



© Jake Lyell

ÉTUDE DE CAS

# MALI



**USAID**  
DE LA PART DU PEUPLE AMÉRICAIN



**ProFam Méthode d'approche  
de ProFam en milieu urbain**

*Modèle à répercussions importantes pour  
le Planning familial*

Ce document peut être librement révisé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en intégralité, à condition de mentionner la source.

### **CITATION RECOMMANDÉE**

Population Services International (2012). *ProFam Urban Outreach : A High Impact Model for Family Planning*. Washington, DC : PSI.

### **POUR COMMANDER**

Cette publication est disponible en version électronique à l'adresse suivante : <http://www.psi.org/resources/publications>.

PSI partage ses études de cas avec toute personne ou organisation intéressée. Veuillez noter que les études de cas sont périodiquement actualisées sur la base des données épidémiologiques et démographiques disponibles les plus récentes, et en fonction des données relatives à l'utilisation et à l'efficacité des interventions. Par conséquent, les chiffres avancés dans le présent document sont uniquement fournis à titre d'illustration. Ils montrent comment fonctionne l'intervention, mais sont susceptibles d'avoir changé depuis la publication.

### **À PROPOS DE L'AUTEUR**

Temple Cooley est conseillère technique dans le domaine de la santé reproductive auprès du service Santé sexuelle et reproductive, et tuberculose, chez PSI. Elle assure le support à grande distance du programme de santé reproductive de PSI/Mali depuis 2008, notamment avec des visites sur place en 2009 et en 2012.

Pour en savoir plus sur cette étude de cas, veuillez vous adresser à :

Temple Cooley  
1120 19th Street, NW, Suite 600  
Washington, DC 20036  
[tcooley@psi.org](mailto:tcooley@psi.org)

### **REMERCIEMENTS**

Tous nos remerciements vont à Jennifer Pope, Christine Bixiones et Laetitia Lemoine pour leur aide lors de la revue de ce rapport et pour leurs conseils, ainsi qu'à toute l'équipe de PSI au Mali, en particulier à Rodio Diallo, Boureima Maiga et Laura Glish pour leur aide apportée lors de la compilation des informations contenues dans le rapport. Nous exprimons également notre profonde gratitude à USAID pour le financement de la présente étude.

Le support des organisations internationales de planning familial (Support for International Family Planning Organizations--SIFPO) est un programme quinquennal financé par l'Agence USAID des États-Unis, destiné à améliorer les performances de PSI dans le domaine de la programmation du planning familial dans le monde entier. Collaborant en association avec IntraHealth International et le projet « Stanford Program for International Reproductive Education and Services (SPIRES) », l'aspiration de PSI consiste à augmenter de façon importante l'échelle des prestations de services et de produits de PF de haute qualité pour remplir les besoins non satisfaits de manière de plus en plus ciblée et efficace par rapport aux coûts. PSI mettra l'accent sur l'extension de l'accès, l'élargissement des choix de contraceptifs et le développement d'un groupe de direction local.

Pour accéder aux moyens de soutien SIFPO, les bureaux et les missions de USAID peuvent participer au contrat de coopération.

La présente étude de cas est rendue possible par le soutien du peuple américain par l'intermédiaire de USAID, en vertu des modalités et des conditions du Contrat de Coopération N° AID-OAA-A-10-00030. Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité de PSI et ne reflète pas nécessairement les opinions de USAID ou du gouvernement des États-Unis.

© Population Services International, 2011

POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI)

1120 19th Street, NW, Suite 600  
Washington, DC 20036

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE D'ABRÉVIATIONS ET DE SIGLES</b>	<b>4</b>
<b>1. SOMMAIRE</b>	<b>4</b>
<b>2. LE CONTEXTE</b>	<b>5</b>
<b>3. PSI AU MALI</b>	<b>7</b>
<b>4. PLANNING DES CRLA PAR PSI/MALI : LES DÉBUTS</b>	<b>7</b>
<b>5. ÉVALUATION DU CONTEXTE DES CRLA À TRAVERS LA LORGNETTE DU MARKETING SOCIAL</b>	<b>8</b>
<b>6. LA CRLAs ET LES « 4 P »</b>	<b>8</b>
6.1 La place	8
6.2 Le prix	8
6.3 Le produit/service	8
6.4 La promotion	9
<b>7. MÉTHODE D'APPROCHE EN MILIEU URBAIN PAR PSI/MALI PROFAM</b>	<b>9</b>
<b>8. ÉTABLISSEMENT D'UN PARTENARIAT PUBLIC/PRIVÉ</b>	<b>9</b>
<b>9. OBSERVATION DE PLUS PRÈS DU MODÈLE</b>	<b>10</b>
9.1 Intégration des journées de vaccination régulières et des prestations de services et de conseils en PF	10
9.2 Communication des changements de comportement : Promotion des CRLA tout en maintenant l'équilibre entre les conseils et le choix	11
<b>10. PRESTATION DE SERVICES</b>	<b>12</b>
10.1 Avantages d'un prestataire spécialisé	12
10.2 Rôle du prestataire d'un CSCOM	12
<b>11. RÉSULTATS</b>	<b>13</b>
11.1 Adoption des contraceptifs	13
11.2 Satisfaction des clientes	14
11.3 Renforcement des systèmes de santé	14
11.4 Formation des prestataires	14
11.5 Augmentation de l'accès régulier à des fournitures de faible coût pour les cliniques et pour les femmes	14
<b>12. ANALYSE : POINTS FORTS, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET DIFFICULTÉS</b>	<b>15</b>

## SOMMAIRE

**E**n 2009, Population Services International (PSI) a lancé un projet innovant de Planning familial (PF) selon un modèle d'approche mis au point en collaboration avec le Ministère de la Santé du Mali (MOH), le Service de la santé génésique, et le Service régional de la santé de Bamako. Ce modèle à répercussions importantes, actuellement soutenu par le Fonds des choix et opportunités du Gouvernement des Pays-Bas et le Programme intégré pour la santé maternelle et infantile (MCHIP) de USAID, est destiné à augmenter l'accès des femmes au PF postpartum et en particulier à des moyens de contraception-réversibles à longue durée d'action.

Le taux d'utilisation de contraceptifs (TUC) modernes au Mali est de 6,9 %, soit l'un des plus faibles au monde, et ce taux stagne depuis 2001 malgré un besoin non satisfait à hauteur de 31 % chez les femmes maliennes. Les femmes maliennes ont en moyenne 6,6 enfants au cours de leur vie. Une femme sur 33 au Mali décède de causes associées à la grossesse, et un nourrisson sur 10 décède pendant la première année de sa vie.<sup>1</sup> Il a été démontré que l'usage du PF pour éviter les grossesses non voulues et choisir le moment ainsi que l'espacement des grossesses souhaitées réduisait de manière significative la mortalité et la morbidité maternelles et réduisait la probabilité des décès infantiles. Par conséquent, il est vital de résoudre la question des besoins non satisfaits au Mali afin de sauver des vies de femmes et améliorer la santé.

Les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (CRLA) apportent de nombreux avantages, tant du point de vue de l'utilisateur individuel que de celui, plus étendu, de la santé publique. Les CRLA assurent une protection à long terme et à faible coût contre la grossesse involontaire, avec de très faibles taux d'échec. Bien qu'il soit d'une importance critique d'offrir une gamme d'options de contraceptifs pour satisfaire les besoins de PF divers des femmes en âge de procréer (FAP), les méthodes à courte durée d'action présentent des taux d'interruption et d'échec plus élevés par comparaison avec les CRLA. En outre, ils comportent le fardeau supplémentaire de visites répétées à la clinique à chaque nouveau cycle. Malgré ces différences, le sondage sur la démographie et la santé de 2006 a montré que l'usage des CRLA au Mali était particulièrement faible, moins de 1 % des femmes (en gros 2 femmes sur 1 000) utilisant une méthode de CRLA.

