utilisant la contraception en vue de limiter les naissances (2,7%). Ce sont surtout les femmes âgées 40 ans ou plus qui ne veulent plus avoir d'enfants.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ont augmenté par 5 points de pourcentage pendant la période de 14 ans, et il y a peu de différence entre les milieux urbain et rural (tableau 5.5). Surtout les besoins non satisfaits pour limiter les naissances dans les deux milieux ont augmenté jusqu'en 2006, avec les besoins non satisfaits pour l'espacement restant plus ou moins au même niveau.

Tableau 5.5: Tendances des besoins en matière de contraception parmi les femmes actuellement en union, selon le milieu de résidence ; 1995/96, 2001, 2006, 2009

Besoins non satisfaits	Année d'enquête			
	1995/96	2001	2006	2009
<i>Ensemble Ensemble</i>	25.7	28.5	31.2	30.8
Urbain	27.0	31.4	32.4	32.2
Rural	25.3	27.6	30.7	30.4
<i>Pour l'espacement</i>	20.1	20.9	21.4	21.6
Urbain	20.0	22.3	25.3	23.7
Rural	20.1	20.4	19.7	20.9
<i>Pour la limitation</i>	5.7	7.6	9.8	9.2
Urbain	7.0	9.0	7.1	8.5
Rural	5.2	7.2	11.0	9.5

La demande totale de contraception a augmenté par 8 points de pourcentage environs pendant la période de 14 ans. Elle est estimée à 40% en 2009 pour l'ensemble du pays avec la disparition entre les milieux urbain et rural devenant légèrement moindre au fil du temps.

Tableau 5.6: Tendances de la demande totale et la demande satisfaite en matière de contraception parmi les femmes actuellement en union, selon le milieu de résidence ; 1995/96, 2001, 2006, 2009

Demande totale de contraception	Année d'enquête			
	1995/96	2001	2006	2009
<i>Ensemble</i>	32.5	36.6	39.5	40.0
Urbain	43.2	49.3	47.6	49.3
Rural	28.6	32.5	35.8	36.8
Pourcentage de demande satisfaite *				
<i>Ensemble</i>	20.7	22.1	20.9	24.3
Urbain	37.5	36.3	32.0	35.6
Rural	11.6	15.1	14.3	18.9

*Note : la demande satisfaite concerne les femmes qui utilisent une méthode de PF ; les besoins non satisfaits (dans le tableau 5.5) reflètent le total des femmes ayant exprimé un besoin pour limiter ou espacer les naissances qui n'utilisent aucune méthode de PF.

Le pourcentage de demande satisfaite a augmenté elle aussi pendant la même période, toutefois de manière timide et avec une chute entre 2001 et 2006 en milieu urbain aussi bien qu'en milieu rural.

En 2009, la demande satisfaite en milieu rural s'est rapprochée légèrement du pourcentage en milieu urbain.

En conclusion,

- après la période de stagnation entre 2001 et 2006, l'utilisation actuelle de la contraception pendant les trois années suivantes (de 2006 à 2009) a montré une légère amélioration. Si le pourcentage de demande satisfaite a augmenté en milieu rural, il n'a guère évolué en milieu urbain (36% environ).
- Le fait que les tendances dans les besoins non satisfaits sont pareilles pour les milieux urbain et rural, avec des stagnations entre 2006 et 2009, indiquerait des insuffisances dans la performance de l'ensemble des interventions de planification familiale dans le pays.

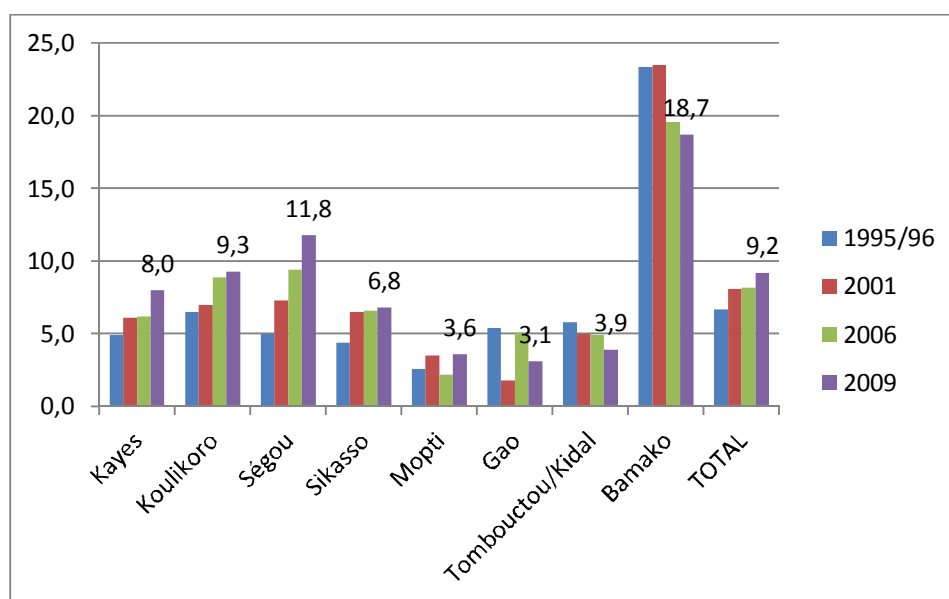
Principales tendances par région

L'utilisation actuelle des méthodes de contraception varie selon les régions, comme la figure 5.9 démontre. Les tendances les plus remarquables sont les suivantes :

- la diminution de la prévalence de la contraception à Bamako, de 23% environ en 1996 et 2001, à 18,7% en 2009 (dont 17,7% pour la contraception moderne) ; ceci, malgré le fait que les services de planification familiale dans la capitale sont plus divers et l'accessibilité géographique y est en principe plus aisée qu'ailleurs au Mali ;
- l'augmentation de la prévalence de la contraception dans les trois régions de Kayes (à 8,0% en 2009), Koulikoro (9,3%) et Ségou (11,8%), et dans une moindre mesure dans la région de Sikasso (6,8% en 2009) ; il s'agit ici des régions ayant une longue histoire en planification familiale, avec plusieurs intervenants et de multiples interventions ;
- des taux d'utilisation très timides dans les autres régions (moins de 4%), avec une légère diminution dans l'extrême nord du pays (Kidal et Tombouctou) et des tendances irrégulières à Mopti et Gao.

Toutefois, il convient de rappeler que les régions de Ségou et Kayes connaissent plus d'utilisatrices des méthodes traditionnelles (3,5% et 3,0%) que les autres régions (1,0% ou moins). En termes d'utilisation des méthodes modernes, la ville de Bamako (17,7%) et les deux régions de Koulikoro et Ségou (8,8% et 8,9%) ont les taux les plus élevés.

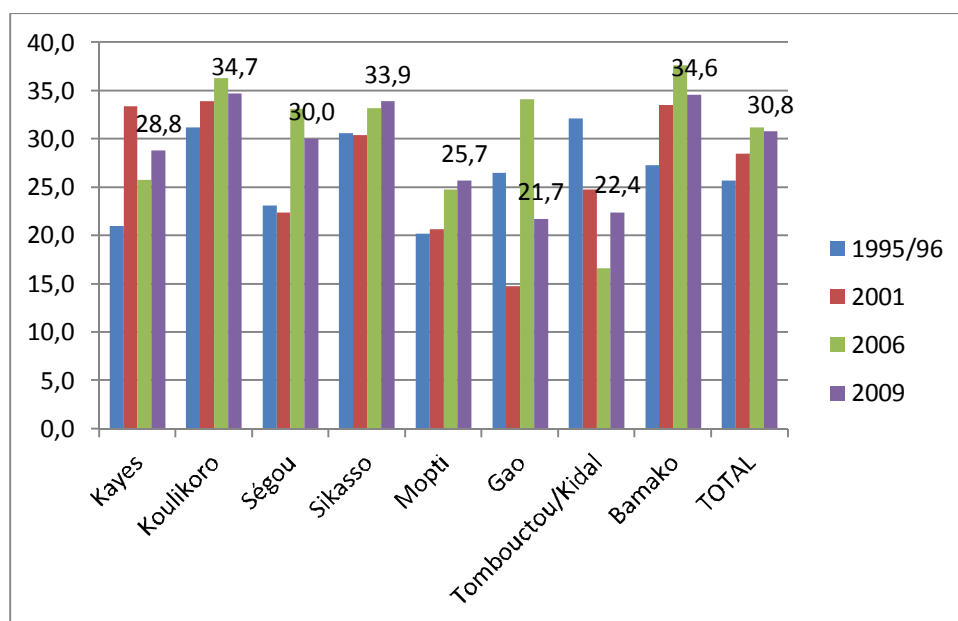
Figure 5.9 : Evolution du taux d'utilisation de la contraception (moderne et traditionnelle) au cours de la période 1995/96 – 2009, selon les régions



*Source : les trois EDSM et MICS 2009/10

En ce qui concerne l'évolution des besoins non satisfaits, on observe dans la figure 5.10 une légère augmentation sur la période de 14 ans dans toutes les régions, à l'exception du nord du pays (Gao, Tombouctou/Kidal) où elle se présente en dents de scie. Comme déjà argumenté ci-haut, ces tendances sont difficiles à interpréter, puisqu'on peut s'attendre à ce que les interventions de planification familiale suscitent un intérêt auprès de la population à se planifier. Effectivement, les taux de besoins non satisfaits les plus élevés sont observés dans les régions qui sont mieux dotées de prestataires de planification familiale, à savoir Koulikoro, Sikasso et la ville de Bamako. Les augmentations les plus systématiques dans le taux de besoins non satisfaits sont observées à Mopti (de 20,2% en 1995/96 à 25,7% en 2009). La légère diminution des besoins non satisfaits à Bamako depuis 2006 (par 3 points de pourcentage, à 34,6% en 2009) serait un bon signe, si elle était accompagnée d'un accroissement du taux d'utilisation de la contraception sur la même période, mais ceci n'est pas le cas comme démontré ci-haut (figure 5.9). C'est donc plutôt un signe d'une faible efficacité de l'ensemble des interventions de planification familiale dans la ville de Bamako.

Figure 5.10 : Evolution des besoins non satisfaits en matière de contraception au cours de la période 1995/96 – 2009, selon les régions



Autres indicateurs d'effets

D'autres indicateurs d'effets dont les tendances ont été examinées sont : connaissances du cycle d'ovulation et de la période féconde, grossesse désirée/non désirée et âge au moment des premiers rapports sexuels.

En termes de connaissances du cycle d'ovulation (tableau 5.7), on peut observer des améliorations dans le nord du Mali, à Koulikoro et à Mopti entre 1995/96 et 2006, et une détérioration à Sikasso malgré la présence de multiples intervenants dans le domaine de la planification familiale dans cette dernière région.

Les connaissances des méthodes modernes de contraception se trouvent à un niveau beaucoup plus élevé, mais on note la disparité entre certaines régions évoluant dans la bonne direction (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou) et d'autres où les connaissances en 2006 étaient moindre qu'en 2001 (Mopti, les trois régions du nord, et même à Bamako). Cela signifie des défaillances dans le transfert d'information par l'ensemble des structures sanitaires et ONG dans ces dernières régions.

Tableau 5.7 : Connaissance du cycle d'ovulation et des méthodes modernes de contraception, en 1996, 2001 et 2006

	Connaissance du cycle d'ovulation, 1995-2001-2006	Connaissance des méthodes modernes, 1995-2001-2006
Kayes	10% - 28% - 11% +-	64% - 67% - 72% ++
Koulikoro	8% - 16% - 17% ++	64% - 77% - 83% ++
Sikasso	14% - 10% - 10% --	67% - 82% - 83% ++
Ségou	8% - 16% - 24% ++	66% - 72% - 84% ++
Mopti	6% - 13% - 15% ++	38% - 68% - 49% +-
3 régions du Nord	11% - 8% - 20% ++	89% - 75% - 48% --
Bamako	23% - 34% - 25% +-	97% - 95% - 93% --

* Signification des codes : ++ tendance positive, -- tendance négative, +- tendance mixte

Par ailleurs, l'EDSM de 2006 a montré que la quasi-totalité des naissances (96%) survenues au Mali au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, étaient désirées. La plupart de ces naissances (83%) étaient planifiées⁷⁵ et dans 13% des cas les femmes auraient préféré qu'elles se produisent plus tard (EDSM, 2006). Les grossesses non désirées représentent 3%. Entre 2001 et 2006, il apparaît que les femmes ont planifié de mieux en mieux leur fécondité, puisque à l'EDSM de 2001, 79% des naissances s'étaient produites au moment désiré, 17% des naissances étaient souhaitées mais plus tard, et 3% n'étaient pas désirées. Ces résultats ont révélé également que les naissances de rangs inférieurs sont les mieux planifiées ; et selon l'âge de la mère, on constate que les naissances les mieux planifiées sont celles des femmes de moins de 30 ans, puisque moins de 2% des naissances sont non désirées dans cette catégorie.

Sur la base de ces résultats, l'indice synthétique de fécondité⁷⁶ des femmes au Mali en 2006, serait de 6 enfants au lieu de 6,6 enfants. Autrement dit, il n'y a pratiquement pas d'écart entre la fécondité réelle et la fécondité désirée. Quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques des femmes (milieu de résidence, région, niveau d'instruction, bien-être économique), l'indice synthétique de fécondité désirée en 2006 était toujours très légèrement inférieur à l'ISF.

Age aux premiers rapports sexuels

Les femmes maliennes commencent très tôt leur vie sexuelle. Bien évidemment c'est lié au phénomène qu'elles sont généralement très jeunes au moment de leur entrée en mariage. En effet, parmi celles de 20-49 ans en 2006, près du quart (24%) avait déjà eu leurs premiers rapports sexuels en atteignant 15 ans et plus de huit sur 10 (83%) en atteignant 20 ans (EDSM, 2006). L'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes âgées de 25 à 49 ans était estimé à 16,1 ans, ce qui est

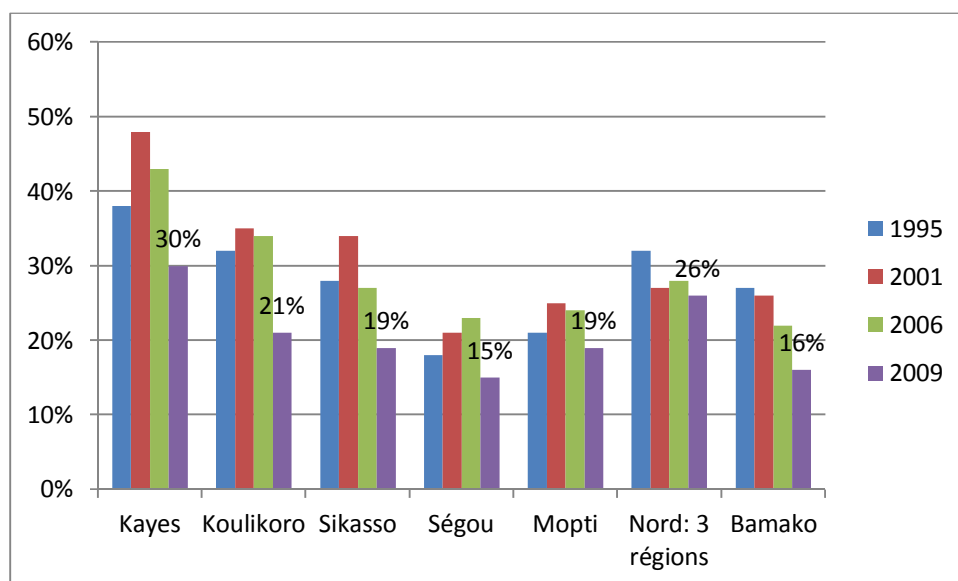
⁷⁵ C'est-à-dire, elles ont eu lieu au moment voulu, selon les mères enquêtées.

⁷⁶ L'Indice synthétique de fécondité (ISF) est un indicateur conjoncturel de fécondité, qui est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. Il correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde, si les taux de fécondité du moment restaient invariables. Pour la fécondité actuelle dans les EDS, les taux de fécondité et l'ISF sont calculés pour la période des cinq années ayant précédé l'enquête.

légèrement inférieur à l'âge médian à la première union (16,6 ans). Il est à noter que généralement au Mali, on attend des jeunes mariées qu'elles ne retardent pas à tomber enceintes, comme les enquêtes du terrain on clairement montré (cf. Chapitre 6). Cela veut dire que la majorité d'entre elles sentiraient moins le besoin d'utiliser des méthodes contraceptives.

Toutefois, en 2009, le pourcentage des filles ayant leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a diminué dans toutes les régions par rapport à 2006, mais aussi par rapport à 1995/96 (voir figure 5.11). Evidemment, c'est tout un complexe de facteurs qui peuvent jouer un rôle dans cette tendance, y compris une meilleure connaissance des risques d'infections sexuellement transmissibles et du VIH, et on ne pourra pas lier cette tendance aux interventions de planification familiale.

Figure 5.11 : Pourcentage des filles ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans



Importance d'un indice du bien-être économique uniforme et compatible

Une des caractéristiques les plus importantes dans les grandes enquêtes est normalement l'indice du bien-être économique, basé sur les biens durables possédés par les ménages. Dans le cas des EDS réalisées au Mali, c'est seulement l'enquête de 2006 qui contient un indice du bien-être économique. En vue de permettre des comparaisons à travers les différentes enquêtes, un nouvel indice a été construit et calculé pour chacune des bases de données des quatre enquêtes concernées. Ceci a été fait par une analyse factorielle des variables ayant trait à la possession d'électricité et de biens tels qu'une radio, une télévision, un réfrigérateur, une bicyclette, une moto/mobylette, une voiture (ou camion). Au vu du fait que les personnes enquêtées à Bamako étaient presque tous dans les trois meilleurs quintiles du bien-être économique de la distribution issue de l'analyse factorielle pour l'ensemble des ménages du pays, une analyse séparée a été menée pour la ville de Bamako (séparée de l'analyse pour le reste du pays).

De ces analyses qui sont présentées dans un rapport séparé, on peut retenir que l'indice du bien-être économique construit sur la base des deux facteurs principaux en 1996 explique 57% de la variabilité des analyses au niveau régional (hormis Bamako) et 54% de la variabilité dans l'analyse pour Bamako. En 2001, ces taux respectifs sont de 59% et 53% ; en 2006 de 54% et 50% ; et en 2009 de 56% et 53%. Ce sont des taux considérables,⁷⁷ et par conséquent, il est opportun d'utiliser les indices concernés pour les analyses ultérieures. La comparaison des indices du bien-être

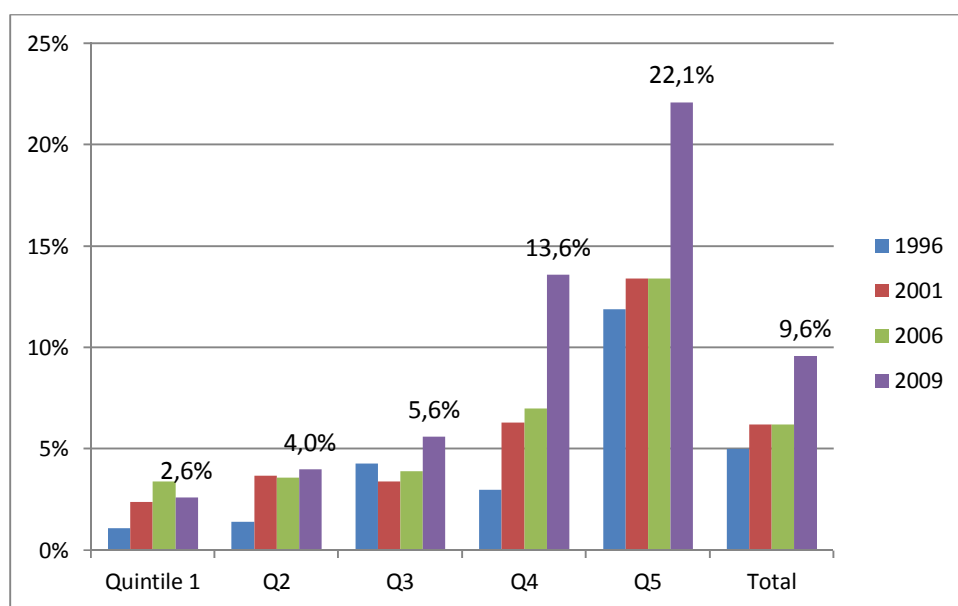
⁷⁷ Il n'existe pas de critères absolus.

économique ainsi construits pour 2006 et 2009 avec les indices des bases de données des EDS et du MICS indique certaines disparités, mais les distributions des femmes ayant utilisé des méthodes modernes de contraception en 2006 sont comparables. Pour 2009, elles sont moins comparables, mais l'importance de disposer d'une définition uniforme et compatible pour l'indice du bien-être économique est jugée primordiale.

Influence relative du bien-être économique

Le bien-être économique du ménage a une grande influence sur la pratique de la contraception. L'analyse s'est limitée aux deux mesures d'utilisation des méthodes de contraception : son utilisation actuelle (au moment de l'enquête) et son utilisation antérieure à un moment quelconque. La figure 5.12 présente les taux d'utilisation actuelle pour les cinq quintiles de bien-être économique dans les quatre enquêtes.

Figure 5.12 : Utilisation actuelle de la contraception pour les cinq quintiles de bien-être économique, en 1996, 2001, 2006 et 2009



Pendant les deux premières périodes (de 1995/96 à 2001, et de 2001 à 2006) les taux d'utilisation de la contraception sont devenus plus égalitaires, puisque les deux quintiles les plus pauvres (Q1 et Q2) ont rapporté des incréments plus importants que les quintiles les plus riches. Toutefois, les taux beaucoup plus élevés pour les deux quintiles les plus riches dans l'enquête MICS de 2009/10 (13,6% et 22,1%) suggèrent que cette tendance a été inversée entre 2006 et 2009.⁷⁸ A l'exception du quintile le plus pauvre (Q1), les quatre autres quintiles ont augmenté le taux d'utilisation de la contraception, avec l'augmentation proportionnelle la plus importante observée pour le 4^{ème} quintile, suivi par le 5^{ème} quintile. Ceci démontre une disparité accrue parmi les cinq quintiles de bien-être économique depuis l'EDS de 2006.

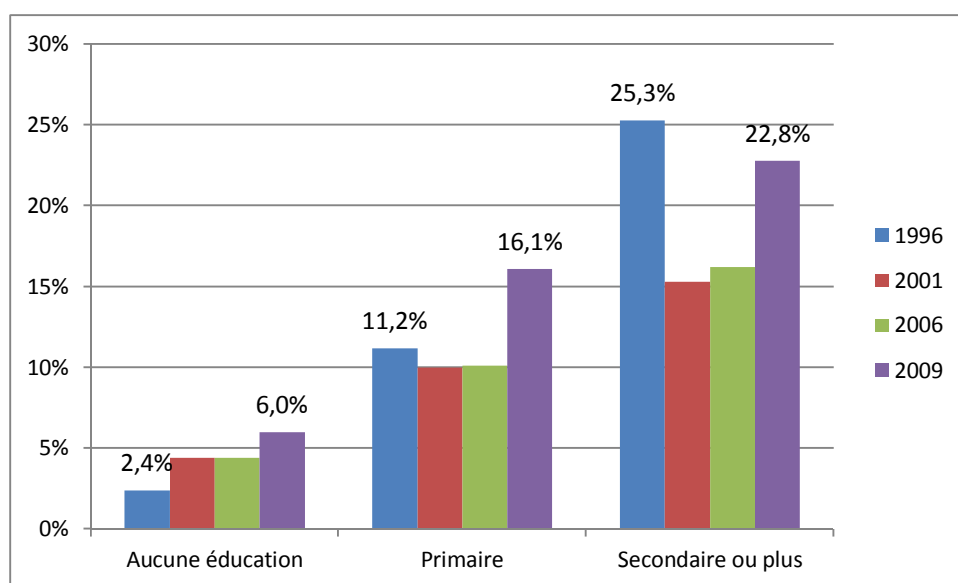
L'utilisation de la contraception à un moment quelconque, et l'influence du bien-être économique sur ce taux, est rapportée séparément, mais uniquement pour les trois EDSM, puisque le MICS 2009/10 n'avait pas ces données. Les tendances entre 1995/96 et 2006 sont pareilles, avec des taux plus élevés dans les quintiles les plus riches.

⁷⁸ Ceci avec un peu de réserve, puisqu'il s'agit de deux différents types d'enquête (EDS et MICS) donc il se peut que les enquêteurs ont été instruits différemment.

Influence relative du niveau d'instruction

Il est intéressant de noter qu'en termes du niveau d'instruction, la catégorie des femmes ayant aucune éducation utilisent considérablement plus souvent la contraception en 2009 qu'en 1995/96 (figure 5.13). En fait, les disparités entre les trois niveaux d'instruction ont diminué suite à la stagnation des taux d'utilisation de la contraception parmi les femmes ayant une éducation primaire ou secondaire. Cependant il convient de noter que selon la littérature internationale, le niveau d'instruction des femmes est de loin le principal facteur associé avec la pratique de la contraception et le niveau de fertilité.

