

**MINISTRE DE LA SANTE  
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

-----

**SECRETARIAT GENERAL**

**REPUBLIQUE DU MALI**  
**Un Peuple - Un But - Une Foi**



**PLAN D'ACTION NATIONAL DE  
PLANIFICATION FAMILIALE DU MALI  
2014-2018  
Draft**



*AVRIL 2014*

## **AVANT-PROPOS**

La planification familiale est reconnue depuis longtemps en Afrique Subsaharienne comme étant un moyen essentiel pour maintenir la santé et le bien-être des femmes et de leur famille. La Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994 a mis en exergue le rôle combien important qu'elle joue dans la réduction des cas de la morbidité et de la mortalité des mères et des enfants de moins d'un an. Au Mali, la faible utilisation des services de santé de la reproduction en général et de la Planification Familiale (PF) en particulier contribue fortement aux maladies ou aux décès des femmes pendant et/ou après l'accouchement et des enfants de moins d'un an. Cette situation est, entre autres, la suite logique de pratiques néfastes parmi lesquelles les grossesses rapprochées, les grossesses précoces, les avortements clandestins, la recherche tardive de soins, les difficultés d'accès et l'insuffisance de soins obstétricaux et néonataux adéquats.

L'Enquête Démographique et de Santé, EDS V 2012-2013 réalisée au Mali indique d'importants besoins non satisfaits de PF de 30,3%. Ceci dénote une utilisation actuelle des méthodes de contraception moderne très faible de 9,9%. Cette situation est la preuve s'il en est besoin de l'existence de besoins importants non couverts en matière d'offre de services de planification familiale en dépit de l'existence de la loi 02-044 relative à la santé de la reproduction, promulguée le 24 juin 2002 qui met en exergue les droits des couples et des individus en matière de santé de la reproduction.

Dans le cadre du repositionnement de la PF, le Mali a participé de manière active à l'instar des pays francophones de l'Afrique de l'Ouest à la conférence sur <<Population, Planification Familiale et développement : l'urgence d'agir>>. Tenue du 8 au 10 février 2011 à Ouagadougou ainsi qu'aux conférences de Sally Mbour au Sénégal sur *«l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale»* en Septembre 2011, de Dakar sur la PF en Novembre 2011, de Londres tenue en Juillet 2012 et tout récemment celle d'Addis-Abeba en Novembre 2013. A la suite de ces conférences, le Mali a développé, à travers un processus participatif et inclusif, un Plan d'Action de repositionnement de la planification familiale. A la demande du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali, ledit plan a fait l'objet d'un affinement qui a associé tous les acteurs clés. Ce plan d'action PF est en harmonie avec le PRODESS et constitue un outil de mise en œuvre des activités de PF prévues dans le plan stratégique national santé de la reproduction 2014-2018.

Sa mise en œuvre effective contribuera sans nul doute à une meilleure coordination des activités de planification familiale et une amélioration sensible de la prévalence contraceptive sur l'ensemble du pays.

Eu égard à tous les bienfaits de la planification familiale, le concept doit être compris et mis en œuvre à travers une approche multisectorielle et inclusive permettant à divers secteurs et acteurs d'apporter leur contribution à l'atteinte de l'objectif ambitieux mais réalisable que se fixe le présent plan d'action à savoir une prévalence contraceptive de 15% d'ici 2018. En effet pour inverser la tendance actuelle de l'utilisation des services de planification familiale qui hypothèque la qualité de vie, fragilise la santé, la survie des femmes, des enfants et compromet sérieusement la réalisation des objectifs nationaux de développement, nous devons tous nous investir à réduire au minimum les conséquences des naissances non planifiées en mettant en œuvre des stratégies novatrices et multisectorielles permettant de répondre en priorité aux besoins des couples et des individus en planification familiale. Je puis vous assurer que la volonté politique ne vous fera pas défaut et que le Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique jouera pleinement son rôle. C'est à ce prix que nous réussirons le repositionnement de la planification familiale dans notre pays.

J'invite tous les acteurs intervenant dans le domaine de la PF au Mali à considérer ce Plan comme le cadre le plus approprié des interventions.

Bamako le 15 Aout 2014

Le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique

Ousmane KONE

Chevalier de l'Ordre National

## **RESUME EXECUTIF**

Dans le souci d'améliorer l'offre des services de PF et les indicateurs sanitaires y afférant, le Mali s'est activement engagé dans un processus de repositionnement de la planification familiale. Le pays a été représenté à un haut niveau à la conférence de Ouagadougou sur «*Population, planification familiale et développement : l'urgence d'agir*» tenue du 8 au 10 février 2011, ainsi qu'aux conférences de Sally Mbour au Sénégal sur «*l'engagement de la société civile en faveur de la planification familiale*» en Septembre 2011, de Dakar sur la PF en Novembre 2011, de Londres tenue en Juillet 2012 et tout récemment celle d'Addis-Abeba en Novembre 2013. A la suite de ces conférences, le Mali a développé, à travers un processus participatif et inclusif, un plan d'action de repositionnement de la planification familiale. A la demande du Ministère de la Santé et de l'hygiène publique du Mali, ledit plan a fait l'objet d'un affinement qui a associé tous les acteurs clés. Ce plan d'action PF constitue un outil de mise en œuvre des activités de PF prévues dans le plan stratégique national santé de la reproduction 2014-2018.

Afin d'élaborer un plan d'action qui intègre toutes les sensibilités et tous les acteurs, trois organes ont été mis en place (l'équipe opérationnelle, le comité technique et le comité de pilotage) à partir des structures déjà existantes au niveau national. Suite à la réunion de lancement du processus du 31 janvier 2014, plusieurs séances de travail ont été tenues avec les partenaires techniques et financiers (PTF), les organisations de la société civile (OSC) et les équipes régionales multisectorielles.

Un diagnostic approfondi de la planification familiale au Mali a été réalisé sur la base de toutes les données disponibles afin d'examiner les caractéristiques les plus saillantes, à savoir: la demande potentielle, l'utilisation actuelle, les attitudes envers les services, la quantité et la qualité des services offerts dans les secteurs public et privé; les facteurs socioculturels qui favorisent ou freinent la demande et l'offre ainsi que divers aspects liés au suivi et à la coordination des activités. Sur la base de ces données, quatre axes prioritaires (demande, offre, environnement habilitant et suivi/coordination), seize défis prioritaires ainsi que des aires prioritaires d'intervention ont été retenus.

Le but ultime des autorités maliennes est de répondre de façon satisfaisante et novatrice aux énormes besoins en planification familiale et atteindre une prévalence contraceptive de 15% d'ici 2018. Cet objectif ne sera atteint que si le nombre de femmes de 15-49 ans utilisant la contraception moderne augmentait régulièrement passait de 326 197 en 2013 à 621117 en 2018, correspondant à une évolution du taux de prévalence contraceptive de 9,9% en 2013 à 15% en 2018 pour les méthodes modernes. La progression de la prévalence par année et par région a été calculée et validée par les représentants des équipes régionales (directions régionales de la santé, du travail, des affaires sociales et humanitaires et de la promotion de la femme).

Au niveau national, le nombre prévisionnel de femmes de 15-49 ans qu'il faudra avoir sous méthodes modernes de contraception passeraient d'environ 326 197 en 2013 à 621117 en 2018 sous l'hypothèse où les taux de prévalence contraceptive évoluent comme présentés dans le tableau 1 à la page 35. Cela suppose que le pays recrute durant les cinq (5) ans environ 208 988 utilisatrices additionnelles. Ce nombre prévisionnel de nouvelles utilisatrices a été réparti entre les huit (8) régions du Mali et le district de Bamako proportionnellement à la population et à la progression annuelle du taux de prévalence contraceptive.

Le constat de la situation de la PF au Mali a orienté le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et ses partenaires vers les activités qui paraissent les plus susceptibles de répondre aux défis. Les séances de travail avec les équipes régionales ont permis de déterminer les activités à haut impact dans leurs régions respectives, ainsi que les actions qui sont essentielles pour réaliser de nouveaux progrès. Donc pour relever les 16 défis identifiés sur l'ensemble des quatre (4) axes, le plan prévoit un total de 18 stratégies et 66 activités prioritaires. Un mécanisme de coordination et de suivi basé sur les organes mis en place pendant l'affinement a été proposé pour assurer sa mise en œuvre.

Au cours de la période 2014-2018, le coût global du plan d'action national PF du Mali est estimé à 15,5 milliards de FCFA, soit 33,06 millions US dollars. La plus grande partie de ce budget revient aux activités programmées pour l'axe «offre des services» avec 7,8 milliards FCFA. Plus de 60% de ce budget sera exécuté au niveau des régions sanitaires.

Ce plan doit s'imposer comme cadre de référence de toutes les actions en matière de planification familiale au Mali. Il permettra au Ministère de la Santé et de l'hygiène publique de raffermir son leadership et d'améliorer la coordination des activités de PF dans le pays.

Toutefois sa mise en œuvre effective requiert un fort engagement politique qui pourra se manifester entre autres par une déclaration d'engagement au plus haut niveau dans le cadre de l'Initiative Planification familiale 2020 issue du sommet de Londres sur la PF tenue en Juillet 2012. Quelques axes de cet engagement pourraient être un financement plus accru en faveur de la PF, la conception et la mise en œuvre de politiques novatrices notamment en matière de délégation de tâches, et un ancrage institutionnel élevé en faveur des programmes de PF. Le Mali s'était déjà engagé à financer à hauteur de 10% sur le budget national l'ensemble des achats de contraceptifs. Si cette volonté était traduite en actions concrètes et suivie par une augmentation régulière du budget national pour l'achat des contraceptifs, le Mali se placerait comme l'un des pays phare du partenariat de Ouagadougou dans ce domaine.

## **TABLE DES MATIERES**

AVANT-PROPOS .....	2
RESUME EXECUTIF .....	4
TABLE DES MATIERES .....	7
LISTE DES TABLEAUX.....	9
LISTE DES GRAPHIQUES .....	10
LISTE DES ABREVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	13
1- PROCESSUS D'ELABORATION.....	14
2- APERCU GENERAL SUR L'ENVIRONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI .....	16
2.1- Clarification de quelques concepts clés.....	16
2.2 Contextes démographique et sanitaire .....	18
2.3- Contexte socio-politique .....	21
2.4- Options fortes faites par le Mali dans ses documents de politique.....	22
2.5- Des opportunités fortes pour réussir le programme PF au Mali.....	25
2.6- Avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques du Mali.....	25
3- DEFIS PRIORITAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI .....	26
3.1- Défis en matière de demande des services de PF.....	26
3.2- Défis en matière d'offre des services de PF .....	27
3.3- Défis en matière d'environnement habilitant.....	29
3.4- Défis en matière de Suivi et Coordination des interventions.....	31
4. OBJECTIFS DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE ET D'UTILISATRICES DE LA PF .....	32
4.1- Objectifs de prévalence contraceptive pour la période 2014-2018.....	32
4.2- Nombres prévisionnels de femmes sous méthodes modernes de contraception aux niveaux national et régional.....	34
4.3- Nombres prévisionnels de femmes en âge de procréer sous méthodes modernes de contraception au niveau des districts sanitaires.....	36
5. STRATEGIES ET ACTIVITES DU PLAN D'ACTION.....	40
5.1- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF .....	41
5.2- Stratégies et activités pour renforcer l'offre des services de PF .....	59
5.3- Stratégies et activités pour rendre l'environnement habilitant pour les services de PF .....	79

5.4- Stratégies et activités en vue de l'amélioration du suivi et de la coordination des interventions en PF .....	87
6- MÉCANISMES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PLAN D'ACTION PF DU MALI .....	98
6.1- Réunions de coordination en santé.....	99
6.2- Supervisions intégrées.....	100
6.3- Réunions de coordination en planification familiale .....	100
6.4- Supervisions formatives .....	100
6.5- Revue de programme.....	101
6.6- Indicateurs de suivi du programme .....	102
6.7- Renforcement des organes de suivi et de coordination .....	102
6.8- Rapport d'inventaire hebdomadaire de données clés par SMS .....	103
7- BUDGET DU PLAN D'ACTION .....	104
7.1- Synthèse des coûts.....	104
7.2- Budget par région.....	106
7.3- Sources de financement du plan d'action 2014-2018.....	106
ANNEXE 1: LISTE DES STRATÉGIES ET ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION NATIONAL DE LA PF AU MALI.....	111
ANNEXE 2 : BUDGET PAR STRATÉGIE D'INTERVENTION .....	116
BIBLIOGRAPHIE .....	118



## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Répartition des régions selon leur potentialité en matière d'augmentation du taux annuel de prévalence et les objectifs de taux de prévalence contraceptive en 2014 et 2018. ....	34
Tableau 2 : Estimation des effectifs de femmes de 15-49 ans utilisatrices de PF à cibler par région de 2014 à 2018 (en milliers) .....	35
Tableau 3 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par région de 2014 à 2018 (en milliers).....	35
Tableau 4 : Prévision des proportions des utilisatrices de méthodes contraceptives selon la source d'approvisionnement(en %) .....	36
Tableau 5 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Kayes 2014 à 2018.....	37
Tableau 6 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Koulikoro 2014 à 2018.....	37
Tableau 7 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Sikasso 2014 à 2018.....	38
Tableau 8 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Ségou 2014 à 2018 .....	38
Tableau 9 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Mopti 2014 à 2018.....	39
Tableau 10 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Tombouctou 2014 à 2018 .....	39
Tableau 11 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Gao 2014 à 2018 .....	39
Tableau 12 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Kidal 2014 à 2018.....	40
Tableau 13 : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par commune à Bamako 2014 à 2018 .....	40
Tableau 14 : Budget par axe d'intervention et par année (en FCFA).....	106
Tableau 15 : Répartition du Budget par région.....	107
Tableau 16 : Coûts de la demande des services de PF par stratégie.....	116
Tableau 17 : Coûts de l'offre des services de PF par stratégie .....	116
Tableau 18 : Coûts de l'environnement habilitant par stratégie.....	117
Tableau 19 : Coûts du suivi et de la coordination par stratégie .....	117

## **LISTE DES GRAPHIQUES**

Graphique 1 : Taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne par région selon les EDSM de 2006 et 2012-2013.....	19
Graphique 2 : Répartition des CAP produits par les services de PF au Mali (2012).....	21
Graphique 3 : Répartition du nombre de nouvelles utilisatrices de la contraception moderne à toucher entre 2014 et 2018 .....	32
Graphique 4 : Présentation des différents scénarii de progression de la TPC entre 2014 et 2018.....	33
Graphique 5 : Répartition du budget par axe d'intervention sur la période 2014-2018 .....	105
Graphique 6: Répartition du Budget par année de 2014 à 2018.....	105

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>AECID</b>	Agence Espagnole de Coopération Internationale et le Développement
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>AMPPF</b>	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
<b>APCAM</b>	Assemblée Permanente des Chambres d'Agricultures du Mali
<b>AQS</b>	Assurance Qualité des Services
<b>ASC</b>	Agents de Santé Communautaire
<b>BNS</b>	Besoins non satisfaits en PF
<b>CAP</b>	Couples-Année-Protection
<b>CCV</b>	Contraception Chirurgicale Volontaire
<b>CO</b>	Contraceptifs Oraux
<b>CP</b>	Comité de Pilotage
<b>CCP</b>	Comprehensive Condom Programming
<b>CPS/SS/DS/FEF</b>	Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé, Développement social, femme, enfant et famille
<b>CROCEP</b>	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
<b>CSCOM</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSCR</b>	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
<b>CSLS</b>	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida
<b>CSRef</b>	Centre de Santé de Référence
<b>CT</b>	Comité Technique
<b>DBC</b>	Distribution à Base Communautaire des Contraceptive
<b>DIU</b>	Dispositif Intra Utérin
<b>DNS</b>	Direction Nationale de la Santé
<b>DPM</b>	Direction de la Pharmacie et du Médicament
<b>DRS</b>	Direction Régionale de la Santé
<b>DRS</b>	Dépôts Répartiteurs de Cercles
<b>DSFC</b>	Division Santé Familiale et Communautaire
<b>DSR</b>	Division Santé de la Reproduction
<b>DTC</b>	Directeur Technique du Centre
<b>ECH</b>	Engagement Constructif des Hommes
<b>EdM</b>	Ecole des Maris
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>EO</b>	Equipe Opérationnelle
<b>EPH</b>	Établissement Public Hospitalier
<b>FS</b>	Formations Sanitaires
<b>HCNLS</b>	Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA
<b>IEC</b>	Information, Education, Communication
<b>IPPF</b>	Fédération Internationale de Planification Familiale
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>KWF</b>	Agence de Coopération Financière Allemande

<b>MAHSPA</b>	Ministère de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Agées
<b>MEPU</b>	Ministères de l'Education Pré-Universitaire
<b>MICS</b>	Enquête Nationale à Indicateurs Multiples
<b>MLDA</b>	Méthodes de Longue Durée d'Action
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OSC</b>	Organisations de la Société Civile
<b>PAD</b>	Prêts à Diffuser
<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
<b>PDDSS</b>	Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social
<b>PDSEC</b>	Plan de Développement Social Economique et Culturel
<b>PEC</b>	Prise en Charge
<b>PE</b>	Pair Educateur
<b>PEIGS</b>	Planification et Espacement Idéal des Grossesses pour la Santé
<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PNLP</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PNP</b>	Population Normes et Procédures
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPM</b>	Pharmacie Populaire du Mali
<b>PRODESS</b>	Programme de Développement Sanitaire et Social
<b>PSI</b>	Population Service International
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>PVVIH</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RAPID</b>	Ressources pour l'Analyse de la Population et son Impact sur le Développement
<b>RC</b>	Relais Communautaire
<b>REMAPOD</b>	Réseau Malien des Parlementaires sur la Population et le développement
<b>SAA</b>	Soins Après Avortement
<b>SE</b>	Secrétariat Exécutif
<b>SIS</b>	Système d'Information Sanitaire
<b>SPP</b>	Soins Post-Partum
<b>SPSR</b>	Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction
<b>SR</b>	Santé de Reproduction
<b>SRAJ</b>	Santé de Reproduction des Adolescents et Jeunes
<b>SSR/PF</b>	Santé Sexuelle Reproductive et la Planification Familiale
<b>TAC</b>	Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs
<b>TIC</b>	Technologies de l'Information et de la Communication
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **INTRODUCTION**

Le plan d'action national de PF du Mali conçu pour cinq (5) ans (2014-2018) est un document ambitieux et original. En effet, le diagnostic de la situation a orienté le ministère de la santé et de l'hygiène publique vers des stratégies et activités qui ont paru les plus susceptibles de répondre aux défis identifiés, soit parce qu'elles sont basées sur un développement d'expériences positives sur le terrain, soit parce qu'elles sont essentielles à la réussite de tout programme de PF. Les directeurs régionaux de la santé, du Ministère de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord, développement social et de l'économie solidaire, de la promotion de la femme et leurs partenaires de la société civile ont puisé dans leurs expériences afin de déterminer les activités à haut impact dans leurs zones d'intervention respectives, ainsi que les actions qui sont essentielles pour réaliser de nouveaux progrès.

Il est cependant nécessaire de faire remarquer que la mise en œuvre de ce plan d'action ne sera couronnée de succès que si un certain nombre de conditions préalables sont remplies à savoir:

- Une volonté politique forte de la part des décideurs en faveur de la planification familiale
- Une implication constructive des hommes et des leaders religieux
- Le démarrage de la mise en œuvre du plan d'action par les activités d'amélioration de l'offre en quantité et en qualité afin de s'assurer que la demande suscitée serait satisfaite,
- La mise en œuvre effective de la Loi SR 2002,
- le passage à échelle des interventions communautaires en milieu rural et périurbain,
- le recours à une bonne gouvernance dans la mise en œuvre du plan d'action.

Ce document, est structuré en sept parties à savoir:

1. La présentation du processus de l'élaboration;
2. Un aperçu général sur la situation actuelle de la planification familiale au Mali ;
3. Les défis prioritaires de la planification familiale qui se dégagent du diagnostic effectué ;
4. Les objectifs de prévalence contraceptive et d'acceptantes ou utilisatrices de PF aux niveaux national, régional et district sanitaire ;
5. Les stratégies et activités pour relever les défis identifiés ;
6. Les mécanismes de suivi et de coordination requis pour une bonne mise en œuvre du plan d'action ;
7. Le budget nécessaire à l'atteinte des objectifs.

## **1- PROCESSUS D'ELABORATION**

Comme dans les différents pays qui ont précédé le Mali, l'élaboration du plan d'action national de PF 2014-2018 du Mali a suivi les dix (10) principales étapes suivantes:

- Le besoin clairement exprimé par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de procéder à l'affinement de son plan d'action national de planification familiale;
- Les prises de contact entre les Partenaires de Ouagadougou, les experts techniques et le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique: ces discussions à trois ont été déterminantes pour se fixer la durée de la mission (6 semaines) et la période de la mission au Mali (26 janvier au 07mars 2014) ;
- La revue documentaire : menée dans un premier temps par l'expert national et ensuite par l'ensemble de l'équipe opérationnelle. Elle a été très déterminante dans le cadre du diagnostic sommaire de la situation de la PF, de l'identification des activités prioritaires et surtout dans l'élaboration des activités détaillées budgétisées ;
- La mise en place de l'Equipe Opérationnelle (EO), du Comité Technique (CT) et du Comité de Pilotage (CP) en se fondant sur l'existant: si l'ensemble des membres du groupe thématique SR et du groupe multisectoriel PF a joué le rôle de comité technique, le comité de pilotage du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) a également joué le rôle de comité de pilotage de l'affinement du plan;
- La revue du Plan d'action PF existant : cette étape a donné des informations pour le diagnostic de la situation de la planification familiale au Mali, à partir duquel il s'est dégagé les principaux défis à relever;
- Priorisation des axes majeurs et des interventions clés requises pour relever les défis identifiés;
- Conduite du processus inclusif et participatif qui a associé tous les acteurs clés notamment les directeurs régionaux de trois ministères (santé, promotion de la femme et affaires sociales):elle a contribué à la définition des objectifs de prévalence contraceptive et d'acceptantes ou d'utilisatrices de PF surtout au niveau de chaque région et des districts sanitaires. Elle a été possible grâce à la collaboration avec les équipes régionales incluant pour le secteur de la santé les directeurs régionaux de la santé, les chefs des services SR des régions et des représentants d'OSC intervenant en PF au niveau décentralisé. Dans les secteurs de la promotion de la femme et du développement social par les directeurs régionaux;

- La présentation du Plan d'Action aux autorités (CT):le détail des activités prioritaires identifiées (éléments détaillés du plan d'action par activité prioritaire) ; le plan de financement et le mécanisme de suivi et de coordination ont été présentés au comité technique au cours de deux réunions ;
- La présentation du Plan final au comité de pilotage : l'ensemble du plan approuvé par le comité technique a été présenté au Comité de Pilotage(CP) présidé par le secrétariat général du ministère du travail des affaires sociales et humanitaire en présence de celui de la santé et de l'hygiène publique ;
- La finalisation du Plan à travers la prise en compte des observations du CP par l'équipe opérationnelle afin de disposer d'un plan d'action national reflétant les réalités nationales de façon plurisectorielles ;
- L'organisation de la journée de mobilisation de ressources en faveur du Plan d'Action : les responsables du ministère de la santé sous l'égide et le leadership du Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique organiseront cette journée à une période à leur convenance. Ils présenteront le plan d'action national de PF aux partenaires traditionnels bilatéraux et multilatéraux de même qu'ils tenteront de mobiliser de nouveaux intervenants notamment les décideurs du secteur privé lucratif.