En 2008, PSI, société de pointe à but non lucratif aux activités de marketing social et organisme de franchisage dans l'action sociale, a commencé à accroître l'accès des femmes maliennes aux CRLA dans le cadre d'une subvention accordée par le Gouvernement néerlandais. En observant la perspective des CRLA sous le fort grossissement du marketing social et en tirant les leçons des programmes CRLA de PSI dans d'autres pays, PSI/Mali a fait la promotion d'un modèle d'approche en milieu urbain visant à sensibiliser les FAP et à les conseiller au sujet des méthodes modernes et des produits et services de CRLA subventionnés et de haute qualité. Le modèle pilote fut essayé initialement dans le secteur privé comme modèle intégrant les conseils en PF et les

1 Salif Samake, et al. Mali : DHS, 2006- Rapport final (français). CPS/MS/DNSI/MEIC Bamako, Mali et Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA

## ABRÉVIATIONS ET SIGLES

ASACO	Comité communautaire local
AVCI	Années de vie corrigées par le facteur invalidité
CAP	Couple-années de protection
CFA	Communauté financière Africaine
CIP	Communication interpersonnelle
CRLA	Contraceptif réversible à longue durée d'action/contraception réversible à longue durée d'action
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSREF	Centre de santé de référence
DIU	Dispositif intra-utérin
FAP	Femmes en âge de procréer Âge
GHI	Global Health Initiative
MCHIP	Programme intégré pour la santé maternelle et infantile
MOH	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PF	Planning familial
PIB	Produit intérieur brut
PPM	Pharmacie populaire du Mali
PSI	Population Services International
SALIN	Alliance stratégique avec les ONG internationales
SRS	Service régional de la santé
SSG	Service de la santé génésique
TUC	Taux d'utilisation de contraceptifs
USD	Dollar américain

services comprenant les vaccinations normales pour atteindre le plus grand nombre possible de femmes aux besoins non satisfaits. Reconnaissant le succès du modèle et le besoin de services de CRLA accru dans le secteur public, PSI/Mali, le Service de la santé génésique et le Service régional de la santé ont étendu le modèle aux centres de santé communautaires à Bamako, avec le soutien du financement du Gouvernement néerlandais et de USAID. Tirant parti des partenariats publics-privés et des services d'intégration afin de renforcer les systèmes de santé et amplifier le PF postpartum, ce modèle d'approche en milieu urbain met en œuvre cinq sur les sept principes de la Global Health Initiative (GHI). Le modèle :

- met en œuvre une approche centrée sur la femme et la jeune fille, améliorant les bilans de santé chez les femmes et reconnaissant que les femmes sont au cœur de la santé des familles et des communautés ;
- augmente l'impact par une coordination stratégique et l'intégration pour les patientes et ceux qui sont impliqués dans la prestation des services ou leur paiement ;
- établit la viabilité à travers le renforcement des systèmes de santé ;
- soutient l'appropriation par le pays et les plans établis par le pays ; et
- il encourage la recherche et l'innovation pour identifier ce qui réussit.

Le résultat, entre 2009 et la fin 2011, ce sont 41 000 femmes au Mali qui ont reçu un moyen de CRLA. Ceci représente une augmentation incroyable par rapport à l'estimation de 2006 selon laquelle 5 543 femmes utilisaient une méthode de CRLA. En outre, 149 prestataires du secteur public originaires de 73 centres de santé communautaires (CSCOM) ont suivi une formation et reçurent une certification comme conseillers en CRLA et prestataires de services ; PSI, le Service de la santé génésique (SSG) et le Service régional de la santé (SRS) ont plaidé et réussi à obtenir du magasin central de médicaments du gouvernement une réduction du prix des CRLA ; et l'extension de la contraception réversible à longue durée d'action reçut la désignation d'action prioritaire dans le plan national stratégique pour le PF au Mali.

Tirant des enseignements des visites sur le terrain, des entretiens avec diverses parties prenantes clés et de l'étude de la documentation, cette étude de cas analyse les composantes clés du modèle et met l'accent sur l'impact impressionnant du modèle dans les domaines de l'adoption de la contraception et du renforcement des systèmes de santé. Il fournit en outre une analyse des points forts et des faiblesses du modèle et discute les occasions offertes pour l'extension ainsi que les difficultés actuelles et futures.

## LE CONTEXTE

Kadia Bagayogo est une Malienne âgée de 39 ans. Elle vit avec son mari, Seyba, et leurs neuf enfants dans une habitation d'une seule pièce faisant partie d'une communauté élargie de plusieurs familles à Banconi, un quartier pauvre de Bamako, la capitale du Mali. Kadia avait 14 ans quand elle et Seyba se sont mariés en 1985. Depuis lors, Kadia a été enceinte 11 fois,<sup>2</sup> incluant notamment deux grossesses avec des jumeaux et une fausse couche. Comme de nombreuses femmes maliennes, Kadia est au courant de l'importance ses soins prénatals, mais elle a rarement subi des visites prénatales pendant ses grossesses. Ceci n'est pas rare au Mali où seulement 69 % des femmes passent au moins une visite prénatale, et où un nombre bien moindre, 35 %, terminent le programme recommandé d'un minimum de quatre visites par grossesse. Un pourcentage de femmes étonnamment faible, 27,8 %, reçoit des soins postnatals.<sup>3</sup>



Kadia, à droite, avec son mari et six de leurs enfants.

Sur les neuf enfants vivants de Seyba et de Kadia, le plus jeune a 45 jours et aucun des autres ne va à l'école. Le couple invoque la pauvreté comme raison. Seyba est chauffeur, mais il est actuellement sans emploi. Kadia travaille à la maison et vend parfois du charbon de bois pour aider aux finances familiales. La situation économique de Seyba et Kadia n'est pas anormale au Mali qui est au rang des 25 pays les plus pauvres de la planète. On estime que 36 % de la population totale vit en-dessous du niveau de pauvreté et le produit intérieur brut (PIB) était estimé à 1 136,27 USD par tête en 2007.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Le taux global de fertilité est de 6,6 naissances par femme au Mali. (ibid.)

<sup>3</sup> Salif Samake, et al. Mali : DHS, 2006- Rapport final (français). CPS/MS/DNSI/MEIC Bamako, Mali et Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA

<sup>4</sup> The World Factbook 2009. Washington, DC : Central Intelligence Agency, 2009.

Comme beaucoup de FAP au Mali, Kadia n'utilise pas de méthode contraceptive. Seulement 6,9 % des FAP utilisent des contraceptifs modernes au Mali, malgré un besoin non satisfait de 31 % au niveau national et de 37,6 % à Bamako. Ce chiffre, qui est l'un des taux d'utilisation de contraceptifs (TUC) les plus bas au monde, est demeuré stagnant depuis 2001. Peut-être en partie à cause de la croissance rapide de la population, le TUC a effectivement diminué à Bamako, passant de 19,6 % en 2001 à 16,9 % en 2006. Cependant, pour Kadia et Seyba, après deux décès consécutifs de nourrissons<sup>5</sup> et une fausse couche, ils sont intéressés par le PF et souhaitent un contraceptif qui soit adapté à leurs besoins.

**Tableau 1. Besoins non satisfaits et pourcentage de femmes utilisant un contraceptif moderne**

Besoins non satisfaits		% de femmes utilisant un contraceptif moderne		
Lieu	% de femmes	Méthodes modernes	DIU	Implant
Bamako	37,6	16,9	0,3	0,6
Autres villes	28,7	10,3	0,1	0,1
Milieu rural	30,7	4,2	0,0	0,0
Niveau national	31,2	6,9	0,1	0,1

Le centre de santé le plus proche pour le couple est le CSCOM de Banconi. Le CSCOM est le type d'établissement de soins le plus fréquent au Mali où l'infrastructure des soins de santé est limitée.<sup>6</sup> À la fin de 2010, les CSCOM étaient au nombre de 1 024 pour une population qui est actuellement de plus de 15 millions d'habitants.<sup>7</sup> Chacun de ces centres de santé primaires du secteur public est basé dans la communauté et géré par un comité communautaire local (ASACO) qui est responsable du paiement des salaires du personnel et de l'approvisionnement en médicaments et en équipements. Les CSCOM de Bamako ont un effectif normal comprenant un médecin et plusieurs sage-femmes et infirmières. Ensemble, ces membres du personnel assurent le niveau minimum national de prestations de services, notamment les vaccinations, les services prénatals et d'accouchement, et le PF. En ligne avec le « Projet de Bamako » relatif à la récupération des coûts, les CSCOM génèrent des revenus par la vente des médicaments et des produits essentiels et par les

honoraires pour services rendus. Le gouvernement central demande de plus en plus aux CSCOM de fournir gratuitement certains produits et services. Cependant, à ce jour, le PF n'a pas été inscrit sur la liste des produits et services gratuits.

Si Kadia et Seyba avaient rendu visite au CSCOM de Banconi en 2008, voici ce qu'ils auraient vraisemblablement vécu : Kadia aurait attendu une heure ou plus pour s'entretenir avec un membre du personnel du CSCOM pour obtenir des conseils en PF. Le conseiller aurait probablement esquissé les généralités sur toutes les méthodes de contraception modernes. Cependant, il/elle se serait probablement limité(e) exclusivement aux méthodes à courte durée d'action qui étaient les seules méthodes disponibles à la clinique à cette époque là. In 2008, les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants n'auraient pas été disponibles au CSCOM de Banconi. Ces moyens de contraception auraient été en rupture de stock à la pharmacie du CSCOM et, selon toute probabilité, les fournisseurs du CSCOM n'auraient pas eu la formation officielle ni l'expérience pratique pour insérer ces produits. Si Kadia avait souhaité un DIU ou un implant, on l'aurait à peu près sûrement orientée vers le centre de référence le plus proche (CSREF) où, si des CRLA avaient été disponibles,

Les contraceptifs réversibles à longue durée d'action présentent de nombreux avantages. Comme aucune action n'est requise de l'utilisatrice, les CRLA facilitent l'usage régulier et correct. Le DIU assure une protection contre les grossesses involontaires pour une période pouvant durer 12 ans alors que l'implant contraceptif assure une protection allant jusqu'à cinq ans. Les méthodes de CRLA peuvent être de bonnes options pour les femmes ayant interrompu l'usage d'une méthode à courte durée d'action en raison d'effets secondaires ou à cause de la difficulté de retourner à la clinique pour un réapprovisionnement. En outre, pendant un an d'utilisation normale, le taux des grossesses associées aux contraceptifs oraux, l'une des méthodes à courte durée d'action, est de 8 % contre 0,8 % avec les DIU. Malgré les nombreux avantages des CRLA, le sondage démographique et sanitaire DHS 2006 indiquait un niveau d'utilisation de 0,2 % au Mali, soit environ 5 500 femmes sur une population de 2 771 735 femmes en âge de procréer.