Figure 5.13 : Utilisation actuelle de la contraception pour les trois niveaux d'instruction, en 1996, 2001, 2006 et 2009



En conclusion,

- La disparité parmi les cinq quintiles de bien-être économique s'est accrue depuis l'EDS de 2006.
- La disparité parmi les différentes catégories d'instruction a diminué avec les femmes ayant aucune éducation utilisant considérablement plus souvent la contraception en 2009 qu'en 1995/96.

Dans un perspective plus internationale, Cleland et al. (2011) ont estimé qu'en Afrique de l'Ouest, le pourcentage de femmes mariées ayant complété l'éducation primaire a augmenté de 13% en 1991 à 16% en 2004, contre une augmentation de 24% à 45,5% en Afrique australe sur la même période. Ceci explique la disparité énorme en termes d'utilisation actuelle de la contraception entre les deux régions : en Afrique de l'Ouest elle a augmenté par 0,6% points de pourcentage par an, de 7% en 1991 à 15% en 2004 ; en Afrique australe l'utilisation actuelle de contraception a augmenté par 1,4% points de pourcentage par an, de 16% à 33%.⁷⁹ Ainsi, la diminution de la disparité dans l'utilisation de la contraception parmi les femmes de différents niveaux d'instruction au Mali est remarquable.

⁷⁹ Cleland John G., Robert P. Ndugwa and Eliya M. Zulu (2011). Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Bulletin of the World Health Organization* 89:137-143.

5.4 Influence des facteurs démographiques et socioéconomiques sur la pratique de la contraception

Pendant la phase du cadrage de l'étude, il était prévu que l'analyse secondaire des bases de données des EDS/MICS allait permettre de (a) détecter des tendances au fil du temps dans la pratique de la contraception, (b) des différences géographiques (notamment interrégionales) dans l'ampleur et la vitesse de ces tendances, et (c) d'en identifier les facteurs explicatifs. Il était prévu aussi d'interpréter ces tendances et ces différences à la lumière des interventions de planification familiale au Mali, des résultats de l'étude qualitative qui sont rapportés dans le chapitre 6, et d'autres études pertinentes réalisées au Mali.

Il s'agirait ici d'examiner les caractéristiques qui affectent la pratique de la contraception et le niveau des besoins non satisfaits en matière de contraception chez les femmes maliennes – ceci à travers la méthode de régression logistique. La justification de cette méthode est que presque tous les effets considérés (utilisation de la contraception, connaissance, intention d'utiliser la contraception dans le futur, besoins satisfaits) sont dichotomiques, c'est-à-dire ils prennent la valeur 0 ou 1.

A part la variable région, quatre variables indépendantes sont considérées dans cette analyse : catégorie d'âge, résidence (urbain/rural), niveau d'instruction, et indice de bien-être économique. Au vu du fait que les régions sont considérées différentes, représentant des différentes cultures, les analyses ont été menées séparément pour chacune des régions. Aussi, une analyse séparée a été menée pour la ville de Bamako, en utilisant l'indice de bien-être économique pour Bamako, au lieu de l'indice construit pour le reste du pays.

A ce stade, il doit être constaté que dans les modèles adoptés pour les analyses multivariées, l'équipe de chercheurs n'a pas réussi à reproduire certains indicateurs, notamment des indicateurs d'effets, qui correspondent suffisamment avec les résultats rapportés par les EDS et le MICS. Plus particulièrement, il n'a pas été possible de reproduire certains résultats de l'analyse approfondie des trois EDS réalisées par Mariko et al. en 2009.⁸⁰ Ceci est lié au fait que le modèle utilisé n'a pas été décrit suffisamment en détail, pour évaluer sa compatibilité avec le modèle choisi dans la présente étude. Dans certains cas les syntaxes de calcul n'apparaissent pas les mêmes dans toutes les enquêtes. Contrairement aux attentes de l'équipe de chercheurs, il y avait peu de questions dans le MICS 2009/10 liées à la question de la contraception permettant une comparaison avec les résultats des enquêtes EDS.

En conséquence, les résultats de l'analyse issus de l'analyse multivariée réalisée dans le cadre de la présente étude ne sont pas rapportés ici. La leçon à tirer de cette expérience est que dans une première étape de l'étude il aurait fallu plus d'attention pour la reproduction des résultats dans les rapports concernés et dans d'autres analyses secondaires déjà menées, avant de se lancer dans une analyse plus approfondie.

5.5 Mortalité infantile et planification familiale

La mortalité infantile est une statistique calculée en faisant le rapport entre le nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an (12 mois) sur le nombre total d'enfants nés vivants. Cette statistique est exprimée pour 1 000 naissances (‰).

Les bases de données des trois EDSM ont permis de calculer trois différents paramètres de mortalité infantile parmi les enfants des femmes enquêtées :

- Tous les enfants morts avant l'âge d'un an parmi tous les enfants nés vivants pendant la vie de la femme (libellé 'Vie') ;
- Tous les enfants morts avant l'âge d'un an pendant les 5 dernières années (libellé '5 ans') ;

⁸⁰ Mariko et al. (2009) : Pratique contraceptive et importance des besoins satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006. Ministère de la Santé et USAID.

- Les enfants morts avant l'âge d'un an parmi les derniers enfants nés vivants (libellé 'Dernier').

Ventilation des taux de mortalité infantile selon l'utilisation de la contraception par les mères

Les taux de mortalité infantile parmi les enfants des mères n'ayant pas utilisé la contraception moderne à un moment quelconque sont plus élevés que pour les mères qui l'ont utilisée au moins une fois pendant leur vie reproductive. Ceci est le cas pour tous les trois paramètres de mortalité infantile dans toutes les trois enquêtes (1996, 2001, 2006).

Les différences entre les deux catégories de femmes (utilisatrices et non utilisatrices) sont statistiquement significatives pour 7 paramètres, sur le total des 9 paramètres, à savoir pour tous les trois paramètres en 1996, pour les paramètres 'Vie' et 'Dernier' en 2001, et pour les paramètres 'Vie' et '5 ans' en 2006. Pour le paramètre 'Vie' les différences sont même plus de six fois l'écart type (ET; dans tous les trois cas de figure), donc très significatives; et pour le paramètre 'Dernier' elles sont plus de quatre fois l'écart type (ET). Voir le tableau 5.7.1 en annexe K.

Pareillement, la ventilation des taux de mortalité infantile selon l'utilisation actuelle de la contraception moderne montre que la mortalité est plus élevée dans le cas où les mères utilisent la contraception. Ceci est le cas pour tous les trois paramètres dans toutes les trois enquêtes (1996, 2001, 2006) et toutes les neuf différences sont statistiquement significatives. En plus, la différence pour le paramètre 'Vie' est huit fois l'écart type dans toutes les trois enquêtes. En d'autres termes: les femmes qui utilisent la contraception moderne au moment de l'enquête ont eu très significativement moins d'enfants qui étaient morts avant d'atteindre leur premier anniversaire. Ce qui indique la forte association entre les deux paramètres, bien que la causalité ne puisse pas être prouvée.

Analyse de régression logistique de la mortalité infantile

Il est connu que plusieurs variables sont associées avec l'utilisation de la contraception moderne. Il s'agit de variables structurelles et personnelles :

- Facteurs structurels : religion, résidence rurale/urbaine, niveau de scolarisation, bien-être économique (quintile);
- Facteurs personnels : âge aux premiers rapports sexuels, âge à la première naissance, nombre d'enfants.

A. Si toutes ces variables sont incluses dans une équation de régression logistique⁸¹ avec le paramètre 'Vie' de la mortalité infantile, la variable 'utilisation de la contraception moderne à un moment quelconque' reste statistiquement significative en 2001; et la variable 'utilisation actuelle de la contraception moderne' est statistiquement significative en 1996 et en 2006 (cf. tableau 5.7.2 en annexe K).

Si par la suite, ces mêmes variables sont incluses dans une régression OLS⁸² avec le nombre de décès d'enfants parmi les mères ayant perdu un ou plusieurs enfants pendant leur vie, la

⁸¹ *In order to carry out multivariate regression analysis to adjust for these confounders, we have to take into account the distribution of the outcome variables, because the standard Ordinary Least Squares model format (OLS) requires that the distribution of the error term be (approximately) normal and that is not the case for any of the three outcome variables. Thus, the death of the last birth is clearly a binary variable and so the appropriate transformation is the logistic form. The five year and lifetime mortality rates both have distributions that are highly skewed to the left with large numbers of zero values which means that the distribution is nowhere near normal. Whilst the theoretically correct model is an ordered Tobit, this also requires several assumptions and is difficult to interpret; instead, the more usual approach is to analyse this kind of distribution in two stages in which there is first a logistic regression of zero values against non-zero values, and then an OLS regression among those with non-zero values.*

⁸² *Ordinary least squares.*

variable 'utilisation de la contraception moderne à un moment quelconque' est statistiquement significative en 2001 et la variable 'utilisation actuelle' est significative en 1996.

En d'autres termes : les mères qui utilisent la contraception moderne, perdent moins souvent leurs enfants avant l'âge d'un an que celles qui ne l'utilisent pas.

B. Si toutes les variables sont incluses dans une équation de régression logistique avec le paramètre '5 ans' de la mortalité infantile, aucune des deux variables relatives à l'utilisation de la contraception moderne dans les trois enquêtes n'est statistiquement significative à 5% (cf. tableau 5.7.3 en annexe K). Seulement deux variables sont statistiquement significatives à 10%, à savoir 'utilisation actuelle' en 1996 et 'utilisation de la contraception moderne à un moment quelconque' en 2006. Toutefois, aucun des coefficients n'est statistiquement significatif dans une régression OLS avec le nombre de décès d'enfants parmi les mères ayant perdu un ou plusieurs enfants pendant leur vie.

En d'autres termes, la corrélation entre l'utilisation de la contraception moderne et la mortalité infantile parmi les enfants de moins d'un an pendant les 5 dernières années n'est pas évidente.

C. Et finalement, si toutes les variables sont incluses dans une équation de régression logistique avec la mortalité infantile définie sur la base des derniers enfants nés vivants ('Dernier'), aucune des deux variables liées à l'utilisation de la contraception moderne dans aucune des trois enquêtes est statistiquement significative (cf. tableau 5.7.4 en annexe K).

En résumé, quel que soit le paramètre de mortalité infantile, les femmes qui utilisent la contraception actuelle ou qui l'ont utilisée à un moment quelconque, perdent leurs enfants moins que celles qui n'utilisent pas la contraception moderne, ou qui ne l'ont jamais utilisée.

Mais si les deux catégories de femmes en âge de procréer (les utilisatrices et les non utilisatrices) sont contrôlées pour leur niveau d'éducation, le bien-être économique du ménage, la région, la résidence, l'âge aux premiers rapports sexuels et l'âge à la première naissance, il ressort que l'association entre la mortalité infantile et l'utilisation de la contraception n'est pas évidente ; sauf dans le cas où tous les enfants nés vivants pendant la vie de la femme sont pris en considération pour la variable 'utilisation actuelle' en 1996 et en 2006, et pour la variable 'utilisation à un moment quelconque' en 2001. Dans ces trois cas, on perçoit un effet indépendant de l'utilisation de la contraception (sur un total de 18 cas de figure).

En conclusion,

- L'effet indépendant de l'utilisation de la contraception sur la mortalité infantile est bien perceptible, mais il ne se présente pas de manière systématique ;
- La non utilisation de la contraception moderne semble plutôt associée avec des cas de décès d'enfants nés il y a plus de cinq ans, qu'avec des cas de décès plus récents ;
- L'utilisation de la contraception moderne au moment de la dernière enquête en 2006 semble plus associée avec les facteurs structurels et personnels qu'auparavant (en 1996).

5.6 Estimation brute des effets de la contraception

Les réalisations des couple-années de protection pour les quatre méthodes contraceptives les plus répandues au Mali ont été estimées en 5.1 (tableau 5.1). Sur cette base, il est désormais possible d'estimer des multiples effets à moyen ou long terme de l'utilisation de ces méthodes. Ceci en utilisant la méthode « *Impact estimator* » développée par MSI. L'annexe J contient une description de cette méthode.

Les estimations des effets de l'utilisation de quatre méthodes modernes de contraception en 2006 et en 2009 sont présentées dans le tableau 5.8, en termes du nombre de grossesses et de naissances évitées, de décès évités chez les enfants de moins d'un an et ceux de moins de cinq ans, de décès maternels évités et des avortements évités. Sur une population de 14,5 millions en 2009, dont

environ 22% étaient des femmes en âge de procréer (15-49 ans), les effets de la contraception moderne en 2009 sont estimés à :

- Plus de 16 000 grossesses évitées
- Environ 12 000 naissances évitées
- Environ 1 200 enfants morts de moins de un an évités
- Environ 2 300 enfants morts de moins de cinq ans évités
- 100 décès maternels évités
- 175 avortements évités.

Tableau 5.8 : Effets à moyen/long terme des CAP réalisées par quatre méthodes de contraception en 2006 et 2009

2006	Pilule	Injectable	Implant	DIU	Total
CAP 2006	4,357	14,085	7,887	7,887	34,216
Grossesses évitées	911	2,944	1,648	1,648	7,151
Naissances évitées	662	2,141	1,199	1,199	5,201
Décès d'enfants <1 an évités	65	211	118	118	513
Décès d'enfants <5 ans évités	126	408	229	229	992
Décès maternels évités	5	18	10	10	43
Avortements évités	10	31	17	17	75
2009	Pilule	Injectable	Implant	DIU	Total
CAP 2009	6,155	25,795	38,013	9,503	79,466
Grossesses évitées	1,286	5,391	7,945	1,986	16,608
Naissances évitées	935	3,921	5,778	1,445	12,079
Décès d'enfants <1 an évités	92	387	570	143	1,192
Décès d'enfants <5 ans évités	178	748	1,102	276	2,305
Décès maternels évités	8	33	48	12	100
Avortements évités	14	57	84	21	175

Les réalisations pour l'année 2009 sont 2,3 fois plus élevées par rapport à celles pour l'année 2006.

Il est à noter que ces estimations dépendent de la méthode, qui implique certaines hypothèses. Une publication dans le journal *The Lancet*, qui est parue au moment où le présent rapport a été finalisé, estime que le nombre de cas de décès maternels évités en 2008 au Mali était de 608 à 959 (selon le modèle utilisé), soit 11,9% à 16,9% du total des cas de décès maternels (Ahmed et al., 2012)⁸³ – donc six à dix fois plus élevé par rapport à l'estimation de MSI de 2009. Pour l'ensemble des pays en Afrique subsaharienne, la proportion de décès maternels évités par la contraception serait de 31,9% ; ce pourcentage est beaucoup plus élevé que celui du Mali à cause des meilleures taux de prévalence contraceptive dans d'autres pays (22,1% pour l'Afrique subsaharienne, contre 8,6% pour le Mali⁸⁴). Par ailleurs, la même publication démontre que sans utilisation de contraceptifs, le nombre de cas de décès maternels dans le monde entier serait 1,8 fois plus élevé (272 000 cas, qui s'ajoutent aux 342 000 femmes décédées en 2008 pour des causes maternelles,

⁸³ Saifuddin Ahmed, Qingfeng Li, Li Liu and Amy O Tsui (2012): Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* 380, July 14, 2012: 111-125.

⁸⁴ Ce taux est légèrement différent par rapport au taux présenté dans le présent rapport – c'est parce que les sources sont différentes.

dans 172 pays). Répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception préviendrait 104 000 cas de décès maternels pour le monde entier, soit une réduction par 29%. Il est soutenu que les gains dans la prévention de la mortalité maternelle seraient les plus importants dans les pays où les taux de prévalence contraceptive sont faibles (tels que le Mali).

Pour revenir aux estimations sur la base de la méthode développée par MSI : au vu de leur caractère (protection de longue durée), les implants et les DIU contribuent respectivement pour 48% et 12% aux réalisations en 2009 (ci-dessus), contre 32% pour les injectables et 8% pour les contraceptifs oraux. Les implants contribuent donc plus à ces effets en 2009 que les injectables, qui venaient en première position en 2006. Toutefois, il n'est pas clair dans quelle mesure les implants ont substitué les injectables, car les enquêtes nationales n'ont pas d'information sur des changements éventuels des méthodes contraceptives par les utilisatrices. Ce qui ressort clairement des enquêtes qualitatives et des focus groupes au niveau communautaire, c'est qu'une bonne partie des femmes ne restent pas avec une seule méthode. Si une femme change d'une méthode à une autre, cela peut être lié à une rupture de stock au niveau de la source d'approvisionnement habituelle, ou aux effets secondaires du produit contraceptif, ou d'autres raisons personnelles.

Les Figures 5.14 et 5.15 montrent la contribution de ces quatre méthodes aux différents indicateurs d'effet, en 2006 et 2009.

Figure 5.14 : Effets à moyen/long terme des CAP réalisées par quatre méthodes de contraception en 2006

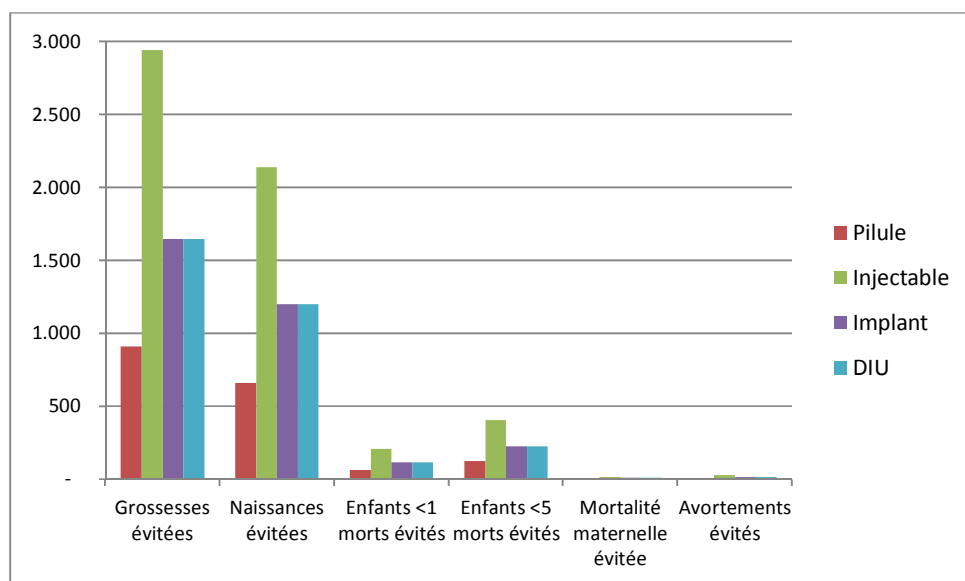
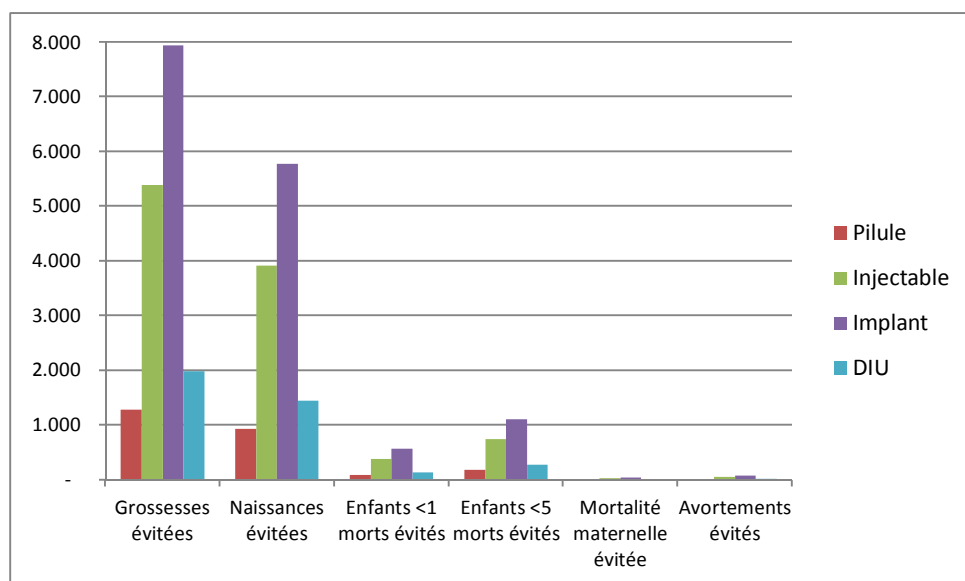
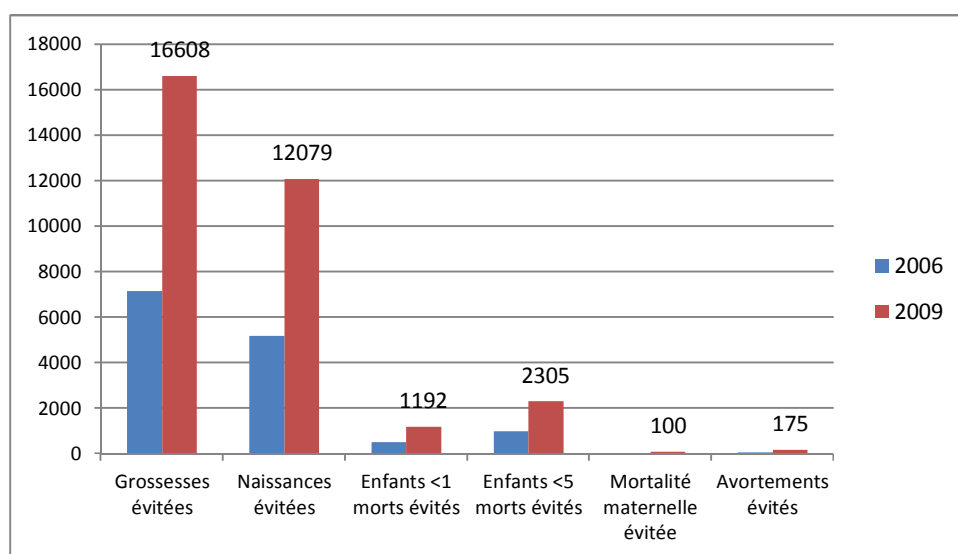


Figure 5.15 : Effets à moyen/long terme des CAP réalisées par quatre méthodes de contraception en 2009



Enfin, la figure 5.16 montre l'évolution de ces effets de 2006 à 2009, qui ont plus que doublé pendant cette période de trois ans.

Figure 5.16 : Effets des CAP réalisées en 2006 et 2009 pour l'ensemble des quatre méthodes



En conclusion,

- l'augmentation de l'utilisation des implants jusqu'en 2009, bien qu'elle soit légère, a eu déjà un impact notable sur le couple-années de protection et, à travers celles-là, sur le nombre de naissances évitées et plusieurs types de décès ;
- au vu du fait que MSI et PSI n'ont commencé la vulgarisation des implants qu'en 2009, et que ces deux ONG internationales ont continué à intensifier et élargir leurs activités à d'autres zones du Mali depuis ce temps, on peut s'attendre à des impacts beaucoup plus importants dans les prochaines enquêtes d'envergure nationale.

6. Tendances et effets observés par les acteurs et leur interprétation

6.1 Changements et tendances observées au niveau des communautés locales

Les enquêtes menées dans les quatre cercles dans deux différentes régions et dans deux communes de Bamako, tous considérés comme des zones ayant bénéficié de multiples interventions depuis 30 ans, voire plus, appuyées par plusieurs acteurs, ont conduit à un grand nombre de témoignages de femmes, hommes et personnes ressources. Ces témoignages font l'objet de l'analyse du présent chapitre, en focalisant sur les principales tendances rapportées par les enquêtés en matière d'activités de planification familiale et de la pratique de contraception au niveau de ces communautés pendant les 10 dernières années.