Suite à la réunion de lancement du processus tenue dans la salle de conférence de la Direction Nationale de la Santé (DNS) du ministère de la santé le 31 janvier 2014, plusieurs séances de travail ont été tenues pour discuter les drafts de documents élaborés par l'équipe opérationnelle. Il s'agit notamment de :

- La rencontre avec les organisations de la société civile et du secteur privé le 5 février 2014 dans la salle de réunion du Groupe Pivot Santé Population qui a permis de recueillir leurs inputs, préoccupations et suggestions pour l'élaboration du premier draft de diagnostic de la PF;
- La première réunion du comité technique le 07 février 2014 pour faire la revue de l'analyse situationnelle de la planification familiale au Mali, ainsi que des objectifs et activités prioritaires ;
- La réunion avec les équipes régionales le 19&20 février 2014 afin de discuter de l'ensemble du plan au niveau de leurs régions respectives (diagnostic de la PF, objectifs et activités prioritaires, activités détaillées, mécanismes de suivi et de coordination et budget estimatif);
- La deuxième réunion du comité technique le 25 février 2014 pour faire la revue de l'ensemble du plan d'action PF 2014-2018, incluant les objectifs nationaux et régionaux d'acceptantes ou d'utilisatrices de PF, les défis, stratégies et activités, la matrice de financement et les outils de gestion de la performance.

## **2-APERCU GENERAL SUR L'ENVIRONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI**

Cette partie permettra d'aborder successivement:

- La clarification de quelques concepts clés
- Les contextes démographique et sanitaire de la PF au Mali ;
- Les options fortes faites par le Mali dans les différents documents de politique en matière de PF;
- Et les avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques du Mali.

### **2.1- Clarification de quelques concepts clés**

#### **La santé de la reproduction au Mali.**

Les composantes de Santé de la Reproduction au Mali sont :

- Les soins prénatals, périnatals, postnatals y compris les soins aux nouveau-nés,
- Les soins après avortement (SAA),
- Les soins liés à l'approche « genre & santé »,
- La santé de la reproduction des adolescents et des jeunes (SRAJ) y compris la prise en charge des problèmes liés à la puberté,
- La survie de l'enfant de 0 à 5 ans/PCIME,
- La communication pour le changement de comportement en santé de la reproduction (CCC),
- L'assurance qualité des soins et des services en santé de la reproduction incluant la prévention de l'infection et l'audit des décès maternels,
- La Planification Familiale (PF),
- La prévention et le traitement des IST-VIH et SIDA, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME),
- La gestion des services de Santé de la Reproduction,
- La formation en Santé de la Reproduction,
- La supervision-suivi/Evaluation des services de Santé de la Reproduction,
- La Recherche Opérationnelle en Santé de la Reproduction,
- La santé des hommes: les dysfonctionnements sexuels et les tumeurs génitales chez l'homme,
- Les affections gynécologiques et les dysfonctionnements sexuels chez la femme incluant la ménopause.



Elle préconise une approche fondée sur l'approche holistique des problèmes de santé de la reproduction, la continuité dans l'offre des services de SR/PF et la notion d'égalité et d'équité dans l'accès aux services de SR/PF.

La Santé de la reproduction se caractérise, par rapport aux objectifs visés, par de nombreuses insuffisances et difficultés qui appellent de nouvelles initiatives.

### **La Planification Familiale**

Les PNP du Mali définissent la PF comme l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu. La PF vise également la prévention et la prise en charge des cas d'infertilité.

Au Mali, le concept de Planification Familiale (PF) comprend un ensemble de mesures et de moyens de maîtrise de la fécondité, d'éducation et de prise en charge des affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, infantiles et juvéniles notamment celles liées aux IST-VIH/SIDA, aux grossesses non désirées, aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel. Ceci, implique la liberté, la responsabilité et le droit à l'information de chaque individu ou couple pour l'aider à choisir la mesure ou le moyen de maîtrise de sa fécondité. Actuellement on parle de Planification et l'Espacement Idéal des Grossesses pour la Santé (PEIGS). La PEIGS est un concept qui détermine le temps qui doit s'écouler entre un accouchement ou un avortement et une nouvelle grossesse pour une fertilité saine. Cet intervalle idéal est au moins de 2 ans et au maximum 5 ans pour un accouchement et 6 mois pour un avortement. C'est une porte d'entrée efficace pour renforcer et redynamiser la PF dans les milieux sensibles parce qu'elle vise la bonne santé du couple mère-enfant apparaissant ainsi comme une intervention préventive dans le cadre d'une approche de promotion de la santé de la mère et de l'enfant.

### **Demande potentielle de PF**

Selon l'EDSM V, la demande potentielle regroupe les femmes ayant exprimé des besoins non satisfaits et celles utilisant actuellement la contraception. A celles-ci s'ajoutent les non utilisatrices qui sont enceintes ou en aménorrhée et les femmes dont la grossesse était le résultat de l'échec d'une méthode contraceptive car elles ne sont pas incluses dans la catégorie des besoins non satisfaits (puisqu'elles seraient en train d'utiliser si leur méthode n'avait pas échoué).

### **Besoins non satisfaits (BNS) en PF**

Les BNS pour espacer les naissances concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont

la dernière grossesse ne s'est pas produite au moment voulu et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochain accouchement. Sont également incluses dans les BNS pour espacer les naissances, les femmes qui ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment.

## **2.2 Contextes démographique et sanitaire**

Selon le classement de 2013 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) portant sur l'Indice de Développement Humain (IDH), la République du Mali est classée 182<sup>ème</sup> sur 187. Sur la base des résultats du quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-4) de 2009, le pays comptait 15 568 882<sup>1</sup> habitants en 2013. En s'inspirant du document de l'annuaire statistique de 2012, 77,5% de la population malienne vivaient en milieu rural en 2012. Selon la même source, la répartition de la population en fonction des tranches d'âge montre que le Mali comptait en 2012 :

- 3 620 532 femmes en âge de procréer,
- 47,5% de jeunes de moins de 15 ans,
- 31,1% d'adolescents et jeunes de 10-24 ans.

Si le rythme de croissance démographique est maintenu en l'état (3,6% par an), le Mali devrait compter 27,1 millions<sup>2</sup> d'habitants à l'orée 2030, soit presque un doublement (1,7 fois) de la population en 18 ans. Ce qui entraînera des conséquences sur tous les secteurs de développement socio-économique (santé, éducation, habitat, besoins en nouveaux emplois, exode rural massif, etc.).

Le Malien enregistre des taux élevés de mortalité maternelle (368 pour 100000 naissances vivantes), de mortalité néonatale (35‰), de mortalité infantile et infanto-juvénile (respectivement 58‰ et 98‰).

Mais la prévalence contraceptive par les méthodes modernes reste faible (inférieur à 10%). La progression entre les deux dernières EDMS était lente. Elle est passée de 6,8% en 2006 à 9,9% en 2012-2013. Cependant, cette prévalence pour les méthodes modernes demeure élevée chez les femmes non en union mais sexuellement actives (33,5%). Il faut signaler au passage que l'utilisation des méthodes traditionnelles est faible au Mali (0,4%)

D'après l'EDSM de 2012-2013, les femmes utilisent essentiellement trois méthodes: les injectables (4%), les pilules (2,7%) et les implants (2,5%).

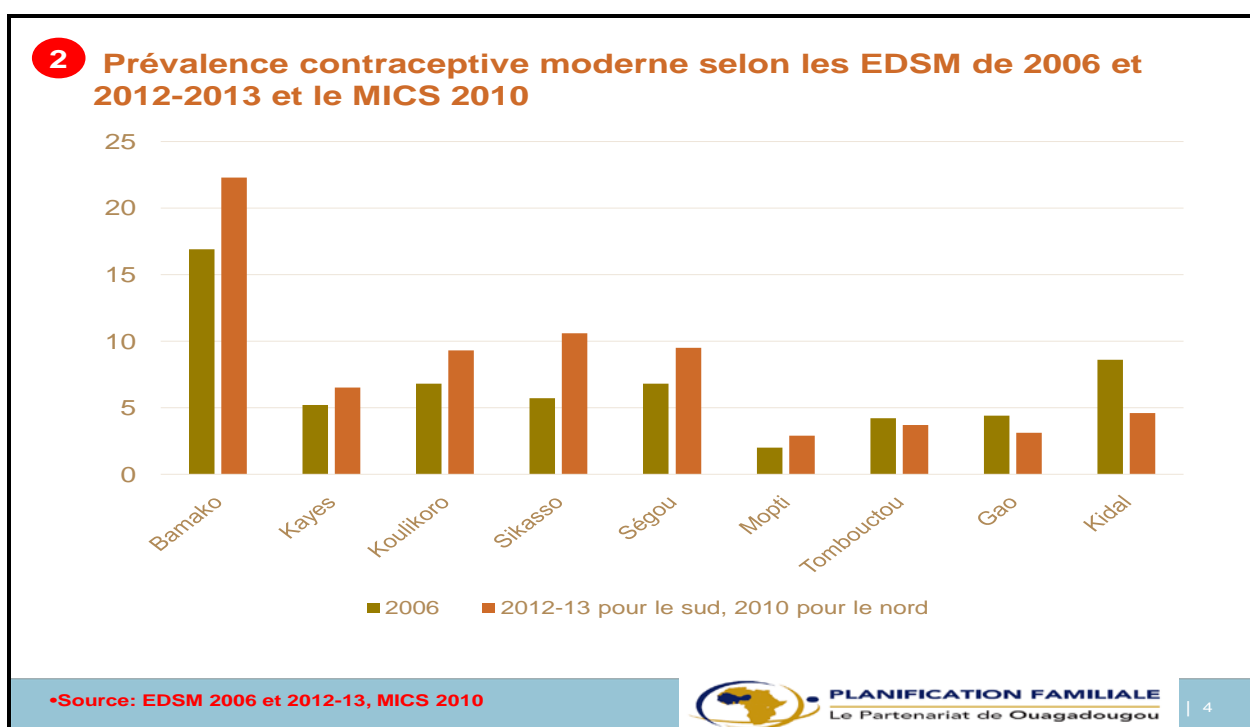
---

<sup>1</sup> Estimation Spectrum.

<sup>2</sup> Projection démographique par Spectrum

Les besoins non satisfaits en PF<sup>3</sup> sont estimés à 26% selon l'EDSM de 2012-2013 chez les femmes en âge de procréer en union et non en union mais sexuellement active et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est évalué à 6,0 enfants par femme en 2012-2013, illustrant ainsi un niveau de fécondité parmi les plus élevés au monde.

Malgré les actions entreprises sur le terrain au Mali, le taux de prévalence contraceptive entre les deux dernières EDS n'a connu qu'une évolution très lente chez les femmes en union, passant ainsi de 6,8% en 2006 à 9,9% en 2012-2013 avec d'importantes disparités régionales (Graphique 1). La demande potentielle de la contraception à la dernière EDSM (2012-2013) est de 36,3% avec un taux de besoins non satisfaits élevé (26%).



**Graphique 1 :** Taux de prévalence contraceptive (TPC) moderne par région selon les EDSM de 2006 et 2012-2013

L'analyse approfondie des deux dernières EDSM montre qu'il y a plusieurs occasions manquées pour apporter l'information et les services en PF aux femmes en âge de procréer. Ces occasions manquées surviennent dans les structures de soins. A titre d'exemples:

- **41,7%**<sup>4</sup> des femmes qui n'ont jamais utilisé la planification familiale ont fait leur dernier accouchement avant l'enquête dans un établissement de soins;

<sup>3</sup> Les besoins non satisfaits en PF sont mesurés par la proportion de femmes en âge de procréer qui expriment le souhait d'espacer ou de limiter leurs naissances mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception- EDSM 2012-2013.

<sup>4</sup> Rapport EDSM-IV, 2006

- 15% des femmes qui n'utilisent pas la PF ont eu un contact avec des agents de PF au cours des 12 derniers mois avant l'EDSMV, seulement **10%** des femmes non utilisatrices de PF ont reçu la visite d'un agent de terrain qui leur a parlé de la planification familiale (des occasions manquées pour susciter la demande) ;
- **L'EDSM 2012-13** indique que **74%** des femmes enceintes ont reçu des soins prénatals offerts par un personnel de santé formé.

Chez les adolescent(e)s et jeunes, la demande potentielle était également significative mais l'offre n'était pas au rendez-vous.

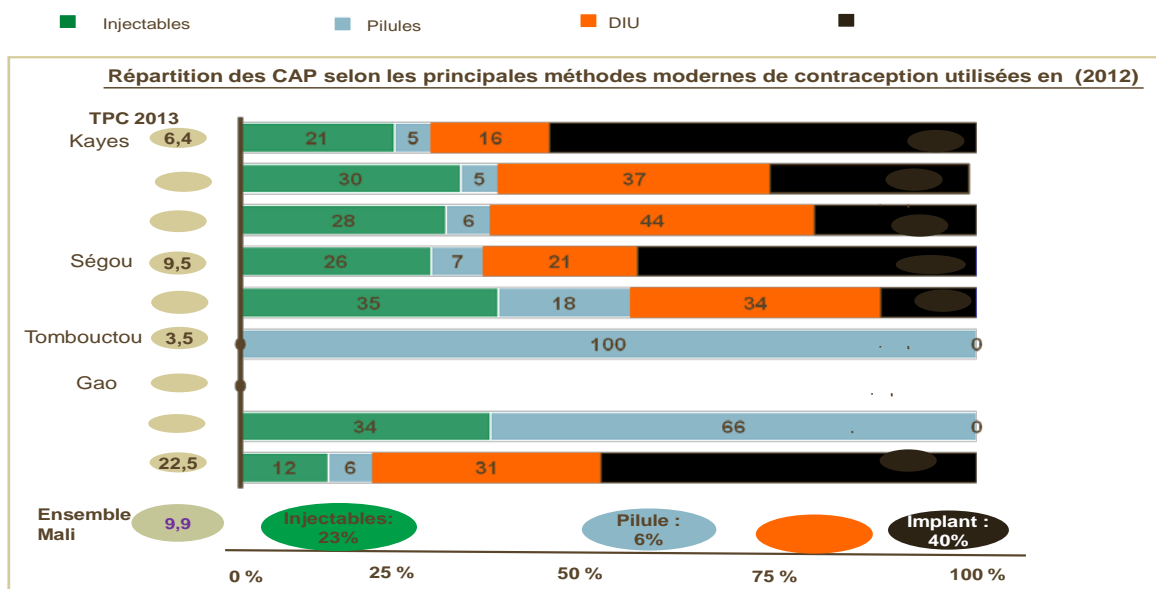
- Selon l'EDSM de 2012-2013 la prévalence des méthodes modernes chez l'ensemble des adolescentes était de 16,2% et de 34% chez les femmes non en union et sexuellement actives;
- Selon EDSM 2012 -2013, 44,8% des adolescentes en union (15-24 ans) ont un besoin non satisfait de planification familiale;
- L'EDSM 2012-13 indique que 16,5% des adolescentes en union utilisent une méthode moderne de planification familiale.

Eu égard à ce constat, le gouvernement du Mali, avec l'appui des acteurs du partenariat de Ouagadougou a décidé de repositionner la planification familiale en vue d'une amélioration de la prévalence.

En se référant à l'annuaire 2012, il ressort que les méthodes de courte durée comme les contraceptifs injectables et les pilules sont les plus utilisées selon la quantité des produits distribués. Mais compte tenu des coefficients utilisés pour calculer les Couples-Année-Protection (CAP), les méthodes de longue durée d'action (MLDA) sont plus bénéfiques aux programmes de PF. Ainsi sur le graphique 2 ci-dessous, les injectables et les pilules ont rapporté respectivement 23% et 6% de CAP en 2012. Quant aux méthodes de longue durée d'action, elles ont rapporté 31% de CAP pour le DIU et 40% de CAP pour les implants, bien qu'elles soient utilisées par très peu de femmes au Mali.

Par ailleurs, les disparités régionales en matière d'utilisation des méthodes modernes de contraception demeurent. Le district de Bamako est le seul à avoir une forte prévalence des méthodes modernes en 2012-2013 (22,5%).

**5 Les produits les plus utilisés sont prioritairement les injectables et les pilules même si les CAP présentés ci-dessous sont en faveur des méthodes de longue durée**



SOURCES: Annuaire statistique 2012 et EDMS de 2012- 13 et MICS 2010  
 TPC : méthodes modernes par région et pays des femmes actuellement en union

PLANIFICATION FAMILIALE  
 Le Partenariat de Ouagadougou

13

**Graphique 2** : Répartition des CAP produits par les services de PF au Mali (2012)

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la faible utilisation des contraceptifs modernes. Au nombre des principaux déterminants favorisant l'utilisation de la PF au Mali, on peut retenir :

- Niveau d'instruction (secondaire et plus)
- Nombre et Sexe de la progéniture (Avoir des enfants des deux sexes)
- Activité professionnelle (Avoir un emploi)
- Conjoint favorable à la PF
- Discussion entre conjoints
- Qualité de l'information reçue par rapport aux méthodes
- Accès hebdomadaire à l'information à travers les médias (audio et audiovisuel)
- Milieu de résidence (Urbain)
- Age (25-40)

### 2.3- Contexte socio-politique

Après deux décennies de stabilité politique jugée alors exemplaire notamment avec l'organisation régulière d'élections, le Mali a traversé entre Mars 2012 et Septembre 2013 une crise socio-politique exceptionnelle consécutive à un coup d'État. Cette évolution a engendré une crise institutionnelle et sécuritaire dans le pays et dans toute la région sahélo-sahélienne. Cette situation a révélé la fragilité du Mali, ainsi que les faiblesses institutionnelles du pays. Le processus de retour à

l'ordre constitutionnel avec l'appui de la communauté internationale, a enregistré des avancées importantes aboutissant aux élections présidentielles et législatives dans un contexte apaisé.

Sur le plan humanitaire, le Ministre de la solidarité, de l'action humanitaire et de la reconstruction du Nord qui a succédé au Ministère de l'Action Humanitaire de la Solidarité et des Personnes Agées (MAHSPA), est chargé entre autre de la mise en œuvre de la Politique Nationale de l'Action Humanitaire qui a pour objectif global la prévision, la prévention et la gestion globale des catastrophes et des conflits. Le présent Plan d'Action National PF prend en compte cette dimension et a développé des actions spécifiques en direction des populations déplacées et des populations en situation de vulnérabilité.

#### **2.4-Options fortes faites par le Mali dans ses documents de politique**

Plusieurs documents clés renferment des options fortes en faveur de la planification familiale au Mali. Il s'agit notamment de :

- la loi N° 02-044 du 24 Juin 2002 portant santé de la reproduction qui reconnaît et renforce amplement les droits des femmes en matière de santé de la reproduction/planification familiale :
  - Droit égal de liberté, dignité entre homme et femme en matière de santé de la reproduction,
  - Droit à l'information et à l'éducation sur la PF,
  - Droit d'accès aux soins et services en santé PF,
  - Droit à la non-discrimination dans l'offre des services,
  - Réglementation gouvernementale de la qualité des produits contraceptifs et des circonstances des interruptions volontaires de grossesse (avortements).
- la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale vise l'atteinte des OMD relatifs à la santé de la mère et du nouveau-né. Un des objectifs de cette feuille est d'atteindre un TPC de 20% en 2015.
- le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 2014-2023 (PDDSS) a aussi inscrit comme priorité la promotion de la planification familiale dans le souci de « réduire la mortalité maternelle et néonatale» (Sous-programme lutte contre la mortalité maternelle et néonatale). L'objectif du PDDSS est de porter le TPC à 20% en 2023.
- le cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2012-2017 préconise le renforcement des actions de planification familiale dans les zones à forte fécondité pour mieux maîtriser la forte croissance de la population en âge de scolarisation.

- la Politique Nationale de Population dans sa version d'Avril 2003 a fixé comme objectif «augmenter la prévalence contraceptive des méthodes modernes de 8,2% en 2001 à 30% en 2025 » dans le cadre de l'objectif **«contribuer à la maîtrise progressive de la fécondité au Mali»**
- le Plan Stratégique SR envisage une prévalence contraceptive de 15% d'ici 2018. Mais le Mali dans le souci d'harmonisation des objectifs de prévalence contraceptive à travers tous ces documents stratégiques, retient la prévalence de 15% d'ici 2018 dans ce Plan d'Action National de Planification Familiale 2014-2018.

Le Mali est l'un des premiers pays de l'Afrique de l'Ouest francophone à concevoir et mettre en œuvre dans les années 90, un programme de distribution à base communautaire des contraceptifs incluant la pilule. La Distribution à Base Communautaire (DBC) est définie comme étant une approche non clinique d'offre de services de PF qui consiste à charger des non-professionnels de la santé ayant reçu une formation appropriée d'assurer directement des prestations de services PF à d'autres membres de leur communauté. En effet des initiatives pilotes prometteuses avaient déjà commencé dans la région de Koulikoro (aire de santé de Katibougou) par Mme Traoré Fatoumata Touré.

En Juillet 1990, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique a décidé d'expérimenter sur une période de 3 ans et demi, un projet de Distribution à Base Communautaire (DBC) des contraceptifs. Ce projet a été exécuté par la Division Santé Familiale et Communautaire (DSFC) sous forme de recherche opérationnelle dans deux régions (Koulikoro et Sikasso) sur financement de l'USAID avec l'appui technique de Population Council.

Au terme de trois années et demi d'expérimentation, les études ont montré que non seulement l'approche DBC était techniquement faisable et culturellement acceptable, mais aussi qu'elle a contribué de façon statistiquement significative à l'augmentation du niveau de connaissance et du taux d'utilisation des méthodes modernes de PF au niveau de la population cible. Ainsi la prévalence contraceptive est passée de 1% à 11% en 12 mois, de 23% à 36% avec les méthodes non prescriptibles dans les zones du projet. Avec l'introduction de la pilule, la prévalence est passée de 11% à 32 % sur 6 mois.

Avec ces résultats assez significatifs, le Ministère de la Santé publique a demandé et obtenu de l'USAID/Bamako, le financement de l'extension des activités DBC dans les cinq régions du Sud du pays (Sikasso, Koulikoro, Ségou, Mopti, Kayes).

Avec l'intervention des ONG dans la DBC à travers le financement de l'USAID, et l'autorisation des relais communautaires à fournir la première dose de pilule, la prévalence contraceptive est passée à plus de 40% dans les zones d'intervention des ONG membres du Groupe Pivot Santé Population.

Actuellement, le Mali dispose de deux types d'agents au niveau communautaire :

- le Relais Communautaire (RC) autorisé à donner les informations sur la PF, à distribuer le condom et la pilule. Ils sont au nombre de 26 939<sup>5</sup>.
- L'Agent de Santé Communautaire (ASC) quant à lui, en plus de ce que fait le relais, peut administrer les injectables. Le Mali en compte actuellement plus de 1 837<sup>6</sup>.

En plus de ces deux catégories d'agents, il existe aussi le Pair Educateur (PE) chargé de l'information et de la communication sur la PF. Il offre également le condom et la pilule.

Ce réseau dense d'agent de santé communautaire est une formidable opportunité pour le Mali pour repositionner véritablement la PF.

Enfin, des mesures ont été prises en vue du renforcement de la Planification Familiale au Mali à savoir:

- L'adoption très récente du plan stratégique de la SR (2014-2018) ;
- L'élaboration de la Stratégie Nationale pour la Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2014-2018 en cours ;
- L'accès libre aux contraceptifs pour les femmes non en union et les adolescentes garanti par la loi sur la santé de la reproduction;
- L'offre de toute la gamme des produits contraceptifs (les pilules, les injectables, les DIU et les implants) par tous les agents de santé qualifiés et formés;
- L'autorisation faite aux relais communautaires d'offrir les méthodes de barrières et les pilules en première prescription;
- La délégation de tâche permettant aux agents de santé communautaire d'offrir en plus de ce que fait le relais la méthode injectable aux nouvelles acceptantes.

---

<sup>5</sup> Analyse de la situation de la PF au Mali en 2013

<sup>6</sup> idem



## **2.5- Des opportunités fortes pour réussir le programme PF au Mali**

Le Mali regorge d'énormes potentialités qu'il convient de mettre davantage en valeur pour réussir la mise en œuvre du plan d'action national de la PF en vue d'atteindre les objectifs fixés. En effet, il est noté selon les informations recueillies auprès des différents acteurs les points suivants :

- L'initiative de Planification Familiale 2020 (PF 2020),
- L'existence des acteurs du partenariat de Ouagadougou,
- L'existence du programme d'investissement public du secteur santé,
- L'engagement des partenaires techniques et financiers du Mali,
- La priorité accordée à la santé de la reproduction des adolescents et jeunes par l'ensemble des partenaires techniques et financiers,
- Le potentiel accru des organisations non gouvernementales et les acteurs de la société civile,
- La disponibilité des institutions de la coopération bilatérale et multilatérale à apporter leur appui au programme de PF et surtout la SRAJ,
- Le développement de nouvelles approches d'offre des services de PF dans le pays et dans la sous-région ouest-africaine,
- La nouvelle initiative du projet Banque Mondiale en SR/PF,
- Etc.