5 Au Mali, 1 nourrisson sur 10 meurt pendant la première année de sa vie. (Salif Samake, et al. Mali : DHS, 2006- Rapport final (français). CPS/MS/DNSI/MEIC Bamako, Mali et Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA.)

6 Le Mali dispose d'un médecin pour 10 000 habitants. Par comparaison, aux États-Unis il y a 27 médecins pour 10 000 habitants. (OMS, World Health Statistics 2011, disponible sur le site : <http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>.)

7 USAID/Mali 2011. Best Action Plan.

ils auraient normalement coûté entre 4 000 et 10 000 CFA (8 à 20 USD). Certaines cliniques du secteur privé offraient également des DIU et des implants à cette époque là. Toutefois, compte tenu de la situation économique de Kadia et de Seyba, ainsi que des barrières à l'accès à la CRLA dans le système de santé public, le couple aurait très probablement choisi une méthode à courte durée d'action. Malgré tous leurs avantages, les méthodes à courte durée d'action ont l'inconvénient de générer des taux d'interruption plus élevés, des taux d'échec par l'utilisatrice plus élevés et le fardeau supplémentaire de visites répétées à la clinique à chaque nouveau cycle. Kadia aurait payé 300 CFA (0,60 USD) pour un contraceptif injectable, plus 200 CFA (0,40 USD) pour l'injection ou 100 CFA (0,20 USD) pour une boîte de pilules, plus 200 à 300 CFA en plus pour les honoraires et les services du prestataire. Kadia devrait payer ces frais à nouveau, ainsi que le coût du transport aller-retour à la clinique, chaque fois qu'elle aurait besoin de se protéger pendant un nouveau cycle. Au surplus, même avec les méthodes à courte durée d'action, on ne peut se fier à la disponibilité de cette ressource dans le secteur public. Il est concevable de penser qu'en plus d'une occasion Kadia serait arrivée au CSCOM pour trouver que sa méthode de choix à courte durée d'action n'était pas disponible.



Au lieu de cela, Kadia et Seyba ont vécu une autre expérience. Ils sont venus au CSCOM de Banconi en 2010, pendant une campagne menée par PSI ProFam pour sensibiliser le milieu urbain. Ils ont pu obtenir des conseils en PF avec des informations sur la gamme complète des méthodes modernes et ont pu choisir de recevoir un CRLA peu coûteux fourni par une sage-femme de PSI et un prestataire du CSCOM formé à la mise en place du CRLA.

## PSI AU MALI

PSI/Mali a été fondé en 2001, avec l'objectif d'utiliser des stratégies de marketing commercial pour améliorer la santé reproductive et la survie infantile, et pour réduire les nouvelles infections par le VIH. Au cours des années, PSI/Mali a collaboré avec le Ministère de la Santé (MOH) et un certain nombre de partenaires pour étendre ses programmes de santé génésique et lancer des programmes supplémentaires pour la prévention et le traitement du paludisme, le traitement pour la purification de l'eau et la réduction des mutilations génitales des femmes.

Actuellement, les produits de PF faisant l'objet de marketing social de la part de PSI/Mali comprennent les moyens de contraception à courte durée d'action et les contraceptifs réversibles à longue durée d'action. Dans le secteur privé, PSI fait de la publicité et distribue des méthodes de contraception à courte durée d'action, notamment le contraceptif oral *Pilplan-d*, de Depo-Provera,™ portant la marque *Confianceet* des *CycleBeads*™. PSI fait également la promotion et distribue des préservatifs pour homme appelés Protector Plus et des préservatifs pour femme appelés *Protectiv*. PSI rend également disponible des CRLA, notamment le DIU en cuivre appelé *N'Terini*<sup>8</sup> et l'implant Jadelle durant 5 ans™, connu sous le nom *alimètikisèni*,<sup>9</sup> tant dans le secteur public que le secteur privé, par l'intermédiaire du réseau de services *ProFam*.

PSI/Mali dirige un réseau de franchisage social comportant 77 cliniques privées, portant la marque *ProFam*. Le modèle de franchisage social de PSI a comme objectif de fournir des services de haute qualité par un réseau de prestataires et d'établissements préexistants augmentant la viabilité et l'impact à long terme. Avec le réseau de franchisage social *ProFam*, PSI/Mali tire parti de la reconnaissance de la marque, de la formation et des outils pour étendre et améliorer les pratiques des prestataires. Les franchisés reçoivent une formation assurée conjointement par des maîtres professionnels du Service de la santé génésique (SSG) du Ministère de la Santé et PSI ; des produits et du matériel subventionnés ; monitoring et supervision ; et des conseils sur le terrain offerts par PSI/Mali. En outre, PSI/Mali désigne la clinique du franchisé par le nom de marque du réseau *ProFam*, et fait la publicité de la marque comme offrant des services de haute qualité, à prix abordables, par des moyens de communication interpersonnels et par les médias, ce qui aboutit à l'augmentation du flux de clients chez le prestataire. À son tour, le franchisé s'engage à satisfaire aux normes de qualité de PSI pour la prestation des services et à honorer les prix convenus pour le consommateur. PSI pense que le renforcement du secteur privé aide également à renforcer le système de santé global du Mali, permettant à un plus grand nombre de femmes d'obtenir des produits et des services de PF de haute qualité.

En 2011, PSI a reçu des fonds pour le financement du programme de PF de trois sources différentes : le Fonds Choix et opportunités du Gouvernement néerlandais, MCHIP de USAID et un donateur anonyme très généreux. Les fonds de chaque donateur ont été utilisés pour le soutien de composantes complémentaires du travail de PSI concernant le PF. PSI estime que pour 2011 seulement ses produits et

8 En anglais, « n'terini » est interprété comme signifiant « mon ami intime » ou « mon complice ».

9 En anglais, « alimètikisèni » est interprété comme signifiant « allumettes ».

services en rapport avec le PF ont généré 414 791 couple-années de protection au Mali, évitant 887 décès maternels, 141 877 grossesses involontaires et 107 508 années de vie corrigées par le facteur invalidité (AVCI). On estime que la combinaison des programmes de lutte contre le paludisme, de prévention du VIH/SIDA, de santé reproductive et de survie infantile de PSI/Mali a évité au total 9,57 % de la charge nationale imposée par la maladie au Mali en 2011.

## PLANNING DES CRLA PAR PSI/MALI : LES DÉBUTS

En 2008, PSI/Mali a entrepris un projet visant à augmenter l'accès aux DIU et aux implants grâce à une subvention du Gouvernement néerlandais dans le cadre de l'Alliance stratégique avec les ONG internationales (SALIN). PSI/Mali assurait la formation des prestataires dans son réseau de cliniques privées *ProFam* et les a encouragées par une supervision périodique et des visites par des délégations médicales<sup>10</sup> offrant des conseils pour les CRLA et des services à leurs clientes outre les services relatifs aux méthodes à courte durée d'action déjà offerts. Après un an d'existence du programme, les résultats initiaux étaient mitigés. Dans l'ensemble, la prestation de services CRLA était faible (en gros, prestation de 330 services d'insertion parmi 33 cliniques au cours de 12 mois), et il était clair que si certaines cliniques avaient adopté les CRLA et offraient les services régulièrement, d'autres n'agissaient pas de même. Sur la base de ce résultat, PSI/Mali décida de revoir dans une perspective plus large la CRLA au Mali, en scrutant avec une vision de marketing social plus forte et en examinant les programmes de PF de PSI dans d'autres pays pour tirer les leçons apprises relativement à la promotion de la CRLA et à la prestation des services.

## ÉVALUATION DU CONTEXTE DES CRLA À TRAVERS LA LORNETTE DU MARKETING SOCIAL

Les stratégies de marketing sont normalement articulées autour de quatre éléments clés connus sous le terme « 4 P » : produit, prix, place et promotion. Bien que le P de promotion est peut-être le plus largement connu et associé au marketing, le produit, le prix et la place influencent la prise de décision individuelle et constituent donc des éléments critiques de toute bonne stratégie de marketing. Produit fait référence au produit ou service effectivement rendu. Prix fait référence non seulement aux considérations d'ordre monétaire, mais encore aux incitations et aux barrières émotionnelles ou psycholo-

giques interférant avec l'achat et l'utilisation d'un produit. Place fait référence au lieu où la cliente peut avoir accès au produit et service, et aux intermédiaires pouvant faciliter cet accès.