Les principales tendances citées sont en relation avec :

- Les prestataires et les ONG intervenant dans le domaine de la planification familiale : si les ONG en milieu rural semblent plus stables, il y a eu des petites ONG en milieu urbain et surtout à Bamako ville, qui sont intervenues pendant une période restreinte, ce qui remet en cause l'efficacité et la pérennité de leurs efforts ; le démarrage des activités de MSI, surtout la vulgarisation de l'implant, a suscité beaucoup d'intérêt mais en même temps aussi des suspicions dans certaines localités.
- Les produits contraceptifs : sont noté l'avènement de nouveaux produits tels que le norplant, la jadelle (depuis 2009/2010), le condom féminin, le collier du cycle, mais aussi l'abandon d'autres produits (par exemple le DIU à Samé depuis 1995, les spermicides). Les ruptures de stock de certains produits, même pendant les deux ou trois dernières années, sont perçus par certains prestataires comme néfastes à la confiance que les clients font à eux, et par d'autres semblait-il comme des réalités incontournables hors de leur portée ; cette dernière attitude est difficile à comprendre, surtout si elle est tenue par des agents de santé.
- La large diffusion des produits contraceptifs dans le circuit privé et informel, contrairement à la situation dans les années 1990 ; ce qui expliquerait qu'un bon nombre de femmes enquêtées ne semblent pas très préoccupées par les ruptures de stock au niveau des formations sanitaires.
- Les informations beaucoup plus répandues qu'auparavant, grâce à des émissions radiophoniques diffusées en langues nationales et des campagnes en faveur de la planification familiale (chaque année, depuis 2005).⁸⁵ Cependant beaucoup d'utilisatrices et de non utilisatrices ont des inquiétudes sur les effets secondaires de certains produits, notamment l'implant et les contraceptifs oraux ; dans certains cas il s'agit des expériences personnelles, dans d'autres cas ce sont plutôt des rumeurs.
- Le moindre poids du facteur religion et le climat social plus libéral par rapport à la situation il y a 10 ans, pour discuter des questions liées à la croissance démographique et à la maîtrise de la fécondité, y compris plus d'ampleur pour des négociations conjugales sur la contraception ; toutefois, les enquêtés sont généralement d'avis qu'il est toujours difficile pour la plupart des femmes désirant se planifier de parler de l'espacement des naissances avec leurs maris.

L'ensemble de ces facteurs aurait favorisé la pratique de la contraception, qui selon la majorité des enquêtés, résidant en zone urbaine ou rurale, seraient beaucoup plus répandues par rapport à la situation il y a 10 ans. Le nombre réduit de grossesses non désirées en est la preuve.

⁸⁵ Voir le rapport Etude qualitative sur les effets de la campagne nationale en faveur de la PF de 2006 et les obstacles liés à la planification familiale au Mali (Ministère de la santé, 2007).

6.2 Perspectives des prestataires

Les enquêtes auprès des prestataires dans les structures sanitaires publiques (CSREF, CSCOM) ont porté sur plusieurs thèmes liés à l'offre des services de planification familiale, mais aussi leurs expériences avec les autres intervenants dans leur zone d'action, et leurs perceptions sur les principaux facteurs favorisant et contraignant la satisfaction des besoins exprimés par les communautés en matière de contraception.

Dans presque tous les centres visités, en milieu rural aussi bien qu'en milieu urbain, les responsables avouent qu'ils ne parviennent pas à sécuriser l'approvisionnement régulier de tous les produits de contraception. La plupart des centres ont eu l'expérience de ruptures de stock de certains produits, non seulement des produits moins courants (spermicides, condom féminin), mais aussi de dépoprovéra et des contraceptifs oraux qui attirent une clientèle importante. Par ailleurs, ceci a été le cas aussi pour d'autres produits pharmaceutiques, et certains interlocuteurs semblent d'accepter ce phénomène comme un mal du système dont il faut vivre avec.

Plusieurs CSCOM ont cité des ruptures de stock récentes, en 2010 et 2011, parfois à plusieurs reprises. Devant une telle situation, les agents de santé envoient leurs clientes dans les pharmacies privées, et par la suite ils perdent leur clientèle :

« Au moment des ruptures, nous envoyons nos clientes à la pharmacie privée, et souvent elles ne reviennent plus pour faire l'injection ou autres. »

De ce genre d'observations, il ressort que la durée des ruptures de stock semble plus longue dans les CSCOM périphériques que dans les centres qui sont encore plus centraux ; aussi, ces derniers CSCOM ont plus de partenaires que les premiers.

Les raisons des ruptures de stock sont mal connues, étant donnée que les enquêtées font référence dans certain cas à des ruptures au niveau de la PPM, dans d'autres au gérant ou l'agent comptable « ... qui ne fait pas son travail ». Certains se posent la question de l'acceptation de l'utilisation des produits contraceptifs par les comités de gestion de certains CSCOM. En outre, la multiplicité des sources de ravitaillement des produits contraceptifs dans certains cercles ne semble pas aisée, avec les CSCOM obtenant leurs produits de plusieurs sources.

En termes de stratégies pour la fourniture de services de PF et la distribution des produits contraceptifs, on observe l'abandon total de la stratégie mobile par les CSREF et de la stratégie avancée par les CSCOM dans les zones impliquées dans les enquêtes de terrain ; ceci par manque de fonds pour appuyer les sorties, et par manque de moyens logistiques.

« Ça fait au moins cinq ans que ces stratégies ont été abandonnées. »

Quant à la distribution à base communautaire et l'implication des personnes relais, il y a des disparités entre les régions. C'est surtout l'AMPPF et Kénéya Ciwara qui continuent à former et à encourager ces volontaires, même en milieu urbain, dans le cadre de la sensibilisation des jeunes à la santé reproductive, y compris la contraception.

En ce qui concerne la qualité de services, il se dégage plusieurs facteurs contraignants, selon les agents de santé enquêtés et les observations par l'équipe d'enquêteurs :

- le plateau technique n'est souvent pas garanti, surtout au niveau des CSCOM où le personnel n'est pas formé à l'insertion de l'implant et/ou du DIU ;
- le manque de locaux appropriés pour des consultations de planification familiale :
« Il ya eu des Blancs qui sont venus observer nos locaux pour démarrer la fourniture des implants, mais après avoir visité le lieu, ils ont dit que nos locaux ne répondent pas aux normes. Vous voyez vous-même, il n'y a pas d'endroit pour faire des consultations dans la discrétion. »

- les conditions hygiéniques dans le secteur public sont souvent déplorables, aussi bien en milieu urbain, périurbain que rural : absence d'eau courante, insuffisance de gants, voire du savon dans les salles de consultations ;
- les registres ne sont pas bien tenus ou pas bien renseignés ; dans plusieurs centres de santé on remarque une discordance entre le nombre de consultations et le volume des produits sortis du stock.

L'intervention d'autres prestataires dans les mêmes zones géographiques est perçue à la fois comme un avantage et un inconvénient. Les prestations de certaines ONG sont considérées généralement bonnes ; par exemple l'AMPPF, Kénéya Ciwara, PSI. Aussi, en cas de rupture de stock de certains produits au niveau des formations sanitaires, ils prennent la relève. A l'opposé, certains acteurs du circuit privé posent des contraintes majeures. :

« Ils augmentent indirectement le volume de notre travail, car en cas de problème, les clientes de ces autres prestataires reviennent nous voir au CSCOM. Surtout si les clientes perçoivent des effets secondaires, tels que les maux de ventre, les vertiges, l'absence des règles, les saignements, les palpitations de cœur. »

Ces autres prestataires vont des pharmacies et cliniques privées, jusqu'aux vendeuses ambulantes et des 'marchés par terre'.

« Ces gens font ce travail clandestinement, et ils ne sont pas dans les normes ».

C'est surtout les actes cliniques tels que l'examen physique, l'administration des injections dans des conditions stériles et le transfert des informations sur les effets secondaires qui peuvent se présenter pour certains produits, qui ne seraient pas assurés. Voir l'encadré 6.1 pour un exemple concret.

Encadré 6.1 : Le circuit informel dans une des zones rurales

Les enquêtes réalisées dans le cadre de la présente étude dans l'une des aires de santé de la région de Koulikoro ont révélé que les consultations de PF ne sont plus enregistrées dans le registre au niveau de la maternité du CSCOM depuis huit mois. Les clientes viennent acheter des produits contraceptifs, notamment le dépoprovéra (Confiance) et les contraceptifs oraux, directement à la pharmacie du CSCOM, sans passer par la maternité. *« Elles se cachent du personnel de la santé »* dit la matrone qui est basée à la maternité depuis près de 12 ans, *« parce qu'elles considèrent ça plus anonyme »*, même si la pharmacie est logée dans la même cour, à peine à 30 mètres de la maternité. Pour l'injection du dépoprovéra, elles trouveront un ancien infirmier ou aide soignant dans la communauté. *« Même nos agents de santé s'engagent dans cette pratique hors de la formation sanitaire »* avoue la matrone, *« et son intérêt est de recevoir une petite rémunération pécuniaire ou autre de la part de la cliente concernée »*. Par ailleurs, il a été trouvé que les deux dépôts pharmaceutiques privés qui sont opérationnels dans le même village, vendent des produits contraceptifs, y compris le dépoprovéra qui normalement ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale. Un de ces dépôts est géré par un assistant pharmaceutique qui n'a jamais travaillé dans la fonction publique ; il reçoit six à sept clientes par jour, soit plus de 150 clientes par mois, qui achètent la Confiance, à un prix de 300 FCFA l'unité ; auxquels s'ajoute un tarif de 200 FCFA pour l'acte de l'injection. Sur une population totale de 7700 habitants environ, dont au moins 20% sont des femmes en âge de procréer, ça se traduit à un taux d'utilisation de dépoprovéra d'environ 29%. Auxquels s'ajoutent celles qui achètent le produit directement à la pharmacie du CSCOM et celles qui utilisent d'autres produits contraceptifs. Les chiffres d'affaires de ces deux dépôts pharmaceutiques ne sont pris en compte dans les rapports trimestriels du CSCOM, et ils ne rentrent donc pas dans le SLIS. Désormais, ce phénomène devrait ressortir de futures enquêtes (telle que l'EDS) dans le poids des différentes sources d'approvisionnement des produits contraceptifs et dans les besoins (non) satisfaits.

A propos des effets secondaires du dépoprovéra, le gérant dudit dépôt pharmaceutique privé déclare qu'effectivement certaines clientes se plaignent de maux de têtes, de saignements ou de règles irrégulières. Dans de tels cas, il conseille à la cliente d'utiliser un calmant (analgésique) ou une injection de vitamine K et non de remplacer l'injectable par un autre produit contraceptif. Evidemment, c'est son marché qui le préoccupe et pas nécessairement le bien-être de sa cliente.

En résumé, un nombre important de femmes utilisent le circuit privé, qui n'adhère pas nécessairement aux normes et procédures en matière de PF et qui ne bénéficie pas de visites de supervision de la part des spécialistes du niveau de cercle ou de la région sanitaire. Surtout les contre indications et les informations sur les effets secondaires ne font pas partie du 'paquet de services' offert par la majorité (quasi-totalité) des petites pharmacies privées.

Les avantages pour les clients d'utiliser le circuit informel, selon les agents de santé enquêtés, sont de l'ordre de trois au moins : le circuit privé est plus anonyme ; il est plus accessible, car il est souvent plus proche⁸⁶ et les heures d'ouverture sont moins contraignantes ; et dans la plupart des cas, les prix sont plus abordables.

Généralement, c'est considéré une bonne chose que les tarifs soient universels dans le secteur communautaire au Mali. Mais selon les prestataires, c'est le coût supplémentaire des frais du ticket de consultation (500 Frs) et d'administration de certains produits contraceptifs (injectable, implant, DIU ; à 200 Frs) qui pose problème pour certains clients. A l'opposé, les structures privées leur administrent les produits gratuitement et ce, d'autant plus que dans les pharmacies et l'informel, les clientes ne sont pas tenues d'acheter de ticket. Et en plus, les femmes n'y ont souvent pas besoin de faire la queue.

Certains prestataires déclarent s'efforcer pour rendre un service de qualité dans un environnement considéré peu favorable. Ils réfèrent aux facteurs socioculturels, mais aussi à la faible importance que l'Etat accorde à la contraception, à leur avis :

« Certaines femmes se cachent pour faire la PF. Elles viennent surtout la nuit. Souvent le personnel de garde leur vend les produits sans les enregistrer dans les registres de la maternité. »

« La démarche du gouvernement est une volte-face, parce qu'il n'y a pas de motivation, les conventions (les normes) ne sont pas respectées. On ne peut pas faire la PF sans examiner la personne. Ici, à la maternité, même les dotations en petits matériels de travail sont coupées : gants, savon, eau de javel. En tout cas, ils n'arrivent plus ici. »

Les avis des différents responsables des structures sanitaires rencontrés ne sont toutefois pas les mêmes. Certains sont d'avis que les autorités sanitaires appuient suffisamment la contraception et l'offre des services de la PF au niveau des CSCOM en disant :

« Il y a la formation du personnel chargé de la PF, la supervision du personnel pour renforcer sa prestation, l'organisation des journées nationales de sensibilisation sur la PF, la sensibilisation à la télé et à la radio à travers des sketches. »

Ce qui est à retenir pour les activités de planification familiale, c'est l'image d'un service auquel, selon certains agents de santé, n'est pas suffisamment accordée une grande priorité par les autorités nationales. Au niveau opérationnel (CSREF, CSCOM), bien qu'il y ait des points focaux pour les activités de planification, il n'y a pas la routine de coordonner les activités des différents acteurs, de veiller au respect des normes et procédures, ou de renseigner les supports statistiques, analyser les tendances et prendre des mesures correctrices, au besoin.

Les meilleurs taux d'utilisation de contraception dans les zones où les enquêtes ont été réalisées (en comparaison avec d'autres zones du Mali) sont attribués à une demande plus articulée de la part des communautés, à laquelle de plus en plus le secteur privé et informel semble de répondre mieux que les structures publiques et certaines ONG.

⁸⁶ Dans la situation du village présenté dans l'encadre ci-haut la proximité ne joue pas de rôle.

6.3 Perception de l'offre des services par les communautés locales

Les enquêtes individuelles et focus groupes menés avec des hommes adultes et des femmes (utilisatrices et non utilisatrices de la contraception⁸⁷), ont révélé des points de vue et des expériences personnelles très pertinents, surtout en relation avec les raisons d'utilisation et de non utilisation de la contraception, les critères de choix des prestataires et l'évolution du pouvoir décisionnel des femmes (cf. section 6.4).

Il ressort que la diversité des sources d'information sur la PF pour les résidents de Bamako, les hommes comme les femmes, est plus grande qu'en milieu rural. Toutefois, même dans les villages plus éloignés la quasi-totalité des femmes enquêtées, utilisatrices aussi bien que les non utilisatrices, connaissent plusieurs méthodes de contraception, surtout l'injectable et la pilule. C'est l'implant qui est généralement peu connu. Il en est de même pour l'accès aux points des prestations : en milieu urbain (Bamako, mais aussi Koulikoro, Sikasso) le choix est plus grand que dans les petits villages. Mais même dans ces derniers, on peut noter des petites boutiques et parfois des cliniques privées qui vendent les contraceptifs oraux, les injectables, les préservatifs. Selon les enquêtées, ces établissements sont très fréquentés et les services bien appréciés, car généralement moins chers qu'au CSCOM.

En effet, le prix du service est souvent le principal facteur qui détermine le choix du client. D'autres critères qui peuvent jouer un rôle comprennent : la proximité, les horaires d'ouverture, connaître quelqu'un à qui on fait confiance, la discrétion.

En entretien informel, une jeune de Bamako a dit ceci :

« Dans l'informel, l'anonymat est plus garantie que dans le secteur public et communautaire où il y a un service spécial PF. Dès que l'on te voit dans ce service PF stigmatisé, on dit que tu es venue te faire planifier. Le lendemain, tout le quartier apprendra que tu y étais allée à te faire planifier. »

En ce qui concerne les services privés aucune des femmes enquêtées s'est exprimée sur les compétences techniques des prestataires, ni sur les informations obtenues. Ceci est en contraste avec les prestataires publics qui ont généralement peu d'estime pour les prestations réalisées dans les pharmacies, dépôts et boutiques privés (cf. section 6.2).

Il a été observé que les femmes enquêtées, surtout en milieu rural, avaient aussi du mal à critiquer les agents de santé et/ou la qualité des services disponibles. A part quelques rares cas, elles se disent satisfaites de l'accueil, du 'counselling', de la confidentialité.

En ce qui concerne l'acceptation de la contraception et la vulgarisation des méthodes, ce sont surtout les femmes, plutôt que les hommes, qui sont d'avis qu'il faudrait faire plus. Parmi les actions qui ont été proposées, on peut citer :

« faire l'animation sur la PF dans les quartiers et dans les écoles pour que les jeunes filles puissent se protéger et continuer leurs études »

« informer et sensibiliser les religieux sur l'importance de la PF »

« impliquer les hommes dans la PF »

« encourager la communication entre parents et enfants sur la sexualité »

« fabrication des nouveaux produits pour les hommes ».

Ces suggestions sont issues des vifs débats en focus groupe, surtout sur le problème de la non adhésion de certains religieux (« mais certainement pas tous ») et la non implication des maris. Sous forme d'illustration, une femme a dit :

⁸⁷ Femmes de 25 à 30 ans et femmes de 35 à 45 ans ; toutes mariées ou en union.

« Moi je n'ai pas demandé l'avis de mon mari ; je sais qu'il est contre ; moi-même je suis victime du rapprochement de naissances et j'ai perdu deux de mes enfants ; raisons pour laquelle je me planifie. »

Cependant, en termes de changements pendant les 10 dernières années la plupart des femmes sont d'avis qu'il est moins difficile de négocier la contraception au sein des couples. Mais, disent-elles, ça reste surtout l'affaire du couple ; la pression des parents, voire la belle-famille, sur les nouveaux mariés, pour produire des enfants, ne sont pas à sous-estimer. L'espacement des naissances reste donc un défi pour la jeune femme, même celle qui a déjà accouché d'un ou deux enfants.

Les principales raisons évoquées par les hommes pour l'espacement des naissances sont : la réduction des dépenses de la famille ; l'assurance du repos des parents, surtout de la femme ; l'assurance de la bonne santé de la mère et des enfants ; l'épanouissement de la famille. Certains hommes se disent très réservés à la limitation des naissances :

« Limiter les naissances n'est pas une raison pertinente. Nous sommes dans un pays de polygamie ; si un mari veut planifier une de ses femmes, celle-ci refuserait ; car ses coépouses sont entrain de procréer. »

Toutefois, pour les femmes un peu plus âgées qui veulent arrêter d'avoir des grossesses et celles qui veulent seulement espacer les naissances, les hommes dans un des villages sont unanimes que c'est plus facile aujourd'hui qu'il y a 10 ans, à cause de la disponibilité des produits, et des informations sur les différentes méthodes à la portée de tous.

Pour les jeunes couples qui veulent attendre avant d'avoir leur premier enfant, la majorité des hommes, en milieu rural ainsi qu'en milieu urbain, affirment que *« cela n'est pas dans notre tradition »*.

Quant aux jeunes femmes non mariées qui veulent pratiquer la contraception, c'est plus facile aujourd'hui selon certains hommes et les raisons culturelles qui s'opposent à cela ne sont plus aussi lourdes :

« Les parents ne veulent pas que les jeunes filles fassent des enfants avant de se marier. Ces enfants constitueraient une charge supplémentaire et une honte pour la famille. Je connais une mère qui est allée demander la PF pour sa fille. Il faut que les parents aident les jeunes filles à se planifier avant leur mariage ».

L'exemple de l'enseignant dans un des villages visités est très parlant :

« Avant, il y a avait souvent des cas de grossesses non désirées à l'école. Ça ne fait que 10 ans que nous avons huit cas environ par an. Suite à la proposition du chef de poste, actuellement le phénomène est rare, car beaucoup d'élèves viennent se planifier ».

Le chef d'un autre village qui a 72 ans a affirmé :

« Avant, beaucoup de filles qui partaient au lycée à Sikasso revenaient avec des grossesses. Maintenant, grâce à l'introduction de la Jadelle depuis 2010, ce problème ne se pose plus ».

Si en milieu rural la majorité des hommes interrogés ont utilisé une méthode PF, qu'elle soit traditionnelle ou moderne, on remarque que certains hommes ne savent pas la méthode exacte que leurs femmes utilisent. Les raisons pour les non pratiquants varient d'un homme à l'autre, même si certaines ne sont pas convaincantes :

« Je ne pratique pas la PF, parce que je ne crois pas aux méthodes. »

« Je ne fais pas la PF parce que je suis ma religion qui est l'Islam. J'ai fait l'école coranique et je comprends ma religion. Je me réfère sur un propos de Dieu, qui dit : 'ne tuez pas vos enfants de peur de votre pauvreté, car c'est Dieu qui nous donne la chance et aussi celle de nos enfants'. »

De l'avis de la majorité des hommes enquêtés, les services de PF sont de bonne qualité, « à part quelques dérapages, car parfois il y a des stagiaires qui n'ont pas toutes les compétences ». C'est rare de voir un mari accompagner sa femme en consultation. Les hommes pensent que les produits sont disponibles et les prix sont abordables. Cette situation se serait améliorée pendant les 10 dernières années. Certaines pensent que les rumeurs sont moins répandues de nos jours :

« Avant, on disait que la PF entraîne la stérilité des femmes. Les gens avaient peur de se planifier ; aujourd'hui, cette peur se dissipe petit à petit. »

En résumé, on peut retenir que c'est plus facile aujourd'hui qu'il y a 10 ans pour les femmes de se planifier. Les pressions sociales demeurent, raison laquelle l'anonymat est important pour les clientes, même dans les zones ayant bénéficié depuis long temps des activités de sensibilisation par les ONG. Mais la discrétion dans le secteur public n'est pas toujours assurée.

6.4 Pouvoir décisionnel des femmes

L'augmentation du pouvoir décisionnel des femmes est reconnue par tous dans tous les sites de l'étude. Grâce entre autres à l'installation des radios libres avec des émissions en langues nationales par les ONG, et à l'introduction des nouvelles méthodes contraceptives, les femmes ont actuellement plus de pouvoir décisionnel qu'autrefois. Elles sont beaucoup plus sensibilisées sur la problématique des grossesses rapprochées et elles en profitent pour négocier avec leurs maris. Avec la jabelle, la femme peut se planifier plus facilement à l'insu de son mari qu'avec les autres méthodes modernes.

Écoutons plutôt les témoignages des certaines femmes utilisatrices, non utilisatrices et personnes ressources :

« La première méthode que j'ai utilisée était la piqûre. C'est moi-même qui l'avais choisie. La deuxième méthode, c'est la jabelle. C'est mon mari qui m'a encouragée à la prendre. Car, elle est moins contraignante et plus économique : sa durée d'action est longue. » (Une ménagère âgée de 35 ans, domiciliée en commune IV du district de Bamako).

« Moi, la première méthode a été choisie par mon mari. La seconde a été choisie par moi-même. J'ai demandé à mon mari d'utiliser les préservatifs pour éviter des maladies, étant donné que j'ai deux coépouses. » (Une femme âgée de 32 ans, originaire de la région de Koulikoro).

« C'est moi et mon mari qui avons pris la décision de me planifier après mon accouchement. Car, l'agent de santé nous a expliqué les avantages et inconvénients liés à la planification familiale. » (Une femme de 33 ans, domiciliée à Sirokorola, Koulikoro).

« Dans ce quartier ici, ce sont les Wahhabites (Sunnites) qui sont majoritaires. C'est pourquoi, les femmes utilisent le dépopovéra. Une femme qui prend les comprimés, si elle les cache dans son panier de ménagère, elle a toutes les chances de se faire découvrir par son mari. Parfois les hommes ont des doutes sur leurs épouses qui ne tombent pas enceinte ; parfois ils entrent dans la cuisine pour fouiller le panier de la ménagère. S'ils y trouvent des produits contraceptifs, ils viennent nous mettre en garde au CSCOM ici. Pour éviter des conflits dans son foyer, la femme choisit soit la méthode discrète, soit elle fait autant d'enfants que veut son mari. » (Une agent de santé enquêtée à Bamako).

De l'autre côte, plusieurs enquêtés au niveau des formations sanitaires, même dans la ville de Bamako, ont suggéré que malgré la progression du pouvoir décisionnel des femmes, beaucoup d'entre elles continuent de pratiquer la PF en cachette. Certains hommes vont jusqu'à prétendre que le couple désirant programmer les naissances de leurs enfants est tenu d'avoir l'aval du chef de

famille (souche⁸⁸). Quant à la femme, selon les participants d'un focus groupe d'hommes dans le cercle de Koutiala,

« ... elle ne doit jamais se planifier sans l'accord de son mari. »

Les femmes par contre ont partout (ou presque partout) dit que les maris n'ont pas compris l'intérêt de la planification familiale. D'où selon elles, l'opposition de la majorité des hommes à l'espacement de naissances.

Néanmoins, c'est seulement en apparence qu'il y a contradiction entre ceux qui parlent de l'augmentation du pouvoir décisionnel des femmes et ceux qui disent que les épouses sont tenues de se planifier « en douce ». Au point de vue des enquêteurs, dans cette société malienne en transition et en difficulté économique galopante, le pouvoir décisionnel des femmes est en grande partie à l'image du pays en un moment donné de son histoire. Selon certains hommes, qui pour des raisons économiques s'opposent à la planification de leur(s) épouse(s) à défaut de sécurité du revenu dans la vie active comme durant la vieillesse et à l'absence d'un Etat « viable et fiable », le rôle économique des enfants, comme main d'œuvre est encore là. D'autres hommes considèrent les frais de ménage, y compris les traitements médicaux, la scolarisation des enfants, (presque) insupportables ; raison pour laquelle ils préfèrent limiter le nombre d'enfants.