La prise en compte de l'ensemble de ces opportunités contribuera à la mise en œuvre effective du Plan d'Action National Budgétisé (PANB) du Mali.

## **2.6- Avantages de la planification familiale sur les secteurs de développement socio-économiques du Mali**

La maîtrise de la fécondité présente des avantages sur l'ensemble des secteurs de développement socio-économique du Mali : Santé, Éducation, Économie, Urbanisation, etc. Grâce à une pression démographique moins pesante, on peut en particulier noter :

- **Une meilleure santé** : en maîtrisant la fécondité, on peut en effet mieux investir dans de meilleurs services de santé.
- **Une meilleure éducation** : le ralentissement de l'accroissement de la population fournit les moyens d'améliorer l'éducation en ce sens où il y a davantage de ressources disponibles pour la formation des enseignants, les salles de classe et le matériel pédagogique. Il est également possible de diminuer la taille des classes et d'améliorer l'environnement d'apprentissage.

La maîtrise de la croissance démographique aide à atteindre l'OMD 2 : assurer une éducation primaire universelle.

- **Une meilleure économie** : la plupart des pays qui ont réussi leur expansion économique ont pu profiter d'un fléchissement rapide des taux de natalité car le ratio entre la population active et les personnes à charge augmente, et plus de fonds sont injectés dans la croissance économique. Quand le rapport de dépendance diminue, le gouvernement, les entreprises et les familles ont davantage de fonds à investir dans la création d'emplois et la modernisation de l'économie.

### **3- DEFIS PRIORITAIRES EN PLANIFICATION FAMILIALE AU MALI**

Un diagnostic approfondi de la planification familiale au Mali a été réalisé à travers un processus participatif et inclusif. Les équipes régionales des ministères de la santé et de l'hygiène publique, du travail, des affaires sociales et humanitaires, de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant et les acteurs de la société civile ont pris part de manière active à ce diagnostic. Il a porté sur les quatre axes majeurs suivants:

- (i) la demande,
- (ii) l'offre,
- (iii) l'environnement habilitant
- (iv) la coordination et le suivi.

Toutes les données disponibles ont été analysées afin d'examiner les caractéristiques les plus saillantes, à savoir: les caractéristiques de l'utilisation actuelle et de la demande existante, les attitudes envers les services, la quantité et la qualité des services offerts dans les secteurs public et privé; les facteurs socioculturels qui favorisent ou freinent la demande et l'offre ainsi que divers aspects liés au suivi et à la coordination des activités. Sur la base de ces données, des défis et des axes prioritaires d'intervention ont été identifiés dans chaque axe majeur.

#### **3.1- Défis en matière de demande des services de PF**

En dépit du fait que près 40,6% des femmes en âge de procréer manifestent le désir d'espacer ou de limiter leurs naissances, près d'un tiers de celles-ci (30,3%) n'utilise pas de méthode contraceptive moderne, soit par manque d'intérêt pour la PF, soit par manque d'informations appropriées. La faible demande en PF explique en partie les taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.

Il ressort du diagnostic de la PF au Mali que sur l'ensemble des femmes en âge de procréer en 2013 près de 60% n'expriment pas de désir d'espacer ou de limiter leurs naissances et ne se sentent donc pas concernées par l'utilisation de la PF. En

revanche, 40,6% de ces femmes expriment ce désir mais n'y ont pas toutes accès pour diverses raisons (manque d'intérêt, opposition, faute de connaissance, peur ou rumeurs sur des effets secondaires, etc.). On relève plus de 40,2% de femmes en âge de procréer ouvertes à l'utilisation des méthodes modernes de la planification familiale mais n'y recourent pas. Seulement 9,9%, ont effectivement recouru aux méthodes modernes de contraception en 2013.

Au sujet des hommes, il ressort qu'ils sont insuffisamment informés sur la PF, qu'ils craignent les effets secondaires des méthodes, ainsi que les effets pervers de celles-ci. Ceci peut paraître d'autant plus préoccupant que les hommes passent culturellement pour les principaux décideurs au sein de leurs ménages.

En outre, le diagnostic souligne que la demande de la contraception chez les adolescentes est importante. Selon EDSM 2006, parmi les adolescentes mariées (15-19 ans), 3,4% utilisent une méthode moderne de planification familiale et 55,4% ont un besoin non satisfait de planification familiale.

Quant aux adolescents et jeunes non en union, ils craignent de rencontrer leurs parents et les autres adultes au niveau des points d'accès de la PF et jugent que leur utilisation de la PF est mal perçue par les prestataires qui préfèrent offrir les méthodes uniquement aux femmes en union. Ils ont un faible leadership et sont faiblement impliqués dans les décisions qui concernent leur avenir.

Il découle de ces éléments de diagnostic, trois défis majeurs dans le domaine de la demande:

- **Défi D1:** Faible niveau de connaissance des MLDA dans la population générale et en particulier chez les femmes.
- **Défi D2:** Très faible Implication des hommes dans les questions de PF.
- **Défi D3:** Très faible utilisation des méthodes PF par les adolescentes et jeunes.

### **3.2- Défis en matière d'offre des services de PF**

Le nombre du personnel de santé dans le pays demeure insatisfaisant et mal réparti entre le milieu rural et le milieu urbain. En considérant la répartition du personnel, en 2010 il y avait 63% dans le milieu urbain pour desservir 22,5% de la population malienne. On observe par ailleurs un déficit pour certaines catégories du personnel en particulier pour les sages-femmes. Ainsi, seulement 37% du personnel de santé (médecins, sages-femmes et infirmiers) du Mali exercent en milieu rural pour servir les 77,5% de la population qui y habite contre 63% qui sont dans le milieu urbain<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Direction des ressources humaines en santé 2010

La population rurale a un grand problème d'accès géographique à la PF. Les initiatives en place pour les atteindre sont à renforcer.

Théoriquement, les services de PF sont intégrés dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) des Formations Sanitaires (FS) publiques et communautaires ; donc toutes celles qui disposent d'une maternité devraient offrir la PF mais, selon l'annuaire statistique 2012, celles qui offrent des services de planification familiale de base (pilules/injectable/préservatif) sont estimées à 82%. Les formations sanitaires qui offrent au moins trois méthodes de contraception (Pilule, injectable, DIU ou implant) représentent environ 30,6%. Moins d'une FS sur dix (9,8%) offrent la gamme complète des méthodes de contraception. Selon les informations recueillies auprès du ministère de la santé et de l'hygiène publique, il y a un manque général de personnel compétent pour offrir la PF surtout les Méthodes de Longue Durée d'Action (MLDA). Les produits contraceptifs les plus utilisés sont: les injectables et les pilules. L'utilisation des méthodes de longue durée est en progression mais il faut davantage de prestataires qualifiés pour passer à échelle. Pour palier à cette insuffisance du personnel qualifié, le Mali a adopté des politiques de délégation de tâches permettant aux matrones de faire l'insertion des implants.

La majorité des 1 770<sup>8</sup> FS du Mali tente d'offrir des services de PF aux 42% de la population située hors de la zone de couverture sanitaire, à travers les stratégies avancées, les stratégies mobiles et la DBC. Les Agents de Santé Communautaires (ASC) et les Relais Communautaires (RC) sensibilisent les communautés sur la PF, offrent les Contraceptifs Oraux (CO), injectables et les méthodes de barrières selon les normes fixées par les documents nationaux.

**Les normes actuelles des services de planification familiale autorisent les agents de santé communautaires à offrir les contraceptifs oraux et les injectables aux nouvelles acceptantes (initiation de méthode). Les matrones sont également autorisées à offrir les implants.**

La PF ne semble pas être une priorité dans les FS et les horaires de prestation restent inappropriés surtout pour les adolescentes et jeunes. La qualité de l'accès est tout aussi critique. Des cas de rupture de stock des produits contraceptifs au niveau de certains magasins régionaux et de certains points de prestation de services PF ont été signalés.

La qualité de l'offre des services reste un défi majeur. Les compétences des prestataires sont faibles car certains d'entre eux ont reçu leur formation il y a plusieurs années sans avoir bénéficié d'une remise à niveau de leurs connaissances. D'autres ont reçu des formations sur le tas, et ils utilisent des

---

<sup>8</sup> Annuaire des statistiques sanitaires 2012

pratiques dépassées. L'équipement des formations sanitaires est souvent incomplet. Ces deux facteurs conjugués handicapent sérieusement la qualité de l'offre des services de planification familiale.

Les OSC contribuent de façon significative à l'offre des services de PF. Le secteur privé associatif et lucratif contribue à l'offre des services de PF dans le pays à travers les principales stratégies suivantes : cliniques fixes, stratégie mobile marketing social, franchise sociale. Les secteurs privé et associatif méritent une attention particulière si l'on envisage un passage à échelle des interventions.

Cinq défis majeurs se dégagent du diagnostic au sujet de l'offre des services PF. Il s'agit de:

- **Défi 01** : Accessibilité à renforcer surtout dans les aires hors couverture sanitaire.
- **Défi 02** : Qualité de l'offre à améliorer (Formation et Équipement).
- **Défi 03** : Inadéquation des services offerts aux jeunes et adolescents.
- **Défi 04** : Faible niveau d'offre de services PF par le secteur privé.
- **Défi 05** : Cas de rupture de stocks des produits contraceptifs au niveau des points de prestation.

### **3.3- Défis en matière d'environnement habilitant**

L'utilisation de la PF chez les femmes non en union et les adolescentes est limitée par plusieurs facteurs. En effet, la pratique de la contraception par des femmes qui ne sont pas en union et les adolescentes est très mal perçue, ce qui pousse plusieurs d'entre elles à utiliser le réseau privé (ou marchand ambulancier). Aussi, la stigmatisation des adolescent(e)s et jeunes demandant les services de PF est un facteur très limitant à l'adoption des services PF chez cette couche de la population. L'environnement politique est favorable à la PF mais il mérite une attention soutenue : mise en œuvre effective de la loi SR et prise en compte de la situation de post conflit et de la question de la résilience notamment dans les régions du Nord.

La confidentialité dans les services PF limite également la motivation des femmes à demander ce service, car une proportion importante des clientes de PF exprime des doutes sur la confidentialité du conseil et des examens dans les FS offrant la PF, en partie à cause des conditions inappropriées de prestation. Ce volet devrait être également renforcé pour améliorer la qualité et accroître la fréquentation des services.

Aussi, les perceptions erronées de certains leaders (Politiques, religieux et traditionnels) et les attitudes pro-natalistes constituent des barrières à la PF au Mali. Il en est de même du dialogue au sein du couple sur les questions de

sexualité et de planification familiale qui reste très faible et parfois inexistant. Il faut également noter que l'utilisation de la PF reste mal perçue par certaines personnes, incluant des clientes, des maris et des agents dans les formations sanitaires. La grande majorité des hommes est peu engagée en faveur de la PF et ne démontre pas un soutien manifeste à leurs femmes. Cette situation est exacerbée par le faible pouvoir décisionnel de la femme. Il faudrait un renforcement de l'accès aux services de PF principalement pour les femmes, les jeunes, les adolescentes et les personnes défavorisées.

Les droits des femmes en matière de santé de la reproduction ne sont pas toujours respectés. La loi sur la santé de la reproduction a le mérite d'exister mais elle est insuffisamment mise en œuvre. En considérant l'exemple du droit à l'information, l'EDSM IV relève qu'environ 40,6% des utilisatrices de méthodes traditionnelles qui ont visité un centre de santé au cours des 12 derniers mois avant l'enquête, seulement 27,7% ont reçu des informations sur les méthodes modernes de planification familiale. Par rapport au droit à l'autodétermination la même enquête fait le constat que 9% des femmes n'ont pas eu accès à la PF à cause de l'opposition du conjoint.

Il existe des barrières financières pour l'accès à la PF tant dans le secteur public que privé. L'Etat Malien a fixé les prix des produits contraceptifs comme suit :

- Contraceptifs oraux (100francs CFA la plaquette),
- Contraceptif injectable (300francs CFA le flacon),
- Dispositif intra-utérin (1000francs CFA l'unité),
- L'implant (Jadelle) (1000francs CFA l'unité).

Cependant, les prix réellement pratiqués varient d'une région sanitaire à une autre. Quelque fois dans la même région, les prix varient d'une formation sanitaire à une autre. Dans le secteur public, le coût de cession de l'implant et du DIU peut atteindre 5 000 francs CFA. Dans le secteur privé, ce coût peut atteindre 15 000 francs CFA. Cette situation rend les produits inaccessibles pour la majorité de la population surtout les adolescents, les jeunes et les femmes démunies.

Le financement consacré à la PF reste insuffisant malgré l'existence de plusieurs documents de politiques qui encouragent la maîtrise de la fécondité. Donc il existe une insuffisance du financement consacré à la PF malgré une forte volonté politique pour financer les produits contraceptifs par le budget de l'État.

La volonté politique est manifeste et le Mali est l'un des rares pays de la région à conduire depuis la conférence d'Accra de 2005 sur le repositionnement de la PF des campagnes nationales régulières en faveur de la PF présidées par le Premier Ministre. Le Mali s'est aussi engagé à allouer des ressources importantes sur le budget de l'Etat pour l'achat des contraceptifs (10% de l'ensemble du coût des

contraceptifs). Le Mali a voté depuis Juin 2002 une Loi sur la santé de la reproduction qui garantit le droit à tous les couples et aux individus de disposer d'information et de services de qualité en matière de planification. Enfin le Mali dispose de Politiques Normes et Procédures novatrices qui autorisent les ASC à prescrire la première dose de pilule et les injectables. Le défi principal reste la mise en œuvre effective de la Loi et la mise à l'échelle des interventions en matière de PF.

Quatre(4) défis majeurs se dégagent au sujet de l'environnement habilitant :

- **Défi E1**: Comment impliquer davantage des décideurs influents?
- **Défi E2** : Renforcement des droits de la femme dans le domaine de la SR et de la PF.
- **Défi E3** : Faible accessibilité financière aux services de PF.
- **Défi E4** : Insuffisance du Financement de la PF.

### **3.4-Défis en matière de Suivi et Coordination des interventions**

Dans le Plan de Suivi et évaluation du PRODESS, il est créé des comités chargés d'assurer le suivi de la mise en œuvre du programme. Ce sont :

- Au niveau central : le Comité de suivi, le comité technique et le comité de pilotage du PRODESS
- Au niveau régional : le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP). Mais les ressources et les mécanismes pour les mettre en œuvre ne sont pas toujours disponibles, et la PF n'est qu'un objectif parmi une multitude dont ces comités sont responsables :

L'insuffisance de la coordination des activités PF se traduit par :

- le suivi diffus des activités de PF à travers divers intervenants et ministères;
- le besoin de plus de cohérence entre le niveau gouvernemental, la société civile et le secteur privé (national, régional et local);
- l'insuffisance de ressources appropriées en faveur de la PF;
- l'absence d'un plan d'action national budgétisé de PF.

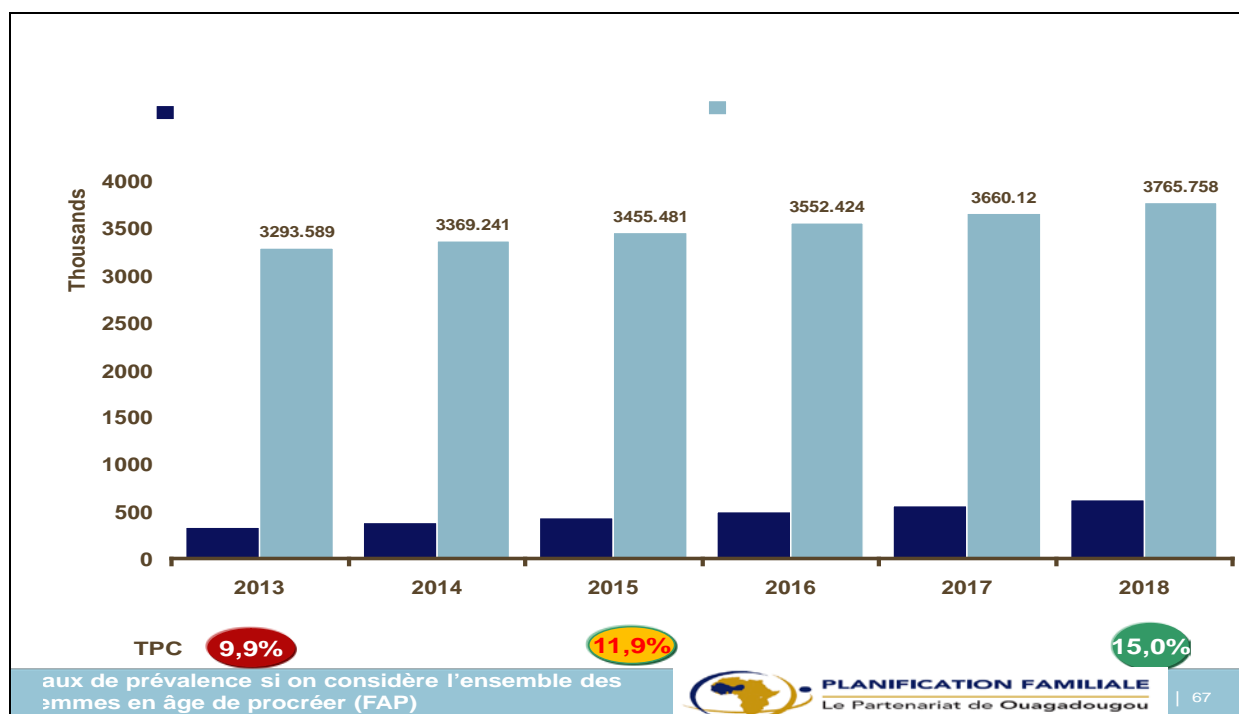
Il découle de ce diagnostic trois défis au sujet du suivi et de la coordination :

- **Défi C1** : Insuffisance du suivi permanent des interventions;
- **Défi C2** : Insuffisance du système de collecte d'informations sur la PF;
- **Défi C3** : Insuffisance des moyens mis en place pour le suivi.

## 4.OBJECTIFS DE PREVALENCE CONTRACEPTIVE ET D'UTILISATRICES DE LA PF

### 4.1- Objectifs de prévalence contraceptive pour la période 2014-2018

L'objectif des autorités maliennes est de réussir à couvrir en grande partie les besoins non satisfaits en PF qui s'élèvent à 26% selon la dernière EDSM. Pour s'assurer qu'à l'échéance du présent plan d'action en 2018 au moins les 2/3 des femmes maliennes en âge de procréer ayant exprimé des besoins non satisfaits en PF y auront accès; le nombre de femmes de 15-49 ans utilisant la contraception moderne doit augmenter régulièrement pour passer de 326 197 en 2013 à 621 117 en 2018 (voir graphique 3) correspondant à une évolution du taux de prévalence contraceptive de 9,9% en 2013 à 15% en 2018 pour les méthodes modernes.



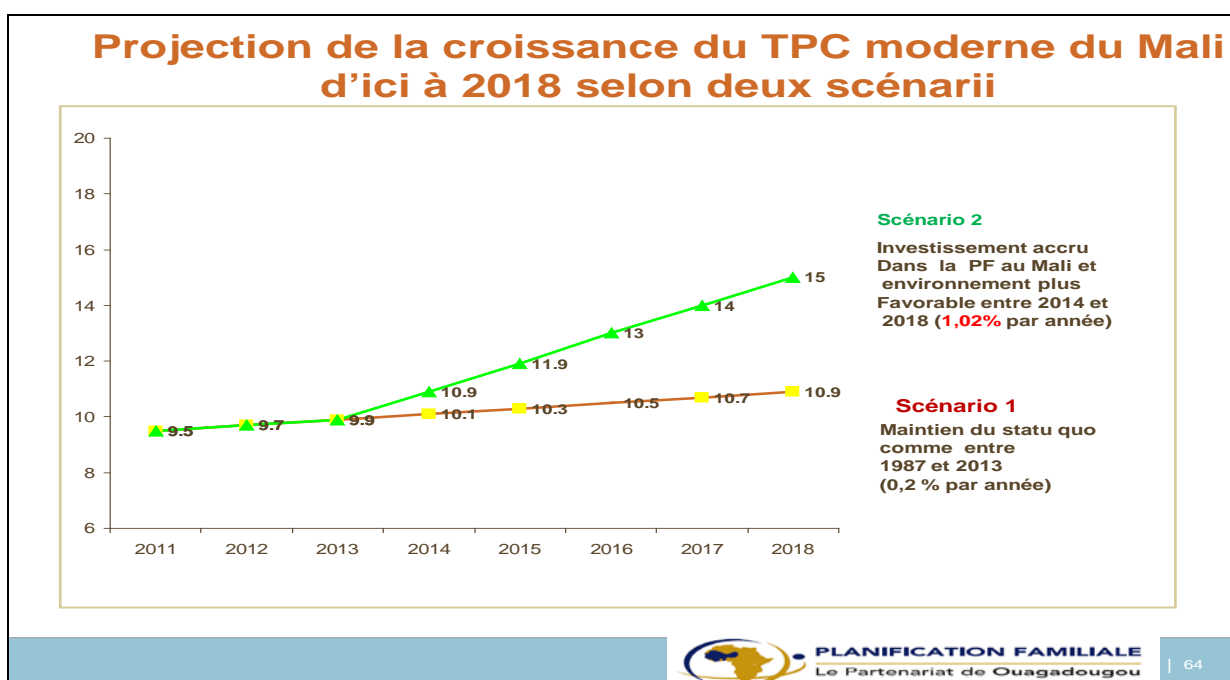
**Graphique 3 :** Répartition du nombre de nouvelles utilisatrices de la contraception moderne à toucher entre 2014 et 2018

Remarquons que le taux de prévalence contraceptive de 10,3% à l'EDS 2013 se rapporte à l'ensemble des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer en union, contre 9,9% pour la contraception moderne dans le même groupe. Ceci montre que la contraception se pratique en majorité à partir des méthodes modernes au Mali. En considérant l'ensemble des femmes en âge de procréer du Mali, les prévalences contraceptives sont presque identiques à celles des femmes en union (10,0% pour l'ensemble des méthodes et 9,9% pour les méthodes modernes). L'option a alors été faite dans ce plan d'action de cibler



l'ensemble des femmes en âge de procréer au sujet des estimations d'acceptantes de PF, plutôt que les femmes en union uniquement.

Mais les taux de prévalence contraceptive n'ont pas encore été publiés par région pour l'ensemble des femmes en âge de procréer. En revanche ces taux sont disponibles par région pour les femmes en union. Il a été émis l'hypothèse que la structure de la prévalence contraceptive par région pour l'ensemble des femmes en âge de procréer serait presque identique à celle des femmes en union, d'où les taux de prévalence contraceptive estimés par région pour l'ensemble des femmes en âge de procréer sur une base théorique. Ce qui suppose un gain annuel de 0,51% entre 2006 et 2013 puis un gain annuel moyen de 1,02% pour la période 2014-2018 sous une hypothèse d'optimisme induit par la dynamique de repositionnement de la PF.



**Graphique 4 :** Présentation des différents scénarii de progression du TPC entre 2014 et 2018

La projection linéaire sur la base d'une moyenne annuelle a été retenue pour faciliter les estimations du nombre d'acceptantes à atteindre. Il est évident qu'au cours de la mise en œuvre certaines années pourront connaître plus de succès que d'autres.

Cette évolution moyenne d'ensemble ne devrait pas être uniforme d'une région à l'autre car il existe des disparités régionales non négligeables au niveau des déterminants de la contraception et de la fécondité. Ainsi les huit (8) régions du Mali et le district de Bamako auraient des potentiels différents au sujet de leurs capacités respectives à augmenter leurs taux de prévalence contraceptive sur la période 2014-2018. Ce qui a conduit à distinguer des régions à fort, moyen et

faible potentiel d'augmentation du taux de prévalence contraceptive comme le montre le tableau 1 ci-dessous:

**Tableau 1** : Répartition des régions selon leur potentialité en matière d'augmentation du taux annuel de prévalence et les objectifs de taux de prévalence contraceptive en 2014 et 2018.