## CRLAS ET LES « 4 P »,

### Place

PSI/Mali a réalisé qu'il fallait augmenter le nombre de lieux où les femmes pouvaient avoir accès aux CRLA. Tandis que la majorité des femmes et des couples cherchent à obtenir des consultations et des services de PF dans les cliniques des CSCOM du secteur public, les CRLA n'étaient disponibles que dans les cliniques de référence (CSREF) de niveau supérieur, dans le secteur public, et dans un nombre très limité de CSCOM et de cliniques privées, notamment les cliniques *ProFam*. Au Mali, les établissements du secteur privé sont souvent perçus comme des lieux où les services et les produits sont de plus haute qualité ; cependant, ils sont également perçus comme étant d'un coût plus élevé. Cet état de fait, y compris le fait que le secteur privé n'est pas inclus normalement dans la plupart des campagnes nationales concernant la santé maternelle et infantile, explique peut-être en partie pourquoi la plupart des femmes cherchent les services du secteur public.

En étudiant comment étendre le nombre de points de prestation des services, PSI a reconnu que les services CRLA ne pouvaient pas être adéquatement rendus dans n'importe quel lieu. Une table d'examen, l'équipement de stérilisation, un certain niveau d'intimité et de confidentialité pour le patient et un système de traitement des complications, un service de conseils pour l'après-insertion et d'enlèvement des dispositifs font partie des conditions minimales exigées pour la prestation des services CRLA. Ceci impose pour une grande part le type de lieu où les services peuvent être offerts.

### Prix

PSI a déterminé que l'extension de l'accès exigerait une réduction du prix total facturé au consommateur. Au prix de 4 000 à 10 000 CFA (8 à 20 USD) dans les secteurs public et privé, le coût d'un DIU ou d'un implant était très au-delà des moyens de la plupart des femmes et des couples du Mali. Le coût élevé des CRLA par rapport aux méthodes à courte durée d'action était perçu par les femmes comme un moyen de dissuasion opposé au choix d'un CRLA malgré le bon rapport coût/efficacité à long terme de ces derniers. Pour les femmes et les couples pauvres, un prix de 500 CFA à verser tous les 3 mois

10 Une activité dirigée par du personnel salarié possédant une éducation en sciences, ou dans les domaines clinique ou de la santé, où le représentant « visiteur » fournit des détails ou des informations scientifiques sur les utilisations possibles, les avantages et les effets secondaires/indésirables d'un produit.

pour un contraceptif injectable est plus abordable qu'un versement unique de 10 000 CFA pour un DIU ou un implant. Il faudrait que le prix du DIU ou de l'implant soit beaucoup plus bas pour que ceux-ci deviennent des options abordables et réalistes pour les femmes maliennes.

Les études de PSI sur les prestataires dans plusieurs autres pays ont déterminé que le prix de revient pour le prestataire constituait souvent une barrière supplémentaire. Le prix de revient pour le prestataire comprend non seulement le prix du produit même, mais aussi, le coût des consommables, de l'équipement d'insertion et les coûts réels ou perçus de l'opportunité, associés au temps passé pour fournir une méthode de CRLA. Les prestataires manquent souvent du désir de stocker les moyens de CRLA en raison de la perception selon laquelle ce seraient des produits à faible demande et à coûts élevés. La relative facilité d'administration et la récurrence des paiements par les clientes, associées aux méthodes à courte durée d'action, constituent également pour les prestataires un moyen de dissuasion opposé à l'offre des CRLA. Par conséquent, PSI a décidé de contourner initialement les barrières posées par l'absence de désir de constitution de stocks au niveau des cliniques en fournissant tous les produits, équipements et consommables. Au surplus, PSI rémunérerait les cliniques par nombre d'insertions, comme remboursement du temps passé par le prestataire et compensation pour l'usage de l'installation.

### Produit/service

Bien que des produits de qualité aient été disponibles au Mali, le nombre des prestataires de services CRLA formés et expérimentés était faible. La plupart des prestataires des CSCOM manquaient de la formation officielle et de l'expérience pratique de l'insertion des CRLA, et ceux qui étaient qualifiés manquaient souvent du temps nécessaire pour offrir le service, compte tenu du nombre élevé de clientes et des autres demandes concurrentes. Pour élargir l'accès des femmes aux CRLA, PSI devait résoudre la question de la pénurie de prestataires formés et expérimentés pouvant réaliser l'insertion des DIU et des implants.

Il était également évident que dans le cadre du travail de PSI de nombreux prestataires étaient partiels contre les CRLA et les DIU en particulier. Même ceux qui étaient formés à l'insertion des CRLA manifestaient souvent un manque d'efficacité personnelle et un manque de confiance pour rendre le service. Les préjugés des prestataires se transmettent facilement aux clientes et ont un impact

sur la disponibilité globale des produits et les services d'insertion. PSI a déterminé qu'il vaudrait mieux commencer les activités avec un groupe de prestataires engagés qui serviraient de champions des CRLA, assurant la promotion des avantages des méthodes non seulement pour le bénéfice des clientes mais aussi pour celui de la communauté des prestataires.

### Promotion

La recherche indique que les femmes et les couples arborent de nombreuses frayeurs et fausses conceptions au sujet de la contraception en général et des DIU en particulier. La recherche entreprise par PSI/Mali chez les FAP a montré que seulement 3 % d'entre elles avaient une compréhension totale des DIU : Elles comprennent où la méthode s'applique et comment elle agit et elles rejettent les fausses déclarations concernant le produit. Les non-utilisatrices de CRLA ont manifesté un certain nombre de fausses perceptions concernant les méthodes, notamment la peur que les CRLA causent la stérilité, que les méthodes migrent dans d'autres parties du corps et peur que les CRLA causent des maladies et infections, notamment des vomissements, des étourdissements et des maux de tête.

Dans plusieurs autres pays, des membres du personnel de PSI responsables de la communication interpersonnelle (CIP) effectuent des visites porte-à-porte ou rendent visite à des groupes d'activité féminins pour établir des rapports avec les FAP. Initialement, cela n'était pas envisagé comme possible au Mali ; cependant les CIP paraissaient être le canal adéquat pour fournir des informations suffisamment détaillées pour parer aux frayeurs fréquemment exprimées par les femmes et les couples. L'équipe de PSI/Mali organisait des séances de remue-méninges partout et chaque fois qu'elle pouvait atteindre des groupes de femmes importants et communiquer avec elles au niveau interpersonnel.

Les journées de vaccination des nourrissons attirent une grande clientèle dans les cliniques. Entre 2001 et 2006, le nombre d'enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu toutes les vaccinations requises a augmenté de 29 % à 48 %.<sup>11</sup> Par conséquent, la vaccination des nourrissons présentait une occasion d'atteindre des groupes importants de FAP. En outre, cela représentait un moyen d'associer les composantes « place » ou lieu et « promotion » de la stratégie. Par le moyen des journées de vaccination, PSI pouvait offrir des informations détaillées sur les CRLA ainsi que l'accès à des services de qualité à faible prix, tous en un même lieu et en même temps.

11 Salif Samake, et al. Mali : DHS, 2006- Rapport final (français). CPS/MS/DNSI/MEIC Bamako, Mali et Macro International Inc., Calverton, Maryland, USA

## PSI/MALI *PROFAM* MÉTHODE D'APPROCHE DE PROFAM EN MILIEU URBAIN

À partir de cette évaluation et des leçons apprises d'autres programmes de PF de PSI, en janvier 2009, PSI/Mali a mis en œuvre un programme pilote de « journées-événements en clinique » dans cinq cliniques *ProFam* du secteur privé. Au travers du programme pilote, la seule sage-femme de PSI a collaboré étroitement avec les cliniques *ProFam* pour préparer un « événement » de consultations et de prestation de services de PF coïncidant avec la journée des services de vaccination dans les cliniques. Le jour des vaccinations, la sage-femme se rendait à la clinique en question et avec l'aide du personnel de la clinique, organisait une présentation de PF de 30 minutes à l'attention des femmes venant faire vacciner leurs enfants. La sage-femme présentait toute la gamme des contraceptifs modernes, y compris les CRLA, en prenant le temps de répondre aux questions individuelles et de discuter les fausses conceptions et les mythes fréquents. Immédiatement après la discussion, les femmes recevaient des conseils individuels, passaient une visite médicale et si elles étaient admissibles et le souhaitaient, recevaient un CRLA au prix subventionné de 500 CFA (1 USD). Normalement, la sage-femme de PSI procédait aux insertions, en utilisant des produits, des matériaux et des équipements PSI, avec l'aide du personnel de la clinique. Des méthodes à courte durée d'action étaient également disponibles auprès de la pharmacie de la clinique et étaient administrées par le personnel de la clinique.

Cette fois, les résultats furent prometteurs. Lors de la première journée-événement, la sage-femme fournit un CRLA à cinq femmes sur un groupe d'environ 20 femmes s'étant rendues ce jour-là à la clinique pour les services de vaccination. Au cours du programme pilote, entre janvier et avril 2009, 14 journées-événements furent organisées au total, atteignant 720 femmes par des messages en consultation de groupe et fournissant un CRLA à 75 femmes (juste un peu plus de 10 %).