En résumé, le pouvoir décisionnel des femmes a évolué et il est bien là ; il s'effectue sans violence, parfois sous forme de négociations conjugales, grâce à la facilitation d'accès à des produits contraceptifs discrets et aux informations de plus en plus fiables ; les soutiens par les agents socio-sanitaires et ONG dans ce processus de négociation semblent moins évidents.

Lors des enquêtes, il a souvent été formulé comme recommandation, l'inclusion des hommes dans les groupes bénéficiaires des actions de la planification familiale – ce qui ne se fait pas, ou pas suffisamment, jusqu'à présent.

6.5 Islam et planification familiale selon les enquêtés

Le paragraphe sur l'Islam et la planification familiale dans le chapitre 4, démontre que le saint Coran ne parle pas directement de la contraception, de la planification familiale. Toutefois, à plusieurs endroits, notamment dans quatre différentes *sourates*, il fait référence à des thèmes qui peuvent être liés à la planification familiale. Si le Coran n'a cité ni l'infanticide, ni le retrait, il laisse la possibilité aux leaders religieux et autres croyants de multiples interprétations du statut du planning familial, et notamment celui des méthodes de contraception modernes.

Quoiqu'il en soit, d'après l'une des agents de santé interviewée à Bamako dans le cadre de la présente étude, les leaders religieux qui sont contre la planification familiale savent parfaitement que le Coran n'interdit pas la planification familiale. Mais selon elle :

« Quand tu leur dis ça, ils répondent que c'est à cause de racisme que les blancs beaucoup plus nombreux que les noirs viennent planifier les femmes de couleur. »

Ainsi, c'est à partir d'une perception de répression culturelle et/ou raciale de l'Islam par l'occident, que certains leaders musulmans se révolteraient contre la PF.

La même enquêtée de Bamako ajoute :

« Vous voyez cette grande porte ouverte d'en face ? C'est une mosquée wahhabite (Sunnite), et nous sommes dans la maternité ici. Dans leurs prêches, certains leaders religieux nous qualifient publiquement des 'Doctoro Djaheliw' ».

⁸⁸ La famille souche est celle qui regroupe généralement deux générations de couples ou encore, le vieux père, son/ses épouse(s), plus son/ses fils marié(s), sa/ses femme(s) et leurs enfants. Dans ce type de famille qui se trouve entre la famille nucléaire et la famille élargie, la prise de principales décisions concernant la gestion de la famille revient au vieil homme, dit le grand-père.

En arabe et en termes religieux, cet adjectif signifie « ignorant ». La phrase veut dire : « les *agents de santé ignorants* », de l'objet réel de la planification familiale.

Dans l'une des deux communes étudiées à Bamako, les agents de santé affirment qu'un marabout influent, principal soutien financier de l'ASACO et du CSCOM, a interdit la distribution des condoms par une ONG.

Au niveau d'un village de la région de Sikasso où une ONG a d'abord fourni la jadelle en trois mois à environs 300 femmes désirant se planifier, et ensuite y a cessé ses activités par manque de financement, certains marabouts prétendent que pour tout père qui tolère la planification de sa fille avec cette méthode, ...

« ... les portes de l'enfer lui sont déjà ouvertes ».

Toutefois, nul ne peut prétendre que tous les leaders musulmans sont contre la planification familiale. Sur le terrain, à Bamako aussi bien que dans les deux régions étudiées (Koulikoro et Sikasso), les agents santé comme beaucoup d'autres enquêtés parmi les différents groupes professionnels affirment qu'il y a ...

« ... des barbiers wahhabites qui ont compris l'importance de la planification familiale, et viennent faire planifier leur(s) épouse(s) dans les formations sanitaires ».

C'est pour dire qu'il y a des évolutions positives.

Toutefois, ce ne sont pas seulement quelques leaders religieux qui se prononcent contre la planification familiale ; en milieu rural comme en zone urbaine et périurbaine, des enquêtés disent que l'objet de tout mariage est d'avoir des progénitures. Certains paysans affirment :

« ... qu'il vaut mieux d'acheter un bœuf de labour que de payer la dot d'une femme qui ne fait pas d'enfants ».

Selon la grande majorité des agents de santé impliqués dans la planification familiale, avec l'arrivée de la jadelle et d'autres méthodes discrètes, les principaux obstacles à la planification ne sont plus les leaders religieux, la communauté, les belles familles et les maris. Aujourd'hui, les principales barrières au développement de la planification familiale ont pour nom l'insuffisance de ressources : i) insuffisance de locaux appropriés ; ii) du personnel qualifié et motivé ; iii) des produits contraceptifs discrets, accessibles à tout le niveau de la pyramide sanitaire ; iv) du financement pour la continuité des soins contraceptifs.

Cependant, les méthodes préventives basées sur les barrières (préservatifs masculin ou féminin) ou les hormones (pilules, injectables, implants) sont souvent fortement déconseillées par les *oulémas*⁸⁹, les leaders religieux, les 'docteurs de la loi musulmane', ou encore les érudits musulmans, ayant pour fonction d'expliquer le Coran, de présider aux exercices de la religion, de rendre la justice au peuple. Il est à noter que les arguments peuvent varier, comme le démontre l'exemple suivant⁹⁰ :

« Nous déconseillerons fortement l'utilisation des pilules ou hormones injectables contraceptives dans la mesure où leurs effets secondaires peuvent causer de sérieuses maladies ; ils dérèglent bien souvent les cycles menstruels et provoquent des saignements imprévus, compromettant fâcheusement l'état de propreté de la femme pour la Salaat et les Ibaadates. Par ailleurs, ces problèmes entraîneront l'exposition de la awrah (parties intimes) à un médecin. Rappelons que cela n'est autorisé, même devant une femme, que dans des cas de grande nécessité. Nous devons donc opter pour des alternatives lorsqu'elles sont disponibles afin d'éviter l'exposition illégale de notre awrah. En cas de nécessité, une

⁸⁹ Le corps des *oulémas* (singulière : *âlim*) comprend les imams, les *muftis* et les *cadis* (juges).

⁹⁰ Source: Le contrôle des naissances et la contraception en Islam, www.islampourtous.com/lethique/, site accédé le 30 septembre 2011.

personne devrait utiliser des procédés plus adéquats, telles que la méthode naturelle, le préservatif. »

Les deux méthodes irréversibles (permanentes), c'est-à-dire la vasectomie chez l'homme et la ligature des trompes chez la femme, ne sont pas autorisées par les *oulémas*, à moins qu'une autre grossesse mette en danger la vie de la femme. Les méthodes post-conception, elles aussi, telles que le stérilet (DIU) et la pilule du lendemain (contraceptif d'urgence), ne seraient autorisées du fait qu'elles interfèrent avec le développement de la gestation après que l'ovule ait été fécondé.

La moralité en Islam reste alors une préoccupation majeure qui ne peut supporter de compromis. D'une part, selon certaines traditions, il est recommandé qu'avant de choisir une méthode de contraception, le couple devrait consulter un médecin musulman pratiquant et intègre, et également un *âlim* compétent. D'autre part, les multiples interprétations, voire contradictions, peuvent être utilisées par ceux qui sont pour la planification familiale et qui lutteraient pour la bonne santé de la mère et de l'enfant.

C'est ainsi que certains imams au Mali, comme Cheick Cherif Haïdara, parle bien de l'utilisation du condom comme un moyen de protection contre le sida, et de la planification familiale comme un moyen de protéger la vie de la mère. L'imam Djeidy Dramé de la mosquée de Lafiabougou⁹¹ se prononce officiellement pour la planification familiale et contre l'excision.

En revanche, certaines sages-femmes enquêtées, surtout à Bamako et à Koutiala, disent qu'il y a pas mal d'imams qui se prononcent publiquement contre la planification familiale. Au niveau de certaines radios privées également, quelques prêcheurs, notamment l'imam Bandiougou Dombia du quartier ATT-Bougou (de Bamako), qualifient de mécréants ceux et elles qui pratiquent la planification familiale.

C'est dans ce climat social de dualisme et de confusion dans l'esprit de la population à majorité analphabète, que l'AMPPF, en collaboration avec l'Association malienne pour la paix et le salut (AMPS), a voulu organiser en 2008 une conférence internationale sur l'Islam et la planification familiale. Déjà en 1994, l'AMPPF a été la première ONG à avoir organisé au Mali une conférence intitulée « Islam et PF ». Cette première conférence a posé les premiers jalons d'une stratégie qui a consisté à impliquer directement les leaders religieux dans le combat pour la reconnaissance et l'acceptation de la PF au Mali. Les résolutions prises à l'époque apparaissent toutes d'actualité et l'AMPPF a adopté la stratégie dans son travail de plaider à travers les nombreux réseaux islamiques qui existent maintenant au Mali.⁹² Le projet de la rencontre internationale de 2008 faisait partie du Programme de collaboration 2008-2012 entre l'AMPPF et l'Ambassade des Pays-Bas au Mali. Les fonds nécessaires à l'organisation de la conférence étaient déjà accordés par l'Ambassade, mais faute d'une approche commune entre le partenaire religieux impliqué et l'AMPPF, la conférence n'a pas eu lieu.

La conférence prévu en 2008 s'inscrirait dans le cadre du renforcement de la contribution de l'Islam à la recherche d'une réponse adéquate au problème de déséquilibre social et ceux liés à la surpopulation au Mali et dans la sous région. Le projet s'était inspiré des engagements du gouvernement en matière de population, du planning familial et des instructions données par le Président de la République lors de la journée internationale de la femme (le 8 mars 2008), portant sur l'amélioration des conditions de vie de la femme et de l'enfant. Il s'agirait par ce projet de susciter dans un premier temps un cadre d'échange d'expériences sur la planification familiale dans les pays à forte densité musulmane, pour mieux prendre en compte les spécificités locales, sous régionales et particulièrement du monde arabo-musulman. Parmi les problèmes identifiés, justifiant une telle

⁹¹ Un des quartiers de la commune IV de Bamako.

⁹² Voir le document « Islam, population et qualité de vie », élaboré en juin 2004, en collaboration avec la Division de la Santé de la Reproduction du Ministère de la santé, avec un appui technique du *Futures Group* à travers le *Health Policy Project*.

conférence, figuraient la timidité auprès des parents pour parler d'éducation sexuelle à leurs enfants contribuant à l'ignorance ; la non disponibilité de données réelles jugeant l'ampleur des conséquences liées à la non application du planning familial et de sa dynamique évolutive dans le monde arabo-musulman ; le fantasme religieux, les abus et l'interdiction des méthodes de contraception ; le manque de partenariat entre les structures religieuses et les associations de promotion du planning familial. L'objectif de la conférence internationale était donc la stimulation de la coopération, des échanges d'expériences et d'informations sur les aspects fondamentaux, médicaux, sécuritaires liés au planning familial entre les pays africains et Arabo-musulmans. Plus spécifiquement pour le Mali, le projet de la dite conférence visait à obtenir l'engagement des participants à soutenir les organisations confessionnelles dans la propagation et diffusion de messages liés à l'observation du planning familial pour éviter qu'à l'intérieur même des communautés musulmanes, une divergence de vue sur la question ne mette en causes l'harmonie et l'impact du message. Aussi, les éléments auraient été déterminés d'une stratégie qui ne heurte pas la conscience religieuse ; ainsi qu'un cadre de mise en œuvre de cette stratégie.

En guise de conclusion, le poids du facteur religion a diminué dans certaines communautés au cours des années. Mais la divergence de positions vis-à-vis la planification familiale demeure entre d'une part les communautés traditionnalistes-religieuses, dirigés par des leaders d'opinion parfois très écoutés, et d'autre part les ONG/groupes d'intérêt et les technocrates qui sont pour la planification familiale. Cette divergence semble une véritable menace à la réussite de toute initiative d'augmenter l'utilisation de la contraception moderne. Ceci aussi sous l'impulsion des débats autour du Code des personnes et de la famille (cf. section 4.3), qui a suscité des sentiments très forts par rapport à la question des droits des femmes, et l'indignation de certains chefs religieux, voire animistes, suite à l'intervention de certains partenaires techniques et financiers. Un des plus grands défis serait de renouveler/redynamiser le dialogue national, qui semble se trouver dans une situation d'impasse à l'heure actuelle.

7. Fonctionnalité du système de sécurisation des produits contraceptifs

La déclaration de la Politique sectorielle de santé et de population de 1990 vise, entre autres, un développement intégré des services de planification familiale, l'amélioration du bien-être de la famille, la promotion de la femme, l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant à travers l'espacement des naissances. Parmi les mesures préconisées pour sa mise en œuvre, figure en bonne place l'approvisionnement en Médicaments essentiels en dénomination commune internationale (ME/DCI) dont les produits contraceptifs et les médicaments vitaux en santé de la reproduction. C'est ainsi que, pour opérationnaliser le volet approvisionnement de la politique, les autorités ont adopté en 1995 un Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels qui a été mis en œuvre à partir de 1996. Ce schéma a été révisé quelquefois pour prendre en compte les différents changements intervenus dans la mise en œuvre de la politique de santé les 15 dernières années. Parmi ces changements, on peut citer l'adoption d'un système de subvention de certains médicaments dont les produits contraceptifs.

Comme tout système de distribution, l'objectif principal du circuit d'approvisionnement et de distribution des contraceptifs au Mali est de rapprocher au mieux les produits contraceptifs des utilisatrices et utilisateurs réels et potentiels, et de garantir leur disponibilité à tout moment. C'est ainsi d'ailleurs, que le Mali a élaboré et commencé à mettre en œuvre un Plan d'action pour assurer la contraception sécurisée pour la période 2002-2011, dont l'objectif général est de garantir la disponibilité pérenne des produits contraceptifs et l'offre de services de qualité dans le domaine de la contraception.⁹³

Un des sous rapports de la présente étude décrit l'organisation du système d'approvisionnement, de distribution et de financement des produits contraceptifs au Mali. Ici, nous nous limitons à la question de la disponibilité de ces produits et des ruptures de stock, car c'est cette question qui détermine en partie si la demande de la contraception est satisfaite.

7.1 Disponibilité des produits contraceptifs et ruptures de stock

Au cours des dernières années, l'Etat s'est impliqué dans plusieurs interventions pour mieux coordonner l'acquisition et sécuriser la disponibilité des produits contraceptifs, en vue de satisfaire la demande de la population. Pour éviter les ruptures de stock de contraceptifs modernes, depuis l'année 2001, il existe au Mali une Commission⁹⁴ nationale d'élaboration du plan d'action à long terme pour la contraception sécurisée ; cette commission a été transformée par la suite en Commission nationale de suivi de la mise en œuvre du plan d'action à long terme pour la contraception sécurisée. Pour la décennie 2001-2010, la Commission avait comme objectif de garantir la disponibilité pérenne des produits contraceptifs, et l'offre des services de qualité dans le domaine de la contraception. Plus spécifiquement, il s'agit de :

- Assurer une transition de la fourniture de produits contraceptifs par les donateurs à l'acquisition de ces produits par l'Etat (logiciel TAC) ;
- Améliorer la gestion de la logistique contraceptive ;
- Améliorer la qualité des services fournis aux clientes et aux clients en planification familiale ;
- Relancer la distribution à base communautaire (DBC) des contraceptifs.

Malgré le renforcement des procédures, il existe toujours certains défis. Plus particulièrement les livraisons ne correspondent pas toujours aux besoins exprimés, ce qui résulte à des ruptures de stock tant au niveau national qu'au niveau périphérique (régions, cercles).

⁹³ Plan d'action pour assurer la contraception sécurisée au Mali pour la période 2002-2011. Ministère de la santé, avril 2002.

⁹⁴ Commission créé par une décision du MS-SG du 24 avril 2001.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'UNFPA et l'USAID, a mené une analyse⁹⁵ en 2009, dans le but de procéder à une meilleure planification stratégique des besoins en produits de santé de la reproduction et des produits sanguins. Cette analyse a mené au constat que le programme d'Etat, pour la sécurisation des produits de planification familiale, est confronté à des disparités, allant des prix de vente des produits d'une région à l'autre ou même entre deux structures sanitaires de la même région, à l'absence de disponibilité des méthodes contraceptives de longue durée. Il est également noté la faible capacité des organisations à mener des plaidoyers suffisamment mobilisateurs, et surtout l'absence d'un plan de communication spécifique à la planification familiale. A tous ces obstacles, il faut rajouter le fait que le crédit médicament octroyé par l'Etat et destiné à l'achat des contraceptifs n'est pas toujours mobilisé et enfin, les comités de gestion des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) accordent la priorité aux produits générant plus de bénéfiques, au détriment des produits contraceptifs, ce qui entraîne des ruptures de stock. Certains entretiens qualitatifs menés avec les agents de santé au niveau des CSCOM dans le cadre de la présente étude, montrent que le problème est surtout idéologique, ou plutôt le prétendu religieux, que financier. Ce fut le cas aussi bien dans les zones rurales qu'en milieu urbain, où les dirigeants de certains ASACO évitent l'achat de produits contraceptifs, alors que les recettes de ventes leur sont bien versées. Notre étude a même montré que les prix chargés pour la planification familiale sont souvent plus élevés dans les CSCOM de Bamako, que dans le secteur privé ; ceci dû au frais supplémentaires de consultation et/ou pose d'injection. Cette pose, voire la consultation elle-même, est parfois effectuée dans des CSCOM, voire dans les CSREF des régions, par un personnel comprenant notamment des matrones, infirmières, aide-soignants non formés ; à Bamako même par des stagiaires non encadrés.

Une autre étude commanditée par l'UNFPA⁹⁶ sur l'approvisionnement des produits de santé de la reproduction en 2010/2011, a mené à une analyse sur les forces et faiblesses issues du point de vue sur l'état des lieux du système pharmaceutique national et d'une enquête sur les connaissances des différents acteurs dans le domaine des passations de marchés. En relation avec la présente étude, il ressort comme observations principales :

- Les achats des produits sont organisés à 78,4% sur l'appel d'offre international ;
- Le taux de disponibilité des médicaments essentiels est en moyenne de 85% entre 2001 et 2010 ; tandis que le taux d'accessibilité géographique dans un rayon de 5 Km est de 86% de la population.

Comme insuffisances dans le système d'appel d'offre il ressort, entre autres, que :

- La faiblesse du système d'information, et l'insuffisance dans la remontée des données des Dépôts de Vente par le Dépôts Répartiteurs du Cercle, influencent la quantification des besoins nationaux et le plan d'approvisionnement à tous les niveaux ;
- L'insuffisance des capacités de stockage ne facilite pas une bonne pratique de distribution et une gestion optimale de stocks ;
- La diversité des sources d'acquisition des médicaments rend complexe le mécanisme de suivi et de coordination de l'approvisionnement et de la distribution.

Une troisième étude commanditée par UNFPA en 2011⁹⁷ montre que 54% des établissements de santé ont connu au moins une rupture de stock en produits contraceptifs au cours des six derniers mois, avec des taux le plus élevé à Ségou, Mopti, Koulikoro et Tombouctou. Le pourcentage des CSCOM n'ayant pas connu de rupture de stock des deux contraceptifs modernes les plus utilisés au

⁹⁵ Ministère de la Santé / UNFPA / USAID. Analyse Situationnelle des Produits de la Santé de la Reproduction au Mali. 2009.

⁹⁶ Maiga T.H. : Etablissement de faits dans le cadre du renforcement des capacités des acteurs en charge des achats des produits de santé de la reproduction, en passation des marchés. UNFPA – Draft 2010.

⁹⁷ Konaté, L. et B. Doumbia : Enquête sur la disponibilité des contraceptifs modernes et des produits de santé maternelle / de la reproduction dans les points de prestation de services – Rapport du Mali. 13 mars 2011.

Mali était de 80% pour les injectables et de 76% pour les pilules orales, ce qui est peu satisfaisant. Pour les autres produits, les pourcentages étaient même inférieurs (54% pour les DIU, 54% pour les implants), et cela peut être lié au fait que le plateau technique n'est souvent pas assuré au niveau des CSCOM ; par exemple, les agents de santé n'étant pas formés à l'insertion du DIU et/ou de l'implant.

Il ressort aussi que 79% des établissements de santé étudiés⁹⁸ fournissent au moins trois méthodes de contraception modernes ; pour les distances connues (15-100 km ou plus), le taux varie de 91% à 74%. Toutefois, parmi les établissements dont la distance au point d'approvisionnement est indéterminée, on note que 55% offrent moins de trois méthodes modernes de contraception. Les raisons principales pour ne pas offrir certains contraceptifs étaient :

- Le manque de ressources financières semble être le principal déterminant pour ne pas avoir des produits contraceptifs modernes. En effet, lorsqu'ils sont débiteurs vis-à-vis du fournisseur qu'est la PPM, les établissements ne sont pas toujours en mesure de s'approvisionner ;
- Dans certains établissements publics hospitaliers l'environnement de service de planification commence à être mis en place ;
- Le manque de compétence pour des prestations données comme l'insertion du DIU ou d'implants.

Parmi les autres observations de l'étude on note :

- des commandes parfois dépassant les besoins, faute des difficultés à calculer correctement les besoins ;
- des réapprovisionnements fréquents ;
- une faible demande de service par les utilisatrices ou les utilisateurs potentiels, liées aux pesanteurs socioculturels.

A part les raisons de ruptures de stock trouvées dans les études discutées ci-dessus, on peut citer les raisons additionnelles qui ressortent des interviews menés dans le cadre de la présente étude :

- Des faiblesses dans le système de gestion de stock TAC, notamment le manque des données fiables sur la consommation des produits contraceptifs au niveau périphérique et les retards dans l'expression des besoins ;
- La distribution au niveau périphérique : problèmes de transport entre les dépôts régionaux de la PPM et les dépôts répartiteurs de cercle (CSREF)⁹⁹ ;
- L'augmentation brutale de la demande des implants (jadelle) ;
- L'irrégularité des délais de livraison par certains partenaires.

Ces problèmes ne facilitent pas la coordination des commandes et la maîtrise des délais de livraison au niveau de la DPM.

7.2 Facteurs favorisant et barrières du système de sécurisation

Un des principaux facteurs favorisant le système d'approvisionnement en produits contraceptifs est la volonté politique affichée des autorités maliennes à vulgariser, à faire la promotion de la PF comme facteur de développement sanitaire, social et économique, à offrir les services de planification familiale à ceux qui en ont besoin. Cette volonté n'est toutefois pas très systématique. D'une part, elle se matérialise par des actions ponctuelles telles que l'organisation des campagnes nationales de planification familiale, chaque année (depuis 2005). D'autre part, on peut citer les

⁹⁸ Ont été dénombrés en 2010 au total 9 hôpitaux, 56 CSREF et 998 CSCOM. La taille d'échantillon pour l'étude consistait de: 91 CSCOM, 56 CSREF et 9 hôpitaux.

⁹⁹ UNFPA a récemment doté la PPM avec quelques camions pour accélérer la livraison des commandes à l'intérieur du pays.

actions entreprises ces dernières années de façon à rendre les produits disponibles et à faciliter l'accès des services de planification familiale ; par exemple la mise en place de la commission nationale de suivi de la mise en œuvre du plan d'action à long terme de la contraception sécurisée et de la commission technique d'approvisionnement en produits contraceptifs ; la mise en place d'un circuit d'approvisionnement en produits contraceptifs, permettant d'atteindre les clients du niveau périphérique.

Un facteur favorisant clé est l'engagement de plusieurs acteurs nationaux (publics et privés), bilatéraux, internationaux, et des ONG dans l'approvisionnement en produits contraceptifs, dans la promotion et l'offre des services de planification familiale. En même temps, cette diversité amène aussi des problèmes de coordination et de maîtrise du système de sécurisation des différents produits.

Barrières

L'une des principales barrières à l'approvisionnement réside au niveau de la motivation financière. En effet, même s'il n'y a pas de grande différence entre la marge bénéficiaire unitaire sur les produits contraceptifs et celle qu'on fait sur les autres médicaments essentiels en DCI, la fréquence de vente de ces derniers n'est pas comparable à celle des produits contraceptifs. Ce qui fait qu'en fin de compte, il apparaît beaucoup plus intéressant financièrement pour les comités de gestion des formations sanitaires communautaires et les responsables des dépôts pharmaceutiques, de s'approvisionner plus en ME/DCI qu'en contraceptifs, étant donné que l'un des soucis majeurs de ces responsables est l'autofinancement de leurs dépenses de fonctionnement, voire la réalisation des profits. Il s'ajoute la réticence des dirigeants de certains ASACO en relation avec l'achat des produits contraceptifs, pour des raisons idéologiques, ou plutôt des raisons prétendues religieuses.

Une autre principale barrière à l'approvisionnement en contraceptifs est le manque de compétence des gérants des dépôts en gestion logistique, malgré les formations qu'ils ont suivies, pour suivre le mouvement de leurs stocks, pour estimer avec précision et pour exprimer à temps opportun leurs besoins. Ce qui fait d'ailleurs qu'il peut y avoir des ruptures de stocks de contraceptifs à des niveaux plus élevés du système national d'approvisionnement.