REGIONS	Augmentation TPC par An (FAP)	2013 (EDSM V ET MICS 2010)	2014	2015	2016	2017	2018
	2014-2018						
Kayes	0,6	6,4	7.0	7.6	8.2	8.8	9.4
Koulikoro	1,2	9,3	10.5	11.7	12.9	14.1	15.3
Sikasso	1,4	10,8	12.2	13.6	15.0	16.4	17.8
Ségou	1,4	9,5	10.9	12.3	13.7	15.1	16.5
Mopti	0,7	2,7	3.4	4.1	4.8	5.5	6.2
Gao	0,4	3,5	3.9	4.3	4.7	5.1	5.5
Tombouctou	0,4	2,8	3.2	3.6	4.0	4.4	4.8
Kidal	0,3	4,3	4.6	4.9	5.2	5.5	5.8
Bamako	1,75	22,5	24.3	26.0	27.8	29.5	31.3
<b>Ensemble Mali</b>	<b>1,02</b>	<b>9,9</b>	<b>10.9</b>	<b>11.9</b>	<b>13.0</b>	<b>14.0</b>	<b>15.0</b>

**NB** : Potentiel Fort (1)      Potentiel Moyen (3)      Potentiel Faible (5)

#### 4.2- Nombres prévisionnels de femmes sous méthodes modernes de contraception aux niveaux national et régional

Au niveau national, les nombres prévisionnels de femmes de 15-49 ans qu'il faudra avoir sous méthodes modernes de contraception passeraient d'environ 326 197 en 2013 à 621 117 en 2018 sous l'hypothèse où les taux de prévalence contraceptive évoluent comme présentés plus haut.

Ces nombres prévisionnels de femmes utilisatrices de méthodes modernes de PF ont été également calculés pour chacun des huit (8) régions du Mali et le district de Bamako pour la période de 2014 à 2018 et présentés dans le tableau 2 ci-dessous.

**Tableau 2** : Estimation des effectifs de femmes de 15-49 ans utilisatrices de PF à cibler par région de 2014 à 2018 (en milliers)

**Estimation des effectifs de femmes de 15-49 ans utilisatrices de PF à cibler par région de 2014 à 2018 (en milliers)**

Régions	Année					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kayes	31,9	36,2	40,6	45,7	51,2	57,1
Koulikoro	52,2	61,2	70,9	81,3	92,8	104,9
Sikasso	70,9	83,1	96,5	111,0	126,6	143,2
Ségou	51,2	60,9	71,6	83,0	95,7	108,9
Mopti	11,9	15,6	19,6	24,0	28,8	34,2
Gao	5,1	5,9	6,7	7,6	8,7	9,8
Tombouctou	3,3	3,9	4,5	5,2	6,0	6,9
Kidal	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1
Bamako	99,0	109,0	119,8	131,1	143,0	155,1
<b>Ensemble Mali</b>	<b>326,2</b>	<b>376,5</b>	<b>431,0</b>	<b>489,8</b>	<b>553,8</b>	<b>621,1</b>

Contrairement au tableau 2 qui se réfère à l'ensemble des femmes en âge de procréer utilisatrices de PF, le tableau 3 est relatif aux effectifs nets de femmes de 15-49 ans, nouvelles acceptantes de PF, afin de mieux situer les efforts additionnels attendus, aussi bien au niveau national qu'au niveau de chacune des régions du Mali.

**Tableau 3** : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par région de 2014 à 2018 (en milliers)

<b>Répartition des 208 988 femmes de 15-49 ans nouvelles acceptantes de PF par région sanitaires de 2014 à 2018 (en milliers)</b>					
Régions	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Kayes	3,4	3,5	3,5	3,5	3,4
Koulikoro	5,8	6,2	6,6	7,0	7,2
Sikasso	6,5	7,7	8,9	10,2	11,7
Ségou	5,5	6,2	6,9	7,7	8,4
Mopti	1,9	2,1	2,3	2,4	2,5
Gao	0,3	0,4	0,5	0,7	0,9
Tombouctou	0,2	0,2	0,4	0,5	0,7
Kidal	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Bamako	11,2	12,0	12,6	13,3	13,8
<b>Ensemble Mali</b>	<b>34,9</b>	<b>38,3</b>	<b>41,7</b>	<b>45,4</b>	<b>48,6</b>

En étroite collaboration avec les équipes régionales, des discussions ont également eu lieu concernant les répartitions des effectifs prévisionnels nets d'utilisatrices de PF par région et par stratégie d'intervention (formations sanitaires publiques confessionnelles et communautaires fixes, formations sanitaires privées fixes, stratégies avancées et mobiles, stratégies de distribution à base communautaire). Il en ressort les estimations consignées dans le tableau 4.

**Tableau 4** : Prévion des proportions des utilisatrices de méthodes contraceptives selon la source d'approvisionnement(en %)

Régions	FS publiques fixes	FS privées fixes	Stratégies avancée et mobile	DBC	Total
<b>Kayes</b>	35	5	45	15	100
<b>Koulikoro</b>	60	22	8	10	100
<b>Sikasso</b>	40	3	50	7	100
<b>Ségou</b>	66	14	10	10	100
<b>Mopti</b>	29	1	68	2	100
<b>Tombouctou</b>	55	10	10	25	100
<b>Gao</b>	70	5	15	10	100
<b>Kidal</b>	25	2	70	3	100
<b>Bamako</b>	75	15	6	4	100
<b>Mali</b>	<b>50</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

#### **4.3- Nombres prévisionnels de femmes en âge de procréer sous méthodes modernes de contraception au niveau des districts sanitaires**

En étroite collaboration avec les équipes régionales, les effectifs nets de femmes de 15-49 ans, nouvelles utilisatrices de PF, à cibler par région ont été éclatés par district sanitaire, en se servant de deux critères clés : le poids démographique de chaque district avec son potentiel de mobilisation des utilisatrices de PF et la situation actuelle des interventions en PF avec l'appui des partenaires. Les résultats issus de cet exercice figurent dans les tableaux 5 à 13, à raison d'un tableau par région. Chaque région sanitaire étant composée d'un certain nombre de districts.

**Tableau 5 :** Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Kayes 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Kayes	883	887	906	920	955
Bafoulabe	216	217	222	227	235
Oussoubidiagna	187	187	191	196	201
Diéma	365	367	375	381	393
Kenieba	334	336	343	352	361
Kita	748	751	767	775	784
Nioro	397	398	407	415	422
Yelimane	307	308	315	322	329
<b>TOTAL</b>	<b>3437</b>	<b>3451</b>	<b>3526</b>	<b>3588</b>	<b>3680</b>

**Tableau 6 :** Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Koulikoro 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Koulikoro	510	545	578	612	632
Banamba	459	491	521	552	569
Dioila	641	685	726	769	794
Kangaba	243	260	276	292	301
Kati	1071	1144	1214	1286	1326
Kalabankoro	738	789	837	887	915
Kolokani	565	604	640	678	700
Nara	587	627	665	705	727
Fana	546	583	619	655	676
Ouelessebougou	481	514	545	577	596
<b>TOTAL</b>	<b>5840</b>	<b>6243</b>	<b>6620</b>	<b>7013</b>	<b>7236</b>

**Tableau 7 :** Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Sikasso 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Sikasso	1201	1407	1631	1878	2144
Nièna	315	369	428	493	563
Bougouni	1143	1339	1553	1788	2041
Kadiolo	597	699	810	933	1065
Kolondieba	504	590	685	788	899
Koutiala	1431	1676	1944	2238	2554
Yanfolila	322	377	437	503	574
Yorosso	526	616	715	823	939
Selingue	205	241	279	321	367
Kignan	289	338	392	451	515
<b>TOTAL</b>	<b>6533</b>	<b>7652</b>	<b>8874</b>	<b>10218</b>	<b>11661</b>

**Tableau 8 :** Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Ségou 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Ségou	1038	1175	1305	1465	1594
Barouéli	477	541	600	674	734
Bla	666	754	837	940	1023
Macina	557	631	701	787	856
Niono	857	971	1078	1210	1317
San	786	890	988	1109	1207
Tominian	516	584	649	728	792
Markala	584	661	734	824	897
<b>TOTAL</b>	<b>5481</b>	<b>6207</b>	<b>6893</b>	<b>7736</b>	<b>8421</b>

**Tableau 9** : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Mopti 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Mopti	351	381	408	432	446
Bandiagara	302	329	352	373	385
Bankass	251	272	292	309	319
Djenne	197	214	229	243	251
Douentza	236	256	274	291	300
Koro	344	374	401	424	438
Ténenkou	156	169	181	192	198
Youwarou	102	110	118	125	129
<b>TOTAL</b>	<b>1938</b>	<b>2105</b>	<b>2255</b>	<b>2389</b>	<b>2464</b>

**Tableau 10** : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Tombouctou 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Tombouctou	52	72	96	126	158
Diré	47	64	86	112	141
Goundam	63	87	116	151	190
Gourma-Rharous	47	65	86	112	141
Niafunke	77	107	142	186	233
<b>TOTAL</b>	<b>286</b>	<b>395</b>	<b>525</b>	<b>687</b>	<b>862</b>

**Tableau 11** : Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Gao 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Gao	68	109	160	223	292
Ansongo	38	60	88	123	161
Bourem	33	53	77	108	141
Ménaka	16	26	37	52	68
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>248</b>	<b>362</b>	<b>505</b>	<b>662</b>

**Tableau 12 :** Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par district sanitaire dans la région de Kidal 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Kidal	21	25	30	35	42
Abéibara	6	8	9	11	13
Tessalit	10	12	15	17	20
Tin-essako	5	6	7	8	10
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>50</b>	<b>61</b>	<b>72</b>	<b>85</b>

**Tableau 13 :** Estimation des effectifs nets de femmes de 15-49 ans acceptantes additionnelles de méthodes modernes de PF à cibler par commune à Bamako 2014 à 2018

Districts Sanitaires	Années				
	2014	2015	2016	2017	2018
Commune 1	2080	2218	2340	2466	2568
Commune 2	990	1056	1114	1174	1223
Commune 3	799	852	899	947	987
Commune 4	1860	1983	2093	2205	2296
Commune 5	2570	2740	2892	3047	3173
Commune 6	2915	3108	3280	3456	3599
<b>TOTAL</b>	<b>11213</b>	<b>11956</b>	<b>12618</b>	<b>13294</b>	<b>13846</b>

## 5. STRATEGIES ET ACTIVITES DU PLAN D'ACTION

Le diagnostic de la situation PF au Malia orienté vers des activités qui paraissent les plus susceptibles de répondre aux défis, soit parce qu'elles sont basées sur des cas de progrès et succès sur le terrain, soit parce qu'elles sont essentielles à la réussite de tout programme de PF. Les équipes régionales ont puisé dans leurs expériences afin de déterminer les activités à haut impact dans leurs régions respectives, ainsi que les actions qui sont essentielles pour réaliser de nouveaux progrès. Les stratégies et activités retenues ont été regroupées en quatre rubriques :

- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF ;
- Stratégies et activités pour améliorer l'offre des services de PF en quantité et en qualité ;
- Stratégies et activités pour rendre l'environnement plus habilitant à la PF ;
- Stratégies et activités pour améliorer le suivi et la coordination des services de PF.



## **5.1- Stratégies et activités pour améliorer la demande des services de PF**

### **Stratégie D1 : Campagne d'informations et de sensibilisation sur la PF auprès de la population générale surtout les femmes en milieu urbain et périurbain en particulier**

Bien que le niveau de connaissance de la PF soit élevé au Mali, on relève l'insuffisance des connaissances et des idées erronées vis-à-vis des MLDA parmi les raisons de leur non utilisation. Il est alors nécessaire de renforcer l'information à travers une exposition prolongée et répétée des cibles aux messages de PF. L'approche de communication utilisant plusieurs canaux, prévue dans ce plan est nécessaire pour réussir à repositionner la planification familiale. La réalisation de cette stratégie passera par la mise en œuvre de six (6) activités prioritaires suivantes :

- Formation et implication des leaders communautaires (religieux, chefs de villages, leaders d'opinion) dans la sensibilisation sur la PF ;
- Formation et implication des leaders d'opinion et des élus locaux dans la sensibilisation sur la PF ;
- Contractualisation avec des media publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la PF ;
- Intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et groupements de femmes, ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure et autres) en collaboration, respectivement avec les ministères chargés de l'artisanat et des affaires sociales ;
- Intégration des messages de PF dans les programmes des OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la malnutrition et les violences basées sur le genre ;
- Sensibilisation sur les questions de SSR/PF au niveau des populations déplacées du fait de la crise.

#### **Activité D1.1 : Formation et implication des leaders communautaires (religieux, chefs de village, leaders d'organisations locales) dans la sensibilisation sur la PF**

Les leaders communautaires comme les chefs religieux, les chefs de village, les leaders d'organisations locales, etc. bénéficieront des formations sur les avantages de la PF, d'une part, en vue de les impliquer dans les sensibilisations au cours des campagnes de prêches et des réunions publiques et d'autre part d'organiser un processus d'identification et de formation d'autres leaders dans les districts sanitaires. Un total de 100 formateurs sera formé à raison de 56 pour les districts et communes de Bamako, 20 pour les régions, 10 pour les OSC et 11 au niveau central (8 de la DNS/DSR, 2 du Ministère en charge des affaires religieuses, 2 du Ministère en charge de la promotion de la femme et 2 de celui des collectivités

locales) au niveau de chaque région. Ensuite 100 religieux seront formés en 30 sessions (1 session par district sanitaire prioritaire) à raison de 20 participants par session. Ces activités seront mises en œuvre au niveau des régions.

**En 2014 :**

- Implication des Imams, Évêques et Pasteurs,
- Révision de l'outil de plaidoyer SR/PF en direction des religieux, chefs de village et leaders d'organisations locales,
- Multiplication de l'outil et du guide des messages,
- Organisation de 5 ateliers régionaux de 3 jours de formation de 20 formateurs dans les chefs lieux de régions,
- Organisation de 30 sessions de formation de deux journées (à raison d'une session par district sanitaire) de 20 leaders (religieux, chef de village et leaders d'organisations locales) en moyenne par session.

**De 2014 à 2018 :**

- Organisation des prêches dans les Mosquées et Églises et la sensibilisation dans les communautés;
- Suivi des activités des prêches et de sensibilisation organisées par les leaders formés ;
- Reproduction des outils de collecte des données pour les animateurs.

**Activité D1.2 : Formation et implication des leaders d'opinion et des élus locaux dans la sensibilisation sur la PF**

Les leaders d'opinion et élus locaux seront formés en PF dans le but de les impliquer dans les campagnes de sensibilisation. Cent (100) formateurs seront formés en 5 sessions au niveau des régions et du district de Bamako. Dans une deuxième étape, il sera organisé un processus de sélection et de formation de 20 personnes par district prioritaire ciblé (soit 30 sessions) en 2 jours. Un total de 600 leaders d'opinion et élus locaux seront formés pour sensibiliser les populations sur la PF.

**En 2014 :**

- Plaidoyer au niveau des conseils communaux en vue de l'intégration de la PF dans les PDSEC,
- Révision de l'outil de plaidoyer SR/PF en direction des leaders d'opinion et des élus locaux,
- Multiplication de l'outil et guide des messages,
- Organisation de 9 ateliers régionaux de 3 jours de formation de 20 formateurs dans les chefs-lieux de régions,

- Organisation de 56 sessions de formation de deux journées à raison d'une session de 30 leaders d'opinion et élus locaux par district sanitaire en moyenne par session.

#### **De 2014 à 2018 :**

- Organisation des activités de sensibilisation dans les communautés;
- Suivi des activités de sensibilisation organisées par les leaders d'opinion et élus locaux formés;
- Reproduction des outils de collecte des données pour les animateurs.

#### **En 2016:**

Mise à jour des connaissances des acteurs de terrain au niveau des districts lors des sessions d'une journée.

#### **Activité D1.3: Contractualisation avec des medias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la PF**

Cette activité prévoit d'organiser des émissions radiotélévisées en vue de sensibiliser la population sur les avantages de la PF, les différentes méthodes offertes et les lieux où les prestations sont offertes en vue de susciter la demande. Il est question de contractualiser avec un (1) organe public de radiotélévision (ORTM), les réseaux des radios de proximité et les radios des jeunes du Mali afin de les permettre de diffuser des messages en faveur de la PF. L'activité sera continue sur les 5 années du plan. Un atelier sera organisé en 2016 pour actualiser les messages.

#### **En 2014 :**

- Organisation d'un atelier de 3 jours réunissant 50 participants pour élaborer des messages,
- Elaboration des Prêts à Diffuser (PAD) y compris les films,
- Contractualisation avec les média publics (1 radio et 1 télévision publique),
- Contractualisation avec les réseaux des radios de proximité en prenant en compte 30 radios au maximum,
- Organisation d'un concours entre les organes de presse,
- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias.

#### **En 2015 :**

- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias,
- Organisation d'un concours entre les organes de presse.

**En 2016:**

- Organisation d'un atelier d'une journée réunissant 50 participants pour actualiser les messages,
- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias.

**En 2017 et 2018:**

- Organisation d'un concours entre les organes de presse,
- Suivi des activités de sensibilisation sur les médias.

**Activité D1.4: Intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que dans celles des corps de métiers (salons de coiffure et autres) en collaboration, respectivement avec les ministères en charge de l'artisanat et des affaires sociales**

Cette activité consiste à intégrer des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes en organisant 5 ateliers régionaux de renforcement des capacités de 100 responsables de coopératives et de groupements. Des supports de communication seront développés à cet effet. Le suivi sera fait en collaboration avec les différents ministères en charge des affaires sociales et de l'artisanat à divers niveaux (central, régional et district sanitaire). Cette activité sera continue de 2014 jusqu' à 2018.

**En 2014 :**

- Organisation d'une réunion d'orientation des responsables des ministères en charge de l'artisanat et des affaires sociales sur la problématique de la démographie et l'implication des coopératives,
- Développement des supports de communication (10000 Dépliants et 2000 posters),
- Contractualisation avec les OSC pour la mise en œuvre et le suivi,
- Organisation de 5 ateliers régionaux de 2 jours pour le renforcement des capacités de 100 responsables des coopératives, groupements des femmes, groupements des paysans et autres corps de métier sur la planification familiale (en moyenne 20 participants par atelier),
- Sensibilisation dans les groupements, coopératives et corps de métier au niveau des districts sanitaires,
- Suivi trimestriel des activités de sensibilisation dans les groupements, coopératives et corps de métier au niveau des districts sanitaires.

### **En 2015-2018 :**

- Sensibilisation des groupements, coopératives et corps de métier au niveau des districts sanitaires,
- Organisation des ateliers de renforcement des capacités des responsables des coopératives et groupements des femmes sur la planification familiale en 2016,
- Suivi trimestriel des activités de sensibilisation dans les groupements et coopératives par les districts sanitaires.

### **Activité: D1.5: Intégration des messages de PF dans les programmes des mutuelles de santé et des OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la malnutrition et les violences basées sur le genre**

Il s'agit d'intégrer des messages PF dans les programmes de communication sur les mutuelles de santé, le paludisme, le VIH, la tuberculose, la malnutrition et les violences basées sur le genre en contractualisant avec les OSC impliquées. Cette activité sera continue jusqu'en 2018.

### **En 2014:**

Plaidoyer en direction des responsables des mutuelles de santé, du SE/HCNLS, CSLS, PCIME, PNT, PNLP, Direction de la Promotion de la femme, la Fédération Malienne des tradithérapeutes et herboristes, Fédération des Handicapés, etc....

- Contractualisation avec les OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la tuberculose, la malnutrition, les violences faites aux femmes et l'association des agents de la médecine traditionnelle,
- Elaboration des supports de communication sur la PF (15 000 dépliants et 5 000 posters),
- Organisation de 5 ateliers régionaux de 2 jours pour le renforcement des capacités de 30 participants par atelier sur la PF soit un total de 150 personnes,
- Sensibilisation dans les différents groupes à travers les OSC retenues,
- Mise à disposition des supports de collecte des données,
- Suivi des activités de sensibilisation à travers les OSC retenues.

### **De 2015-2018:**

- Sensibilisation dans les différents groupes à travers les OSC retenues,
- Mise à disposition des supports de collecte des données,
- Suivi des activités de sensibilisation à travers les OSC intervenant auprès des différents groupes.

### **Activité : D1.6- Sensibilisation sur les questions de SSR/PF au niveau des populations déplacées du fait de la crise**

Le Mali ayant traversé une situation de crise socio-politique, il compte des populations déplacées dont les besoins en SSR/PF doivent être pris en compte. Le ministère de la santé et de l'hygiène publique contribue en collaboration avec l'ordre des médecins sur financement de l'OMS, l'UNFPA et d'autres partenaires à fournir des informations sur la PF aux équipes des missions humanitaires à l'endroit de ces populations. Cette sensibilisation sera renforcée en utilisant les OSC de la place, en produisant des supports de communication adaptés et en renforçant les capacités des acteurs.

#### **En 2014:**

- Mise à jour de la cartographie des populations déplacées,
- Contractualisation avec les OSC capables d'intervenir auprès des populations déplacées,
- Elaboration des supports de communication sur la PF (15 000 dépliants et 5 000 posters) adaptés à la situation de post-crise,
- Organisation de 5 ateliers de 2 jours pour le renforcement des capacités des acteurs sur la PF avec 30 participants par atelier soit un total de 150 personnes,
- Sensibilisation dans les différents groupes à travers les OSC retenues,
- Mise à disposition des supports de collecte des données,
- Suivi des activités de sensibilisation à travers les OSC retenues.

#### **De 2015-2018:**

- Sensibilisation des populations déplacées,
- Mise à disposition des supports de collecte des données,
- Suivi des activités de sensibilisation.

### **Stratégie D2 : Renforcement de l'implication des hommes comme partenaires et utilisateurs des services de SR en général et en particulier la PF**

Les hommes sont des décideurs clés mais des études et des entretiens révèlent qu'ils ont peu d'intérêt pour la PF ou qu'ils s'y opposent. Dans certaines localités, l'environnement socioculturel influence les comportements qui favorisent les attitudes pro natalistes. Cependant, certains pays ayant les mêmes valeurs socioculturelles que le Mali, ont organisé avec succès les hommes à devenir des champions de la PF à travers l'expérience de l'école des maris. La stratégie de l'Engagement Constructif des Hommes (ECH) du Mali sera revue et mise à jour et

disséminée. Les organisations paysannes seront impliquées dans la sensibilisation des hommes sur la PF. La réussite de cette stratégie passera par une exécution des activités prioritaires ci-dessous:

- Mise à jour et dissémination de la stratégie de l'engagement constructif des hommes au Mali (ECH),
- Promotion de l'expérience de l'école des maris (hommes champions en SR/PF) dans 5 districts par an,
- Intégration des activités de PF dans les programmes des organisations paysannes.

### **Activité D2.1 : Mise à jour et dissémination de la stratégie de l'engagement Constructif des hommes au Mali (ECH)**

*L'engagement constructif des hommes (ECH) est le concept le plus récent et certainement le plus prometteur en vue d'une participation effective des hommes (tout individu de sexe masculin) dans le domaine de la santé de la reproduction à travers le changement de leur perception sur les questions de SR, leur engagement sur la SR dans le couple, leur utilisation effective des services de SR et leur implication dans la promotion de la SR.*

Très souvent, les stratégies de promotion de la PF n'ont pas suffisamment pris en compte les hommes.

Leur rôle de premier plan en tant que décideurs devrait être mis à profit pour en faire des partenaires véritables pour la promotion de la PF. Le Mali a eu l'avantage d'avoir une stratégie ECH bâtie sur 3 axes essentiels: l'homme en tant que partenaire et soutien à la femme, l'homme en tant qu'agent de changement et enfin l'homme en tant que client des services PF. La stratégie ECH vise en définitive à promouvoir le dialogue au sein du couple sur les questions de SSR/PF. Cette stratégie sera mise à jour et disséminée à travers le pays.