Évoluant à partir de la réussite du programme pilote initial, PSI a développé le modèle, ajoutant un plus grand nombre de sages-femmes jouant le rôle de championnes au personnel principal de PSI et ajoutant des cliniques *ProFam* aux activités des journées-événements. Cependant, étant donné le succès du modèle et le fait que les services de santé maternelle et infantile sont en majorité rendus par le secteur public, il était clair que l'extension du modèle d'approche *ProFam* aux CSCOM et le renforcement de la capacité du secteur public à rendre les services de CRLA auraient éventuellement une influence de la plus grande portée. Sans cette extension, les seules prestations du

secteur privé ne seraient pas suffisantes pour remplir les besoins non satisfaits à Bamako et au-delà.

## ÉTABLISSEMENT D'UN PARTENARIAT PUBLIC/PRIVÉ

Les partenariats public/privés dans le domaine de la santé peuvent être extrêmement avantageux pour aider à résoudre les difficultés posées par les coûts spécifiques dans le secteur public, tout en augmentant les prestations de services et en améliorant leur qualité. Pour établir un tel partenariat entre *ProFam* et le secteur public, PSI a sollicité l'approbation du Ministère de la Santé (MOH) et s'est efforcé d'obtenir un engagement et des commandes tant au niveau du ministère que des cliniques.



Des sages-femmes au CSCOM.

Des représentants de PSI/Mali ont rencontré le Directeur du service régional de la santé<sup>12</sup> pour discuter d'un partenariat éventuel entre PSI et le système de santé primaire du MOH. PSI a proposé un partenariat qui permettrait au Ministère de la Santé d'étendre les offres de contraceptifs des CSCOM afin d'inclure les deux méthodes de CRLA, les DIU et les implants, et d'atteindre un plus grand nombre de femmes ayant besoin de ces méthodes pour un coût supplémentaire minimal. En étendant l'image de marque *ProFam* et son modèle d'approche au secteur public, PSI avait l'espoir de jouer sur le nom et la réputation de *ProFam* pour inspirer aux clientes la confiance dans les services rendus. En outre, PSI espérait démontrer aux prestataires du secteur public l'existence d'une demande latente pour ces services tout en formant et entraînant lesdits prestataires à rendre les services, associant efficacement la prestation de qualité et la demande latente aux points de prestation des services où la plupart des Maliennes se font soigner.

12 Le Service régional de la santé (SRS) est une branche technique du Ministère de la Santé, responsable de la gestion des établissements de santé du secteur public et des projets dans chaque région.

Le Service régional de la santé a reconnu le besoin d'accès grandissant aux services de CRLA au sein du système de santé public ainsi que les réussites du modèle d'approche de *ProFam* dans le secteur privé. Le Service régional de la santé a accepté la direction d'un partenariat tant que l'objectif primaire dudit partenariat consistait à générer une capacité plus importante au sein du système de santé public.

Le modèle de base serait le même, avec un groupe mobile essentiel de sages-femmes de PSI/Mali se rendant aux CSCOM et travaillant étroitement avec ces derniers pour assurer les consultations de PF incluant des conseils sur une gamme de méthodes modernes et des services de CRLA rendus normalement les jours de vaccination infantile. Le personnel des CSCOM serait formé pour pouvoir aider et rendre des services alors que PSI/Mali fournirait les DIU, les implants, le matériel d'insertion et les consommables le jour de l'événement de sensibilisation.

Après la mise en œuvre de cet accord, les représentants du Service régional de la santé et de PSI ont entrepris des visites aux CSCOM et la sélection des cliniques devant participer à l'inclusion initiale dans le programme du partenariat. Les critères d'inclusion comprenaient l'existence d'une infrastructure offrant la confidentialité nécessaire, la démonstration du respect des protocoles de prévention des infections, l'existence de personnel pouvant satisfaire aux critères d'exécution des insertions de CRLA et un fort afflux de clientes.

Au fur et à mesure que les CSCOM étaient sélectionnés, ils étaient chargés de nommer une infirmière en obstétrique ou une sage-femme devant participer à une session de formation de deux semaines en technologie de la contraception. De même que pour la méthode d'approche du secteur privé, pour la phase initiale du partenariat avec le secteur public les CSCOM recevaient 1 000 CFA (2 USD) pour chaque insertion de CRLA par la sage-femme de PSI. Ces fonds avaient pour but de rembourser les CSCOM pour l'utilisation de leurs installations et du temps passé par leurs prestataires pendant l'événement, ainsi que pour couvrir le montant de tout honoraire qui aurait été facturé aux clientes revenant pour les consultations de suivi, la prise en charge des complications et/ou l'enlèvement du dispositif de contraception.

Le financement de l'extension du modèle d'approche *ProFam* au secteur public a été fourni par le Fonds Choix et Opportunités du Gouvernement néerlandais, et initialement par le programme

« Pathways to Health » (Les voies vers la santé) de USAID. En 2011, MCHIP a pris en charge le soutien de USAID pour le modèle.

## OBSERVATION DE PLUS PRÈS DU MODÈLE

### Intégration des journées de vaccination régulières et des prestations de services et de conseils en PF

Au Mali, on estime que le besoin en PF non satisfait est le plus élevé chez les femmes qui viennent d'accoucher (79 %). Alors que très peu de femmes utilisent les services de soins postnatals, selon les CSCOM, on compte environ 50 à 100 femmes qui se rendent aux journées de vaccination régulières. La plupart des femmes en état de post-partum au Mali espèrent éviter le phénomène de « serre ». Ce terme Bambara fait référence à une femme qui commence une grossesse alors qu'elle allaite encore un autre enfant. Plusieurs études ont montré qu'au Mali, les hommes et les femmes comprennent l'avantage d'intervalles plus longs entre les naissances et que les Maliennes qui utilisent actuellement ou qui ont déjà utilisé des moyens de contraception modernes font fréquemment référence à « l'espace-ment des naissances » comme raison de l'utilisation de ces moyens.<sup>13</sup> Ceci reflète et s'accorde également avec la politique d'ensemble du gouvernement relative au PF, qui encourage l'espacement des naissances et l'emploi de moyens de contraception pour atteindre cet objectif souhaité d'intervalles espacés.

Toutefois, malgré la compréhension des avantages d'intervalles plus longs entre les naissances, les hommes et les femmes sont souvent longs à appliquer leurs connaissances à leur situations personnelles.<sup>14</sup> Les conseils en PF prodigués par un prestataire de services de santé pendant les journées de vaccination font directement référence à cet hiatus en fournissant des informations essentielles au moment où le cycle de reproduction est tel chez une femme qu'elle sera probablement mieux en mesure de transformer son savoir en action. Pendant la période postpartum, les Maliennes présentent le plus grand besoin non satisfait de PF ; toutefois, comme un prestataire le faisait remarquer dans un CSCOM, « *Les femmes ne viennent pas aux visites post-natales aussi souvent qu'aux journées de vaccination. On les encourage à venir mais elles ne viennent pas.* » Ainsi, par l'intégration des services de PF aux journées de vaccination, on offre le moyen d'atteindre la même population de femmes en plus grands nombres.

13 Yoder, P. Stanley, Mouhamadou Guèye et Mamadou Konaté. 2011. The Use of Family Planning Methods in Mali. The How and Why of Taking Action. Calverton, Maryland, USA : ICF Macro.

14 Ibid.

Comme cela fut discuté ci-dessus, les non-utilisatrices de contraceptifs au Mali citent fréquemment les effets secondaires comme raison de cette abstention. L'offre de conseils et de services de PF les jours de vaccination réguliers permet aussi de traiter ces sujets d'inquiétude. Le prestataire de soins de santé explique en détail les effets secondaires éventuels, en éclaircissant et en dissipant les mythes et les idées fausses et en s'entretenant en profondeur avec les femmes pour répondre à leurs questions.

On cite comme autre raison courante l'absence de soutien marital.<sup>15</sup> L'hypothèse a été largement répandue selon laquelle la contraception par injection serait la méthode contraceptive la plus populaire au Mali et dans de nombreuses autres régions de l'Afrique subsaharienne, parce qu'on peut l'utiliser clandestinement. L'intégration des services de PF et de vaccination semble de même fournir un certain niveau de protection discrète aux femmes qui souhaitent avoir accès à la contraception mais pensent devoir le faire secrètement.

### Communication des changements de comportement : Promotion des CRLA tout en maintenant l'équilibre entre les conseils et le choix

Pendant des années, les programmes de PF et les prestataires de services ont mis l'accent sur les méthodes à courte durée d'action malgré les nombreux avantages de la CRLA et la préférence des femmes pour les solutions à longue durée d'action. Les raisons de cette situation sont nombreuses, notamment : un manque de prestataires formés ayant confiance dans leur aptitude à rendre les services de CRLA, des expériences négatives avec les modèles anciens de CRLA, un manque de moyens et de fournitures, les mythes et les idées fausses, ainsi que la barrière représentée par les coûts. Par conséquent, les DIU et les implants ont souffert d'une absence de publicité, d'une sous-évaluation et d'un manque d'utilisation chroniques.