Le système d'approvisionnement et de distribution des contraceptifs au Mali est fortement dépendant des partenaires. La PPM a rapporté qu'elle n'intervient pas dans l'approvisionnement des produits contraceptifs par l'UNFPA et USAID. Elle n'intervient que lorsque les produits sont livrés au Mali. Il y a lieu d'assurer la coordination de l'ensemble des acquisitions, parce que parfois les contraceptifs livrés ne correspondent pas aux besoins exprimés.

Malgré la création d'une ligne budgétaire destinée à l'achat des produits pharmaceutiques en 2007, dont 500 millions de FCFA était destinés à l'achat des produits contraceptifs dès la première année, l'Etat n'arrive pas à participer au financement des produits contraceptifs. Dans ces conditions, la DPM ne semble pas maîtriser suffisamment les délais de livraison de ses commandes. Par ailleurs, certains partenaires ont des délais très irréguliers. Sur cette base, il est pratiquement impossible de faire des prévisions fiables.

En résumé, le système de sécurisation des produits contraceptifs au Mali n'est pas suffisamment assuré, malgré l'engagement de plusieurs acteurs. Les raisons sont multiples, y compris la volonté politique qui n'est pas très systématique, la motivation financière à plusieurs niveaux, le manque de compétence, la redevabilité de ceux qui sont responsables de la gestion des stocks. La dépendance de ce système des partenaires semble un problème de fond qui est reconnu au sein du secteur, mais qui nécessiterait une solution au niveau de la politique nationale.

8. Discussion, conclusions

Pour pouvoir mieux situer et apprécier les résultats de la présente étude, il convient de faire référence à trois publications d'études récentes.

- A. Une analyse récente du progrès de l'adoption de la contraception chez les femmes mariées ou en concubinage dans 24 pays en Afrique occidentale et orientale¹⁰⁰ entre 1986 et 2007 a examiné le besoin, l'acceptation, l'accès et l'utilisation de la contraception (Cleland et al., 2011)¹⁰¹.

En Afrique de l'Ouest, le besoin subjectif de contraception est resté inchangé pendant les 10 dernières années ; environ 46% des femmes mariées ou en concubinage ont indiqué un désir d'arrêter et/ou de retarder une maternité pendant au moins deux ans. Le pourcentage de femmes qui approuvaient la contraception s'est accru de 32 à 39%, et le pourcentage de celles qui accédaient aux méthodes contraceptives de 8 à 29%. La proportion de femmes utilisant une méthode moderne au moment de leur interview s'est accrue de 7 à 15%, équivalent à une augmentation annuelle moyenne de 0,6 point de pourcentage. Dans les pays d'Afrique de l'Est, les tendances ont été beaucoup plus favorables, avec une utilisation des contraceptifs en augmentation annuelle moyenne de 1,4 point de pourcentage (de 16% en 1986 à 33% en 2007). En Afrique de l'Ouest, le progrès de l'adoption de la contraception a été « désastreusement lente », selon les auteurs de l'article. L'attitude de résistance demeure une barrière et l'accès aux contraceptifs, bien qu'en progression, est « toujours terriblement limité » ; ce qui fait que les estimations pour la croissance démographique dans la sous-région risque d'être dépassées avec des conséquences néfastes pour le développement humain. En Afrique de l'Est, les perspectives d'un futur déclin de la fertilité sont beaucoup plus positives. Du chapitre 5 du présent rapport, il est clair que le Mali est parmi les pays en Afrique de l'Ouest avec les plus faibles taux d'utilisation de la contraception ; et en même temps, les besoins non satisfaits en matière de contraception au Mali sont très élevés.

- B. La deuxième étude concerne une analyse des programmes de planification familiale nationaux dans 81 différents pays du monde en vue de les caractériser en termes d'effort programmatique, de forces, de couverture et d'approche.¹⁰²

Les données obtenues en 2009 à travers un questionnaire d'évaluation adressé à des observateurs experts au niveau de ces différents pays ont été comparées à celles d'enquêtes similaires effectuées en 1999 et en 2004, dans le but d'examiner les tendances sur 10 ans. Quatre dimensions d'effort programmatique sont considérées : politiques, services, suivi-évaluation et accès à la contraception. En moyenne, les programmes de planification familiale nationaux ont amélioré légèrement leurs niveaux d'effort entre 1999 et 2004, puis de nouveau, entre 2004 et 2009. En 2009, l'effort moyen ne représente cependant qu'environ la moitié du maximum atteint. Les cotes composantes des mesures de service et de celles d'accès à la contraception n'atteignent pas 50% du maximum en 2009. Des différences régionales et par quartile d'effort révèlent dans les analyses de sous-groupes. Dans l'ensemble, l'amélioration de la santé des femmes et la prévention des naissances non désirées sont les justifications programmatiques les plus importantes, classées avant la réduction de la fécondité, le développement économique ou la réduction de la maternité parmi les adolescentes non

¹⁰⁰ Treize (13) pays en Afrique de l'Ouest (dont le Mali) et 11 pays en Afrique de l'Est.

¹⁰¹ Cleland John G., Robert P. Ndugwa and Eliya M. Zulu (2011). Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Bulletin of the World Health Organization* 89:137-143.

¹⁰² Ross, J. and E. Smith (2011). Trends in national family planning programmes, 1999, 2004 and 2009. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37(3), 125-133.

mariées. Les sous-groupes recevant le plus d'attention sont les populations pauvres et rurales, alors que les jeunes célibataires et les femmes après-avortement sont les moins considérées. Parmi les facteurs d'influence extérieurs, les changements survenus dans le financement national et des donateurs paraissent plus défavorables que l'intégration des programmes de planification familiale dans le total des prestations de santé. En conclusion, les niveaux d'effort programmatique moyens sont soutenus, bien qu'ils présentent encore certaines lacunes. Les pays n'assurent pas l'accès universel à une variété de choix contraceptifs, à travers différents circuits, qu'il s'agisse des méthodes à court ou à long terme. Il est à noter qu'en 2009, le Mali a obtenu un des scores les plus élevés pour ses efforts programmatiques en matière de planification familiale : avec un score total de 61,4% (pourcentage du score maximum), le Mali est classé deuxième, parmi 32 pays sous-Sahariens.¹⁰³

- C. La troisième étude concerne une revue systématique des évaluations des interventions de planification familiale, publiées entre 1995 et 2008.¹⁰⁴

Les évaluations retenues sont celles dont la conception était expérimentale ou quasi-expérimentale, ou qui attribuait d'une autre manière les domaines couverts par le programme à des changements observables de fertilité ou de résultats de la planification familiale aux niveaux des individus ou des populations. Un total de 63 études ont ainsi été trouvées et classées selon le type d'intervention : côté demande ou côté offre. Quelques deux-tiers de ces études sont des évaluations de programme concentrées sur la demande. Les résultats de tous les programmes révèlent une amélioration significative du savoir, des attitudes, des discussions, et des intentions. Les impacts des programmes sur l'utilisation de contraceptifs et sur l'usage de services de planification familiale sont au contraire significativement plus rares. Moins de la moitié des études mesurant les résultats en termes de fertilité ou de problématiques liées à l'accouchement ont pu prouver un impact quelconque des programmes. Les chercheurs ont trouvé que les approches programmatiques et les interventions concentrées sur l'offre sont les plus prometteuses. Et ils ont proposé des orientations pour de futures interventions de planification familiale : les approches pluridimensionnelles, l'offre des informations et de services de qualité, la prise en compte des normes et barrières socioculturelles en matière de contraception, et assurer le soutien communautaire.

Contrairement aux résultats de la deuxième étude ci-dessus, la présente étude a relevé plusieurs défis en relation avec les interventions visant l'amélioration de l'offre des services et de produits contraceptifs, telles que les activités pour assurer l'accès géographique et financier, l'amélioration de la qualité des prestations. Et ceci, malgré la présence de plusieurs partenaires et de quelques innovations prometteuses, telles que l'introduction de nouvelles méthodes de contraception, l'adoption du système TAC pour sécuriser l'approvisionnement des contraceptifs (cf. question d'évaluation n° 4).

En ce qui concerne les interventions visant la création de la demande, les approches de communication interpersonnelle à travers les agents de santé, les distributeurs à base communautaire et/ou pairs éducateurs sont très peu appuyées dans le secteur public. A part les campagnes nationales en faveur de la planification familiale chaque année pilotées par le Ministère de la Santé, ce sont surtout les ONG qui s'engagent dans la création de la demande. Ceci dans des zones géographiques délimitées, parfois en focalisant sur certains groupes cibles, notamment les jeunes et les participantes aux séances de consultations postnatales et/ou de vaccination (PSI), et sous forme de projets de durée limitée.

¹⁰³ Le Madagascar vient en premier lieu avec un score de 64,0%.

¹⁰⁴ Mwaikambo L., I.S. Speizer, A. Schurmann, G. Morgan and F. Fikree (2011). What works in family planning interventions: a systematic review. *Studies in Family Planning* 42(2), 67-82.

Toutefois, la présente étude n'a pas pu mesurer les effets différentiels d'une intervention spécifique sur certains groupes cibles. En fait, il n'y avait qu'une seule intervention qui aurait été éligible à une telle approche : l'introduction des implants, comme méthode contraceptive de longue durée, par MSI et PSI. Comme cette initiative est récente, il n'était pas possible de mesurer à moins de deux ans après son lancement en 2009, tous les effets à moyen et à long terme parmi les utilisatrices de cette méthode. Le chapitre 5 présente néanmoins certaines estimations d'effet en termes de grossesses et de naissances évitées, nombre d'enfants et de femmes morts évités, nombre d'avortements évités.

Principales conclusions en rapport avec les questions d'évaluation

1. **En termes de tendances** des indicateurs clés pendant les dernières années (en rapport avec la première question d'évaluation) les conclusions se résument comme suit :
 - L'utilisation de la contraception chez les femmes âgées de 15-49 ans, mariées ou en union, a peu évolué : elle est passée de 6,7% en 1995/96, à 8% en 2001, puis restée au même niveau jusqu'en 2006, avant de passer à 9,2% en 2009. L'importance des méthodes traditionnelles a diminué, au profit des méthodes modernes (8% en 2009).
 - On note des légères améliorations des taux d'utilisation des deux méthodes modernes de contraception les plus répandues dans la période 2006 à 2009 : les contraceptifs oraux (pilule) et les injectables. On note aussi une augmentation de l'utilisation des implants, de 0,1% des femmes en 2006, à 0,4% en 2009.
 - Plus de la moitié des utilisatrices se sont adressées au secteur médical public (52%) dans les trois EDS successives de 1995/96, 2001 et 2006 et ce pourcentage n'a pas changé pendant ces 10 ans. En 2006, environ une femme sur trois s'est adressée au secteur médical privé, qui semble avoir gagné de l'importance, selon les observations sur le terrain. Les agents DBC ne semblent plus jouer un rôle de grande importance (environ 1%).
 - Cependant, 30,8% des besoins en matière de contraception en 2009 sont non satisfaits, dont plus de deux-tiers pour espacer les naissances et le reste pour limiter le nombre d'enfants. Ce taux global n'a guère évolué depuis 2006 (31,2%), après avoir augmenté de 25,7% en 1995-96, et 28,5% en 2001, avec des tendances presque identiques en milieux urbain et rural.

Les caractéristiques de l'offre des services de planification familiale au cours des 10-15 dernières années étant décrites dans le chapitre 4, il n'était pas possible de calculer la part de chaque ONG dans l'offre des services et la prévalence contraceptive. Ceci était dû au fait que les grandes enquêtes ne posent pas de questions très spécifiques sur le lieu d'approvisionnement des produits contraceptifs.

2. **En termes d'effets des interventions de planification familiale** (en relation avec la question d'évaluation n° 2), l'étude a trouvé que :
 - Les réalisations en termes de couple-années de protection (CAP) pour l'ensemble des quatre méthodes modernes les plus répandues (pilule, injectable, implant, DIU), ont plus que doublé pendant la période 2006 à 2009 : de 34 000 CAP environ en 2006 à presque 80 000 CAP en 2009. Ceci est notamment attribué aux implants, qui représentent près de la moitié du total des CAP réalisés en 2009, malgré leur faible niveau d'utilisation. Les injectables à leur tour ont contribué pour 32% aux CAP en 2009, contre 41% en 2006.
 - Les effets de la contraception moderne en 2009 sont estimés à plus de 16 000 grossesses évitées, environ 12 000 naissances évitées, environ 1 200 cas de décès évités d'enfants de moins d'un an, environ 2 300 décès d'enfants de moins de cinq ans évités, 100 cas de décès maternels évités, 175 avortements évités. Ces réalisations sont 2,3 fois plus élevées que les estimations pour l'année 2006.
 - Au vu de leur caractère (protection de longue durée), les implants et les DIU contribuent respectivement pour 48% et 12% à ces réalisations, contre 32% pour les injectables et 8% pour les contraceptifs oraux (cf. question d'évaluation n° 5).

3. Comme **facteur favorable à la planification familiale** (question d'évaluation n° 3), on peut noter la présence de multiples acteurs non gouvernementaux qui se sont engagés à améliorer l'offre des services et la disponibilité des produits contraceptifs par des activités concrètes ; dans certains cas par le renforcement des capacités des structures nationales concernées (UNFPA, USAID/ATN+), et dans d'autres cas par la fourniture des services de planification familiale (AMPPF, ASDAP, Kénéya Ciwara, MSI, PSI, USAID).

Si le volume des financements externes, y compris la contribution des Pays-Bas, s'est accru au cours des années, l'engagement financier du Gouvernement malien laisse à désirer. Malgré la création d'une ligne budgétaire destinée à l'achat des produits pharmaceutiques en 2007, l'Etat n'est toujours pas arrivé à participer au financement des produits contraceptifs. Dans ces conditions et à cause du fait que certains partenaires ont des délais très irréguliers, il reste très difficile de faire des prévisions fiables, et la DPM n'arrive pas à maîtriser les délais de livraison de ses commandes. Et ce qui est même plus préoccupant : le financement des contraceptifs n'est pas durable, et les incitations financières aux différents niveaux du système d'approvisionnement ne sont pas propices (cf. question d'évaluation n° 3 et hypothèse B). Il s'ajoute l'absence d'un mécanisme d'obligation (redevabilité) en ce qui concerne la sécurisation des produits contraceptifs.

Comme facteurs favorisant de la planification familiale on peut citer :

- Les campagnes nationales en faveur de la PF, chaque année en mars, depuis 2005 ;
- Les différentes études qui ont été réalisées pour identifier les obstacles à l'utilisation de la contraception moderne¹⁰⁵ ;
- Les tentatives de remédier à certaines faiblesses dans le système d'approvisionnement (p.ex. le système TAC) ;
- L'avènement de nouveaux acteurs (MSI), l'adoption de nouvelles stratégies (PSI), l'expansion des activités de PF de certaines ONG dans d'autres zones du territoire du pays, l'introduction de nouveaux produits (implants) ;
- La participation active aux conférences internationales sur les questions de population, développement et planification familiale (cf. section 4.1).

Il s'ajoute la reconnaissance au niveau des communautés enquêtées du lien entre la maîtrise de la fécondité au niveau du ménage et le bien-être de ses membres, aussi bien en termes de bien-être économique qu'en termes de santé de la mère et des enfants ; ceci grâce aux activités de sensibilisation et l'accroissement du niveau de scolarisation.

Les barrières pour la planification familiale au Mali (toujours en relation avec la question d'évaluation n° 3) se trouvent à la fois au niveau de l'offre des services et au niveau des communautés, où le poids des coutumes, de la tradition, de la religion musulmane et du contexte politique international se fait sentir à travers une faible demande pour la contraception moderne, et en même temps des besoins non satisfaits très préoccupants dans toutes les couches de la société.

La présente étude a affirmé que l'offre des services de planification familiale est confrontée à plusieurs problèmes cruciaux :

- inadéquation de compétences des agents de santé et insuffisance de moyens financiers, techniques, matériels dans les formations sanitaires ;
- offre limitée de produits contraceptifs, liée en partie aux ruptures de stock intermittentes, malgré les efforts pour sécuriser l'approvisionnement de ces produits ;

¹⁰⁵ On peut les classer en deux catégories : les études ayant le focus sur les obstacles au niveau du comportement individuel (p.ex. Etude qualitative sur les effets des campagnes nationale) ; et celles focalisant sur l'identification des barrières dans le système de santé (p.ex. le système d'approvisionnement).

- qualité de services non assurée, y compris le non respect de la confidentialité, et l'insuffisance qualitative des informations fournies aux clientes sur les effets secondaires de certains produits.

En conséquence, une grande proportion des clientes (37% en 2006) s'approvisionne dans les secteurs privé (pharmacies, cliniques) et informel (boutiques et autres kiosques de quartier), qui ne sont pas suffisamment encadrés par le Ministère de la Santé et qui n'adhèrent souvent pas aux normes et procédures.

Les enquêtes qualitatives réalisées sur le terrain ont élucidé que :

- La non connaissance de la contraception et des sources d'approvisionnement des différents produits n'est plus un facteur explicatif des faibles niveaux de la pratique de la contraception moderne au Mali. Déjà en 2007, comme évoqué dans la section 6.1, une étude sur les effets de la campagne nationale en faveur de la PF de 2006 a trouvé qu'à part quelques rares poches qui n'avaient pas été exposées à cette campagne, la plupart des personnes enquêtées avaient entendu des messages en faveur de la PF à la radio ou la télévision.
- Au niveau des couples et de l'individu, le poids des moyens économiques et de la proximité des points d'approvisionnement est peu connu, mais il ne semble pas un facteur décisif dans la plupart des cas.
- Bien que les connaissances ne soient pas parfaites, notamment sur les effets secondaires de certains produits et même dans les zones avec une longue histoire d'interventions de PF par des multiples acteurs, les enquêtes de la présente étude ont révélé une faible qualité des prestations par les agents de santé. Le non respect de normes pour la prise en charge des clients, parfois lié aux locaux inappropriés ou aux manques de matériels, ou à l'insuffisance du professionnalisme de l'agent de santé, mais très souvent aussi à cause des ruptures de stock, est un déterminant clé pour le phénomène du circuit informel. En zone (péri) urbaine, mais aussi dans plusieurs zones rurales, on voit une cohabitation tacite du secteur public, d'une ou plusieurs ONG, et des acteurs privés, qui ne se communiquent pas suffisamment ou à peine. Dans un tel environnement, la distribution des produits contraceptifs risque d'être dégradée à une simple vente à but lucratif, et la dimension 'bien public' des services de planification familiale risque de disparaître. Le client fait son choix selon sa préférence personnelle, généralement basée sur sa propre perception de meilleure valeur pour son argent. Il a été trouvé que les utilisatrices de la contraception attachent beaucoup d'importance à la discrétion lors des consultations de PF, qui selon leurs dires, n'est pas toujours suffisamment assurée dans le secteur public.
- Le poids des facteurs socioculturels, qui s'ajoute à la faible qualité de service au niveau des structures publiques, reste important dans un milieu où les femmes (et parfois leurs maris) craignent d'être stigmatisées par leurs belles-familles, leurs voisins, la communauté locale. Dans un tel environnement, il semble primordial que les prestataires des services accordent plus de priorité au transfert des informations ponctuelles sur les produits contraceptifs aux utilisatrices (y compris les informations sur les effets secondaires potentiels), ainsi qu'à la confidentialité de leur clientèle.

Si les agents de santé semblent généralement bien conscients de l'importance d'un service de qualité pour gagner la confiance de leurs clients, ils ne sont pas tous capables de suivre les normes et procédures techniques et déontologiques établies par le Ministère de la Santé, par manque de locaux appropriés ou d'autres moyens techniques.

D'autres ne semblent pas se sentir obligés de suivre les normes et procédures. Les exemples des pratiques qui se déroulent dans le circuit informel, même à l'intérieur du système de santé officiel, en témoignent. Ceci contrairement à certains responsables des programmes, qui ont insisté beaucoup sur le professionnalisme. Parmi les leaders de certaines ONG, il y en a aussi qui favorisent le dialogue public sur les questions de population et de la contraception, non

seulement au sein du secteur de la santé mais aussi dans la société civile en général. Ceci faciliterait la prise de décisions consensuelles par les couples en matière de planification familiale.

4. **La principale mesure novatrice** en matière de planification familiale (questions d'évaluation n° 4 et 5) est **l'introduction de l'implant** comme nouvelle méthode contraceptive de longue durée. Bien que cette méthode soit récente et pour le moment mise en œuvre dans des zones spécifiques où MSI et PSI interviennent, elle promet d'augmenter de manière très significative le niveau de protection des femmes en âge de procréer contre des grossesses non désirées. Sa vulgarisation n'est pas très facile, car elle nécessite trois conditions qui ne sont pas toujours remplies au Mali : (a) le transfert de compétences techniques aux agents de santé pour le placement et l'enlèvement éventuel de l'implant chez la femme ; (b) la dissémination d'informations complètes et précises aux clientes sur le produit, les procédures de son placement, son fonctionnement dans le corps humain, les effets secondaires que les utilisatrices de cette méthode peuvent éprouver ; (c) la sécurisation de l'acquisition des implants au niveau national, sa distribution et sa vente en détail aux clientes à un prix abordable.

Les expériences jusqu'à présent du côté des prestataires et des ONG impliquées ont été généralement positives, et le grand intérêt du côté des femmes dans certaines zones d'intervention semble souvent lié au fait qu'il s'agit d'une méthode moins contraignante et beaucoup plus discrète que la plupart des autres produits contraceptifs. Si l'efficacité de l'implant est incontestable et son potentiel en termes d'impact est grand, il faut reconnaître que la méthode est très sensible à des rumeurs, qui nuiraient à la vulgarisation de cette méthode de contraception peu connue pour l'instant. Par ailleurs, sa pérennité dépendra aussi de la volonté politique pour appuyer davantage la vulgarisation dans un milieu traditionnel où certains leaders s'opposent contre toute forme de contraception, ou tout changement qui augmenterait l'autodétermination de la femme au Mali.

5. Par rapport à **la question du pouvoir décisionnel des femmes** (question d'évaluation n° 6), on observe une **tendance positive**, avec la plupart des enquêtés qui ont affirmé qu'aujourd'hui les conjoints se sentent beaucoup plus à l'aise de parler librement des questions ayant trait à la reproduction, la sexualité, la contraception, en comparaison avec la situation il y a 10 ans. D'autres déclarent qu'ils n'en parlent pas facilement, mais les femmes se planifient tout de même avec le consentement de leurs maris, qui souvent fournissent l'argent pour l'achat des contraceptifs. C'est dans les rares cas où le mari est entièrement contre, que le pouvoir décisionnel limité de la femme peut amener cette dernière à faire recours à la contraception à l'insu de son conjoint. Les deux méthodes préférées dans de telles situations sont l'injectable et l'implant, qui laissent moins de traces visibles que les contraceptifs oraux et autres.

Toutefois, les enquêtes ont révélé plusieurs cas de nouvelles acceptantes de l'implant qui ont demandé son enlèvement à cause d'une des deux raisons suivantes : le désaccord du conjoint, ou les inquiétudes chez la femme elle-même sur les effets secondaires. Il y a même eu le cas d'un village où quasiment toutes les femmes se sont fait planifier avec l'implant dont le centre de santé venait de se doter. Puis, suite à l'opposition de la communauté qui aurait été influencée par un agent de santé du secteur privé, les femmes ont été contraintes de se faire « déplanifier ». Au lieu donc, de prendre de tels rapports comme des anecdotes, il conviendrait d'adopter des mesures préventives contre ce genre de situation.

6. Si **la religion** reste un facteur lourd pesant sur la pratique de la contraception, voire la question de la population (cf. question d'évaluation n° 7), **son influence a diminué** au cours des 10 dernières années dans les zones de l'étude qualitative. Malgré le fait que le Coran ne parle pas ou presque pas de manière directe de la contraception, comme évoqué dans le chapitre 4, certains croyants persistent à s'opposer diamétralement à ceux qui sont pour la planification

familiale : le dialogue est extrêmement délicat et suscite des réactions virulentes, car il touche sur les valeurs fondamentales de la société, y compris la position de la femme vis-à-vis l'homme. Quoi qu'il en soit, pour avancer la pratique de la contraception, il va falloir stimuler, voire renouveler le dialogue à tous les niveaux. Les conférences nationales et internationales peuvent être utiles à cet effet, mais le rôle des parties externes, comme les coopérations bi- et multilatérales et les ONG internationales dans un domaine d'une telle envergure est limité et ne doit pas être surestimé.

7. Jusqu'à présent, **l'appui extérieur de la coopération néerlandaise aux trois ONG** intervenant dans le domaine de la planification familiale (AMPPF, MSI, PSI ; à raison de € 5 millions environ sur 10 ans), en complément de l'appui budgétaire sectoriel pour appuyer la mise en œuvre du PRODESS (€ 4 millions par an depuis 2002), **a été pertinent** (question d'évaluation n° 8), puisqu'il a permis de répondre à un véritable besoin en méthodes contraceptives de longue durée et d'augmenter les taux de couple-années de protection.