#### **En 2014:**

- Identification d'un (1) consultant international et d'un (1) consultant national pour 20 jours pour mettre à jour la stratégie d'ECH au Mali,
- Mise à jour de la stratégie d'ECH au Mali,
- Organisation d'une réunion au niveau national pour valider la nouvelle stratégie mise à jour par le consultant,
- Organisation de 30 ateliers au niveau des districts sanitaires et communes de Bamako pour disséminer la stratégie d'ECH,
- Suivi de la mise en œuvre des activités d'ECH à travers le pays pendant les supervisions,
- Documentation périodique des activités d'ECH à travers le pays.

**De 2015- 2018 :**

- Organisation des activités de sensibilisation dans les 56 districts sanitaires et communes de Bamako sur l'ECH,
- Organisation des réunions d'échanges d'expériences entre les différentes localités du pays,
- Organisation des missions d'échanges d'expériences dans d'autres pays,
- Suivi de la mise en œuvre des activités d'ECH à travers le pays pendant les supervisions,
- Documentation périodique des activités d'ECH à travers le pays.

**Activité D2.2 : Promotion de l'expérience de l'école des maris (hommes champions en SR/PF) dans 5 districts par an**

L'expérience de l'école des maris est une stratégie novatrice pour impliquer les hommes dans la promotion de la SR et favoriser un changement de comportement au niveau communautaire. Cette initiative est financée par UNFPA et mise en œuvre au Niger. Il sera nécessaire de faire un voyage d'étude pour mieux connaître l'approche, de l'expérimenter dans cinq (5) districts sanitaires et faire ensuite l'extension progressive dans 5 districts par an de 2015 à 2018 à raison de 2 localités par district:

*Le concept de «L'Ecole des Maris » est une initiative qui a pour objectif d'impliquer les hommes dans la promotion de la santé de la reproduction et de favoriser un changement de comportement chez les hommes au niveau communautaire. «L'Ecole des Maris » (EdM) consiste à identifier des maris «modèles» sur la base de critères bien définis afin de leur donner des notions sur la SR. L'école est fondée sur un esprit d'adhésion volontaire et d'implication communautaire pour faire des hommes des acteurs responsables de leur développement.*

**En 2014:**

- Voyage d'étude au Niger sur l'expérience de l'école des maris (environ 10 personnes),
- Expérience pilote de l'école des maris dans cinq districts sanitaires (selon les aires culturelles) à raison de deux localités par district sanitaire,
- Evaluation de l'expérience pilote.

**De 2015- 2018 :**

- Intégration du processus de promotion de l'expérience de l'école des maris dans 10 districts sanitaires par an,
- Identification des OSC chargées de la mise en œuvre dans les districts par an,
- Contractualisation avec les OSC identifiées chaque année,
- Suivi des activités des OSC chaque année.



### **Activité D2.3 : Intégration des activités de PF dans les programmes des organisations paysannes**

L'approche consiste à identifier deux à trois organisations paysannes les mieux organisées dans les districts sanitaires. Dans une deuxième étape, il s'agit d'identifier 2 personnes influentes dans les organisations paysannes et renforcer leurs compétences en PF au niveau des régions au cours d'un atelier de 2 jours. Après les formations, on mettra à la disposition des communautés en général et en particulier des membres de l'organisation des supports de communication pour la réalisation des activités de sensibilisation.

#### **En 2014:**

- Implication de l'Assemblée Permanente des Chambres d'Agriculture du Mali (APCAM),
- Identification des organisations paysannes les mieux organisées et des membres à former par district sanitaire,
- Organisation de 5 sessions de formation au niveau des chefs-lieux de régions,
- Production des supports de communication sur la PF,
- Organisation des activités de sensibilisation sur le terrain,
- Suivi des activités de sensibilisation.

#### **De 2015- 2018 :**

- Organisation des activités de sensibilisation sur le terrain,
- Suivi des activités de sensibilisation.

### **Stratégie D3a: Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des jeunes scolarisés et non scolarisés**

Prenant en compte les résultats du diagnostic, il s'agit de mieux intégrer les spécificités des adolescent(e)s et des jeunes à travers des stratégies de communication et des messages mieux adaptés à leurs besoins en matière de SSR/PF. Les principales activités seront marquées notamment par le recours aux Technologie de l'Information et de Communication (TIC), la collaboration, d'une part avec les ministères de l'éducation et celui en charge de la jeunesse, et d'autre part avec les associations culturelles et sportives de jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR/PF. La réalisation de cette stratégie consiste à l'exécution des activités comme :

- Utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes,
- Sensibilisation sur la SSR/PF en milieu scolaire en synergie avec le ministère de l'éducation nationale,

- Sensibilisation des jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR/PF à travers les associations culturelles et sportives en synergie avec le ministère de la jeunesse et des sports,
- Développement d'un partenariat avec les communes pour la promotion de la SR des adolescentes et jeunes,
- Mise en place des interventions permettant de renforcer le pouvoir économique et décisionnel des adolescentes et jeunes.

### **ActivitéD3a.1: Utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes**

Les TIC (téléphonie mobile et internet) étant de plus en plus utilisées par les jeunes et adolescents, il est question de contractualiser avec 2 opérateurs de téléphonie mobile en vue de faire passer des messages spécifiques de SSR/PF qui seront élaborés pour la circonstance. Un site Internet sera également créé pour permettre aux adolescents et jeunes d'avoir accès aux informations exactes et de poser des questions à travers un réseau social destiné à leur information. Cette activité devrait être réalisée de 2014 à 2018.

#### **En 2014:**

- Plaidoyer en direction des 2 opérateurs de téléphonie mobile dans le pays,
- Organisation d'un atelier de 3 jours regroupant 50 personnes pour l'élaboration des messages sur la PF,
- Contractualisation avec les 2 réseaux de téléphonie mobile pour l'envoi des SMS,
- Envoi périodique des messages sur la SSR/PF aux adolescent(e)s et jeunes à travers les TIC,
- Suivi des activités de sensibilisation des jeunes à travers les TIC,
- Création d'un réseau social et/ou un site web consacré à la sensibilisation des jeunes sur la SSR/PF,
- Organisation de séances de formation des jeunes sur l'utilisation de l'Internet pour répondre aux préoccupations de leurs pairs.

**De 2015-2018:** Suivi des activités de sensibilisation des jeunes et adolescents à travers les TIC.

### **Activité D 3a.2: Sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale en milieu scolaire en synergie avec le ministère de l'éducation nationale**

Cette activité consiste au renforcement de l'enseignement de la SSR/PF dans les écoles à travers l'élaboration des modules de formation des enseignants et la révision des curricula destinés aux élèves. Environ 20 enseignants expérimentés seront formés pour être des formateurs des autres. Ce groupe de

formateurs animera des sessions de formation des enseignants en 10 sessions par année (1 session par région et 2 dans le district de Bamako) pendant les trois premières années du plan. Chaque session prendra 30 enseignants. Ensuite les enseignants travailleront avec les élèves sur des questions de SSR/PF en utilisant les modules révisés. Des dépliants comportant les messages essentiels seront élaborés pour les élèves. Cette activité sera réalisée de façon continue entre 2014 et 2016 pour les formations et de 2014 à 2018 pour les sensibilisations.

**En 2014:**

- Plaidoyer en direction des ministères en charge de l'Education au Mali,
- Recrutement de deux consultants pour 1 mois afin d'élaborer les modules SSR/PF destinés aux enseignants,
- Révision des modules de formation des élèves,
- Mise en œuvre d'une phase pilote pour tester les modules,
- Organisation d'un atelier de 2 jours regroupant 50 personnes pour la validation des modules de SSR/PF (Enseignants et élèves),
- Reprographie de 1000 exemplaires du module de formation des enseignants en SSR/PF et 50 000 dépliants destinés aux élèves,
- Organisation de 5 ateliers de 3 jours pour le renforcement des capacités de 150 enseignants (1 atelier par région et 2 dans le district de Bamako) à raison de 30 participants par atelier,
- Suivi des activités des enseignants formés dans les établissements ciblés.

**De 2015-2016:**

- Organisation de 5 ateliers de 3 jours pour le renforcement des capacités de 150 enseignants par an,
- Suivi des activités des enseignants formés dans les établissements ciblés.

**De 2017-2018 :**

- Intégration du module dans les différents programmes de l'enseignement,
- Suivi des activités des enseignants formés dans les établissements ciblés.

**Activité D 3a.3: Développement d'une synergie avec les associations culturelles et sportives de jeunes du secteur informel et du milieu rural pour la sensibilisation sur les questions de Santé Sexuelle Reproductive et la Planification Familiale (SSR/PF)**

Il s'agit d'identifier des associations culturelles et sportives des jeunes en milieu extrascolaire dans les différentes régions du pays. Il y aura aussi l'identification des jeunes capables de porter les messages de la PF aux autres jeunes. Il sera organisé une fois par an une grande activité culturelle et sportive avec des moments de sensibilisation sur la PF et si possible l'offre de services aux adolescentes et jeunes en marge de l'activité. Les jeunes sélectionnés seront formés pour sensibiliser régulièrement leurs collègues.

**De 2014 à 2018:**

- Identification des organisations socioculturelles et sportives des jeunes dans les régions,
- Identification des jeunes capables de partager les informations avec leurs camarades,
- Formation de 30 jeunes par région et 60 dans le district de Bamako pour sensibiliser leurs camarades,
- Organisation d'une journée de sensibilisation et d'offre de services aux adolescent(e)s à travers une activité socioculturelle ou sportive.

**Activité D 3a.4: Développement d'un partenariat avec les communes pour la promotion de la SR et la Planification Familiale chez les adolescentes et jeunes dans les centres d'encadrement des jeunes**

Il s'agit de cibler des jeunes des milieux scolaires et extrascolaires à travers des activités de sensibilisation dans les centres d'animation des jeunes dans les salles réservées à cet effet dans les communes. Des supports de communication axés sur les jeunes seront élaborés. On procédera également à un renforcement en équipement de ces centres et en compétences techniques des agents chargés d'accueillir les jeunes. Cette activité sera réalisée de façon continue de 2014-2018:

**En 2014:**

- Plaidoyer en direction des responsables des communes chargés d'encadrer les jeunes,
- Elaboration des dépliants et posters pour les centres d'encadrement des jeunes dans les communes,

- Organisation des ateliers régionaux de 2 jours pour le renforcement des capacités de 200 encadreurs de jeunes dans les communes,
- Appui en matériel audio-visuel (CD, DVD sur la SSR/PF, Poste téléviseur +Magnétoscope, Playstation projecteur LCD, Groupes électrogènes) pour 5 centres d'encadrements des jeunes,
- Suivi des activités dans les centres d'encadrements des jeunes,

#### **De 2015-2018 :**

- Appui en matériel audio-visuel (CD, DVD sur SSR, Poste téléviseur +Magnétoscope, Playstation, projecteur LCD, Groupes électrogènes) pour 5 centres par an,
- Suivi des activités dans les centres d'encadrement des jeunes dans les communes retenues.

#### **Activité : D 3a.5- Mise en place des interventions permettant de renforcer le pouvoir économique et décisionnel des adolescentes et jeunes**

Les questions de prise de décision en matière de santé de la reproduction étant influencées par le pouvoir économique de la femme et leur capacité à prendre une décision éclairée, il est important d'aider les adolescentes et les jeunes filles à s'instruire mais aussi à avoir des sources de revenus financiers pouvant leur permettre d'être autonomes financièrement. Cette activité sera réalisée par le ministère de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant.

#### **En 2014 :**

- Identification des organisations dynamiques des adolescentes et jeunes filles en milieu extrascolaire,
- Identification des actions prioritaires à mener,
- Identification des besoins en renforcement des capacités,
- Mise en place des mesures d'accompagnement et des mécanismes de suivi des interventions.

#### **Entre 2015-2018**

- Organisation des sessions de renforcement des capacités dans les communes de Bamako,
- Mise à disposition des mesures d'accompagnement pour s'assurer des revenus financiers,
- Suivi des interventions,
- Mise à échelle de l'intervention dans les régions.

### **Stratégie D.3b : Renforcement du partenariat avec les groupes organisés des jeunes dans le domaine de la SR/PF**

Les adolescents et jeunes constituant une cible prioritaire dans le cadre de l'utilisation des services de PF, il est important de renforcer la demande des services à leurs niveaux. Cette deuxième stratégie vise à les impliquer dans les actions. En prenant en compte les résultats du diagnostic, il s'agit de mieux intégrer les spécificités des adolescent(e)s (es) et des jeunes à travers des stratégies de communication et des messages mieux adaptés à leurs besoins en matière de SSR/PF. Il s'agira d'identifier les organisations des jeunes comme les «Jeunes Ambassadeurs» et autres organisations de jeunes crédibles pour organiser la sensibilisation de leurs pairs. Deux activités prioritaires sont retenues à savoir :

- Renforcement de la sensibilisation des jeunes à travers le réseau d'éducation par les pairs,
- Appui au développement du groupe de jeunes ambassadeurs en PF dans le but de les impliquer dans la promotion de la SR.

#### **Activité D 3b.1: Renforcement de la sensibilisation des jeunes à travers le réseau d'éducation par les pairs**

Les jeunes sont plus enthousiastes quand ils reçoivent des notions sur la santé de la reproduction et la PF de la part d'autres jeunes. Ainsi des jeunes seront formés pour apporter des informations de qualité à leurs camarades dans les écoles, les centres de jeunes des communes et les autres lieux où seront organisées des activités culturelles et sportives. Il sera nécessaire de définir une stratégie efficace de paire éducation, renforcer les capacités des jeunes et assurer le suivi des activités.

#### **En 2014 :**

- Réviser le document national de stratégie de l'éducation par les pairs qui prendra en compte l'éducation sexuelle complète,
- Mise à jour des documents de formation des pairs éducateurs pour l'ensemble des acteurs dans le pays,
- Harmonisation des outils de communication pour les pairs éducateurs,
- Reproduction des outils de communication pour les pairs éducateurs,
- Développement des capacités de 200 formateurs des pairs éducateurs dans le pays (20 par région y compris 2 formateurs des OSC).

**De 2015-2018 :**

- Renforcement des capacités de 30 pairs éducateurs par année dans 25 districts sanitaires dont 20 pour les jeunes en milieu scolaire et 10 pour le secteur extrascolaire,
- Mise à jour des connaissances des pairs éducateurs actifs dans leurs districts,
- Suivi des activités de sensibilisation en milieu jeune à travers les pairs éducateurs.

**Activité D3b.2:Appui au développement des groupes de jeunes ambassadeurs en PF dans le but de les impliquer dans la promotion de la SR**

Les associations de jeunes sont capables d'influencer un grand nombre de leurs pairs que ce soit en milieu scolarisé ou non. Elles pourraient servir à faire passer des messages spécifiques de SSR/PF en faveur de ces jeunes. Il sera utile de renforcer celles qui existent comme le groupe des ambassadeurs et de dupliquer leur expérience dans les autres régions du pays. Les membres des associations bénéficieront des formations qu'ils partageront avec leurs pairs. Cette activité sera réalisée de 2014 à 2018.

**De 2014-2018 :**

- Recrutement d'un consultant pour évaluer les actions des jeunes ambassadeurs,
- Signature d'un contrat de partenariat avec le groupe des jeunes ambassadeurs,
- Recyclage des jeunes ambassadeurs qui ont été formés déjà à Bamako,
- Passage à échelle des actions des jeunes ambassadeurs dans les autres régions,
- Organisation des visites d'échanges des jeunes ambassadeurs avec les jeunes d'autres pays,
- Participation des jeunes à des conférences internationales sur la PF,
- Organisation d'une tournée nationale des jeunes ambassadeurs,
- Suivi des activités des jeunes ambassadeurs du Mali,
- Documentation des bonnes pratiques avec les jeunes ambassadeurs.

## **5.2- Stratégies et activités pour renforcer l'offre des services de PF**

### **Stratégie O.1a: Création de points d'accès à la PF dans les aires sanitaires en intégrant la PF dans tous les autres services SR (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.)**

Il s'agit de permettre aux femmes en âge de procréer qui résident dans les milieux urbain, périurbain et rural bénéficiant de services SR (SPP, SAA, PEV etc.) d'avoir des informations et d'accéder immédiatement aux services de PF si elles le désirent. A cette fin, la PF sera intégrée d'une part dans tous les services SR des formations sanitaires qui offrent déjà la PF ou offriront la PF à travers la mise en œuvre de ce plan, et en utilisant les agents de santé communautaire au niveau périurbain d'autre part. Les principales activités qui vont contribuer à la réalisation de cette stratégie sont les suivantes :

- Mise en place des points de prestation de PF dans les autres services SR des formations sanitaires publiques et CSCOM offrant déjà la PF (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, VIH, etc.) à travers le paquet intégré de soins,
- Intégration de l'offre des MLDA dans 50% des CSCOM n'offrant pas encore ces méthodes de PF,
- Initiation de l'approche DBC dans le milieu péri urbain de la capitale, et des grandes villes (chef-lieu de région),
- Offre des services de PF pour les populations déplacées.

### **Activité O1a.1: Mise en place des points de prestation de PF dans les autres services SR des formations sanitaires publiques et CSCOM offrant déjà la PF (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, VIH, etc.) à travers le paquet intégré de soins**

Afin d'éviter que les clients désirant la contraception aient des occasions manquées lors de l'utilisation des services de SR comme les consultations pré ou post natales, il faut mettre les produits contraceptifs dans tous les services SR (SAA, SPP, PEV, nutrition, Prise en charge des IST, etc.) des formations sanitaires (EPH, CSREF, et CSCOM). Ainsi à chaque contact avec les clientes de ces services, un counseling sera fait et les produits seront offerts immédiatement si elles le désirent. Ceci passera par la formation des agents, la réorganisation et l'équipement de ces services.

#### **De 2014 -2016 :**

- Identification des agents à former dans les autres services SR (SAA, SPP, PEV, nutrition, etc...)des FS qui offrent la PF,
- Réorganisation des unités dans les formations sanitaires devant intégrer la PF dans les services SR de 40 FS par an,



- Offre des services dans les différentes structures,
- Organisation des supervisions internes pour améliorer la qualité des prestations.

**De 2017 – 2018 :**

- Offre des services de PF dans les centres,
- Suivi de l'offre des services dans les différentes structures offrant la PF.

**Activité 01a.2 : Intégration de l'offre des MLDA dans 50% des CSCOM n'offrant pas encore ces méthodes de PF**

Au Mali, il y a au moins 1 770 FS pouvant offrir la PF mais 1 440 l'offrent actuellement. Les activités de PF seront intégrées dans 50% de FS publiques et privées (165) restantes qui ne l'offrent pas au moment de l'élaboration du plan. Cette intégration prendra en compte l'offre de DIU et des implants. Cette activité devrait être réalisée de 2014 à 2016:

**De 2014-2018 :**

- Identification de 165 FS dans les secteurs public et privé à cibler, à raison de 55 FS par an entre 2014 et 2016,
- Evaluation des besoins pour l'intégration des services de PF dans le paquet de services SR des FS ciblées,
- Aménagement des centres pour assurer la qualité en fonction des standards,
- Offre des services dans les structures,
- Supervision interne des prestataires formés par les responsables des formations sanitaires.

**Activité 01a.3 : Initiation de l'approche DBC dans le milieu péri urbain de la capitale et des autres grandes villes (chef-lieu de région)**

En milieu périurbain, il y a des quartiers dans lesquels les populations n'ont toujours pas accès aux services de santé. Pour permettre à ces communautés d'avoir accès aux services de PF, des ASC seront recrutés et formés pour sensibiliser et offrir les méthodes contraceptives. Cette activité sera mise en œuvre dans les villes de Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, et Kidal à travers la formation et le suivi de 1 500 ASC. Par ailleurs, la DSR introduira l'approche DBC avec l'offre des services PF dans les salons de coiffure et ateliers de couture dans les 6 grandes villes dès 2015.

**En 2014 :**

- Identification des OSC capables de mettre en œuvre la DBC en milieu périurbain dans les villes de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal, Bamako,
- Contractualisation avec les OSC identifiées,
- Identification de 200 ASC pour Bamako et 50 pour chacune des autres villes (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal)
- Organisation des sessions de formation des ASC dans chaque localité à raison de 20 ASC par session,
- Elaboration des supports de communication (1500 boîtes à Images, 10000 dépliantes et 2500 posters),
- Suivi des activités des ASC dans le milieu périurbain.

**En 2015 :**

- Identification de 50 ateliers de couture à Bamako, 20 dans chaque chef-lieu de région,
- Identification de 50 salons de coiffure à Bamako, 20 dans chaque chef-lieu de région,
- Formation des responsables des ateliers /salons retenus à raison de 2 personnes par atelier/salon dans les 9 villes en 2015,
- Mise à disposition des agents des supports de communication et des supports de collecte des données.

**De 2015 -2018 :**

- Suivi des activités des ASC dans les différentes villes par une équipe régionale et les OSC,
- Mise en place d'un système de pharmacovigilance.

**Activité O1a.4 : Offre des services de PF pour les populations déplacées**

Les populations déplacées du fait de la crise seront intensément ciblées par les intervenants en matière d'offre de services de PF. Du personnel sera formé et équipé pour offrir les services de PF à ces populations (DBC, Cliniques mobiles, référence, etc.). Le plan envisage de toucher environ une dizaine (10) de localités comportant des populations déplacées.

**En 2014 :**

- Identification des besoins spécifiques en SSR/PF des populations déplacées,
- Renforcement des capacités du personnel identifié pour l'offre des services aux populations déplacées à travers la DBC,
- Approvisionnement en équipement et produits,
- Suivi des prestations de services pour les populations déplacées,
- Mise à disposition des outils de collecte des données.

**En 2015 -2018 :**

- Suivi des prestations de services pour les populations déplacées,
- Mise à jour des connaissances des prestataires en 2017.

**Stratégie O.1b: Renforcement des stratégies permettant de rapprocher les services des communautés situées en dehors de la zone de couverture sanitaire**

Cette stratégie vise à permettre aux femmes en âge de procréer vivant dans les milieux hors couverture sanitaire (*au-delà de 5 km d'une FS*) de bénéficier des services de PF à coût réduit. Des ASC seront recrutés et formés pour les localités peuplées et qui n'ont pas de CSCOM. Dans cette optique les ASC qui sont dans les communautés et qui n'ont pas de compétences pour offrir les services de PF seront également formés afin qu'ils puissent offrir un paquet complet de services. Il est prévu de former en tout 1 000 ASC par an durant la mise en œuvre du plan. Les Stratégies mobiles seront aussi renforcées dans toutes les régions avec au moins une sortie dans chaque district par trimestre. Les principales activités ci-dessous sont préconisées pour cette stratégie :

- Renforcement des services de PF dans les programmes déjà en cours qui utilisent des Agents de Santé Communautaire (ASC),
- Extension des stratégies mobiles et avancées à travers toutes les régions du Mali y compris les districts minières,
- Organisation de journées spéciales PF deux fois par an en intégrant les tests de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

**Activité O1b.1: Intégration de la PF dans les programmes déjà en cours et utilisant des Agents de Santé Communautaire (ASC)**

Il s'agira de faire une évaluation des services offerts par les ASC dans les différents districts. Ceux qui n'offrent pas les services de PF seront recensés pour être formés dans ce domaine afin de compléter le paquet de services. Il sera alors organisé des sessions de formation de 20 ASC/ADBC dans 30 districts sanitaires du Mali une fois tous les 2 ans. Cette stratégie permettra d'avoir un nombre important d'ASC offrant les services de PF. Il s'agit en priorité des ASC qui offrent les autres services du PMA sans la PF:

**De 2014 à 2018 :**

- Identification des ASC n'offrant pas les services de PF dans les différents districts du pays,
- Organisation des sessions de formation dans 30 districts sanitaires avec au moins 20 ASC par session,
- Approvisionnement des ASC et ADBC en pilules, injectables et autres consommables permettant l'offre des services,
- Mise à disposition des supports de collecte des données et des supports de communication,
- Organisation régulière de la supervision des ASC.