Selon les Services démographiques de la santé, en 2006, l'usage des CRLA au Mali était de moins de 1 %. Comme cela est mentionné ci-dessus, en 2011, la recherche qualitative entreprise par PSI/Mali a montré que les femmes entretiennent un certain nombre de fausses perceptions au sujet des CRLA, notamment la peur que les CRLA causent la stérilité, des inquiétudes sur la migration des moyens de contraception dans d'autres parties du corps et une frayeur que les CRLA causent des maladies ou des infections.

Tous les programmes de PF adoptent et vantent sans ambiguïté la normalisation du choix informé et du volontariat. Dans tous les centres de prestation de services et de conseils, pendant toutes

les activités sensibilisantes de *ProFam*, PSI s'assure que les clientes reçoivent des conseils sur toutes les méthodes de contraception disponibles. Cependant, étant donné le manque d'homogénéité des situations, des informations plus détaillées sur les DIU et les implants sont nécessaires au cours des séances de consultation si l'on souhaite que les programmes renversent la tendance à la sous-utilisation.

Les événements de sensibilisation de *ProFam* comprennent deux séances de consultation. La première est une séance en groupe pendant que les femmes attendent pour les services de vaccination de leurs enfants, et la deuxième est une séance de consultation individuelle avec chacune des femmes qui expriment leur souhait d'obtenir un moyen contraceptif ce jour-là. Pendant les séances de groupe, la sage-femme de PSI/Mali ou du CSCOM prend le temps d'esquisser les avantages des CRLA et de discuter les mythes et les idées fausses concernant ces méthodes. Il faut garder à l'esprit que les sages-femmes de PSI/Mali se font les championnes des méthodes de contraception et croient personnellement aux avantages qu'elles confèrent. Plusieurs d'entre elles sont des utilisatrices satisfaites. Cette croyance personnelle dans l'innocuité et l'efficacité des méthodes permet aux sages-femmes de répondre avec un niveau accru de confiance et de conviction aux manifestations d'inquiétude des clients.

En outre, PSI/Mali a travaillé à reconstruire l'image de marque et le repositionnement du DIU. Comme les implants sont relativement récents, ils ont tendance à avoir moins de poids dans la balance des mythes et des idées fausses. Le DIU, au contraire, a été plus longtemps sur le marché et souffre de nombreux mythes et idées fausses. Au surplus, l'intimité du procédé d'insertion du DIU dissuade certaines femmes et certains prestataires d'utiliser la méthode. En outre, le terme Bambara utilisé pour désigner le « DIU » est le nom d'une spatule en bois servant à remuer les sauces, soit une référence au dispositif de contraception en forme de T. Ces ustensiles dont la taille varie ne conjurent pas une image mentale confortable chez les utilisatrices éventuelles. En 2011, l'équipe de PSI/Mali a organisé un atelier de marketing DELTA visant au développement de plans et de stratégies de marketing social pour les produits et les services essentiels de PSI/Mali. Pendant cet atelier, PSI/Mali décida de rebaptiser le DIU avec le terme Bambara « N'Terini » qui signifie « mon complice ». Les sages-femmes de PSI/Mali ainsi que les prestataires des CSCOM et toutes les campagnes de promotion font référence au DIU de cette manière. Avec ce nouveau nom, PSI a pour objectif de distancer le produit des modèles de DIU plus anciens et de le replacer dans la catégorie des produits en qui les femmes peuvent se fier, comme à des amis intimes. Le nom « N'Terini » est destiné à remplacer

<sup>15</sup> PSI/Mali 2011 TRAC survey.

l'image désagréable de la grande spatule en bois et confère un caractère positif à l'intimité du moyen contraceptif.

Pendant les séances de consultation individuelles, chaque méthode est discutée à nouveau et les prestataires répondent à des questions supplémentaires avant que les femmes ne fassent leur choix définitif. De cette manière, PSI/Mali vise à assurer que chaque femme sera informée de ses options, comprendra exactement les avantages et les inconvénients de chacune

(notamment des CRLA) et pourra déterminer quelle est la méthode qui convient le mieux à ses besoins.



Madame Kouma, sage-femme de PSI/Mali, en train d'insérer un implant.

dans une seule journée. Il est important de remarquer que le succès du programme est dû en partie aux services de ces prestataires spécialisées en CRLA qui, contrairement au personnel des CSCOM,

n'ont pas de responsabilités ou de pressions concurrentes s'exerçant sur leur emploi du temps. Elles sont spécialisées uniquement dans la prestation de conseils en PF et de services de CRLA. La prestation des services de CRLA, en particulier, l'insertion des DIU, exige plus de temps que la fourniture d'un moyen de contraception à courte durée d'action. Le prestataire spécialisé de PSI a

le temps de conseiller correctement les femmes en leur expliquant ce qu'elles doivent attendre d'un CRLA, et d'effectuer l'insertion du CRLA.

## PRESTATION DE SERVICES

### Avantages d'un prestataire spécialisé

Le jour de l'événement *ProFam*, chaque CSCOM doit tenir une salle à la disposition d'une cliente individuelle pour les prestations de consultation et de services. Il s'agit normalement d'une petite salle comportant un bureau, deux chaises, une table d'examen et parfois un tabouret et une lampe à l'usage du prestataire que ce dernier utilise pendant l'insertion. Les services sont parfois rendus dans une salle de travail et d'accouchement vide. Si une femme commence le travail et a besoin de la salle, les services sont temporairement interrompus ou transférés dans une autre salle de la clinique.

Pour assurer que les services ne seront pas interrompus par manque d'équipement, de matériel, de consommables et/ou de produits, PSI a traditionnellement fourni ces matériaux pendant l'événement de sensibilisation. Chaque sage-femme de PSI dispose de sa propre trousse comprenant quatre jeux de matériels d'insertion. Une fois par semaine, la sage-femme reçoit du bureau de PSI des DIU, des implants et des consommables qu'elle transporte avec elle à chaque clinique.

Les sages-femmes de PSI se font non seulement les avocates enthousiastes de l'innocuité et de l'efficacité des CRLA, elles sont également des prestataires qualifiées des services de CRLA. Il n'est pas extraordinaire pour une sage-femme d'insérer jusqu'à 30 CRLA

### Rôle du prestataire d'un CSCOM

Une composante clé du partenariat avec *ProFam* consiste à dispenser la formation. PSI et le Ministère de la Santé ont organisé des cours traditionnels et des travaux pratiques destinés à la sélection du personnel provenant des CSCOM désignés. La formation avait pour but de servir de modèle aux prestataires des CSCOM pour que ceux-ci acquièrent sûreté et compétence pour la fourniture des DIU et des implants, et la prestation des services d'insertion, sans disposer des conseils et de l'aide des sages-femmes de PSI. Elle était conçue en outre pour assurer que les prestataires des CSCOM pourraient prodiguer des conseils post-insertion et/ou post-enlèvement des contraceptifs chez les clientes à CRLA qui reviennent au centre pendant les heures d'ouverture régulières. La formation de 11 jours était centrée sur la technologie des contraceptifs modernes, l'accent étant mis sur les DIU et les implants, y compris la prise en charge des complications et des événements indésirables, ainsi que sur les services d'enlèvement des DIU et des implants. Pour recevoir un certificat d'achèvement de la formation, les prestataires devaient insérer avec succès cinq DIU et cinq implants sous la supervision de la sage-femme de PSI.

Les événements de sensibilisation *ProFam* fournissent aux sages-femmes et aux moniteurs de PSI l'occasion de servir de mentors et d'entraîneurs pour les membres du personnel des CSCOM qui sont novices de la consultation, de l'insertion et de l'enlèvement des CRLA. Les sages-femmes de PSI collaborent étroitement avec

le personnel des CSCOM pour l'organisation et le déroulement de l'événement. Le personnel des CSCOM aide souvent ou dirige la séance de consultation de groupe initiale et les consultations individuelles. Après un certain temps, les prestataires des CSCOM améliorent leur façon de répondre aux questions et leur traitement des mythes associés aux CRLA et ensuite, leur aptitude à susciter la demande pour ces services. Les prestataires de CSCOM aident également en pratique en accomplissant effectivement les insertions lorsqu'ils ont acquis la compétence. Ceci permet aux sages-femmes de PSI/Mali d'observer la technique du prestataire et d'offrir des conseils sur place et un entraînement sur le terrain. Les prestataires des CSCOM sont donc capables d'acquérir la confiance et les qualifications sous la tutelle des championnes expérimentées des CRLA de PSI/Mali.

## LES RÉSULTATS

### Adoption des contraceptifs

Après une solide observation de l'univers CRLA effectuée à travers la loupe du marketing social, pour identifier les stratégies clés associées au prix, au produit, à la promotion et à la place, et après avoir étendu ces stratégies aux secteurs public et privé, PSI/Mali a atteint 166 383 femmes à travers des messages de communication interpersonnelle (CIP) relatifs au PF lors d'événements de sensibilisation survenus entre 2010 et 2011. Parmi celles-ci, 41 023 (24,6 %) ont choisi et ont reçu un CRLA. Avant le programme, environ deux sur 1 000 Maliennes utilisaient un CRLA. Désormais, en observant uniquement les résultats du programme de sensibilisation *ProFam* dans les secteurs privé et public, ce chiffre s'est élevé à 1 sur 100 Maliennes, soit une augmentation notable.