La coopération néerlandaise se trouve dans une position particulière : en tant qu'un des principaux bailleurs de fonds dans le secteur de la santé, elle participe activement au dialogue sectoriel, mais ce n'est qu'en 2007 qu'elle a accordé plus d'importance à la planification familiale, après la publication du rapport EDSM-IV. En l'absence d'un dispositif d'assistance technique, les Pays-Bas jouent en effet un rôle assez marginal, qu'on ne pourrait pas comparer à celui de l'USAID ou l'UNFPA.

L'espace de négociation étant limitée, la Coopération néerlandaise n'a toutefois pas été très influente dans le dialogue sectoriel par rapport à la question des besoins non satisfaits en matière de contraception. Cependant, la complémentarité, voire la valeur ajoutée, non seulement des résultats, mais aussi des approches spécifiques, notamment la vulgarisation des méthodes de longue durée (implants), méritent un suivi-évaluation plus proche, qui pourrait alimenter davantage le dialogue intra sectoriel et à tous les niveaux de la société malienne.

Pour terminer, il est clair que la planification familiale au Mali est confrontée à des grands défis, tant du côté de l'offre que celui de la demande. Ceci malgré les acquis d'une légère amélioration de la prévalence contraceptive dans plusieurs couches de la société, entre 2006 et 2009 ; et malgré l'introduction d'une nouvelle méthode contraceptive (l'implant), à laquelle la coopération néerlandaise a contribué et qui promet de contribuer d'une manière très significative à l'amélioration des couple-années de protection, et ainsi à la réduction des grossesses non désirées, de la fertilité, de la mortalité infantile et maternelle.

La contraception moderne devrait bénéficier de l'attention que lui confère son importance et son potentiel en termes d'impact. Bien que partie intégrante du PMA et l'espacement des naissances faisant partie des pratiques traditionnelles, la planification familiale ne devrait plus rester une activité marginale dans les structures sanitaires publiques telle qu'elle est à l'heure actuelle dans la plupart des cas. Surtout la réduction des besoins non satisfaits en matière de contraception mérite être priorisée, car cet indicateur est sensible à la fois aux changements dans l'offre des services et dans la demande populaire.

Recommandations

Des améliorations pourraient se réaliser par les actions suivantes :

- I Réexaminer le processus et l'espace pour fournir un service de qualité au niveau des formations sanitaires (consultations PF, post natales ou curatives ; consultations des enfants sains), tout en assurant la discrétion/confidentialité, la fourniture des informations ponctuelles aux clients sur les différentes méthodes et produits contraceptifs, et la prise en charge des effets secondaires. L'utilisation de toute opportunité comme porte d'entrée à la PF est de première importance ;

- II Promouvoir et étendre les méthodes les plus acceptables et les moins contraignantes pour les femmes (implant, DIU, injectable), en assurant le plateau technique au niveau des formations sanitaires, y compris les informations des clientes sur les effets secondaires des produits contraceptifs ;
- III Prévenir toute rupture de stock préjudiciable des produits contraceptifs ; instaurer d'incitations financières appropriées à tous les niveaux du système d'approvisionnement et de l'offre des services ;
- IV Saisir systématiquement les opportunités manquées pendant les supervisions intégrées et les corriger ; appuyer la bonne tenue des registres et l'analyse des données sur le tas ;
- V Fournir des incitations financières au niveau de la demande des contraceptifs ;
- VI Examiner des ouvertures pour l'encadrement du secteur privé, notamment le secteur informel, avec des activités de formation, inspection, appui technique et/ou supervision, voire l'accréditation des établissements qui remplissent les normes ;
- VII Créer de l'espace et saisir sur les opportunités dans la société civile et au niveau de la politique pour appuyer de façon durable le débat public sur la contraception moderne.

Ces actions sont à mener par le Gouvernement du Mali, notamment à travers son Ministère de la Santé, et à appuyer par ses partenaires à tous les niveaux du système de santé.

Pour les bailleurs, surtout ceux qui fournissent un appui budgétaire sectoriel, tels que les Pays-Bas, il est recommandé de suivre de près l'évolution du taux de besoins non satisfaits en matière de contraception à travers les enquêtes d'envergure nationale ; et de considérer ce taux comme un des principaux indicateurs de performance du secteur de la santé, tout en reconnaissant que de telles enquêtes ne peuvent pas être réalisées chaque année.

Bibliographie

- Abdel Rahim Omran (1992). *Family planning in the legacy of Islam*. United Nations Population Fund, Routledge, London/New York.
- Akory Ag Ikanane, Modibo Kadjoke, Nianguiry Kanté, Sangaré Tenin Aoua Thiero et al. (2006): Comprendre l'impact de la décentralisation sur la santé de reproduction en Afrique – le cas du Mali. INRSP, ASCOBA, Bamako, juin 2006.
- Ahlburg, D.A., Kelley, A.C., Oppenheim Mason. K. (1996). *The Impact of population growth on well-being in developing countries*. Springer-Verlag.
- AIV (2009). Demographic changes and development cooperation. No. 66, July 2009. Advisory Council on International Affairs/Adviesraad Internationale Vraagstukken. Den Haag, 2009.
- Ambassade Royale des Pays-Bas (1999). L'évolution du système de santé au Mali depuis l'Initiative de Bamako – Contribution des projets 1987-1999. Bamako, février 1999.
- 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.
- Boye A.K., Hill K., Isaacs S., Gordis D. (1991). Marriage law and practice in the Sahel (1991). *Studies in Family Planning* 22(6):349-9.
- Brand, Saskia (2001). Mediating means and fate – A socio-political analysis of fertility and demographic change in Bamako, Mali. African social studies series, Brill, Leiden.
- 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.
- 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.
- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et Macro International Inc. (1996). *Enquête Démographique et de Santé Mali 1995-1996*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. Décembre 1996.
- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI) et ORC Macro. 2002. *Enquête Démographique et de Santé au Mali 2001*. Calverton, Maryland, USA : CPS/MS, DNSI et ORC Macro. Juin 2002.
- Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS/MS), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce (DNSI/MEIC) et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006*. Calverton, Maryland, USA : CPS/DNSI et Macro International Inc. Décembre 2007.
- Cellule de Planification et de Statistique du secteur santé, développement social et la promotion de la famille (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT). *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples 2009-2010 (MICS)*, Rapport final. Bamako Mali, 2011.
- Cleland John G., Robert P. Ndugwa and Eliya M. Zulu (2011). Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? *Bulletin of the World Health Organization* 89:137-143.
- Corby N., T. Boler and D. Hovig (2009). *The MSI impact calculator: methodology and assumptions*. London: Marie Stopes International, 2009.
- Diallo, I. (2004). Advocacy for contraceptive security conference report. DELIVER Mali.

- ECO Consult / AGEF / APRI / Euronet / IRAM / NCG (2011). Evaluation conjointe des opérations d'aide budgétaire au Mali 2003-2009 – Rapport finale d'une évaluation conjointe pour le compte de la Commission de l'Union européenne, de la Belgique, et du Canada comme exercice pilote du Comité d'aide au développement de l'OCDE. septembre 2011.
- England, R. (2007): Are we spending too much on HIV? *British Medical Journal* 334, 344.
- 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*; 87: 30-38.
- Green, E. and J. Stanback (2012). Old barriers need not apply: opening doors for new contraceptives in the developing world. *Contraception* 85: 11-14.
- Guengant, Jean-Pierre (2011). Comment bénéficier du dividende démographique ? Analyse pays Mali. Agence Française de Développement, version préliminaire.
- Guèye, M. et Nikièma, A. (2008). Évaluation de l'offre des services de planification familiale au Mali. USAID, Ministère de la Santé/Secrétariat Général/Direction Nationale de la Santé/ Division Santé de la Reproduction, Bamako, juillet 2008.
- Guèye, M., S. Caste and M.K. Konaté (2001). Timing of first intercourse among Malian adolescents: implications for contraceptive use. *International Family Planning Perspectives* 27(2): 56-62 & 70.
- 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.
- IOB (2000): Onderzoek naar de samenwerking tussen Mali en Nederland 1994-1998. IOB Evaluaties n° 285. Inspectie Ontwikkelingssamenwerking en beleidsevaluatie, Ministerie van Buitenlandse Zaken, november 2000.
- Institut National de la Statistique / Bureau Central du Recensement (2009). Résultats provisoires du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l ; Habitat du Mali, RGPH 2009. INSTAT / BCR, Bamako, juillet 2009.
- Kaggwa, E.B., Diop, N., Douglas Storey, J. (2008). Contraceptive Use among Women in Union in Mali. *International Family Planning Perspectives*; 34(2): 79-88.
- Kak, L. and M. Singer (1993). The introduction of community-based family planning services in rural Mali: the Katibougou family health project. CEDPA, Washington, Working paper n° 2, 1993.
- 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.
- Konaté, L. et B. Doumbia : Enquête sur la disponibilité des contraceptifs modernes et des produits de santé maternelle / de la reproduction dans les points de prestation de services – Rapport du Mali. 13 mars 2011.
- Maiga, T.H. : Etablissement de faits dans le cadre du renforcement des capacités des acteurs en charge des achats des produits de santé de la reproduction, en passation des marchés. UNFPA, draft 2010.

- Marie Stopes International (2010). Recherche sur les avortements provoqués clandestins au Mali. Analyse d'enquêtes sur les femmes Maliennes et les prestataires de santé près de Bamako. Version 3, février 2010.
- Mariko S., M. Ayad, R. Hong, O. Keita, M. Diop (2009). Analyse approfondie Mali. Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006. Analyses approfondies des Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali, 1995-96, 2001 et 2006. USAID, septembre 2009.
- Ministère de la Santé/SG/DNS (2011). Plan d'action national de planification familiale au Mali 2011-2015 – version finale, nov. 2011.
- Ministère de la Santé/SG/CPS (2011). Evaluation du Plan de Développement Sanitaire et Social. Bamako, juin 2011.
- Ministère de la Santé / UNFPA / USAID (2009). Analyse situationnelle des produits de la santé de la reproduction au Mali. Bamako.
- Ministère de la Santé/DNS/DSR et USAID Mali (2008). Evaluation de l'offre des services de planification familiale au Mali. Juillet 2008.
- Ministère de la Santé/DSR (2007). 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 (2002). Plan d'action pour assurer la contraception sécurisée au Mali pour la période 2002-2010. Avril 2002.
- Ministère de la Santé/SG/DNS (2002): L'implication des hommes dans la planification familiale au Mali – Rapport de recherche. Bamako, décembre 2002.
- 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.
- Mwaikambo L., I.S. Speizer, A. Schurmann, G. Morgan and F. Fikree (2011). What works in family planning interventions – a systematic review. *Studies in Family Planning* 42(2), 67-82.
- Netherlands Ministry of Development Cooperation (2003), *Aan Elkaar Verplicht. Ontwikkelingssamenwerking op weg naar 2015* (Beleidsnotitie ontwikkelingssamenwerking 2004-2007).
- Netherlands Ministry of Development Cooperation (2006), *Sterke Mensen, Zwakke Staten. Nederlandse beleid ten aanzien van Afrika ten zuiden van de Sahara in meerjarig perspectief* (Afrika-beleid).
- Netherlands Ministry of Development Cooperation (2007), *Een Zaak van Iedereen. Investeren in ontwikkeling in een veranderende wereld* (Beleidsnotitie ontwikkelingssamenwerking 2007-2011).
- Netherlands Ministry of Development Cooperation (2008), *HIV/aids en seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (srgr) in het buitenlands beleid– Keuzes en Kansen* (SRHR policy note).
- N.N. Note sur la croissance démographique au Mali (2010). Rédigée par le groupe statistique. Présentation à la réunion des chefs d'agence, mars 2010.

- OCDE/DAC (2009) : Evaluer la coopération pour le développement – Récapitulatif des normes et standards de référence. Le réseau CAD sur l'évaluation en matière de développement – deuxième édition.
- République du Mali (2010). Situation des femmes au Mali quinze ans après la conférence mondiale de Beijing. Rapport national.
- Ross, J. and E. Smith (2011). Trends in national family planning programmes, 1999, 2004 and 2009. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 37(3): 125-133.
- Saifuddin Ahmed, Qingfeng Li, Li Liu and Amy O Tsui (2012): Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* 380, July 14, 2012: 111-125.
- Samaké, Salif, Elisabeth Paul, Bruno Dujardin et Ignace Ronse (2009). L'évolution et la dynamique de l'Approche Sectorielle Santé au Mali.
- Shiffman, J. (2008) : Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues ? *Health Policy and Planning* 23: 95-100.
- 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, Access Family Planning Initiative (2009). *Postpartum Family Planning needs in Mali*. 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.
- USAID/Health Policy Initiative (2010). *The Cost of Family Planning in Mali*, 1-6. February 2010.

Annexes

Annexe A: Evolution de l'indice de développement humain au Mali

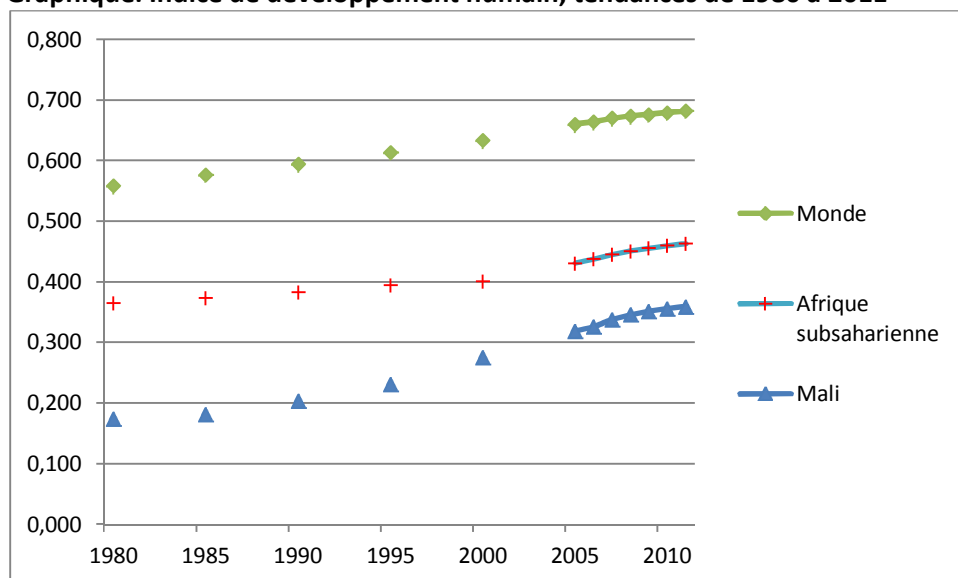
Le principal enjeu pour le Mali est d'assurer un développement humain durable, face à une superficie de 1 241 238 km² et une population résidente estimée à 14 517 176 habitants (RGPH 2009). Avec un taux d'accroissement annuel de 3,6%, cette population, essentiellement rurale, est caractérisée par une proportion élevée de jeunes : plus de 46% sont âgés de moins de 15 ans et 6% âgés de plus de 60 ans. Les femmes représentent 50,4% de la population contre 49,6% pour les hommes. L'espérance de vie à la naissance de la population est de 51,4 ans.

L'indice de développement humain (IDH) fournit une mesure composite de trois dimensions de base du développement humain : la santé, l'éducation et le revenu.

Selon le dernier rapport sur le développement humain, publié par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'indice de développement humain du Mali a connu une amélioration depuis 2005. Il est passé de 0,319 en 2005 à 0,352 en 2009 et à 0,359 en 2011.

Cependant, le Mali reste parmi les pays à faible développement humain. En 2011, son rang était 175 sur un total de 187 pays, plaçant le Mali en-dessous de la moyenne régionale pour l'Afrique subsaharienne.

Graphique: Indice de développement humain, tendances de 1980 à 2011 *



*Source : UNDP, <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/MLI.html>

Annexe B : Classification des méthodes contraceptives

L'utilisation de la contraception suppose, au préalable, la connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Les différentes méthodes retenues dans les questionnaires des enquêtes EDS et MICS sont classées en trois catégories :

- les **méthodes modernes**, comprenant les méthodes de longue et de courte durée.

Méthodes de longue durée et produits :

- les injectables : dépoprovéra¹⁰⁶ 3 mois de protection
- les implants : norplant, jadelle, sino-implant¹⁰⁷ 4 à 5 ans de protection
- le stérilet ou DIU (dispositif intra utérin) 5 à 10 ans de protection
- la stérilisation féminine (la ligature des trompes) et
- la stérilisation masculine (la vasectomie)

Méthodes de courte durée et produits :

- la pilule : lo-femenal, ovrette, etc
- le condom masculin
- le condom féminin
- le diaphragme
- les méthodes vaginales : spermicides (néo sampooon, norlevo, ...), mousses et gelées
- la pilule du lendemain (contraceptif d'urgence) : optinor

- les **méthodes traditionnelles**, comprenant, la continence périodique, le retrait, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

Le Collier du cycle (un collier avec des perles de différentes couleurs) est un dispositif qui aide la femme à connaître les jours où elle peut tomber enceinte. Ce produit est fondé sur la méthode naturelle de la continence périodique.

- les **méthodes, dites « populaires »**, comme les herbes, les gris-gris, les tisanes et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

Nota Bene :

Contrairement à l'EDSM-III de 2001, l'EDSM-IV de 2006 a classé la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) comme une méthode moderne en raison des politiques nationales de promotion de l'allaitement. Dans les calculs de la présente étude, et pour pouvoir comparer les résultats d'une enquête à l'autre, nous avons considéré la méthode MAMA comme une méthode traditionnelle.

¹⁰⁶ Dépo-medroxyprogesterone acetate (DMPA)

¹⁰⁷ Ces dispositifs dégagent de la progestine (hormone synthétique) en très petites quantités ce qui évite l'ovulation chez la femme.

Couple-années de protection – facteurs de conversion

Couple-années de protection (CAP) est une mesure de la quantité d'un certain produit de contraception nécessaire pour protéger un couple pendant un an.¹⁰⁸ C'est un paramètre qui permet la comparaison de différentes méthodes contraceptives en termes d'efficacité.

Les CAP sont calculés en multipliant la quantité de chaque méthode distribuée aux clients par un facteur de conversion, pour donner une estimation de la durée de protection contraceptive fournie par unité de cette méthode. Les facteurs de conversion pour les différents produits contraceptifs sont basés sur le nombre d'unités qui sont généralement nécessaires pour offrir un an de protection contraceptive pour un couple. Par exemple, pour une année de protection un couple qui utilise des contraceptifs oraux (la pilule) aura besoin de 15 cycles (plaquettes).

Les CAP pour chaque méthode peuvent être additionnés pour obtenir un chiffre CAP totale.

Les facteurs de conversion pour les différents produits contraceptifs prennent en compte les taux d'échec et le gaspillage.¹⁰⁹ Ainsi le calcul des CAP prend en compte que certaines méthodes, comme les préservatifs et les contraceptifs oraux, peuvent être utilisées de façon incorrecte, puis jetées ; et que les DIU et les implants peuvent être retirés avant leur durée de vie n'est réalisée.

Produit	Unités par CAP	CAP par unité
Pilules	15 cycles	0,067
Pilules d'urgence	20 pièces	0,05
Injectables	4 doses	0,25
Implants	0,286 unités	3,5 CAP par pièce
DIU	0,286 unités	3,5 CAP par pièce
Condom masculin	120 pièces	0,008
Condom féminin	120 pièces	0,008
Spermicides (tube)	150 (tube)	0,007
Tablettes vaginales	120 pièces	0.007
Méthode des jours fixes (collier du cycle)	0,5	2 CAP par adoptant formé et confirmé

¹⁰⁸ <http://wingsguate.org/en/cyp>

¹⁰⁹ http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/cyp.html

Annexe C : Liste des instruments de collecte de données

- A. A.1 Guide d'entretien avec les prestataires au niveau de la région + chronogramme:
 - Point focal PF et autres membre de l'équipe DRS
 - ONG
 - Autres
- A.2 Fiche d'exploitation des registres au niveau de la région

- B. B.1 Guide d'entretien avec prestataires au niveau du cercle (district sanitaire) + chronogramme:
 - Point focal (sage femme maîtresse) et
 - ONG
- B.2 Fiche d'exploitation des registres au niveau du cercle
 - Registre des consultations PF
 - Registre/fiches de stock des produits contraceptifs

- C. C.1 Guide d'entretien avec prestataires au niveau de la formation sanitaire (CSREF/CSCOM) + chronogramme :
 - Chef de poste, point focal PF
 - Relais communautaires / DBC
 - Membres de l'ASACO
- C.2 Fiche d'exploitation des registres au niveau de la formation sanitaire

- D. Guide d'entretien individuel avec utilisatrices et non utilisatrices

- E. Guide de focus groupe avec hommes adultes et femmes en âge de procréer

- F. Fiche d'observations directes

- G. Fiche de synthèse pour le niveau du Cercle (destinée à répondre aux questions de recherche).

Annexe D : Sites web du Ministère de la Santé, ONG, PTF

Ministère de la Santé : <http://www.santé.gov.ml>

Ambassade des Pays-Bas au Mali :

http://mali.nlabassade.org/Ambassade/Ontwikkelingssamenwerking/Gezondheid_en_sociale_ontwikkeling.html

AMPPF : <http://www.ippf.org/en/Where/ml.htm>

MSI : http://www.mariestopes.org/Where_we_work/Countries/Mali.aspx

PSI : <http://www.psi.org/mali>

UNFPA : <http://www.unfpa-mali.org/fnuapmali/strategie/SG1.htm>

USAID / ATN+ : <http://www.atnsante.org/fr>

Liste des acteurs intervenant dans le domaine de la PF dans les sites sélectionnés pour les enquêtes sur le terrain

La présente étude s'intéresse à savoir si les multiples interventions des structures sanitaires publiques et des ONG dans les zones ayant une longue histoire en termes d'appuis externes aux activités de planification familiale ont mené à des meilleurs résultats en termes d'extrants (output) et d'effets (outcome), à court et à long terme.

Les sites dans la ville de Bamako et les deux régions de Koulikoro et de Sikasso qui ont été sélectionnés pour inclusion dans l'échantillon ont tous bénéficié de multiples types d'appui de courte ou de longue durée. La liste des acteurs concernés se présente comme suit :

Région	Cercle / Commune	Acteurs, interventions, période
Koulikoro		AMPPF, Keneya Ciwara
	Koulikoro	AMPPF, MSI, PSI
	Kati	AMPPF, MSI, PSI
Sikasso		AMPPF, ASDAP, PSI
	Sikasso	AMPPF, ASDAP, PSI
	Koutiala	ASDAP, GARDEM (jusqu'en 2009), PSI, Keneya Ciwara
Bamako		AMPPF, MSI, PSI, Projet Jeunes, Keneya Ciwara, et autres
	Commune III	AMPPF (siège)
	Commune IV	Jiguiya (jusqu'en 2010)

A part ces acteurs qui interviennent tous à travers la fourniture des services de PF et la distribution des produits contraceptifs, l'ATN+ (financé par l'USAID) fournit de l'assistance technique dans tous ces cercles/communes sous forme de formations, suivi-évaluation, études spécifiques, etc.

Annexe E : Résumé de quatre sourates et versets coraniques en rapport avec la planification familiale

Il s'agit des sourates n° 4, 5, 6 et 17 du Coran.

1. Sur le pouvoir décisionnel des femmes, on peut lire ce qui suit dans **la sourate n°4 : « An Nisa' » (les femmes)**, verset n°34 :¹¹⁰

« Les hommes ont autorité sur les femmes, en raison de faveur qu'Allah accorde à ceux-là sur celles-ci, et aussi à cause des dépenses qu'ils font de leurs biens. Les femmes vertueuses sont obéissantes (à leurs maris) et protègent ce qui doit être protégé, pendant l'absence de leurs époux, avec la protection d'Allah ».

Pour appuyer ce verset, ceux qui sont contre la planification familiale mentionnent l'un des hadiths authentiques suivant du prophète Mohammed :

« Chacun d'entre vous est un berger et chaque berger est responsable de son troupeau ».

En d'autres termes, dans le domaine religieux, chaque chef de famille (ou de tribu, du quartier, du village, de l'Etat) est responsable de ses dépendants, son peuple. Par conséquent, il doit les ordonner à faire du bien et à leur interdire le mal. Car, le jour du jugement dernier, il sera interrogé et répondra devant Allah et ses créatures comment il a géré sa famille. Dieu le payera en fonction de ce qu'il a fait.

Cependant, dans la sourate n°5 : 'la table servie', verset n°105, Allah a précisé que cette responsabilité du chef a des limites :

« Ô les croyants ! Vous êtes responsables de vous-même ! (après avoir interdit le mal et ordonner le bien, vous n'êtes responsables que de vous-même). Celui qui s'égaré ne vous nuira point si vous vous avez pris la bonne voie. C'est vers Allah que vous retournerez tous : alors il vous informera de ce que vous faisiez ».