**Activité O1b.2: Extension des stratégies mobiles et avancées à travers toutes les régions du Mali**

Il s'agit d'intensifier les stratégies mobiles et avancées dans les différents districts sanitaires du pays, en réalisant d'une part, une sortie trimestrielle en stratégie mobile dans 30 districts sanitaires avec l'appui des équipes des OSC, soit 120 sorties en stratégie mobile par an, et d'autre part une sortie en stratégie avancée tous les mois dans 10 CSCOM de 30 districts (soit 300 sorties). Ceci équivaut à 3600 sorties en stratégie avancée par an. Ces activités pourraient se réaliser de 2014 à 2018:

**De 2014 à 2018 :**

- Mettre en place de nouvelles équipes mobiles pour renforcer celles qui existent déjà ;
- Mise à la disposition des formations sanitaires des moyens nécessaires pour l'organisation des stratégies avancées ;
- Conduite d'une sortie trimestrielle en stratégie mobile par district sanitaire (soit 30 sorties trimestrielles) ;
- Conduite d'une sortie tous les mois en stratégie avancée par les CSCOM
- Contractualisation avec les OSC pour l'organisation des stratégies mobiles ;
- Suivi de l'organisation des activités en stratégie mobile et avancée.

### **Activité O1b.3 : Promotion de Sayana Press comme méthode injectable surtout au niveau communautaire**

Dans la sous région Ouest africaine, les études pilotes sur l'utilisation du Sanaya Press comme méthode contraceptive injectable ont été concluantes surtout au Burkina Faso et au Sénégal. Cette présentation sous la forme d'une dose unique avec une seringue chargée va permettre d'améliorer la qualité des prestations au niveau communautaire. Le Mali se propose de l'intégrer dans les prestations des ASC. La mise en œuvre de cette activité doit s'intégrer dans le processus de formation et de recyclage des ASC.

#### **2014-2018 :**

- Mise en place d'un plan de communication pour le changement de comportement sur le Sanaya Press
- Formation des formateurs des ASC sur l'utilisation de Sanaya Press
- Formation des ASC

### **Activité O1b.4: Organisation de journées spéciales PF deux fois par an en intégrant les tests de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus**

Le Mali organise chaque année et cela depuis 2005 des journées de sensibilisation et d'offre des services de PF appelées «Campagne Nationale pour la Promotion de la PF». Le plan propose d'une part de faire cette activité deux fois par an et d'y associer le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus. A cette occasion, tous les districts sanitaires recevront des produits contraceptifs et consommables afin d'offrir des services de PF aux populations en appliquant la règle du tiers payant.

#### **De 2014- 2018 :**

- Approvisionnement des 30 districts sanitaires en produits contraceptifs (DIU, Jadelle, Pilule, Injectable),
- Approvisionnement des 30 districts sanitaires en matériel consommable (Gants, Seringue, eau de javel, savon et autres),
- Offre intensive des services de PF dans toutes les formations sanitaires,
- Organisation des caravanes de sensibilisation sur la PF dans les communes des districts sanitaires,
- Organisation des réunions de bilans sur les activités de PF dans les villages avec les ASC et les responsables des formations sanitaires,
- Organisation de la supervision par les équipes régionales pour s'assurer des prestations des services.

## **Stratégie O2: Renforcement du plateau technique des FS afin d'améliorer la qualité des prestations de PF (formation et équipement)**

Il faut une augmentation du nombre de prestataires formés pour fournir une gamme complète de méthodes contraceptives. Il est à noter que l'utilisation du DIU et surtout des implants est en augmentation, donc il faut un plus grand nombre de prestataires compétents. Les analyses relèvent aussi des insuffisances non négligeables au niveau des équipements sanitaires des FS; or ceux-ci sont indispensables à une offre des prestations de services de qualité. Au total neuf (9) activités prioritaires seront mises en œuvre. Il s'agit de :

- Finalisation du plan de formation en cours d'élaboration à la DSR ;
- Formation des prestataires des FS n'offrant que la PF de base en insertion et retrait du DIU et des implants ;
- Formation des prestataires des nouvelles cliniques franchisées en technologie contraceptive et en counseling dans une optique d'intégration des services PF ;
- Recyclage des prestataires en technologie contraceptive et en counseling une fois tous les 3 ans ;
- Formation des prestataires des EPH et des CSREF en technique de contraception chirurgicale volontaire (CCV) ;
- Formation des prestataires des EPH, des CSREF et autres structures ayant un grand nombre d'accouchements en insertion et retrait du DIU dans le post-partum ;
- Formation des prestataires en assurance qualité des services de santé et de PF en particulier ;
- Renforcement de l'enseignement de la PF dans les écoles de santé et à la faculté de médecine ;
- Équipement des formations sanitaires en matériel d'IEC/PF ;
- Équipement des FS pour l'offre de services PF et de counseling de qualité;
- Accréditation des centres de stages pratiques au niveau régional et national.

### **Activité O2.1 : Finalisation du plan de formation en SR/PF**

La DSR et l'UNFPA ont déjà entrepris un processus d'élaboration d'un plan de formation en matière de SR/PF. Avant toutes formations, il sera nécessaire de finaliser ce document et avoir une cartographie de la répartition du personnel déjà formé dans les différents domaines. Pour ce faire, il faudra organiser une

réunion pour relire le document en cours d'élaboration et le finaliser. Cette activité se fera en 2014

- Collecte des données pour la finalisation du développement du plan de formation ;
- Organisation d'une réunion de finalisation du plan de formation en cours d'élaboration ;
- Validation du plan de formation.

**Activité O2.2 : Formation des prestataires des FS n'offrant que la PF de base en insertion et retrait du DIU et des implants.**

Au Mali, il y a au moins 37% des FS (soit 533) qui offrent le DIU et 16% offrent l'implant (soit 230) sur les 1440 FS qui offrent la PF dans le pays. Les méthodes de longue durée d'action seront intégrées dans 63% de FS restantes soit 810 FS n'offrant que la PF de base. Cette activité devrait être réalisée de 2014 à 2016 donc au moins 6 sessions de 25 participants seront organisées par an dans les chefs lieux de région.

**De 2014- 2016 :**

- Identification des agents à former en insertion de DIU et d'implant dans les centres de santé n'offrant que la PF de base,
- Organisation de 6 sessions de formation par an en regroupant 20 personnes provenant des centres de santé pendant 6 jours de formation au niveau des chefs-lieux de région de 2014 à 2016 en raison d'une personne par FS chaque année,
- Organisation du suivi des formations par le niveau central.

**Activité O2.3 : Formation des prestataires pour les centres n'offrant pas encore la PF et les nouvelles cliniques franchisées en technologie contraceptive et en counseling dans une optique d'intégration des services PF**

**De 2014- 2018 :**

- Identification des agents à former en technologie contraceptive y compris l'insertion de DIU et implant pour les centres des cliniques franchisées dans les centres de santé n'offrant pas actuellement la PF,
- Organisation de 6 sessions de formation par an en regroupant 20 personnes provenant de 120 FS dans la première année (2014) et le même nombre en 2015,
- Organisation du suivi des formations par le niveau central dans les chefs-lieux de région.

**Activité O2.4 : Recyclage des prestataires en technologie contraceptive et en counseling une fois tous les 3 ans**

Dès 2015, les anciens prestataires offrant déjà les MLDA avant l'élaboration de ce plan vont bénéficier d'une remise à niveau. Soit un total de 533 formations offrant le DIU. A partir de 2017, les prestataires formés en 2014 pourront bénéficier également de remise à niveau des connaissances. Il y aura en tout près de 530 agents de santé en 2015, 200 en 2017 et également 200 en 2018. Ces recyclages dureront au maximum 5 jours avec 2 jours de pratique dans les centres de PF. Chaque session prendra en compte 25 participants.

**De 2015 – 2018 :**

- Identification des prestataires ayant besoin d'une remise à niveau sur la base des résultats de supervision formative,
- Organisation de 5 sessions de remise à niveau par an regroupant 25 prestataires provenant des centres de santé pendant 5 jours au niveau des chefs-lieux des régions en 2015 puis en 2017 et 2018 à raison de 250 prestataires/an,
- Organisation du suivi des activités de remise à niveau dans les chefs-lieux de régions.

**Activité O2.5: Formation des prestataires des EPH et des CSREF en technique de contraception chirurgicale volontaire (CCV)**

Le Mali compte près de 72 formations sanitaires qui sont des EPH ou CSREF capables d'offrir des méthodes permanentes. A ce jour cette prestation n'est disponible que dans 35 FS. Pour les 37 formations restantes, le plan prévoit l'introduction de l'offre de la méthode permanente entre 2014 et 2015. Une équipe de 5 personnes par centre sera formée pour offrir cette méthode (2 chirurgiens, 2 aides et une personne chargée du counseling).

**De 2015 – 2018 :**

- Recrutement d'un consultant formateur en CCV,
- Identification des personnes à former dans les EPH et les CSREF,
- Organisation de 6 sessions dans les EPH des régions et de Bamako à raison de 15 personnes par session (soient 3 hôpitaux),
- Suivi des formations en CCV dans les EPH des régions,
- Suivi de l'offre des services dans les différentes structures.



**Activité O2.6: Formation des prestataires EPH, de CSREF et autres structures ayant un grand nombre d'accouchements en insertion et retrait du DIU dans le post-partum**

Le Mali à travers PSI et le projet MCHIP a fait des expériences pilotes en insertion du DIU dans le post-partum dans certaines formations sanitaires du pays. Cette expérience connaît du succès dans certains pays de la sous-région. Il sera donc important de faire un passage à échelle lors des cinq années à venir. Les prestataires d'au moins 50 formations sanitaires seront formés par année à raison d'un par centre. Les structures réalisant un grand nombre d'accouchements seront privilégiées.

**De 2014-2018 :**

- Identification des formations sanitaires ayant un nombre significatif d'accouchements,
- Identification des prestataires à former dans les EPH et les CSREF et autres structures,
- Organisation de 5 sessions dans les EPH des régions et de Bamako à raison de 10 agents de santé par session soit 50 prestataires formés par année,
- Suivi des formations en insertion du DIU dans le post-partum dans les EPH des régions,
- Suivi de l'offre des services dans les différentes structures.

**Activité O2.7: Formation des prestataires en assurance qualité des services de santé et de PF en particulier**

Pour assurer une bonne qualité des prestations il faut que le centre offre au moins 4 méthodes modernes de PF (pilules, injectables, DIU et Implant). Actuellement 144 FS ont cette possibilité. L'approche assurance qualité va commencer avec ces FS en 2014. Deux (2) prestataires et un (1) membre de la communauté (OSC active en PF) seront orientés sur l'approche par région. Les équipes de 10 formations sanitaires par région seront alors réunies dans leurs chefs-lieux de régions pour une formation de 6 jours. Deux sessions seront organisées à Bamako.

**En 2014:**

- Identification des participants pour la formation des formateurs en Assurance Qualité des Services (AQS) au niveau national,
- Organisation de 2 sessions de formation des formateurs en assurance qualité de 6 jours regroupant 27 participants chacune à Bamako,
- Identification des FS qui vont mettre en application l'AQS,

- Organisation de 4 ateliers régionaux de 6 jours de formation de 30 prestataires en assurance qualité des services dans les chefs-lieux de régions à raison d'une session par région,
- Suivi des sessions de formation dans les régions.

#### **De 2015- 2016:**

- Organisation annuelle de 4 ateliers régionaux de formation en AQS pour les nouvelles FS devant intégrer la qualité à raison d'une session par région et deux à Bamako,
- Suivi des sessions de formations dans les régions.

#### **Activité O2.8: Renforcement de l'enseignement de la PF dans les écoles de santé et les facultés de médecine**

Dans le souci de réduire le nombre de formations continues, il est nécessaire pour le pays de renforcer l'enseignement de la PF dans toutes les écoles de santé (des secteurs public et privé) ainsi que dans les facultés de médecine à travers la formation des enseignants et la fourniture du matériel pédagogique pour les stages pratiques. Cette activité sera menée au cours des années 2014-2015.

#### **En 2014-2015 :**

- Analyse de la situation de l'enseignement de la PF dans les écoles de formation en santé,
- Mise à jour du module de formation en PF dans les écoles de formation en santé,
- Formation dans les écoles de base en santé d'un noyau national de 60 enseignants formateurs dont 50 provenant des écoles de santé et 10 des facultés de médecine du Mali; lesdites formations auront lieu à Bamako,
- Fourniture de matériel pédagogique pour les stages pratiques à toutes les écoles de santé et aux facultés de médecine,
- Suivi des activités de formation dans les écoles de santé et facultés ciblées.

#### **Activité O2.9 : Équipement des formations sanitaires en matériel d'IEC/PF**

Pour renforcer le counseling au niveau des FS, il faudra fournir le matériel d'IEC en PF (boîtes à images, affiches, dépliants, etc.) à toutes les formations offrant la PF, soit 1770 FS au total. Cette activité devrait être réalisée sur toute la durée du plan.

### **En 2014-2015 :**

- Organisation d'un atelier de 25 participants de 5 jours pour réviser les supports IEC/PF du Mali,
- Réalisation du test du matériel IEC proposé,
- Reproduction des supports IEC révisés,
- Distribution des supports au niveau des sites de PF.

### **Activité O2.10 : Équipement des FS pour l'offre de services PF et de counseling de qualité**

Il sera nécessaire de mettre à la disposition des FS l'équipement nécessaire pour l'offre des services de PF. Donc toutes les nouvelles FS qui vont intégrer la PF seront équipées (400) afin de pouvoir offrir des services PF et de counseling de qualité. Il faut équiper 200 FS par année de 2014 à 2016. Un état des lieux de l'équipement des FS sera réalisé et celles qui ont besoin d'appui en équipement en bénéficieront. Le nombre de FS offrant déjà la PF et qui seront probablement équipées est estimé à 810 soit l'ensemble de celle qui vont intégrer les MLDA pendant la mise en œuvre du plan.

### **Entre 2014 et 2015:**

- Identification des besoins en matériel médical, y compris les mannequins, les kits d'insertion et de retrait d'implants et de DIU, dans toutes les formations sanitaires pouvant offrir la PF dans le pays,
- Identification des besoins en matériel médical nécessaire pour l'organisation des stratégies mobiles en PF au niveau des districts sanitaires,
- Procédures d'appel d'offre aux fournisseurs de matériel médical,
- Distribution du matériel médical dans les formations sanitaires selon les besoins.

### **Activité O2.11 : Accréditation des centres de stages pratiques au niveau régional et national**

Afin de s'assurer que les agents formés reçoivent une formation de qualité à tous les niveaux, le Mali se propose de sélectionner et d'accréditer des centres de santé pour être des structures de stages pratiques pour les formations continues et les formations de base. Ainsi, un consultant sera recruté pour développer les critères d'accréditation des centres de stages. Un renforcement de ces centres sera fait conformément aux suggestions du rapport du processus d'accréditation.

**En 2014 :**

- Recrutement d'un consultant pour faire l'accréditation des centres de stages,
- Développement des critères d'accréditation des centres de stages,
- Analyse de la situation des centres potentiels à accréditer,
- Validation du rapport de mission,
- Renforcement des centres pour répondre aux critères d'accréditation.

**Stratégie O3 : Renforcement des services PF destinés aux adolescent(e)s et jeunes**

Le diagnostic a permis de remarquer que dans la majorité des services de PF, les spécificités des jeunes ne sont pas prises en compte. Il s'agit de mieux les intégrer à travers des interventions mieux adaptées à leurs besoins en matière de SSR/PF. Ceci nécessite le renforcement des capacités des prestataires, la promotion d'activités intégrées de PF, de lutte contre le VIH et le sida voire de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes. Les activités prioritaires pour cette stratégie sont :

- Formation des prestataires de 25% des FS pour offrir des services de PF adaptés aux adolescents et jeunes,
- Organisation des journées de sensibilisation et d'offre de services intégrés de PF, de dépistage de l'infection à VIH et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les établissements scolaires, universitaires et sur les espaces de jeux,
- Création des centres adaptés aux jeunes dans la ville de Bamako et dans les autres régions,
- Mise à la disposition des adolescents(es) et jeunes de tous les produits contraceptifs y compris les préservatifs conformément au CPP du Mali.

**Activité O3.1 : Formation des prestataires de 25% des FS pour offrir des services de PF adaptés aux adolescents et aux jeunes**

Les structures les plus visitées et ayant un fort potentiel de recevoir les jeunes seront renforcées à travers les formations et les équipements. Les capacités des prestataires de 25% des FS (soit 350FS sur 1440 FS offrant la PF) pour offrir des services adaptés aux adolescents et jeunes. Un total de 700 prestataires sera formé à raison de 2 prestataires par formation sanitaire. Au total 5 sessions de 25 participants seront organisées en 2014, 2015 et 2016. Les supervisions seront organisées ainsi que l'évaluation de la performance des centres vis-à-vis de l'offre des services aux jeunes.

**En 2014 -2016 :**

- Elaboration/Adaptation des manuels de formation en prise en charge des jeunes et adolescents dans les FS offrant la PF,
- Recensement chaque année de 125 FS appropriées pour la prise en charge des adolescents et jeunes,
- Organisation annuelle de 5 sessions de formation de 5 jours de 25 prestataires en prise en charge des jeunes au niveau des chefs-lieux de régions,
- Suivi des activités de formation dans les régions,
- Renforcement de l'équipement des FS pour attirer plus d'adolescents et jeunes,
- Aménagement des services (espace horaire, activités, etc....) pour prendre en compte les besoins des jeunes,
- Supervision des prestataires formés,
- Evaluation de la performance des centres offrant des services aux adolescents et jeunes.

**Activité O3.2: Organisation des journées de sensibilisation et d'offre de services intégrés de PF, de dépistage de l'infection à VIH et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les établissements scolaires, universitaires et sur les espaces de jeux.**

L'offre des services de PF aux jeunes passera aussi par des journées spéciales de sensibilisation et d'offre de prestations intégrées dans les districts. Elle pourrait se faire en contractualisant avec les OSC qui s'occupent des questions de SR des adolescents(es). Elle sera organisée deux (2) fois par an et par région. Cette activité se déroulera continuellement de 2014 à 2018.

**De 2014-2018 :**

- Identification des OSC capables d'animer les journées de sensibilisation et de prestation de services,
- Contractualisation avec les OSC au niveau des régions sanitaires,
- Identification des localités qui seront ciblées (2 par année et par district),
- Mise en place des équipements y compris les produits pour l'offre de services pour l'évènement,
- Supervision des prestataires au cours de l'évènement,
- Suivi des activités des OSC dans l'offre de services aux jeunes y compris les sensibilisations.

**Activité O3.3 : Création des centres adaptés aux jeunes dans la ville de Bamako, les chefs-lieux de régions et autres villes.**

Il sera nécessaire de faire une évaluation des stratégies d'offre de services aux jeunes dans les centres adaptés dans le pays. Il sera procédé à la création de nouveaux centres dans les chefs-lieux des régions et autres villes:

**En 2014-2018 :**

- Evaluation de la performance des centres jeunes existant,
- Validation des résultats de l'évaluation,
- Identification des OSC capables de gérer les centres jeunes,
- Contractualisation avec les OSC appropriées pour la mise en œuvre,
- Renforcement des capacités des agents et de l'équipement des centres,
- Offre des prestations dans les différents centres,
- Suivi des activités des OSC dans les différents centres.

**Activité O3.4 : Mise à la disposition des adolescents(es) et jeunes de tous les produits contraceptifs y compris les préservatifs selon le Comprehensive Condom Programming (CCP) du Mali**

Le Mali a élaboré un programme CCP qui vise à mettre à la disposition des populations des préservatifs en quantité et en qualité. A travers ce plan, il sera nécessaire de mobiliser les ressources pour une mise en œuvre effective dudit plan principalement chez les jeunes et adolescents.

**Entre 2014-2018 :**

- Evaluation de l'accessibilité des adolescents et jeunes aux préservatifs,
- Validation des résultats de l'évaluation,
- Définition d'un système approprié d'approvisionnement des adolescents et jeunes en préservatifs,
- Renforcement des capacités des responsables des prestations chez les jeunes,
- Distribution des préservatifs aux adolescents et jeunes selon les mécanismes en place,
- Suivi des activités de distribution,
- Evaluation de la mise en œuvre du plan CCP.

#### **Stratégie O.4 : Renforcement de l'offre de services PF par le secteur privé**

Les chiffres d'offre de services de PF réalisés par le secteur privé sont porteurs d'espoir et prouvent que ce secteur doit être très impliqué afin d'obtenir de meilleurs résultats. Il est alors nécessaire de faire en sorte qu'un grand nombre de cliniques privées soient franchisées. Mais avant, il faudra un cadre de coopération bien défini qui permettra aux autorités d'avoir les données de ces centres et de s'assurer de la qualité des prestations. Au cours de la mise en œuvre de ce plan, il faudra franchiser au moins une centaine de cliniques privées. Les activités prioritaires sont :

- Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'implication du secteur privé dans les prestations de services PF,
- Extension de la franchise sociale par la contractualisation avec les FS privées dans toutes les régions,
- Extension de l'offre des services PF de qualité dans les centres associatifs offrant des services de prise en charge aux Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) et autres populations clés.

#### **Activité O4.1: Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'implication du secteur privé dans les prestations de services PF**

Il sera élaboré de façon consensuelle une stratégie d'implication des OSC et du secteur privé dans les prestations de services PF. Cette stratégie permettra d'harmoniser la collaboration entre le secteur public et le secteur privé sur toute l'étendue du territoire. L'activité sera réalisée en 2014.

#### **En 2014:**

- Recrutement d'un consultant pour une durée de 20 jours pour l'élaboration du draft de document de stratégie de partenariat entre le secteur privé lucratif, les OSC et le secteur public,
- Organisation d'une réunion d'une journée regroupant 50 participants pour la validation du document de stratégie de partenariat avec le secteur privé lucratif et les OSC,
- Reproduction et diffusion de la stratégie,
- Suivi de la mise en œuvre de la stratégie par l'ensemble des acteurs.

#### **Activité O4.2 : Extension de la franchise sociale par la contractualisation avec les FS privées dans toutes les régions**

Afin de permettre une plus grande offre de services PF par les formations sanitaires du secteur privé, le plan d'action propose une contractualisation

avec 100 cliniques privées supplémentaires. Cette action concernera 20 cliniques privées en moyenne par an de 2014 à 2018.

**De 2014-2018 :**

- Identification de 20 cliniques privées par an pour offrir les services de PF,
- Renforcement des capacités de 40 personnes par an (à raison de 2 personnes par structure choisie pour la franchise sociale et 20 structures par an),
- Contractualisation avec les cliniques privées et les OSC identifiées,
- Suivi de l'offre des services dans les cliniques privées et OSC ciblées,
- Respect des clauses de la stratégie de partenariat avec le secteur privé.

**Activité O4.3: Renforcement de l'offre des services PF de qualité dans les centres associatifs offrant des services de prise en charge aux PVVIH et autres populations clés.**

Assurer l'offre des services PF de qualité dans les centres offrant des services de prise en charge des PVVIH et autres populations clés (travailleuses de sexe, usagers de drogues, prisonniers, etc.) de 2014 à 2015. Cette activité permettra de rapprocher les produits PF des populations qui n'ont pas accès aux autres structures de soins pour des raisons diverses. Le plan prévoit de coopérer avec 30 structures à raison de 15 par an.

**De 2014-2015 :**

- Identification par année de 15 structures très fréquentées de prise en charge des Populations Hautement Vulnérables,
- Identification par année de 2 prestataires qualifiés par structure pour la formation en technologie contraceptive,
- Organisation par année de 2 sessions de 12 jours regroupant 15 participants par session,
- Organisation des supervisions au niveau des structures impliquées,
- Suivi de l'offre des services de PF au sein des structures.

**De 2016-2018 :**

- Organisation des supervisions au niveau des structures impliquées,
- Suivi de l'offre des services de PF au sein de ces structures.