Une proportion considérable (48,4 %) de femmes ayant reçu l'un des deux CRLA n'utilisait pas de moyen contraceptif au moment de la visite. Ceci implique un changement potentiel en hausse du taux d'utilisation de contraceptifs (TUC) au Mali, en particulier, si l'on analyse les résultats de PSI/Mali en même temps que les tentatives et les résultats d'autres programmes relatifs à d'autres méthodes de CRLA récemment mis en œuvre par des groupes partenaires tels que Marie Stopes International et la succursale de la Fédération internationale « Planned Parenthood ».

Au total, 42,4 % des femmes adoptant la contraception sont passées de l'utilisation d'une méthode hormonale à courte durée d'action (par voie orale ou injectable) à celle d'un DIU ou d'un implant. Ceci est significatif, car ces femmes ont changé pour passer

à l'emploi d'une méthode plus fiable et d'un meilleur rapport coût/efficacité. Ceci confirme également que de nombreuses femmes ont utilisé des méthodes à courte durée d'action malgré un besoin de protection à plus long terme.

Les données révèlent aussi que le programme atteint une population d'utilisatrices plus jeunes avec les CRLA. Entre 2010 et 2011, une majorité de femmes adoptant les implants (48,4 %) était composée de jeunes femmes de moins de 25 ans, tandis qu'un nombre croissant d'utilisatrices de DIU (40,9 %) avaient 29 ans au maximum.

**Tableau 2. Méthodes utilisées par les femmes avant l'insertion d'un CRLA**

Méthode antérieure utilisée	Pourcentage de femmes choisissant un CRLA
Aucune	48,4 %
Préservatif	1,6 %
Contraceptif oral	19,2 %
Injections	23,1 %
CRLA	1,5 %
Jours avec la méthode standard	0,1 %
Autre	0,1 %
Inconnu	5,9 %

PSI et les prestataires des CSCOM peuvent également fournir des rapports anecdotiques sur un nombre croissant de jeunes femmes non mariées, nullipares, venant assister aux événements de sensibilisation de *ProFam* ainsi qu'aux journées régulières de prestation de services des CSCOM, à la recherche d'une méthode de CRLA. Les données de 2010 et 2011 ont saisi cela, révélant que même si la majorité des femmes adoptant un moyen de contraception ont au moins un enfant vivant, un pourcentage significatif (13,6 %) sont des femmes nullipares dont la majorité (97 % contre 3 %) a choisi un implant. Parmi les clientes choisissant les implants, 26 % ne sont pas mariées, alors que seulement 7 % des clientes pour les DIU ne le sont pas. Aucune campagne spécifique n'a été entreprise pour cibler les jeunes ; l'usage croissant chez les femmes de moins de 25 ans est principalement le résultat du bouche-à-oreille. Au cours des entretiens de sortie organisés par PSI en 2012, 97 % des femmes entre 15 et 20 ans, et 99 % des femmes de 21 à 25 ans étaient prêtes à recommander le prestataire à une amie.

Sage-femme, ASACO 1, Lafiabougou 1 :

« Nous voyons plus de jeunes femmes, non mariées et sans enfants. Elles viennent au cours des journées de vaccination et indiquent qu'elles ont entendu parler des services. Elles demandent un implant. Pour les jeunes femmes, le PF n'est pas un sujet tabou comme il l'était pour les femmes plus âgées. »

Bien que l'usage des DIU augmente, avec 880 femmes les adoptant en 2010 et 2 595 en 2011, les données semblent indiquer, chez les Maliennes, une préférence pour l'implant contraceptif. En 2011, dans toutes les catégories d'âge, le nombre de femmes adoptant l'implant dépassait les utilisatrices de DIU.

**Tableau 3. Nombre de femmes ayant opté pour l'implant ou le DIU, par groupe d'âge, en 2011**

Groupe d'âge	Adoption d'implants	Adoption de DIU
<20	4 365	199
20-24	4 514	433
25-29	3 803	581
30-34	2 429	552
35-39	1 542	401
40-45	552	184
>45	86	48

### Satisfaction de la cliente

En 2012, lors d'un sondage sur les entretiens de sortie entrepris chez 293 clientes de la CRLA dans 30 CSCOM de Bamako, 97 % des clientes étaient satisfaites ou très satisfaites par l'accueil reçu de la part des prestataires, 99 % étaient satisfaites ou très satisfaites par les qualifications du prestataire et 83 % étaient satisfaites ou très satisfaites par le délai d'attente. Quand on leur demandait si elles recommanderaient le service à une amie, 99 % ont répondu qu'elles recommanderaient le CSCOM et 98 % recommanderaient le prestataire. Les raisons principales du choix de ce CSCOM pour les services de PF étaient sa réputation (40 %), la commodité du lieu de son implantation (39 %) et la familiarité (15 %). Au total, 85 % des clientes avaient rendu visite au CSCOM dans le passé pour d'autres services.

### Renforcement des systèmes de santé

En 2008, les services de CRLA étaient pratiquement inexistantes au niveau du CSCOM. Cependant, entre 2009 et la fin de 2011, plus de

40 000 femmes ont reçu un CRLA dans un CSCOM, c'est-à-dire dans un établissement du secteur public. Ceci n'aurait pas été possible sans l'engagement sérieux et le soutien continu démontrés par le Service de la santé génésique et le Service régional de la santé du Ministère de la Santé. Le Ministère de la Santé se faisait le promoteur du programme au niveau du district et des communautés, mettant l'accent sur l'importance du PF et ouvrant les portes aux activités de sensibilisation de PSI/Mali. Simultanément, PSI/Mali et le Ministère de la Santé se sont centrés sur trois éléments clés afin de promouvoir la viabilité de ces services à long terme au niveau du CSCOM : formation des prestataires et mentorat pour la consultation de PF et la prestation des services, accès régulier à des installations peu coûteuses et fourniture des matériels et matériaux d'insertion.

### Formation des prestataires

Entre 2009 et 2011, les moniteurs de formation de PSI, du Service de la santé génésique et du Service régional de la santé ont collaboré étroitement pour former 149 prestataires de CSCOM à rendre des services de consultation sur la CRLA et d'insertion des contraceptifs. Ces prestataires étaient originaires de 50 sur les 55 CSCOM de Bamako, de six CSCOM de Ségou, sept de Sikasso et cinq de Koutiala. Chacun d'eux a bénéficié de mentorat et reçu de l'entraînement supplémentaire au cours des événements de sensibilisation de *ProFam* pour augmenter l'efficacité et la confiance en soi de ces prestataires lors de l'exécution des services. En outre, les membres du Service de la santé génésique (SSG), du Service régional de la santé (SRS) et de l'Association des sages-femmes du Mali ont effectué des visites de supervision régulières aux cliniques en collaboration avec le personnel de PSI/Mali.

### Augmentation de l'accès régulier à des fournitures de faible coût pour les cliniques et pour les femmes

Bien que PSI/Mali fournisse le produit et les consommables au cours des événements de sensibilisation, les CSCOM doivent utiliser leur propre stock pour les clientes qui demandent le produit pendant les heures de service régulier. Les établissements des secteurs public et privé ont accès aux DIU et aux implants par l'intermédiaire du magasin central de médicaments du gouvernement, la Pharmacie Populaire du Mali (PPM). Alors que le gouvernement malien reçoit les produits de PF gratuitement de la part de donateurs, USAID et le Fonds des Nations-Unies pour la population, la PPM vend les produits aux cliniques qui les demandent. Dans le secteur public, le centre de référence (CSREF) achète directement auprès de la PPM puis revend aux CSCOM en appliquant une marge. En 2011, PSI/Mali, le Service de santé génésique, le Service régional de santé et les autres parties prenantes clés ont plaidé en faveur d'une réduction du prix facturé par

la PPM pour les DIU et les implants. Le but était double : réduire le prix et augmenter légèrement la marge pour les prestataires et en dernier lieu réduire le prix global pour le consommateur. La PPM vendait les DIU et les implants au prix unitaire de 1 000 CFA (2 USD). La PPM a accepté de baisser ses prix jusqu'à 500 CFA (1 USD) pour les CRLA.