Ceux qui ne sont pas pour la planification familiale ne s'opposeraient pas souvent à ces deux versets coraniques et à ce hadith. Cela, pour deux raisons essentielles et contradictoires :

i) Comme l'écrivait Claude Lévi-Strauss dans le plus connu de ses œuvres « *Les Structures élémentaires de la parenté* »¹¹¹, dans toutes les sociétés humaines ...

*« ... l'autorité politique, ou simplement sociale, appartient toujours aux hommes »*¹¹². Cela, « depuis que Dieu a créé Eva à partir d'une côte d'Adam »¹¹³.

ii) Ne se limiter pas à ordonner le bien et à interdire le mal constitue une désobéissance : non respect du Coran. Ici, c'est le cas des hommes qui disent à leur(s) épouse(s) :

« Il faut choisir entre la 'déplanification' et le divorce ».

2. Parmi ceux qui sont pour la planification familiale, certains prennent le verset n°5 de **la sourate n°5 : « Al-Ma'idah » (la table servie)** et disent que quand on est croyant, on doit respecter tout le saint Coran et non des versets de celui-ci. Exemple, disent-ils en substance, rares sont les Musulmans qui sans raison socio-économique acceptent de prendre en mariage une femme chrétienne et/ou juive. Pourtant, Allah a dit dans ce verset :

¹¹⁰ Le saint Coran et la traduction en langue française du sens de ses versets, Complexe du Roi Fahd, BP 361, A-I Madinah-Munawwarah.

¹¹¹ Editions Mouton, Paris/La Haye, deuxième tirage, février 1962.

¹¹² Page 38.

¹¹³ Voir RASP n°3, page 10.

« Vous sont permises les femmes d'entre les gens qui ont reçu le livre avant vous (Chrétiens et Juifs) si vous leur donnez leur 'mahr' (dot), avec contrat de mariage (sans qu'elles ne renoncent à leur religion, ni même à leurs pratiques religieuses), non en débauchés, ni en preneurs d'amantes.

Certaines personnes anti-planification familiale, comparent l'infanticide à la planification familiale. Faisant allusion à d'anciennes coutumes païennes d'Arabie, le Coran a précisé dans les deux sourates suivantes que l'infanticide constitue un crime et fait partie des principaux actes interdits par Allah.

3. **Sourate n°6 : « Al-An'Am » (les bestiaux).**

*Verset n°151 : « Dis (Mohammed aux mécréants, vous mentez sur Allah) : venez, je vais réciter ce que votre seigneur vous a interdit : i) ne lui associez rien ; ii) et soyez bienfaisants envers vos père et mère ; iii) Ne tuez pas vos enfants pour cause de pauvreté, nous vous nourrissons tout comme eux ; iv) N'approchez pas des turpitudes ouvertement, ou en cachette ; v) Ne tuez qu'en toute justice la vie qu'Allah a fait sacrée ».

*Verset n°152 : i) « Et ne vous approchez des biens de l'orphelin que de la plus belle manière, jusqu'à ce qu'il ait atteint sa majorité ; ii) Et donnez la juste mesure et le bon poids, en toute justice ; iii) Nous n'imposons à une âme que selon sa capacité ; iv) Et quand vous parlez, soyez équitables même s'il s'agit d'un proche parent ; v) Et remplissez votre engagement envers Allah. Voilà ce qu'il vous enjoint. Peut-être vous rappellerez-vous ».

Pour les pro-natalistes comme pour les antinatalistes, la différence entre l'infanticide et la planification familiale est nette. Toutefois, le problème se situe à un autre niveau de la phrase. A savoir la causalité mentionnée : « ne tuez ... pour cause de pauvreté », ou par crainte de pauvreté, et c'est Allah qui vous nourrit et tout comme vos enfants que vous voulez tuer. Donc, ce que l'on retient dans la phrase, c'est l'intention. On tue son enfant par crainte de ne pas pouvoir le nourrir, ou parce que, l'on ne peut pas le nourrir.

Selon des explications souvent avancées par les néo-malthusiens, comme d'ailleurs par des agents de santé, la planification familiale se justifie par crainte de la pauvreté. Car disent-ils en substance, ce sont des races, les familles, les régions, les pays et continents qui ont plus d'enfants qui souffrent du déficit alimentaire, éducationnel, culturel, économique, sanitaire, etc.

Parmi ceux qui sont pour la planification familiale, certains disent qu'il est impossible même de comparer l'infanticide à l'espacement des naissances, la planification familiale. Car, on ne peut pas tuer quelqu'un qui n'est encore conçu. Ce, d'autant plus que selon les grandes écoles juridiques musulmanes – y compris les écoles *Sunnites*, qui ont toujours déclaré la fin de l'interprétation personnelle du Coran ; et les écoles *Chiites* d'après lesquelles on ne peut pas fermer la porte à la recherche de l'interprétation personnelle si elle vient d'un éminent Docteur de la Loi ou d'un bon connaisseur de textes – le futur bébé ne devient être humain qu'après avoir fait 40 jours « dans le ventre de sa mère ». Avant ces 40 jours révolus, l'avortement est pleinement autorisé. Après les 40 jours et pendant toute la durée de la grossesse, et sur la base de l'intention de sauver la vie de la mère ou celle de l'enfant, ou encore celles de tous les deux, l'avortement est autorisé. Au Mali, parmi les leaders religieux qui défendent cette thèse, on peut citer Cheikh Charif Ousmane Haïdara, l'un des Imams les plus médiatisés du Mali depuis 1991.

Ceux qui sont pour la planification familiale disent que l'intention mentionnée ici comme un crime ne tient pas debout : avant l'Islam et durant les 43 années de la vie prophétique du Prophète, le retrait (*coïtus interruptus*) était pratiqué par des Musulmans. Il n'a été interdit, ni par le Coran, ni par les hadiths authentiques du Prophète.

Les 'pro-PF' affirment qu'également les adversaires de la PF posent mal le problème. On ne prend pas certains versets coraniques en fonction de ses souhaits et désirs et oublie que les

autres versets aussi doivent être appliqués. Ils s'interrogent sur l'application par la grande majorité des Musulmans de ces 11 versets de la sagesse prescrits par Allah dans la sourate 17.

4. **Sourate 17 : « Al-Isra » (le voyage nocturne).**

- (1) verset n°29 : « *Ne porte pas ta main enchaînée à ton cou (par avarice) et ne l'étend pas non plus trop largement, sinon tu te trouveras blâmé et chagriné.* »
- (2) verset n°30 : « *En vérité ton seigneur étend ses dons largement à qu'il veut ou les accorde avec parcimonie. Il est, sur ses serviteurs, parfaitement connaisseur et clairvoyant.* »
- (3) verset n°31 : « *Et ne tuez pas vos enfants par crainte de pauvreté ; c'est nous qui attribuons leur subsistance, tout comme à vous. Les tuer, c'est vraiment, un énorme pêché.* »
- (4) verset n°32 : « *Et n'approchez point la fornication.* »
- (5) verset n°33 : « *Et sauf endroit, ne tuez point la vie qu'Allah a rendue sacrée.* »
- (6) verset n°34 : « *Et n'approchez les biens de l'orphelin que de la façon la meilleure, jusqu'à ce qu'il atteigne sa majorité. Et remplissez l'engagement, car on sera interrogé au sujet des engagements.* »
- (7) verset n°35 : « *Et donnez la pleine mesure quand vous mesurez, et pesez avec une balance exacte.* »
- (8) verset n°36 : « *Et ne poursuis pas ce dont tu n'as aucune connaissance.* »
- (9) verset n°37 : « *Et ne foule pas la terre avec orgueil : tu ne sauras jamais fendre la terre et tu ne pourras jamais atteindre la hauteur des montagnes.* »
- (10) verset n°38 : « *Ce qui est mauvais en tout cela est détesté de tout seigneur.* »
- (11) verset n°39 : « *Tout cela fait partie de ce que ton seigneur t'a révélé de la sagesse.* »

Annexe F : Aperçu des méthodes et produits contraceptifs traditionnels au Mali

L'EDSM de 2006 donne des taux d'utilisation de la contraception traditionnelle à un moment quelconque, qui sont de 6,7% pour les femmes en union au moment de l'enquête et de 14,9% pour les femmes célibataires sexuellement actives, pour une moyenne de 6,3% pour l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans. Ce qui représente à peu près 30% de toutes les femmes ayant utilisé une méthode de contraception quelconque (moderne ou traditionnelle). Parmi les trois méthodes traditionnelles que l'EDSM différencie, la continence périodique est la plus répandue (11,7%), suivi par le retrait (4,4%), et les 'méthodes populaires' (2,5%).

Parmi les hommes de 15 à 59 ans, un peu plus d'un homme sur trois (35%) a déjà utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque au cours de leur vie. Les méthodes traditionnelles ont été plus utilisées que les méthodes modernes (26% contre 18%, surtout le condom masculin). La continence périodique a été la méthode traditionnelle la plus fréquemment citée (23%).

Nonobstant du fait que les taux d'utilisation actuelle (c'est-à-dire : au moment de l'enquête) de la contraception traditionnelle sont beaucoup plus faibles,¹¹⁴ ces statistiques montrent que le rôle des méthodes et produits contraceptifs traditionnels ne sont pas à ignorer.

Au cours des années 1970, une équipe de chercheurs du CRDI (Canada) a procédé à un inventaire des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances et de contraception au Mali. Cet inventaire a débuté à Wasulu¹¹⁵ dans le cercle de Yanfolila, zone rurale de la région de Sikasso (parlant *Malinké*) et dans un quartier de Bamako (parlant *Bambara*), auprès d'hommes et de femmes.¹¹⁶

Tous les informateurs interrogés au cours des enquêtes, hommes et femmes, résidents des villes ou des campagnes, connaissaient au moins deux méthodes pour réduire les risques de fécondation. Ce qu'on peut dire concernant les méthodes et produits contraceptifs traditionnels alors cités ont valeur locale mais peuvent aussi être rencontrés dans d'autres contrées du Mali.

Parmi les méthodes recensées, certaines sont fondées sur les connaissances physiologiques traditionnelles (abstinence périodique, relations sexuelles multiples) et n'impliquent pas l'emploi d'instruments ou de produits/ingrédients. D'autres dérivent clairement de principes magiques (« *tafo* »). Plusieurs reposent sur les connaissances pharmacologiques locales ; ce sont les moins connues et les plus secrètes. Il est important de noter qu'à l'exception de l'abstinence et du *tafo*, les méthodes contraceptives décrites ci-après sont toutes réservées à certaines occasions spéciales (décès du chef de famille, querelles entre coépouses) ou destinées à un milieu social marginal (prostituées, villages chrétiens).

L'abstinence prolongée en période post-partum

L'abstinence sexuelle en période post-partum fut la principale méthode utilisée par les couples maliens dans le but d'espacer les naissances. En milieu *wasulunké*¹¹⁷, la femme doit s'abstenir d'avoir des relations sexuelles jusqu'à ce que son enfant soit sevré, c'est à dire jusqu'à ce qu'il marche ou jusqu'à ce qu'il puisse parler. Pour faciliter cette pratique, il fut fréquent qu'on envoie la nouvelle accouchée chez ses parents. Le « *denafin* » (aller montrer l'enfant) permettait d'éviter les multiples

¹¹⁴ Seulement 1,2% de l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans utilisaient une méthode traditionnelle, contre 6,2% qui utilisaient une méthode moderne.

¹¹⁵ Nom d'un canton traditionnel.

¹¹⁶ Source : Compte-rendu d'un séminaire interafricain tenu à Bamako du 16 au 25 avril 1973 sous les auspices du Ministère de l'Éducation nationale de la République du Mali en collaboration avec le Service Quaker ('*American Friends Service Committee*').

¹¹⁷ Habitant de Wasulu.

occasions où l'abstinence serait compromise. Il ne fait pas de doute que la pratique de l'abstinence sexuelle en post-partum telle qu'elle était présentée par les Wasulunké visait d'abord à éviter une nouvelle grossesse au cours de la période normale d'allaitement. Bien qu'on ait conscience de la protection relative que fournit l'allaitement, on savait que cette protection diminue avec le temps et qu'elle souffre d'importantes exceptions.

Le terme « *seremuso* » désigne aussi bien la femme dont le retour de couches est précoce (moins de six mois) que celle qui se trouve enceinte avant la fin de la période normale d'allaitement. Le terme « *sereden* » désigne l'enfant dont il faudra hâter le sevrage à la suite de la nouvelle grossesse. On a affirmé au Wasulun qu'un « *sereden* », même lorsqu'on tente de prolonger l'allaitement le plus longtemps possible, a très peu de chances de survivre. La mère d'un tel enfant, la « *seremuso* », devait subir des reproches de son entourage.

Même si le désir d'éviter une nouvelle grossesse avant que l'enfant ne marche constitue le principal fondement de l'abstinence, il n'en constitue pas le seul. Trois autres raisons de s'abstenir sexuellement au cours de la période post-partum ont été citées par les informateurs lors des enquêtes en 1972/73. Tout d'abord, on croyait que la semence masculine en se rependant dans le corps empoisonne le lait maternel et provoque chez le nourrisson de fortes diarrhées. Ensuite, l'élévation de la température du corps au moment des relations sexuelles était sensée détériorer le lait maternel et de rendre l'enfant malade. Enfin, le même phénomène de l'élévation de la température, dit-on, bouche les canaux du mamelon et diminue la ration de lait dont dispose le bébé.

Cependant, le respect de l'abstinence sexuelle prolongée était beaucoup plus rare à Bamako qu'au Wasulun. Certaines femmes de milieu urbain pratiquaient toujours l'abstinence sexuelle jusqu'au sevrage, mais la plupart des informateurs bamakois prétendaient qu'une abstinence de quarante jours est non seulement suffisante, mais que c'est la seule qui respecte les prescriptions coraniques. D'autres informatrices opinaient qu'une abstinence de trois mois, si le nourrisson est un garçon, et de quatre mois si c'est une fille, offrent une protection suffisante. Quoi qu'il en soit de ces variations, il faut retenir que l'abstinence sexuelle post-partum étaient connues de tous, qu'elle témoignait des désirs maliens en matière d'espacement des naissances et qu'elle semblait beaucoup moins respectée en milieu urbain qu'en milieu rural.

L'abstinence périodique et croyances physiologiques

D'usage bien moins fréquent, l'abstinence périodique semblait aussi connue que l'abstinence prolongée en post-partum. Toutefois, les notions traditionnelles sur le cycle menstruel diffèrent totalement des notions occidentales généralement acceptées par les agents de santé. On considère les quatre ou cinq jours qui suivent la fin des règles chez la femme comme la période la plus fertile du cycle. L'abstinence périodique en milieu traditionnel malien revêt donc une forme qui peut paraître étrange aux yeux des biologistes de formation occidentale ; la femme qui désire éviter une grossesse s'abstiendra, non pas pendant les jours qui suivent l'ovulation, mais au cours des jours qui suivent la fin des règles. Il est indispensable de résumer ici les principales croyances traditionnelles sur les causes de la fécondation. La fécondation résulte, dit-on, de la rencontre des sécrétions génitales féminines et masculines.

En Bambara et en Malinké, un même terme, « *canindji* », désigne les sécrétions des deux partenaires. Pour qu'il y ait fécondation, plusieurs facteurs doivent être réunis. On prétend ainsi que l'orgasme doit survenir en même temps chez l'homme et chez la femme. Ensuite, la probabilité d'une fécondation serait d'autant plus grande que le plaisir est plus vif. Certaines informatrices d'un âge avancé ont assuré qu'elles avaient su identifier pendant toute leur vie féconde chaque relation sexuelle qui aboutissait à une fécondation. Un plaisir intense, une légère douleur au niveau du pubis de même que la perception d'un grand plaisir chez le partenaire masculin constituent, aux dires de ces informatrices, les signes presque certains d'un début de grossesse. Enfin, la fécondation est plus probable au cours des jours qui suivent les règles parce que la matrice est plus réceptive, mais aussi

parce que la femme peut ressentir pendant cette période un plaisir plus intense. La femme qui partage ces notions et qui ne désire pas être enceinte évitera naturellement d'avoir des relations à la suite des règles.

Une seconde méthode pourrait découler de ces croyances physiologiques. Une femme qui éviterait l'orgasme, ou qui réussirait à contrôler son plaisir sexuel, réduirait la probabilité d'une fécondation. Une seule informatrice a mentionnée avoir déjà eu recours à cette technique, en ajoutant d'ailleurs qu'il s'agissait là d'une chose très difficile à réussir. Une autre croyance physiologique donne lieu à des pratiques contraceptives qui, par nature, ne sont applicables que dans un contexte illégitime. Une femme qui a des relations sexuelles avec plusieurs hommes différents, dans un bref laps de temps, est réputée de ne pas pouvoir concevoir. Un précepte connu de tous les informateurs se formule de la façon suivante: « le lait de chien avec le lait de chèvre et le lait de vache ne caille pas. » En d'autres termes, si on mélange des laits d'espèces différentes on n'obtiendra jamais du lait caillé ; et de la même façon, les sécrétions génitales de plusieurs hommes ne peuvent jamais entraîner de fécondation. Beaucoup de femmes à Bamako croient à ce principe et ont confié une des informatrices. Il reste qu'auprès de la femme, la pratique des relations sexuelles avec plusieurs hommes doit être exceptionnelle. En fait, on se réfère plutôt à cette notion lorsqu'une femme est soupçonnée de stérilité et qu'on veut en trouver les causes.

On doit d'ailleurs noter que les croyances physiologiques qui viennent d'être évoquées, et dont découlent ces pratiques contraceptives, ont toutes d'importantes implications dans les problèmes de stérilité. Une femme présumée stérile est invitée à multiplier les relations sexuelles au cours des premiers jours qui suivent la fin des règles. D'après un guérisseur du Wasulun, l'incapacité chez une femme de jouir sexuellement provoquerait une insuffisance de sécrétions génitales et favoriserait ainsi la stérilité; dans certains de ces cas, l'administration d'un lubrifiant et d'un aphrodisiaque pourrait régler le problème. Au Wasulun, et dans plusieurs milieux de Bamako, une femme présumée stérile est souvent soupçonnée d'avoir des relations extra-maritales avec plusieurs hommes. A noter qu'en cas de grossesse, à l'issue de relations sexuelles avec plusieurs hommes, la femme est obligée de dire le nom du père de l'enfant, si non elle ne pourra pas accoucher. Avant que d'autres hypothèses soient envisagées, des marabouts ou des guérisseurs sont consultés afin d'établir l'innocence ou la culpabilité de la femme.

Contraceptifs et pharmacopée traditionnelle

Les méthodes traitées jusqu'ici constituent des applications évidentes de notions traditionnelles largement connues ; aucune d'elles ne comportant l'utilisation d'un instrument ou d'un produit quelconque. Au cours des enquêtes menées dans les années 1970, citées plus haut, un bon nombre de méthodes contraceptives ont été recensées qui étaient fondées au contraire sur des principes magiques secrets ou sur une connaissance pharmacologique empirique ; toutes ces méthodes supposant l'utilisation d'instruments ou de produits plus ou moins courants. Une seule d'entre elle, le « *tafo* », semblait largement connue. Le *tafo* est une cordelette de coton sur laquelle sont faits des nœuds. A chaque nœud est liée une parole magique secrète que récite le marabout ou le guérisseur. Le nombre de nœuds varie en fonction de la largeur du bassin de la femme. Une fois terminé, le *tafo* est expérimenté sur une poule pondeuse; si la poule cesse de pondre, il est remis à la cliente. Celle-ci est tenue de le porter pour la première fois au début des règles. On prétend que la durée de l'effet contraceptif est sans limite et qu'il persiste aussi longtemps que le *tafo* est porté.

Une autre de ces méthodes, le « *n'talenfura* », ressemble beaucoup aux techniques modernes du diaphragme ou de la cape cervicale. Le *n'talenfura* est une toile d'araignée très étanche qu'on trouve abondamment dans les vieilles maisons. Certaines femmes de Bamako, en particulier des prostituées, s'en servent à l'occasion. Chaque toile ne peut servir que pour une seule relation sexuelle. Le *n'talenfura* est employé en médecine traditionnelle pour panser les blessures graves et pour obstruer l'orifice des cornes qui servent de ventouse. On doit signaler que le *n'talenfura*

constitue un élément important de plusieurs instruments de musique maliens. Parfois, il s'utilise de pair avec un *tafo*.

La dernière des méthodes qu'on peut citer utilisant des instruments, est le fait de suspendre la grossesse (« *Kono guingué* », traduisez : 'suspendre la grossesse jusqu'à une date voulue'). L'idée n'est pas d'empêcher une grossesse, mais plutôt d'arrêter son évolution jusqu'à ce qu'à la date non fixée qui dépend d'un événement. Ainsi, une fiancée qui doit se marier tombe en état de grossesse d'un homme qui n'est pas son fiancé. Elle demandera qu'on suspende sa grossesse et l'accouchement aura lieu dans le mariage. La suspension de la grossesse se base sur le même principe que le *tafo*. Elle consiste à prononcer des paroles magiques secrètes sur un piquet qu'on va planter dans un endroit approprié (un arbre par exemple) et qu'on n'oubliera pas de répertorier si on veut reprendre l'évolution normale de la grossesse.

Contraceptifs oraux

La racine de « *n'gwane* » (nom *wasulunké* d'un arbuste de la région de Sikasso), aux dires d'un des informateurs qui avait affirmé l'avoir fait utiliser par ses femmes depuis vingt ans, aurait une efficacité contraceptive surprenante. La racine est d'abord séchée et réduite en poudre. La femme qui désire éviter une grossesse doit prendre chaque jour deux pincées de cette poudre en solution dans de l'eau chaude. La racine de *n'gwane* est aussi utilisée pour traiter les aménorrhées et pour retarder la ménopause. Le nom scientifique de cette plante (des autres ci-dessous citées) ainsi que son étude biochimique doivent être identifiées. En effet plusieurs des méthodes recensées constituent, comme le *n'gwane*, des 'contraceptifs oraux', c'est à dire qu'elles supposent la consommation d'un produit quelconque. Ainsi, on attribue des vertus contraceptives aux infusions du « *n'tomi* » (tamarin) lorsqu'une femme en boit en grande quantité juste avant les relations sexuelles. La réputation des infusions de tamarin comme contraceptif est bien établie au Nigeria et aux Antilles, autant qu'au Mali. On trouve au plafond des cuisines une poussière noire laissée par la fumée (la suie). Ce dépôt, le « *samanènè* », est quelquefois considéré comme contraceptif ; deux pincées en solution dans l'eau, la soupe ou la sauce suffiraient à protéger une femme pendant une journée. Les propriétés contraceptives du « *didlo* » (hydromel) sont connues dans les milieux traditionnels non-musulmans où les enquêtes ont été menées (milieu animiste ou chrétien).

Une chanson du *Wasulun* évoque la stérilité temporaire des femmes d'un village chrétien, au cours de la saison où le miel est récolté: « *Je n'irais jamais à Gualala. Les femmes y sont toutes enceintes au même moment. Elles ne sont pas grosses au temps du Sandjukuman. L'hydromel en est la cause. Car l'hydromel, chez elles, n'est pas totem.* » On retrouve l'alcool de miel dans une recette contraceptive qui sert dans une circonstance précise. A l'occasion des cérémonies mortuaires des chefs de famille au *Wasulun*, les filles du défunt reçoivent une liberté sexuelle temporaire, et peuvent choisir tous les amants qu'elles veulent pendant sept jours. Pour éviter les risques de grossesse, on prépare le « *konkoro badji* », en mélangeant du tamarin, du piment et du miel avec de l'eau. Le terme « *moridlo* », qui signifie alcool des marabouts, est aussi employé pour désigner le contraceptif en question.

Deux autres contraceptifs, le « *n'sere wulen* » et le « *sèguèkata* », ne sont jamais utilisés volontairement par ceux qui les consomment. L'écorce du *n'sere wulen* est séchée au soleil, pilée, séchée de nouveau, et réduite en poudre. Le produit obtenu est sensé provoquer une aménorrhée chez la femme qui le consomme. Il s'agit de ce qu'on pourrait appeler un « contraceptif d'agression ». Celle qui l'emploie le fait normalement pour empêcher ses coépouses d'être fécondées. Pour parvenir à cette fin, on dit qu'il lui suffit de mélanger une coque d'arachide de poudre de « *n'sere wulen* » à la sauce du repas des femmes. L'écorce du *n'sere wulen* est aussi utilisée pour le traitement des blessures et des hémorragies. Le « *sèguèkata* » (potasse) est utilisé couramment dans la confection des sauces et du *tô* (pâte de mil). On croit que le *sèguèkata*, en quantité suffisante, constitue un excitant sexuel pour les femmes; au contraire, les mêmes quantités consommées par les hommes rendraient ceux-ci partiellement impuissants. Compte tenu de ces

propriétés, le dosage du *sèguèkata* deviendrait une arme particulièrement féroce entre les mains d'une coépouse jalouse. Non seulement un dosage abusif permettrait-il de limiter les naissances d'une coépouse indésirable en rendant le mari impuissant, mais il laisserait celle-ci avec ses désirs inassouvis. On atteint avec le *sèguèkata* l'ultime limite de ce qu'on pourrait appeler un contraceptif.