## **Stratégie O.5 : Sécurisation des produits contraceptifs**

Depuis le début des programmes de PF, le souci du gouvernement et de tous les partenaires est de s'assurer que les communautés et les clients auront accès aux produits contraceptifs de qualité au bon moment et au bon endroit. Plusieurs logiciels ont été développés pour aider les gestionnaires à faire des estimations très fidèles des besoins en contraceptifs du pays (PIPELINE, CHANNEL, etc.) Vers les années 2008, les pays ont reçu des appuis techniques de l'UNFPA pour faire des analyses de la situation des produits de SR dont les contraceptifs et élaborer des plans en fonction des résultats de l'analyse. Le Mali est à son deuxième plan, après celui de 2009-2013.

Afin de remédier aux problèmes de ruptures de stocks, il y a lieu d'assurer la sécurisation des produits contraceptifs en garantissant leur disponibilité surtout aux points d'accès. Il faudra mettre en place un mécanisme pour s'assurer que l'approvisionnement et la distribution des produits de la Pharmacie Population du Mali (PPM) vers les dépôts régionaux se déroulent sans grande difficultés. La distribution respectera le schéma directeur mis en place par la PPM. Il sera nécessaire de renforcer les capacités des acteurs en gestion logistique des produits contraceptifs sur la base du CHANNEL à travers les formations et les supervisions afin de minimiser les cas de ruptures relevés au cours de l'analyse. Les activités qu'il faudra mettre en œuvre sont :

- Assurer la disponibilité des contraceptifs en quantité et en qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des points de prestation,
- Organisation de supervisions régulières afin de s'assurer de la disponibilité des produits,
- Formation en gestion logistique des produits contraceptifs en se servant du logiciel CHANNEL,
- Validation du plan stratégique SPSR du Mali 2014-2018.

### **Activité O5.1: Mise à disposition des contraceptifs en quantité et en qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les points de prestation**

Il faut assurer la disponibilité des produits contraceptifs dans toutes les régions, districts sanitaires, formations sanitaires et autres points d'accès (ASC, RC). Pour y parvenir, il y a lieu de fournir les moyens de transport et d'entreposage nécessaires pour garantir l'offre permanente des méthodes contraceptives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, tout en évitant les ruptures et excédents de stocks. Cette activité se déroulera pendant toute la durée du Plan.

## **De 2014-2018 :**

- Estimation précise des besoins annuels en différents produits contraceptifs à l'occasion des ateliers semestriels sur les tableaux d'acquisition des contraceptifs (TAC),
- Acquisition des produits contraceptifs en quantité suffisante selon les prévisions des ateliers d'élaboration des Tableaux d'Acquisition des Contraceptifs (TAC),
- Organisation de l'approvisionnement et de la distribution semestrielles des dépôts régionaux par la PPM,
- Approvisionnement trimestriel des Dépôts Répartiteurs de Cercles (DRS) des districts sanitaires,
- Approvisionnement mensuel des formations sanitaires selon l'ampleur des besoins (y compris les ASC et les relais),
- Evaluation hebdomadaire de la situation des stocks et de la disponibilité des produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### **Activité O5.2: Organisation de supervisions régulières afin de s'assurer de la disponibilité des produits**

Il faudra effectuer des supervisions semestrielles du niveau central vers les magasins régionaux et des supervisions trimestrielles des régions vers les DRC des districts pour vérifier l'utilisation du logiciel de gestion des produits contraceptifs, la disponibilité des produits et assurer l'approvisionnement. Cette activité va se réaliser durant toute la période du Plan (2014 à 2018).

- **Au niveau PPM vers les dépôts régionaux:**
  - Organisation annuelle de 2 missions de supervision de 2014 à 2018 par région soit 16 missions par an,
- **Au niveau des régions vers les districts:**
  - Organisation annuelle de 4 missions de supervision de 2014 à 2018 par district sanitaire, soit 224 missions par an,
- **Au niveau des districts sanitaires vers les points de prestation,**
  - Organisation de 4 visites de supervision par année de 2014 à 2018 par centre de santé offrant la PF soit 7 080 visites par an,
  - Mise en place d'une flotte de téléphonie mobile pour centraliser les informations sur les niveaux des stocks de produits contraceptifs des points de prestation vers les districts, les régions et la PPM de façon hebdomadaire.

**Activité 05.3: Formation en gestion logistique des produits contraceptifs en se servant du logiciel CHANNEL**

Pour s'assurer que les produits seront disponibles au niveau des points de prestation, les gestionnaires doivent avoir des compétences en gestion logistique. Des formations seront organisées à l'intention des gestionnaires de dépôts des produits contraceptifs au niveau des districts sanitaires et des points de prestation en gestion logistique afin qu'ils puissent remplir pleinement leurs missions de contribution à la sécurisation des produits contraceptifs. Il s'agira de former les agents du niveau central et régional soit (20) gestionnaires des pharmacies. Au niveau des 56 districts sanitaires, au moins une personne par centre sera formée. A la fin du processus, les agents de santé des points de prestation seront également formés au niveau des régions.

**En 2014:**

- Identification des agents à former dans les districts sanitaires, les régions et au niveau central,
- Organisation de 4 ateliers interrégionaux de 22 personnes par atelier pendant 5 jours pour la formation en gestion logistique des produits contraceptifs des responsables à tous les niveaux,
- Organisation du suivi des formations en gestion logistique.

**En 2015- 2016 :**

- Organisation des formations en gestion logistique des produits contraceptifs dans les districts à l'intention des DTC et Gérant DV soit deux agents par point de prestation.

**Activité 05.4 : Validation et mise en œuvre du nouveau plan révisé de sécurisation des produits SR pour la période 2014-2018**

Le ministère de la santé et de l'hygiène publique dispose d'un plan national de sécurisation des produits SR pour la période 2014-2018 qu'il faudra valider et mettre en œuvre en complément au présent plan d'action national de planification familiale.

**En 2014:**

- Organisation d'un atelier de validation du plan révisé de sécurisation des produits SR 2014-2018,
- Mise en œuvre du plan SPSR.

## **En 2015- 2018 :**

- Mise en œuvre du plan SPSR,
- Evaluation à mi-parcours du plan SPSR en 2016,
- Evaluation finale du plan SPSR en 2018.

### **5.3- Stratégies et activités pour rendre l'environnement habilitant pour les services de PF**

#### **Stratégie E1 : Plaidoyer envers les décideurs influents**

La réussite des programmes de PF passe par des engagements forts des décideurs à tous les niveaux. Il s'avère nécessaire de poursuivre le plaidoyer envers les religieux, les chefs de villages, les notables, les élus locaux, les décideurs administratifs des ministères et institutions de la République, ainsi que les parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF. Les activités préconisées sont les suivantes :

- Élaboration/Révision des outils performants de plaidoyer (Engage, RAPID, RAPID Femmes),
- Plaidoyer en direction des élus locaux, des chefs de villages et notables en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et leur contribution à la mobilisation des ressources,
- Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF,
- Plaidoyer auprès des parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF.

#### **Activité E1.1 : Élaboration/Révision des outils performants de plaidoyer (Engage, RAPID, RAPID Femmes)**

Les décideurs et leaders d'opinion influents n'ayant pas toujours des impressions et attitudes favorables à la promotion de la PF au Mali, il y a lieu d'élaborer des outils performants pour soutenir les efforts de plaidoyer en leur direction. L'élaboration des outils RAPID a été déjà faite ; il sera nécessaire de les réviser sous toutes leurs formes (générique, religieux, femmes). Il sera important de produire aussi l'outil "Engage" avec l'appui de Population Référence Bureau.

**En 2014:**

- Organisation d'un atelier de 12 jours regroupant 50 participants pour réviser et valider les outils de plaidoyer RAPID en faveur de la PF avec les différentes cibles,
- Finalisation et reproduction du document de plaidoyer pour une large diffusion,
- Organisation d'une journée de présentation du document aux autorités du Mali.

**En 2015 :**

- Élaboration de l'outil «Engage» avec IDEA,
- Organisation d'une journée nationale de présentation de l'outil aux décideurs politiques,
- Dissémination des outils RAPID au niveau des régions et districts.

**Activité E1.2: Plaidoyer en direction des élus locaux, des chefs de villages et notables en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et leur contribution à la mobilisation des ressources**

Etant donné que les chefs de villages, les notables, les leaders d'opinion et élus locaux sont parmi des leaders influents capables d'appuyer les efforts de promotion de la PF, il y a lieu de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et les mettre à contribution dans la mobilisation des ressources et des communautés. Elle sera réalisée entre 2014 et 2016:

**En 2014:**

- Identification des OSC capables de conduire les activités de plaidoyer,
- Organisation de 3 ateliers interrégionaux de formation de 140 formateurs (2 par district sanitaire, 2 par région et 10 au niveau central) pendant 3 jours avec pour objectif l'élaboration des plans d'action de plaidoyer des districts sanitaires,
- Organisation de soixante trois (63) sessions de plaidoyer d'une journée dans les districts sanitaires et communes de Bamako regroupant au moins 30 personnes,
- Suivi de la mise en œuvre des plans d'action des districts sanitaires.

**En 2016 :**

- Organisation de soixante trois (63) sessions de plaidoyer d'une journée dans les districts sanitaires regroupant au moins 50 personnes,
- Suivi de la mise œuvre des plans d'action des districts sanitaires.

**Activité E1.3 : Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la République) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF**

Les décideurs administratifs constituent parfois des obstacles à la mise œuvre des programmes de PF d'où la nécessité de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF. Le plan se propose de cibler environ 150 décideurs administratifs de divers ministères et institutions de la République entre 2014 et 2015.

**Entre 2014 – 2015:**

- Identification d'une OSC ou ONG capable de conduire le plaidoyer en direction des décideurs administratifs des ministères clés et institutions de la République,
- Contractualisation avec l'OSC ou l'ONG identifiée,
- Identification des décideurs administratifs des ministères clés et institutions de la République,
- Organisation de trois (3) sessions de 50 participants pour présenter le document de plaidoyer aux décideurs,
- Présentation d'une déclaration d'engagement,
- Suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer.

**Activité E1.4 : Plaidoyer auprès des parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF**

Les parlementaires constituent des décideurs influents capables, d'une part, de mener des sensibilisations dans leurs circonscriptions électorales, et d'autre part, d'influencer les votes de budget à l'Assemblée Nationale et d'exercer un contrôle de l'action gouvernementale, d'où la nécessité de conduire en leur direction un plaidoyer soutenu en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF. Cette activité pourrait se faire entre 2014 et 2016.

**En 2014:**

- Organisation d'une journée de concertation avec le Réseau Malien des Parlementaires sur la Population et le développement (REMAPOD),
- Organisation d'une session de plaidoyer au niveau de l'Assemblée Nationale, suivie de l'élaboration d'un plan d'action,
- Suivi de la mise en œuvre du plan d'action des parlementaires en faveur de la PF,
- Mise en place d'une organisation des anciens parlementaires champions en PF pour appuyer les actions de plaidoyer.

**En 2015-2016 :**

- Organisation d'une session de plaidoyer à l'Assemblée nationale, suivie de l'élaboration d'un plan d'action une fois par an,
- Suivi de la mise en œuvre du plan d'action.

**Stratégie E2: Renforcement des connaissances des différents acteurs sur les droits de la femme en SR/PF**

La Loi SR est un texte adopté avec des textes d'applications à travers lesquels le Mali exprime son attachement aux droits de la femme. Malheureusement cette loi reste peu connue. Afin de permettre aux femmes en particulier et à la population en général de mieux connaître cette loi, il est prévu de le disséminer à travers le pays. Les principales activités sont les suivantes :

- Dissémination de la loi SR du Mali et du guide de l'OMS sur les droits humains et la contraception,
- Développement des compétences des prestataires sur les droits de la femme en SR/PF.

**Activité E2.1 : Dissémination de la loi SR à travers le pays**

La loi SR bien que votée il y a plus de dix ans, reste peu connue par les populations maliennes. Après l'adoption des textes d'application de cette loi, elle sera appliquée par le législateur. Il sera donc très important de la disséminer afin de permettre aux différents acteurs surtout les communautés de mieux la connaître.

**En 2014:**

- Traduction de la loi SR en différentes langues écrites du pays,
- Reproduction des documents traduits,
- Organisation des réunions de dissémination de la loi SR dans les chefs-lieux de district sanitaire,
- Organisation des réunions de sensibilisation avec les groupes spécifiques de la population (groupements des femmes, organisations paysannes, organisations des jeunes),
- Suivi de la mise en œuvre des activités.

**En 2015 :**

- Organisation des réunions de sensibilisation avec les groupes spécifiques de la population (groupements des femmes, organisations paysannes, organisations des jeunes).

### **Activité E2.2 : Développement des compétences des prestataires sur les droits de la femme en SR/PF**

Les prestataires des services de SR/PF en général n'ont pas assez de notions sur les droits de la femme. Pour les femmes elles mêmes, la situation est plus critique. Il sera profitable de renforcer les capacités des prestataires sur les droits de la femme afin de les intégrer dans les causeries et le counseling dans le domaine de la SR et la Planification familiale.

#### **De 2014 à 2018 :**

- Recrutement d'un consultant pour l'élaboration d'un module de formation des prestataires sur les droits de la femme,
- Organisation d'un atelier national de validation du module de formation,
- Organisation d'un atelier national de formation des formateurs régionaux sur les droits de la femme,
- Organisation des ateliers régionaux de formation des prestataires des services de SR/PF sur les droits de la femme,
- Suivi de l'organisation des formations des prestataires au niveau des régions.

### **Stratégie E.3 : Plaidoyer pour l'adoption d'une politique de tiers payant au cours de l'offre des services de PF aux adolescentes et aux femmes démunies**

Les coûts fixés pour la cession des contraceptifs aux utilisatrices de la PF par le gouvernement ne sont pas toujours appliqués dans toutes les formations sanitaires. Les coûts appliqués dans ces cas sont élevés et constituent de ce fait un obstacle à l'accès aux services surtout pour les adolescentes et les femmes démunies. Malheureusement les contraceptifs ne sont pas pris en compte dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Il sera nécessaire de trouver un canal pour que ces populations avec un faible revenu bénéficient de la politique du tiers payant. Pour cette stratégie une seule activité prioritaire à été retenue ; il s'agit de mener un plaidoyer auprès des décideurs influents pour l'institutionnalisation d'une politique de tiers payant au cours de l'offre des services PF aux adolescentes et aux femmes démunies.

#### **Activité E3.1: Plaidoyer auprès des décideurs influents pour l'institutionnalisation d'une politique de tiers payant au cours de l'offre des services PF aux adolescentes et aux femmes démunies**

Pour permettre aux adolescentes et aux femmes financièrement démunies d'avoir accès aux services de PF de qualité, il est nécessaire de trouver un tiers payant. Pour ce faire un plaidoyer intensif sera fait en direction des



responsables du ministère des finances et de l'économie, des partenaires techniques et financiers et des autres acteurs pour identifier ceux qui sont décidés à apporter leurs contributions.

**Entre 2014 et 2018 :**

- Recrutement d'une ONG capable de mener le plaidoyer auprès des différents acteurs,
- Développement d'un plan de plaidoyer,
- Mise en œuvre du plan de plaidoyer,
- Suivi et documentation des résultats du plan de plaidoyer,
- Organisation d'une réunion de négociation entre le gouvernement et les PTF pour trouver l'organisation qui payera les coûts des produits,
- Adoption d'un texte administratif instituant la politique de tiers payant en matière de PF au Mali destinée aux adolescentes et aux femmes démunies.

**Stratégie E.4 : Plaidoyer pour l'augmentation et la diversification du financement de la PF, incluant la contribution de l'État et l'harmonisation des coûts**

Il ressort du diagnostic de la PF au Mali que le financement de l'État est faible par rapport à celui des PTF. Afin d'y remédier, il importe d'une part, d'organiser une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources et d'initier un fonds national pour le financement de la PF, et d'autre part de faire un plaidoyer en direction des membres du gouvernement et des parlementaires pour l'augmentation du budget de l'État alloué à la PF. Les principales activités sont les suivantes :

- Organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources,
- Initiation d'un fonds spécifique pour le financement de la santé de la mère et de l'enfant,
- Plaidoyer en direction des membres du gouvernement pour accroître leur engagement en faveur de la PF et l'augmentation des ressources de l'État allouées à la PF,
- Plaidoyer auprès des maires pour encourager la mobilisation des ressources locales en faveur de la PF,
- Plaidoyer auprès des parlementaires en vue de l'augmentation du budget alloué à la PF.

**Activité E4.1: Organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources**

L'organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources devrait offrir au Mali l'occasion de faire contribuer toutes les parties prenantes au financement de son plan d'action PF 2014-2018. Cette activité devrait se réaliser dès la fin de l'affinement du plan.

**En 2014 :**

- Mise en place d'un comité pour préparer la réunion de mobilisation des ressources,
- Organisation des réunions techniques de préparation du plaidoyer,
- Animation de la journée de plaidoyer,
- Suivi des engagements pris à la journée de plaidoyer.

**Activité E4.2: Initiation d'un fonds spécifique pour le financement de la santé de la mère et de l'enfant**

Dans le but de diversifier les sources de financement de la PF et les élargir au financement privé, il s'avère nécessaire d'initier un fonds spécifique pour le financement de la santé de la mère et de l'enfant. Ce fonds sera mobilisé auprès du secteur privé lucratif. Cette activité pourrait se réaliser en 2015.

**En 2015 :**

- Recrutement de deux (2) consultants nationaux pour 20 jours pour développer la stratégie de mise en place d'un fonds national pour la santé de la mère et de l'enfant,
- Organisation d'une réunion de haut niveau pour valider la stratégie,
- Adoption des textes juridiques instituant le fonds national de la santé de la mère et de l'enfant au Mali,
- Mise en place des organes de gestion du fonds national pour la santé de la mère et de l'enfant au Mali.

**Activité E4.3: Plaidoyer en direction des membres du gouvernement pour accroître leur engagement en faveur de la PF et l'augmentation des ressources de l'État allouées à la PF**

Le financement de l'Etat malien alloué à la PF étant particulièrement faible, en comparaison avec d'autres pays, il importe d'initier un plaidoyer en direction des membres du gouvernement en vue de l'augmentation du budget national alloué à la PF à travers une ligne budgétaire spécifique. Ledit plaidoyer gagnerait à être fortement appuyé par les OSC. Cette activité se fera de façon continue de 2014 à 2018.

**De 2014- 2018 :**

- Organisation d'une réunion avec les OSC pour définir un plan de plaidoyer,
- Constitution d'une équipe de personnes ressources capables de conduire le plaidoyer envers les membres du gouvernement,
- Organisation d'une session de plaidoyer à l'endroit des membres du gouvernement et institutions de la République soit 50 personnes suivie de déclarations et d'engagements (Ministères de l'économie et des finances, du Plan et de la prospective, de l'enseignement, de la Jeunesse et des sports, de la Promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, Haut Conseil des Collectivités, etc...),
- Suivi de la mise en œuvre des engagements pris lors des sessions de plaidoyer.

**Activité E4.4 : Plaidoyer auprès des maires pour susciter la mobilisation des ressources locales en faveur de la PF**

**Les maires** étant des gestionnaires des communes, un plaidoyer sera fait à leur niveau pour s'assurer qu'ils vont contribuer à la mobilisation des ressources locales pour le financement de la PF dans leurs zones d'administration. Cette activité sera réalisée en partenariat avec l'association des maires du Mali durant toute la période du plan d'action.

**De 2014 à 2018:**

- Contractualisation de l'activité avec l'association des maires du Mali,
- Finalisation de l'outil de plaidoyer adapté aux maires,
- Développement des compétences des acteurs désignés,
- Organisation d'une session de plaidoyer ciblant les maires de 20 communes par années,
- Suivi des activités des maires sur le terrain.

**Activité E4.5 : Plaidoyer auprès des parlementaires en vue de l'augmentation du budget alloué à la PF**

Les parlementaires étant impliqués dans le processus de vote du budget de l'Etat, il est nécessaire d'initier un plaidoyer à leur endroit en vue de négocier une augmentation du budget national alloué à la PF. Ledit plaidoyer gagnerait à être fortement appuyé par les OSC. Cette activité est à réaliser de façon continue de 2014 à 2018 avant le vote du budget.

### **De 2014 à 2018:**

- Organisation d'une session de formation des membres de la Commission Santé du Parlement et du Réseau Malien des Parlementaires pour la Population et le Développement sur la SR/PF,
- Organisation d'une session de plaidoyer ciblant les membres de la commission finance de l'Assemblée Nationale en vue de l'augmentation du budget de l'état alloué à la PF,
- Appui à la mise en œuvre du plan d'action adopté par les parlementaires.

### **5.4- Stratégies et activités en vue de l'amélioration du suivi et de la coordination des interventions en PF**

Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) est le document national de programmation du secteur de la santé et du développement social, de la femme, de l'enfant et de la famille. Il reste le cadre de référence de haut niveau pour ce plan d'action qui va contribuer à l'atteinte de l'objectif national défini dans ce document en matière de planification familiale (20% d'ici 2023).

Le PRODESS décline les interventions du PDDSS en plan quinquennal. De ce fait il constitue un cadre unique de programmation, de mise en œuvre et de suivi des interventions dans le secteur de la santé et du développement social. C'est dans ce cadre que le plan stratégique SR et présent plan d'action PF ont la même périodicité que le PRODESS.

Le Plan Stratégique SR est l'outil qui permet de définir les principaux axes permettant de réaliser les objectifs du PRODESS dans le domaine de la santé de la reproduction. La PF y est alors décrite comme l'une des stratégies pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

Le Plan d'Action National PF est l'outil opérationnel qui définit les principales interventions à mettre en œuvre ainsi que les échéances selon l'axe PF du plan stratégique SR. Donc ce plan d'action s'inscrit dans la logique de la programmation depuis le niveau central jusqu'au niveau périphérique. Le suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action se fera alors à travers les organes du PRODESS. Toutefois un fort leadership sera nécessaire pour veiller à l'opérationnalisation effective du plan d'action et à la cohérence de l'ensemble des interventions.

La mise en œuvre de ce plan aura besoin du soutien de tous les acteurs gouvernementaux à commencer par la Présidence de la République, la Primature, les ministères de l'économie et des finances et celui du plan et de la prospective. Les ministères clés dans la mise en œuvre seront celui de la santé

et de l'hygiène publique, de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfance, du travail, des affaires sociales et humanitaires, de l'éducation nationale, de la communication et de la culture, de la jeunesse et du sport, de l'agriculture, etc. En général ce plan est un document multisectoriel et sa mise en œuvre doit en tenir compte afin d'avoir les résultats escomptés.

### **Stratégie C1: Suivi régulier et systématique des activités de PF**

Il ressort du diagnostic que le Comité technique du PRODESS est l'autorité de coordination des interventions en santé y compris la PF. Mais la PF n'est qu'un objectif de santé parmi une multitude d'autres. Toutefois, la PF étant l'un des piliers de réduction de la mortalité maternelle, son rôle dans la réussite des objectifs nationaux mentionnés par le PDDSS et la Politique Nationale de Population, accroît l'importance de la coordination de ce programme. Ainsi, le «plan d'action national de la PF 2014-2018» offre une opportunité de suivi et d'évaluation des différents objectifs de PF. Pour parvenir à une mise en œuvre adéquate, il faudra exécuter les activités suivantes :

- Organisation des rencontres semestrielles du comité technique du PRODESS et les réunions trimestrielles du groupe de travail multisectoriel sur la PF,
- Organisation du suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire,
- Organisation des supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire,
- Organisation du suivi de la contractualisation des prestations PF au niveau des OSC et du secteur privé,
- Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus,
- Mise en œuvre d'un programme de financement basé sur la performance.