La garantie d'un prix faible pour le consommateur exige non seulement une réduction du prix du produit au niveau de la PPM mais encore un engagement de la part des CSCOM. En février 2012, PSI/Mali et le Service régional de la santé ont organisé une réunion avec les directeurs des structures de gestion des CSCOM afin de parvenir à un accord sur le prix maximum au consommateur tant pour le DIU que pour l'implant. Le président de l'ASACO, le médecin-chef et le responsable central du PF de chaque CSCOM furent invités à participer. Au cours de cette réunion, présidée par le Directeur de la santé de Bamako, les participants ont discuté la stratégie d'établissement des prix pour l'offre de DIU et d'implants en interdépendance avec le programme de sensibilisation de PSI/Mali. En tenant compte du coût des produits offerts par la pharmacie nationale et des consommables tels que gants, coton, antiseptiques, le groupe a convenu d'un prix par cliente de 2 000 CFA (4 USD) pour l'insertion du DIU ou de l'implant et de 1 000 CFA (2 USD) pour l'enlèvement. Une étude de 2011 par PSI/Mali indique que 78 % des femmes ayant utilisé les implants ou les DIU seraient disposées à payer ce prix dans les CSCOM. Lors d'un sondage en 2012 pendant l'entretien de sortie, 91 % des clientes ayant reçu un CRLA dans un CSCOM ont payé 2 000 CFA ou moins, et 89 % indiquèrent que le prix payé était acceptable ou bas.

Pendant la collaboration avec les CSCOM au cours des événements de sensibilisation *ProFam*, il est vite devenu évident qu'un grand nombre d'entre eux souffraient d'un manque de matériel d'insertion et des consommables associés à la CRLA, ce qui pouvait constituer une barrière à la prestation des services de CRLA en dehors des jours de service *ProFam*. Pour résoudre cette question et assurer l'engagement plus ferme des CSCOM à respecter le prix maximum au consommateur, PSI/Mali, avec le financement du Gouvernement néerlandais, a fourni à chacun des 55 CSCOM de Bamako un ensemble complet de matériel d'insertion, de consommables et un stock de 20 DIU et de 50 implants Jadelle. En retour, chacun des établissements ASACO/CSCOM a signé un protocole d'entente incluant l'engagement d'honorer le prix maximum au consommateur pour les DIU et les implants.

Les parties prenantes au niveau des CSCOM et du Service régional de la santé ont indiqué leur grande satisfaction avec le partenariat et pour les résultats obtenus de ce dernier.

Le rôle joué par le SRG et le SRS pour la réduction du prix des CRLA à la PPM, et pour s'assurer du soutien des ASACO/CSCOM pour respecter

*"Les résultats de ce programme ont été très bons. Il a renforcé la capacité des prestataires des CSCOM et du secteur. Nous sensibilisons désormais la population avec ces services et nous prévoyons que nous observerons une diminution des besoins non satisfaits."*

**-Fatima Sibi, Directrice  
Service régional de la santé de Bamako**

le prix maximum au consommateur prouve l'engagement considérable au niveau du pays pour la promotion des CRLA et du PF au Mali. En outre, compte tenu du succès du programme de sensibilisation de *ProFam*, le SRG et le SRS encouragent activement les autres ONG présentes au Mali à promouvoir et à fournir des CRLA. L'extension des CRLA a été désignée priorité numéro un dans le plan stratégique national pour le PF et l'OMD 5.

## ANALYSE : POINTS FORTS, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET DIFFICULTÉS

Les points forts du modèle d'approche *ProFam* et de son extension au système de soins de santé primaires au Mali sont abondants. En prenant le modèle d'un prestataire spécialisé et en l'étendant aux CSCOM, le programme associe effectivement des prestations de haute qualité à une demande latente aux points de prestation des services où la plupart des Maliennes viennent se faire soigner. En associant le lieu de publication des messages de communication relatifs au changement de comportement et le lieu de prestation des services de CRLA, le modèle donne aux femmes une occasion immédiate de traduire en actes les connaissances qu'elles ont accumulées. En outre, l'intégration des services de vaccination et de PF semble satisfaire les besoins de certaines femmes qui souhaitent accéder au PF sans que leur époux et/ou d'autres membres de la famille en aient connaissance. Enfin, les résultats fantastiques en termes d'utilisation de la CRLA confirment qu'il existait un fossé dans les services du secteur public qui est désormais comblé par le modèle.

Cependant, le modèle n'est pas sans faiblesses. Si PSI/Mali tentait de répliquer le modèle dans un cadre plus rural, les coûts et le temps passé par les sages-femmes en déplacements entre les cliniques seraient énormément accrus et le volume global des clientes serait vraisemblablement moindre, ce qui augmenterait le coût global par couple-années de protection (CAP). Au surplus, lorsqu'on étend le modèle aux zones plus rurales, la sensibilité aux prix augmente et les

femmes peuvent être moins désireuses de payer pour les produits et les services. Par conséquent, ce modèle n'est peut-être pas adapté en dehors des zones géographiques urbaines et péri-urbaines.

La participation des prestataires des CSCOM à la session de consultation de groupe et à la prestation des services est mitigée à travers les établissements et constitue une faiblesse supplémentaire. Dans certains cas, le prestataire du CSCOM n'a pas le temps de participer alors que dans d'autres cas il semblerait qu'un manque d'intérêt soit en jeu. Ceci pose des difficultés pour la viabilité à long terme de ces services, point qui sera traité ci-après.

Bien que des limites puissent exister en termes de possibilité d'extension du modèle aux zones plus rurales du Mali, l'extension aux zones péri-urbaines est une opportunité que PSI/Mali exploite actuellement. Avec de nouveaux lancements d'opérations dans plusieurs capitales régionales, PSI/Mali espère étendre l'accès régulier aux CRLA aux zones de population entourant Bamako qui sont modérément denses et où les prestataires peuvent s'attendre régulièrement à un flux de clientèle et à une demande de CRLA.

La réussite de l'intégration des services de PF et de vaccination pose la question de savoir si d'autres modes d'information ou services pourraient être intégrés en un même lieu. Étant donnée la population de femmes qui viennent aux séances de vaccination, il est concevable que des produits et des messages clés concernant la nutrition, l'eau potable, l'allaitement exclusif et d'autres interventions concernant la santé néonatale et infantile puissent être intégrés. Toutefois, le désir de procéder à une intégration plus approfondie doit être équilibré par la prise de conscience que l'intégration d'un trop grand nombre de messages peut aboutir à une sursaturation, à la dilution des messages clés et à une réduction de l'impact.

Le modèle pose deux difficultés principales pour l'avenir. La première consiste à continuer à augmenter la demande éclairée pour les DIU tout en augmentant le TUC global. La deuxième et peut-être la plus importante difficulté consiste à assurer la viabilité à long terme des services de CRLA au niveau des CSCOM. La viabilité à long terme des services dépend du niveau réel d'adoption et de promotion des CRLA par les prestataires des CSCOM, de la mesure dans laquelle d'autres demandes imposées à leur emploi du temps les empêchent ou leur permettent d'assurer les services de CRLA, et du niveau de respect de l'accord sur les prix au consommateur par les CSCOM et dans quelle mesure des augmentations supplémentaires viendront amortir la demande des consommateurs.

De nombreux prestataires et directeurs de CSCOM sont déjà inquiets parce que le prix maximum au consommateur, d'un montant de 2 000 CFA, permet à peine aux établissements de couvrir leurs frais. Comme les DIU sont fournis en kits incluant tous les consommables nécessaires, un prix de 2 000 CFA facturé à une cliente assure une petite marge bénéficiaire pour amortir les coûts d'exploitation du CSCOM. Toutefois, comme l'implant est vendu uniquement sous forme de produit avec trocart, les prestataires doivent acheter les consommables séparément. Par conséquent, une somme de 2 000 CFA permet tout juste aux CSCOM et aux prestataires de couvrir le prix d'achat, sans surplus pour couvrir le temps passé par le personnel et les autres coûts d'exploitation. Ces coûts impliquent également que certains produits sont subventionnés en permanence, particulièrement les implants dont le coût unitaire est élevé.

En 2012, PSI/Mali lancera un projet de recherche pilote financé par USAID, dans lequel un sous-ensemble de 30 cliniques CSCOM randomisées dans trois groupes recevront divers niveaux de soutien de la part de PSI. Tous les groupes auront reçu de PSI la formation, le matériel d'insertion et le stock initial de DIU et d'implants. Pendant la phase pilote, le premier groupe de cliniques recevra une fois par mois une visite de supervision par PSI qui recueillera également les données. Aucune activité de sensibilisation *ProFam* ne sera entreprise avec ce groupe et aucun produit ou matériau ne lui sera plus fourni. Le deuxième groupe recevra une visite de supervision toutes les semaines et de l'entraînement par le personnel de PSI pendant les activités des journées de vaccination. Cependant, les sages-femmes de PSI ne fourniront ni consultation ni service d'insertion des moyens de contraception. Le troisième groupe conservera le modèle actuel, les sages-femmes de PSI fournissant les produits et matériaux et assurant des consultations de sensibilisation et des services d'insertion de CRLA avec l'aide du personnel des CSCOM.

Les résultats des recherches opérationnelles seront évalués en fonction du niveau des stocks maintenus, du nombre d'insertions, de la perception de qualité exprimée par la cliente à l'entretien de sortie, de la qualité du service d'insertion exprimée par les évaluations de supervision et les perceptions du prestataire. Les résultats seront très informatifs sur les procédures du Ministère de la Santé et de PSI visant à augmenter la viabilité à long terme des services de CRLA au Mali.