Annexe G : Expériences des communautés maliennes avec les méthodes de contraception modernes

En matière de contraception moderne les noms des différentes méthodes et de produits en langue *Bambara* sont regroupés sous des vocables de telle sorte qu'ils soient compréhensibles par les clients. Cette partie du texte est à la croisée des lectures des propos tenus par les agents de santé lors des causeries débats au niveau de structures sanitaires et des résultats obtenus lors des enquêtes menées dans le cadre de la présente étude.

a. Les injectables sont appelés « *pikiri* », transformation du mot 'piqûre' faite par une seringue. Actuellement l'injectable qui est très bien accepté est le 'dépoprovéra', dénommé « *Confianci* » ('Confiance'). Cependant certaines enquêtées soulignent le fait que ce contraceptif provoque des boursoufflures sur le corps (« *A bé mogo fari tonton* »). Alors les clientes l'ayant adopté dans un premier temps changent pour un autre mode de contraception. Ce qui est certain, c'est qu'actuellement ce produit n'est pas fourni seulement dans les structures de santé. Un simple agent de santé peut le faire à domicile, dans l'informel comme on l'a pu constater sur le terrain. Et même des agents non qualifiés (par exemple aides soignants, voire boutiquiers) peuvent le faire. Le produit est sponsorisé et coûte 300 F CFA. L'injection par l'agent de santé, dans l'informel et souvent aussi dans le formel, se fait moyennant à 200 F CFA.

b. Les DIU : leurs noms changent en Bambara selon la présentation du produit. Avant le DIU était en plastique. C'est pourquoi on avait l'habitude de l'appeler « *mossow ka manani* » (la plastique des femmes). Actuellement son appellation a changé et on l'appelle « *mounouna* », en raison de la forme du produit qui rappelle la forme de la baquette fourchue (à deux branches latérales) servant à brasser la sauce de légumes. Au cours de l'enquête, le problème qui a été souligné concernant ce contraceptif est le manque de discrétion qu'il suscite à cause du fil accroché au bout. Il semble que les maris n'aient pas cela, surtout quand la femme s'est planifiée en cachette. En principe, ce contraceptif ne peut être installé que par les sages femmes et accoucheuses ayant bénéficié une formation spéciale. Les personnes enquêtées ont soulevé le coût élevé de ce contraceptif : 5000 F CFA pour l'installer et le même prix pour le désinstaller (!).¹¹⁸ L'utilisation de ce contraceptif n'est pas considérée très pratique car il peut se perdre lors de multiples déplacements de la femme, si elle n'y prend garde (« *a bé tounou* »).

c. Les implants : le nom en général donné aux implants est : « *allumetti kissèni* » (traduisez : 'les brins d'allumettes'). Il s'agit du norplant ou du jabelle. Pour préciser de quel implant il s'agit il faut préciser le nombre de brins d'allumettes qu'il faut pour faire l'implant. Avec trois brins (« *allumetti kissè dourou sâba* ») il s'agit du norplant. Avec deux brins (« *allumetti kissè fila* ») il s'agit du jabelle. Lorsque ce contraceptif est nouvellement installé sous la peau (« *A bé do fari la* »), on peut s'en apercevoir au touché. Donc ça peut soulever des soupçons du mari en cas d'installation sans le consentement de celui-ci. Ce contraceptif coûte 5000 F CFA (frais d'installation compris). Mais lorsqu'il est installé par les agents d'ONG, il revient beaucoup moins cher. A la longue, les femmes ne sentent plus la 'dureté' du contraceptif et cela peut effrayer certaines d'entre elles. Parfois les utilisatrices d'implants pensent que le produit s'est perdu dans le corps et qu'il peut migrer pour faire 'des dégâts' (« *Ni a tounouna, a béta mi* » ; traduisez : 's'il se perd, où va-t-il ?'), ce qui leur fait peur aussi.

d. Les contraceptifs oraux (pilules)

La particularité des contraceptifs oraux est qu'ils ressemblent de façon anodine à des comprimés ordinaires. Donc ils s'avalent (« *a bé kounou* »). C'est pourquoi, on les appelle tous « *furakissè* », ce qui est le nom donné à tout comprimé ordinaire (étymologiquement : *fura* = médicament, *kissè* =

¹¹⁸ Conformément à un acte réglementé par le Ministère de la santé.

graine ; c'est-à-dire 'médicament sous forme de graine'). Très souvent les agents de santé, pour distinguer les pilules des autres médicaments, utilisent le mot « *pululi* », qui est une déformation du mot 'pilule'. C'est le premier contraceptif et le plus populaire arrivé au Mali. Il se vend partout au Mali : dans les pharmacies et dépôts, dans les boutiques, les étalages. Sur ce plan, il faut être sûr qu'il y a plusieurs types de « *pululi* » et les que les prix varient. Un homme enquêté dit :

« *Ma femme prend les pilules. Chaque fois qu'elle me demande de l'argent pour les acheter je lui donne 500 F. Elle n'en demande pas plus* ».

C'est le produit contraceptif qui est largement alimenté et pratiqué dans l'informel.

Certaines clientes se plaignent des effets secondaires. Elles disent que le produit les fait grossir (« *A bé mogo bogna* »). La forme de pilule actuellement la plus utilisée est connue sous le nom de 'pilplan'. On range parmi les « *pululi* » les contraceptifs d'urgence. L'utilisation de la pilule semble poser quelques problèmes, selon les enquêtées : souvent elles oublient de prendre le comprimé. Ce qui dérange pour le reste des prises. « *C'est moi qui rappelle toujours ma femme de prendre son comprimé* », a déclaré un homme lors de l'enquête.

e. Les spermicides : on les appelle « *maya dialan* » (traduisez : 'ce qui rend les rapports agréables'). Par son nom en Bambara, il suscite une curiosité pour son utilisation, par le fait qu'il augmente le plaisir lors des rapports sexuels. Son nom rappelle un autre médicament utilisé par les hommes (qui n'est pas forcément un contraceptif) qu'on appelle « *négué dé* » (traduisez : 'la graine de fer', pouvant faire durer l'érection). Les spermicides, comme les pilules sont surtout vendus dans l'informel (les étalagistes et boutiquiers). Lors de l'enquête sur le terrain, les enquêtées ont rarement parlé de ces contraceptifs. Toutefois, il est fort probable que les couples les utilisent concomitamment avec d'autres contraceptifs.

f. Le diaphragme, le condom féminin et le condom masculin : en Bambara, ils sont tous appelés « *manani* », comme on appelait autrefois le DIU. Ils sont tous en 'plastique', mis à part que les compositions ne sont pas les mêmes. Avant le « *manani* » (DIU) était en plastique dur « *manani djalan* » alors que le diaphragme et les autres condoms sont plus souples. Le diaphragme et le condom féminin (« *moussow ka manani* ») sont introduits chez la femme (« *a bé do moussoya kono* »), tandis que le condom masculin (« *tiew ka manani* ») est porté par le sexe de l'homme (« *a bé don tiéya la* »). Concernant ces préservatifs, ceux qui relèvent du domaine féminin (diaphragme et condom féminin) n'ont eu que très peu de succès auprès des femmes au Mali. Par contre, malgré certains désagréments causés par l'utilisation des condoms masculins (les femmes disent éprouver moins de plaisir avec le condom masculin), ceux sont très utilisés par les hommes. Ils sont, avec les pilules, les premiers contraceptifs utilisés au Mali.

g. Le collier du cycle : la traduction du nom du collier du cycle renvoie à l'image véritable à un ensemble de perles que la femme peut porter autour de son cou ou de sa taille comme le font les jeunes filles. Le mot « *kono* », à ne pas confondre avec le ventre (qui se dit aussi *kono*), signifie perle. Le collier du cycle (méthode naturelle) a fait l'objet d'une promotion dans les structures de santé au Mali. En même temps sa présentation sur les antennes de l'ORTM (télé et radio) a été substantiellement faite. Cependant, les échantillons que l'équipe d'enquêteurs a trouvés dans les CSCOM sont restés à l'état d'échantillons et non jamais été écoulés. La raison principale d'une désaffection de cette méthode contraceptive, c'est l'attention toujours soutenue que l'utilisatrice doit conserver pour observer son rapport sexuel en rapport aux couleurs du collier. En outre, cette méthode n'est pas très discrète. Si le conjoint n'est pas consentant dans le couple, la méthode ne pourra pas marcher.

Annexe H : Description du système TAC

En principe tout approvisionnement des produits contraceptifs au Mali se fait sur base d'estimations et d'expressions des besoins. Depuis 2001, il existe une Commission nationale d'élaboration du plan d'action à long terme pour la contraception sécurisée. Cette commission a été transformée par la suite en commission nationale de suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action. L'objectif premier de cette commission est de garantir la disponibilité des produits contraceptifs et l'offre de services de qualité dans le domaine de la contraception. Pour l'estimation des besoins en produits contraceptifs, il existe une commission technique d'élaboration des tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC) qui se réunit périodiquement pour estimer les besoins en produits contraceptifs. C'est la commission nationale de suivi qui valide les propositions de la commission technique.

Les tableaux d'acquisition de contraceptifs (TAC) sont un instrument développé par la DPM avec l'appui technique de l'UNFPA pour les structures sanitaires au Mali qui permet ces derniers d'exprimer périodiquement leurs besoins en produits contraceptifs (chaque six mois). Avant de mettre le logiciel en place, dans le cadre du projet de sécurisation des produits de santé reproductive, l'UNFPA s'est engagé à former les structures sanitaires au niveau périphériques pour son utilisation.

La DPM est responsable pour l'inventaire des besoins des produits contraceptifs tant au niveau central que décentralisé. A son tour, la DPM passe la commande à la PPM qui est responsable pour l'approvisionnement et la distribution à la fois au secteur publique et privé (à but non lucratif) pour l'ensemble du pays.

Au niveau de la DPM il existe un comité de suivi d'approvisionnement et de la vente des produits contraceptifs. Le comité est responsable de la validation des propositions et projections quantitatives des partenaires fournissant les produits contraceptifs (UNFPA, KfW, USAID).

Avant l'introduction du logiciel TAC il existait le logiciel « Pipeline » (2004-2006), qui était développé et utilisé dans le cadre du projet « Deliver » de l'USAID.

A la suite des ateliers d'élaboration de ces TAC, les besoins du Mali en produits contraceptifs sont exprimés et les engagements des partenaires sont définis. Le logiciel TAC étant mis en œuvre pour quelques années déjà, selon plusieurs intervenants dans le domaine de la PF il ne fonctionne pas encore très bien pour assurer la satisfaction des besoins exprimés. Le principal problème semble de s'appuyer sur la capacité des structures sanitaires au niveau local en termes de gestion des stocks et expression des besoins. Les problèmes sont reconnus au niveau de la DPM et UNFPA, et par conséquent ces structures ont développés des initiatives pour renforcer les capacités de gestion de stock au niveau local.

Annexe J : MSI Impact estimator in brief

Marie Stopes International has developed a methodology to estimate the marginal effects of family planning and safe abortion services. They refer to this as ‘impact calculation’. It is an innovative tool for combining certain standard formulae that are derived from widely accepted models with national or regional data collected from health services providers and/or the national health management information system.

The initial impact calculator estimated that one CYP averts 0.57 pregnancies globally.¹¹⁹ Recent analyses by the Guttmacher Institute have provided updated sub-regional estimates, which range from 0.17 to 0.37 averted pregnancies per CYP, which is significantly less. Conversion factors have also been calculated for other demographic and health impacts, such as: number of births averted, number of infant deaths averted, number of under-five child deaths averted, number of maternal deaths averted, number (unsafe) abortions averted and DALY’s saved. The MSI impact estimator goes even a step further, and allows estimates of economic impacts (in terms of cost savings to families and the health care system as a whole) and environmental impacts (ecological footprints averted, carbon footprints averted).

The conversion factors used by MSI for various types of family planning methods offer only a limited indication of family planning performance. This is because they do not reflect regional or national estimates of wastage (e.g. for condoms) or frequency of sexual intercourse. Furthermore, they do not account for method substitution: this occurs when a particular contraceptives distribution initiative simply causes people to replace one contraceptive method (or a supplier) for another, which does not lead to any increase in the overall use of modern contraception; but which may obviously lead to a higher level of couple-years protection. The conversion factors obviously also do not reflect the cost-effectiveness of different programmes/ interventions, nor do they take into account whether high-risk or marginalized groups are being reached. The main assumption underlying the formula used to calculate the number of pregnancies averted per CYP in Mali and other West-African countries is that almost five CYPs (4.78 to be more precise) will avert one unintended pregnancy. The coefficients for other indicators are also region and/or country specific, as they take into account certain national indicators, such as infant mortality rate, under-five mortality rate, or maternal mortality ratio.

In the concrete case of Mali, the MSI impact estimator uses the following coefficients to estimate the impact (marginal effect) of family planning interventions on the indicators of interest (all measured per CYP):

Number of pregnancies averted:	0.209
Number of births averted:	0.152
Number of infant deaths averted:	0.015
Number of under-five child deaths averted:	0.029
Number of maternal deaths averted:	0.00126
Number of abortions averted:	0.022
Number of unsafe abortions averted:	0.022
Disability-adjusted life year saved:	0.247
Total cost savings to health system and families:	USD 42.75

This implies that for every additional 1000 CYP achieved by a particular FP intervention or programme, the estimated impact would be as indicated below:

¹¹⁹ Corby N., Boler T. and Hovig D (2009). *The MSI Impact Calculator: methodology and assumptions*. London, Marie Stopes International.

	Estimated impact of 1000 CYP	Estimated impact of 350 CYP
Unintended pregnancies	209	73
Unintended births	152	53
Maternal deaths	1	0
(unsafe) Abortions	22	8
DALYs	247	86
Total cost saving	USD 42,751	USD 14,963

Taking the CYP conversion factors for various FP commodities into account (see Annexe A), it can be calculated that, in order to achieve 1000 CYP through oral contraceptives alone, one would require 15,000 new users; in order to achieve the same impact for injectables (dépopovéra) one would require 4000 adopters, while for implants, because of their long-lasting effect (five years on average), one would require only 286 adopters.

Annexe K : Tableaux et graphiques supplémentaires

Tableau 5.2 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans en union utilisant une méthode contraceptive, en 2009.

		Aucune méthode	Une méthode moderne *	Toute méthode traditionnelle **	N'importe quelle méthode
Région	Kayes	91,7	4,5	3,5	8,0
	Koulikoro	89,9	8,9	0,4	9,3
	Sikasso	92,6	6,7	0,0	6,8
	Ségou	87,3	8,8	3,0	11,8
	Mopti	96,0	3,2	0,4	3,6
	Tombouctou	96,2	3,5	0,3	3,8
	Gao	96,9	2,8	0,3	3,1
	Kidal	95,4	4,3	0,3	4,6
	Bamako	80,6	17,7	1,0	18,7
Milieu	Urbain	82,4	16,3	0,9	17,1
	Rural	93,0	5,0	1,4	6,4
Age	15-19	93,8	5,4	0,6	6,0
	20-24	90,0	8,2	1,2	9,4
	25-29	88,9	9,0	1,7	10,7
	30-34	88,4	9,2	1,6	10,9
	35-39	88,7	9,1	1,4	10,5
	40-44	91,1	7,5	0,7	8,2
	45-49	94,3	4,8	0,4	5,2
Niveau d' instruction de la femme	Aucun	92,8	5,5	1,2	6,7
	Primaire	84,5	13,6	1,3	14,9
	Secondaire +	76,1	21,8	1,6	23,4
Quintile du bien être économique	Le plus pauvre	96,0	2,4	1,1	3,6
	Second	94,8	3,4	1,2	4,6
	Moyen	93,1	4,8	1,6	6,5
	Quatrième	87,1	11,3	1,0	12,3
	Le plus riche	79,5	18,6	1,3	19,8
Religion du chef de ménage	Musulmane	90,2	8,0	1,3	9,3
	Chrétienne	86,0	12,9	0,9	13,8
	Animiste	95,0	4,1	0,5	4,5
	Pas de religion / manquant	98,2	1,8	0,0	1,8
Total		90,2	8,0	1,2	9,2

*Les méthodes modernes de contraception comprennent : stérilisation masculine et féminine, DIU, solutions injectables, implants, pilule, préservatif pour hommes et femmes, diaphragme, et mousse/gelée.

** Les méthodes traditionnelles comprennent: MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée), abstinence périodique, retrait, et autres méthodes.

Source : adapté du tableau RH.4 du rapport MICS 2009/10.

Tableau 5.3 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans en union, ayant des besoins satisfaits / non satisfaits en matière de contraception et pourcentage de demandes satisfaites, en 2009.

		Besoin satisfait en matière de contraception			Besoin <u>non</u> satisfait en matière de contraception			% de demande de contraception satisfaite
		Besoin satisfait de contraception - Pour l'espacement	Besoin satisfait de contraception - Pour la limitation	Besoin satisfait de contraception - Total	Besoin non satisfait de contraception - Pour l'espacement	Besoin non satisfait de contraception - Pour la limitation	Besoin non satisfait de contraception - Total	
Région	Kayes	7,2	1,2	8,4	19,4	9,4	28,8	22,6
	Koulikoro	7,9	2,3	10,2	23,5	11,2	34,7	22,7
	Sikasso	5,2	2,2	7,4	23,4	10,5	33,9	17,8
	Ségou	10,1	2,6	12,7	20,1	9,9	30,0	29,8
	Mopti	3,6	0,6	4,1	18,7	6,9	25,7	13,9
	Tombouctou	2,9	0,9	3,8	14,1	7,7	21,8	14,9
	Gao	2,6	0,5	3,1	18,1	3,6	21,7	12,5
	Kidal	3,0	1,7	4,7	19,5	14,3	33,8	12,1
	Bamako	15,6	4,1	19,7	26,7	7,9	34,6	36,3
Milieu	Urbain	13,7	4,1	17,8	23,7	8,5	32,2	35,6
	Rural	5,7	1,4	7,1	20,9	9,5	30,4	18,9
Age	15-19	6,2	0,1	6,3	27,6	0,5	28,1	18,3
	20-24	9,7	0,2	10,0	27,0	0,9	27,9	26,4
	25-29	10,4	0,8	11,2	24,0	1,4	25,4	30,6
	30-34	9,5	2,2	11,7	22,5	6,1	28,6	29,0
	35-39	6,9	4,7	11,6	19,4	13,3	32,7	26,2
	40-44	3,5	5,4	8,9	11,9	30,7	42,6	17,3
	45-49	1,3	4,4	5,8	6,5	37,9	44,4	11,5
Niveau d'instruction de la femme	Aucun	5,8	1,6	7,3	21,0	9,7	30,7	19,3
	Primaire	12,2	3,3	15,5	22,9	7,4	30,4	33,8
	Secondaire +	19,2	4,9	24,1	25,1	7,6	32,8	42,4
Quintile du bien-être économique	Le plus pauvre	3,4	0,8	4,2	19,5	9,3	28,8	12,6
	Second	4,3	1,0	5,3	21,4	9,0	30,4	14,8
	Moyen	5,8	1,2	7,0	21,5	9,4	30,9	18,6
	Quatrième	9,7	3,2	13,0	22,7	9,4	32,1	28,8
	Le plus riche	16,4	4,3	20,7	23,2	8,9	32,1	39,2
Religion du chef de ménage	Musulmane	7,8	2,1	9,9	21,6	9,2	30,8	24,4
	Chrétienne	10,3	3,7	14,0	21,2	9,1	30,3	31,7
	Animiste	4,6	0,8	5,4	22,9	9,4	32,3	14,4
	Pas de religion / manquant	3,5	0,7	4,2	20,0	14,0	34,0	10,9
Total	7,8	2,1	9,9	21,6	9,2	30,8	24,3	

Source : adapté du tableau RH.5 du rapport MICS 2009/10.

Tableau 5.7.1 : Taux de mortalité infantile (par 1000 enfants nés vivants) selon l'utilisation de la contraception moderne par les mères en 1996, 2001, 2006

	1996			2001			2006		
	Vie	5 ans	Dernier	Vie	5 ans	Dernier	Vie	5 ans	Dernier
Utilisation à un moment quelconque :									
Oui	98.1	55.4	61.8	96.3	105.3	61.1	90.9	96.8	55.9
Non	134.3	65.2	86.0	134.7	116.1	90.1	117.7	104.3	71.0
ET de la différence	4.37	4.24	5.89	4.39	7.72	5.95	4.00	7.50	22.52
Statistique T¹	8.28*	2.31*	4.11*	8.74*	1.40	4.87*	6.72*	2.20*	0.67
Utilisation actuelle :									
Oui	84.9	47.2	62.9	79.8	89.2	52.4	71.8	75.0	49.2
Non	129.6	64.3	82.0	130.0	115.8	86.3	115.3	105.0	69.3
ET de la différence	5.97	5.94	9.06	5.86	10.52	8.47	5.38	9.87	7.99
Statistique T¹	9.16*	2.89*	2.11*	8.57*	2.52*	4.01*	8.07*	3.04*	2.52*

¹ La valeur du statistique T est calculée comme la différence entre les moyennes des deux taux de mortalité, divisée par l'écart type de la différence (ET).

* Statistiquement significatif.

Tableau 5.7.2 : Mortalité infantile parmi tous les enfants nés vivants pendant la vie de la femme : odds ratios (OR)¹, coefficients et significativité statistique

	1996		2001		2006	
	OR	t/Sign.	OR	t/Sign.	OR	t/Sign.
0 décès vs >0 décès						
Utilisation actuelle	0.64 (0.47,0.87)	0.004**	0.90 (0.72,1.11)	0.322	0.77 (0.62,0.96)	0.021*
Utilisation à un moment quelconque	0.88 (0.72,1.08)	0.222	0.84 (0.73,0.96)	0.012*	0.94 (0.82,1.08)	0.400
Nagelkerke	0.201					
1 ou plusieurs décès	Coeff. (ET)	t/Sign.	Coeff. (ET)	t/Sign.	Coeff. (ET)	t/Sign.
Utilisation actuelle	-0.081 (0.029)	**	-15.0 (13.7)	-1.770	14,8 (30.9)	0.633

Utilisation à un moment quelconque	-0.023 (0.021)	-15.0 (8.5)	-1.097*	-21.75 (17.1)	0.203
R ²	0.162	0.446		0.441	

¹ Un Odds ratio (OR) est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, permettant de mesurer le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives. Il est utilisé en régression logistique, entre autre, et permet de mesurer l'effet d'un facteur. Il se définit comme le rapport des chances qu'un événement arrivant à un groupe de personnes A, par exemple une maladie, arrive également à un autre groupe de personnes B. Donc dans l'exemple du tableau : l'odds ratio de 0,64 pour la variable 'utilisation actuelle' veut dire que les mères qui utilise la contraception moderne au moment de l'enquête en 1996 on à peu près deux-tiers de chance d'avoir perdu un ou plusieurs enfants morts avant l'âge d'un an dans leur vie que celles qui n'utilise pas la contraception moderne au moment de l'enquête.

Tableau 5.7.3 : Mortalité infantile parmi tous les enfants nés vivants pendant les 5 dernières années : odds ratios, coefficients et significativité statistique

	1996		2001		2006	
0 décès vs >0 décès	OR	t/Sign.	OR	t/Sign.	OR	t/Sign.
Utilisation actuelle	0.67 (0.42,1.06)	0.089	<0.001 (<0.001,inf)	0.989	1.02 (0.69,1.50)	0.912
Utilisation à un moment quelconque	1.21 (0.91,1.61)	0.200	1.197 (<0.001,inf)	1.000	0.81 (0.64,1.04)	0.100
Nagelkerke						0.027
1 ou plusieurs décès	Coeff. (ET)	t/Sign.	Coeff. (ET)	t/Sign.	Coeff. (ET)	t/Sign.
Utilisation actuelle	-3.05 (55.53)				-120.9 (199.2)	0.545
Utilisation à un moment quelconque	47.21 (33.09)				3.55 (123.7)	0.977

Tableau 5.7.4: Mortalité infantile parmi les derniers enfants nés vivants – odds ratios et significativité statistique

	1996		2001		2006	
	OR	t/Sign.	OR	t/Sign.	OR	t/Sign.
Utilisation actuelle	0.76 (0.43,1.32)	0.330	1.26 (<.001,inf)	1.000	1.12 (0.75,1.69)	0.580
Utilisation à un moment quelconque	1.18 (0.83,1.67)	0.354	<0.001 (<.001,inf)	0.997	0.86 (0.66,1.12)	0.267
Nagelkerke	0.069		0.014		0.017	