#### **Activité C1.1: Organisation de rencontres semestrielles du comité technique du PRODESS et les réunions trimestrielles du groupe de travail multisectoriel sur la PF**

La mise en œuvre du plan stratégique s'est effectuée à travers la Direction Nationale de la Santé. Toutefois le suivi et la coordination sont assurés à travers les organes de coordination d'orientation et de suivi-évaluation du PRODESS, à savoir:

- Les conseils de gestion au niveau cercle et commune du district de Bamako présidés par le représentant de l'Etat ;

- Le comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS (CROCEP) présidé par le gouverneur de Région ;
- Le comité de pilotage présidé par les trois secrétaires généraux des ministères de la santé et de l'hygiène publique, du Ministre de la solidarité, de l'action humanitaire et de la reconstruction du Nord et du ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et avec pour vice président le directeur de la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé et Sociale (CPS/SS);
- Le comité technique du PRODESS coprésidé par les trois secrétaires généraux du ministère de la santé et de l'hygiène publique, du ministère du travail, des affaires sociales et humanitaires et du ministère de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant, le chef de file des PTF et le représentant de la société civile ;
- Le comité de suivi du PRODESS coprésidé par les trois ministres (ministre de la santé et de l'hygiène publique, ministre du travail, des affaires sociales, humanitaire, et ministre de la famille et de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille), le chef de file des PTF et le représentant de la société civile.

Il existe un groupe thématique « santé de la Reproduction » du PRODESS avec comme président la DNS et comme vice président un représentant des PTF puis le groupe de travail multisectoriel PF.

Le suivi de la mise en œuvre de ce plan sera assuré par le comité technique du PRODESS et le groupe de travail multisectoriel PF au niveau central. Au niveau régional et district, il s'agira respectivement du CROCEP et du conseil de gestion.

Une organisation optimale du suivi aux différents niveaux de gestion nécessitera des réunions périodiques de revue des activités du plan d'action PF. Cette activité se fera de façon continue de 2014 à 2018.

### **De 2014 à 2015 :**

- Organisation des réunions semestrielles du comité technique du PRODESS,
- Organisation des réunions trimestrielles du groupe de travail multisectoriel sur la PF.

### **Activité C1.2 : Organisation du suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire**

Pour atteindre les objectifs du présent plan d'action national de PF, le suivi sera un élément important à tous les niveaux. Il faudra renforcer les organes du PRODESS qui assureront ce suivi tant au niveau central, intermédiaire qu'opérationnel. En plus des organes, le respect des périodicités des réunions sera aussi crucial afin d'apprécier les progrès et de déterminer les stratégies à envisager.

#### **De 2014 à 2015 :**

- Organisation des réunions trimestrielles de suivi des interventions au niveau de chaque région avec en moyenne 20 participants par région sous la responsabilité du comité régional de suivi des interventions en PF (le DRS, Direction Régionale de la Promotion de la Femme, Direction Régionale du Développement Social, les médecins-chef de district sanitaires, le responsable SIS de la Région, les représentants des OSC clés en PF et les représentants des PTF dans la région),
- Organisation des réunions mensuelles sur la PF couplées aux réunions de l'équipe du district sanitaire pour le suivi des interventions en santé au niveau de chaque district sanitaire (Directeurs Techniques des Centres (DTC), Représentant des ASACO, Chargé de santé des conseils communaux, membres de l'équipe cadre du district sanitaire, OSC),
- Organisation des réunions mensuelles dans les aires de santé entre les équipes des CSCOM, les ASC, Relais Communautaire, les présidents ASACO, les Maires et les représentants des OSC,
- Réalisation des audits comptables une fois tous les ans et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

### **Activité C1.3: Organisation des supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire**

Des supervisions au niveau des points de prestation permettront d'assurer une nette amélioration en quantité et en qualité des services PF au Mali. Cette activité sera menée de façon continue de 2014 à 2018.

#### **De 2014 à 2018 :**

- Organisation de sorties semestrielles de suivi/supervision de 5 jours du niveau national vers le niveau régional par 2 agents de la DSR (Sans les délais de route),

- Organisation de sorties trimestrielles de suivi/supervision de 5 jours par le niveau régional vers les districts sanitaires par une équipe de 2 personnes de la région (Sans les délais de route),
- Organisation de sorties trimestrielles des supervisions d'un jour par 2 personnes de l'équipe du district sanitaire vers les CSCOM et les cliniques privées,
- Organisation de sorties mensuelles de supervision d'un jour des agents des CSCOM vers les ASC et RC,
- Organisation de supervisions internes dans chaque formation sanitaire une fois par mois.

**Activité C1.4: Organisation du suivi de la contractualisation des prestations PF au niveau des OSC et du secteur privé**

Afin de s'assurer d'une bonne mise en œuvre des activités confiées aux OSC et au secteur privé dans le cadre du plan d'action de repositionnement de la PF 2014-2018, il est important d'effectuer un suivi de l'exécution des contrats signés entre les PTF ou l'Etat et les ONG et structures privées impliquées. Cette activité se fera de façon continue de 2014 à 2018.

**De 2014 à 2018 :**

- Organisation d'une réunion d'une journée regroupant 30 personnes du ministère de la santé et de l'hygiène publique, des OSC offrant les services de PF et du secteur privé semestriellement pour discuter de la mise en œuvre des interventions en PF ;
- Organisation de supervisions mensuelles des activités mises en œuvre sur la base des contrats avec les OSC et le secteur privé à travers les CSCOM.

**Activité C.1.5: Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus**

Le plan d'action national budgétisé de planification familiale a prévu des indicateurs de suivi. Il faudra que ces indicateurs soient renseignés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Cette activité se déroulera de 2014-2018.

**De 2014 à 2018 :**

- Renseignement des indicateurs au niveau des districts sanitaires tous les mois,
- Renseignement des indicateurs au niveau des régions une fois tous les trois mois,
- Renseignement des indicateurs du plan d'action national de la PF une fois par semestre.



### **Activité C.1.6 : Mise en œuvre d'un programme de financement basé sur la performance**

Dans le cadre de ce plan d'action PF, les régions et les districts connaissent les résultats qui sont attendus d'eux chaque année. Pour motiver les acteurs de terrain, le ministère de la santé et de l'hygiène publique et les PTF intervenant dans la PF vont instituer un plan de financement basé sur la performance. La performance sera basée sur l'ampleur des activités mise en œuvre et leur impact sur les services de PF.

#### **En 2014 :**

- Recrutement d'un consultant international pour contribuer à l'élaboration du plan de financement basé sur la performance,
- Validation du document,
- Organisation d'une réunion de motivation des districts et régions performants dans la mise en œuvre du plan.

#### **De 2015-2018 :**

- Organisation d'une réunion de motivation des districts et régions performants.

### **Stratégie C2: Renforcement du mécanisme de collecte d'informations sur la PF de tous les secteurs**

La coordination, la gestion et le suivi sur la base d'un mécanisme unique de collecte des données est nécessaire pour s'assurer que la mise en œuvre du plan permet d'évoluer vers les objectifs. Le Plan d'action PF 2014-2018 fournit une excellente occasion d'arriver à un accord entre toutes les parties au sujet d'un mécanisme unique de collecte d'information au niveau national et régional. Cette opportunité permettra aussi d'évaluer le Plan à mi-parcours et à la fin, de réaliser des recherches opérationnelles en PF, de documenter les meilleures pratiques et les cas de succès semestriellement. Il sera aussi possible de passer en revue les activités de PF sous le haut patronage du Président de la République. Pour réaliser la stratégie, les activités suivantes seront à exécuter :

- Mise en place d'un plan de suivi-évaluation du plan national de PF,
- Mise à jour et multiplication des supports de collecte de données dans toutes les formations sanitaires,
- Évaluation du Plan d'Action PF 2014-2018 à mi-parcours et à la fin,
- Organisation de recherches opérationnelles en PF,

- Documentation des meilleures pratiques et cas de succès sur une base semestrielle,
- Revue des activités de PF au niveau des districts et des régions,
- Revue des activités de PF au niveau national sous le haut patronage du Président de la République ou du Premier Ministre.

**Activité C2.1 : Mise en place d'un plan de suivi-évaluation du plan d'action national de PF**

Afin d'assurer une documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus, un plan de suivi évaluation sera élaboré et un agent de suivi-évaluation sera recruté.

**En 2014:**

- Recrutement d'un consultant pour élaborer un plan de suivi-évaluation pour la PF,
- Organisation d'un atelier de 2 jours avec 50 personnes pour la validation du plan de suivi- évaluation pour la PF,
- Recrutement d'un agent de suivi-évaluation pour la PF au profit de la DSR.

**Activité C2.2 : Mise à jour et multiplication des supports de collecte de données pour toutes les formations sanitaires**

Les formations sanitaires ont besoin d'une quantité suffisante de supports pour la collecte quotidienne de données. Les centres de santé seront approvisionnés annuellement. Le secteur privé également en bénéficiera. Des formations seront organisées dans les districts au profit des agents en charge de la collecte des données. L'exécution se fera comme suit:

**En 2014 :**

- Révision des outils de collecte des données,
- Reproduction des outils harmonisés de collecte des données avec l'appui du SIS,
- Organisation d'un atelier de trois (3) jours pour former les formateurs des régions sur l'utilisation des supports adaptés à raison de 2 représentants par région et 4 représentants de la DNS (1 cadre de la DANS, 2 cadres de la DSR, 1 cadre du SIS),
- Organisation d'un atelier de trois (3) jours par district sanitaire (56 ateliers) pour former les agents sur l'utilisation des supports harmonisés,

- Organisation des missions une fois par trimestre pour valider les données au niveau des districts sanitaires (1 expert en suivi/évaluation PF à raison de 1 jour par district sanitaire).

**De 2015 à 2018 :**

- Organisation des missions une fois par trimestre pour valider les données au niveau des districts sanitaires (1 expert en suivi/évaluation PF à raison de 1 jour par district sanitaire).

**Activité C2.3: Évaluation du Plan d'Action PF 2014-2018 à mi-parcours et à la fin**

Tout en tenant compte du Plan de Suivi et évaluation du PRODES, le plan d'action national PF 2014-2018 doit être évalué à mi-parcours (2016) et à la fin (2018) par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Des ajustements pourraient ainsi être apportés au plan lors de son évaluation à mi-parcours (activités jugées inefficaces, nouvelles opportunités, etc.).

**En 2016 et 2018 :**

- Recrutement de deux (2) consultants pour 20 jours pour l'évaluation du plan d'action national de la PF 2014-2018 à mi-parcours (2016) et à la fin (2018),
- Organisation de 2 ateliers d'un jour pour discuter des résultats de l'évaluation à mi-parcours et finale à savoir un atelier en 2016 et un autre en 2018,
- Révision du Plan d'Action National de la PF 2014-2018 en 2016,
- Recherche de financement pour l'élaboration d'un nouveau plan d'action PF 2019-2023.

**Activité C2.4: Organisation de recherches opérationnelles en PF**

Le plan prévoit la réalisation des recherches opérationnelles dans 3 districts sanitaires par an, en particulier dans les districts qui ont rencontré le plus de difficultés dans la mise en œuvre de leurs activités PF. Ces recherches permettront d'identifier des solutions aux problèmes spécifiques touchant chaque district sanitaire. Cette activité se fera de façon continue de 2014 à 2018.

**De 2014-2018 :**

- Identification et recrutement des consultants nationaux capables de mener les recherches,
- Identification des thèmes de recherche et des localités,

- Réalisation des recherches opérationnelles,
  - Les recherches opérationnelles doivent faire l'objet d'une approbation par le comité technique qui choisira les districts sanitaires chaque année,
    - Exemples de types de recherche opérationnelle,
    - Taux d'abandon très élevé,
    - TPC très faible dans un district sanitaire ou une région,
  - Restitution des résultats,
- Discussion des résultats de l'enquête pendant une journée au sein d'un comité constitué de 5 membres des équipes cadres et du consultant national,
- Présentation du sommaire des résultats et des suggestions d'actions au comité technique au cours de ses réunions trimestrielles.

**Activité C2.5: Documentation des meilleures pratiques et cas de succès sur une base semestrielle**

La mise en œuvre du plan d'action national de la PF 2014-2018 connaîtra des succès éclatants et des meilleures pratiques seront enregistrées dans certains districts sanitaires. Il importera de les documenter et de les disséminer partout dans le pays et appuyer leur réplique dans d'autres districts sanitaires. Aussi, d'autres meilleures pratiques des pays voisins pourraient être répliquées au Mali et des voyages d'échanges d'expériences devraient être organisés dans ces pays. Le Mali devrait également partager ses expériences au cours des conférences internationales.

**De 2014 à 2018 :**

- Recrutement d'un consultant pour 30 jours pour contribuer annuellement à la documentation des meilleures pratiques,
- Organisation d'une réunion journalière regroupant 30 personnes pour discuter du rapport de consultation,
- Dissémination des meilleures pratiques,
- Appui à la réplique des meilleures pratiques,
- Organisation d'un voyage d'échanges d'expériences annuel dans des pays de la sous-région,
- Participation annuelle aux conférences internationales pour partager les expériences du Mali en PF.

### **Activité C2.6 : Revue des activités de PF au niveau des districts et des régions**

Afin d'assurer un suivi régulier du plan d'action, des revues seront organisées une fois par semestre au niveau des districts et une fois par an au niveau des régions. Ces réunions de revues seront organisées dans des rencontres du conseil de gestion au niveau district et au niveau régional dans celles du CROCEP. Cette activité est à réaliser chaque année de 2014 à 2018.

#### **De 2014 à 2018 :**

##### ***Revue au niveau district***

- Elaboration d'un canevas de présentation des résultats semestriels pour les formations sanitaires,
- Organisation d'une revue semestrielle des interventions en PF en présence des directeurs régionaux des ministères impliqués dans le PRODESS et regroupant 50 personnes,
- Suivi des décisions de la revue par le conseil de gestion.

##### ***Revue régionale***

- Elaboration d'un canevas de présentation des résultats annuels pour les districts sanitaires,
- Organisation d'une revue annuelle des interventions en PF en présence des secrétaires généraux des ministères impliqués dans le PRODESS et regroupant 100 personnes,
- Suivi des décisions de la revue par le CROCEP.

### **Activité C2.7 : Revue des activités de PF au niveau national sous le haut patronage du Président de la République ou du Premier Ministre**

Il s'agit ici, à la fin de chaque campagne PF dans le pays de saisir l'occasion pour faire le point sur les activités de PF, sous le haut patronage du Président de la République ou du Premier Ministre. Cette activité peut être utilisée pour souligner l'importance de la PF dans la mise en œuvre du PRODESS. Elle sera réalisée chaque année de 2014 à 2018.

#### **De 2014 à 2018 :**

- Elaboration d'un canevas de présentation des résultats annuels de mise en œuvre du plan d'action national de la PF 2014-2018 et indication de la manière dont ces résultats contribuent à faire progresser vers les objectifs du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Recherche de la Pauvreté (CSCR) et du PRODESS,

- Organisation d'une revue nationale annuelle des interventions en PF présidée par le Chef de l'Etat et regroupant 100 personnes dont la moitié venant de l'intérieur,
- Suivi des décisions de la revue par le comité technique du PRODESS.

### **Stratégie C3: Renforcement des moyens de suivi et de coordination des activités**

Afin d'assurer un suivi approprié des activités programmées dans le plan d'action national de PF 2014-2018, des moyens logistiques et l'appui technique nécessaires au suivi seront mis à disposition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Deux activités sont retenues à savoir:

- Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi,
- Appui technique à la mise en œuvre du plan d'action PF du Mali 2014-2018.

#### **Activité C3.1 : Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi**

Pour la réussite du plan, il faudra mettre à disposition les équipements nécessaires pour le suivi pendant la durée du plan y compris l'équipement informatique, les véhicules et les coûts annuels d'entretien.

- Local pour l'unité de gestion avec internet à très haut débit,
- Mobilier de bureau pour l'unité de gestion du plan national de PF,
  - 3 bureaux et 3 fauteuils
  - 12 Chaises visiteurs
  - 3 armoires de classement
- Équipement informatique,
  - 70 Ordinateurs de bureau (dont 3 pour l'unité de gestion, 9 pour les DRS, 2 à la coalition des OSC et 56 pour les districts)
  - 3 Ordinateurs portables pour l'unité de gestion
  - 11 Imprimantes multifonctions (dont 2 pour l'unité de gestion et 9 pour les DRS)
  - 2 imprimantes portables
  - 1 photocopieuse
  - 2 projecteurs
  - 2 rallonges
- Logiciel de suivi (même logiciel pour tous les niveaux),
- Equipement en matériel roulant,
  - 2 Véhicules dont 1 pour l'unité de gestion et 1 pour la DSR
- Coûts annuels d'entretien.
  - Entretien des véhicules et équipement informatique
  - Carburant

- Cartouches d'encre pour les imprimantes
- Cartouches d'encre pour les photocopies
- Fournitures de bureau
- Matériel d'entretien

**Activité C3.2 : Appui technique à la mise en œuvre du plan d'action national PF du Mali 2014-2018**

Afin de s'assurer de la mise en œuvre efficace du plan de repositionnement de la PF au Mali, la DSR aura besoin d'être appuyée par un gestionnaire financier et une assistance technique nationale et internationale. Un consultant international positionné au niveau de la DNS tout au moins pour une période de 18 mois sera nécessaire pour l'assistance technique au démarrage effectif du Plan.

**En 2014 :**

- Elaboration des termes de référence d'un gestionnaire financier, d'un assistant technique d'un coordonnateur permanent et d'un expert international en appui périodique,
- Recrutement du gestionnaire financier,
- Recrutement d'un assistant technique pour la mise en œuvre du plan,
- Nomination du coordonnateur permanent,
- Recrutement de l'expert international pour l'appui périodique à la mise en œuvre du plan d'action.

**6- MÉCANISMES DE SUIVI ET DE COORDINATION DU PLAN D'ACTION PF DU MALI**

Les mécanismes de suivi et de coordination du plan d'action PF du Mali s'appuieront sur l'existant, notamment les réunions de coordination des activités du secteur de la santé dans le cadre du PRODESS, les supervisions intégrées et les réunions de coordination des activités spécifiques de santé de la reproduction et de la planification familiale. La liste des indicateurs en SR/PF disponible au niveau du Système d'Information Sanitaires (SIS) sera également exploitée.

Pour la réussite du présent plan d'action national PF, tous les mécanismes de suivi du PRODESS seront renforcés. Il s'agira:

- De la supervision formative à tous les niveaux,
- Du renforcement des organes de suivi et coordination aux niveaux central, régional et des districts sanitaires,

- De la déclaration hebdomadaire du niveau des stocks des produits PF sur la base de 3 indicateurs au niveau des districts et des régions.

En rappel les différents organes mis en place par le PRODESS qui seront utilisés sont les suivants :

- Les conseils de gestion au niveau cercle et commune du district de Bamako présidés par le représentant de l'Etat ;
- Le comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS présidé par le gouverneur de Région ;
- Le comité de pilotage présidé par les trois secrétaires généraux des ministères de la santé et de l'hygiène publique, Ministère de la solidarité, de l'action humanitaire et de la reconstruction du Nord et du ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et avec pour vice président le directeur de la CPS/SS/DS/FEF;
- Le comité technique du PRODESS coprésidé par les trois secrétaires généraux du ministère de la santé et de l'hygiène publique, ministère du travail, des affaires sociales et humanitaires et du ministère de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant, Le chef de file des PTF et le représentant de la société civile ;
- Le comité de suivi du PRODESS coprésidé par les trois ministres (ministre de la santé et de l'hygiène publique, ministre du travail, des affaires sociales et humanitaires et du ministre de la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant), le chef de file des PTF et le représentant de la société civile.

Il existe un groupe thématique « santé de la Reproduction » du PRODESS avec comme président la DNS et comme vice-président un représentant des PTF puis le groupe de travail multisectoriel sur la PF.

### **6.1- Réunions de coordination en santé**

Le rôle des réunions de coordination en santé est de s'assurer de la mise en œuvre du PRODESS et ce, sur tous les éléments de la santé incluant plusieurs autres programmes que celui de la SR/PF. Il existe déjà au niveau central un Comité de suivi, un comité technique et un comité de pilotage. Dans la mise en œuvre de ce plan d'action, le comité technique du PRODESS sera renforcé au niveau central pour assurer le suivi des interventions. Les répondants du PRODESS au niveau de la région à savoir le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS (CROCEP) et au niveau district le conseil de gestion seront également renforcés. Les réunions de ces comités seront des occasions pour valider et approuver les orientations proposées. Des moyens seront mis à disposition pour que ces réunions soient organisées régulièrement et que leurs recommandations soient mises en œuvre. Au cours de ces réunions la PF sera considérée comme central pour bien analyser la



mise en œuvre du présent plan et faire des suggestions pour améliorer les stratégies.

### **6.2- Supervisions intégrées**

Au niveau central, une équipe technique de la DNS et DSR se rendra dans une région donnée pour y rencontrer le DRS ainsi que son équipe. Elle évalue la performance de la région par rapport à tous les programmes de santé avec un accent sur la PF sous les aspects tant techniques que managériaux, tels que :

- La disponibilité des produits,
- La capacité des prestataires et besoins de formation,
- La qualité du service offert, le matériel et l'équipement disponible ou souhaité,
- La conformité des dépenses par rapport aux budgets financiers,
- Etc.

### **6.3- Réunions de coordination en planification familiale**

Les réunions de coordination en planification familiale ont pour objectif de s'assurer de la mise en œuvre du plan d'action de repositionnement de la PF et de résoudre les problèmes en vue d'atteindre les objectifs fixés. Au niveau central, ces réunions seront assurées par le comité technique du PRODESS, le groupe de travail multisectoriel sur la PF et l'équipe de gestion du plan d'action (voir la rubrique 6.7 portant sur le renforcement des organes de suivi et de coordination). Elles se tiendront au cours des réunions du comité technique du PRODESS.

Au niveau régional, le comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS (CROCEP) assurera l'organisation des réunions de coordination en PF une fois par semestres (deux réunions par an).

Au niveau district le conseil de gestion sera l'organe chargé de l'organisation de ces réunions une fois par semestre.

### **6.4- Supervisions formatives**

Les supervisions formatives seront réalisées selon le chronogramme suivant :

- deux fois par an du niveau national vers le niveau régional,
- deux fois par an du niveau régional vers les districts sanitaires,
- une fois par trimestre du niveau district vers les formations sanitaires.

Le rôle de la supervision formative sera de renforcer la qualité des prestations. En considérant l'exemple de la sortie du niveau régional vers les districts, elle consistera à ce que le DRS et le responsable régional SR/PF de la région se dirigent dans un district sanitaire. Ils y rencontrent le médecin chef du district et son équipe. Ils évaluent la performance du district par rapport à la PF sous plusieurs aspects techniques et managériaux, tels que:

- La disponibilité des produits,
- La capacité des prestataires et besoins de formation,
- La qualité du service offert, matériel et équipement,
- La conformité des dépenses par rapport aux budgets financiers,
- La performance vis-à-vis de l'objectif.

A la fin de l'entretien, l'équipe venue du niveau régional aide l'équipe du district à comprendre les meilleures aptitudes pour améliorer les performances. Au besoin l'équipe régionale pourra visiter des formations sanitaires spécifiques pour apporter son appui.

### **6.5- Revue de programme**

La revue de programme consiste à faire une présentation des résultats et difficultés puis une formulation de recommandations pour améliorer les opérations et assurer l'atteinte des objectifs. Elle se fait au niveau national (1 fois par an), au niveau régional (2 fois par an) et au niveau des districts sanitaires (1 fois par trimestre).

Au niveau national : la revue des programmes regroupera les secrétaires généraux (santé, promotion de la femme, développement social, éducation, etc.), les Directeurs Nationaux et Régionaux des différents ministères, la Division SR, les responsables SR des régions et les représentants des OSC. Elle sera organisée en présence du Président de la République ou du Premier Ministre.

Dans les régions, la revue regroupera: le DRS, les médecins-chefs de districts, les points focaux SR et PF des régions et des districts sanitaires, la société civile et les PTF au niveau de ces différentes régions. Elle sera organisée dans le cadre des réunions du CROCEP en présence des secrétaires généraux des trois ministères clés.

Au niveau du district, ces réunions concerneront le Médecin-Chef de district, le point focal SR du district, les DTC, le responsable SR des FS, la Société civile et les PTF opérant dans le district. Elles doivent se faire dans le cadre des réunions des services pour faire le bilan de la santé.

## **6.6- Indicateurs de suivi du programme**

Le Mali utilise déjà une liste compréhensive d'indicateurs pour mesurer les progrès dans les divers aspects de son système de santé. Il s'agit pour la PF des indicateurs suivants :

- Nombre de Couple-Année-Protection (toutes méthodes confondues),
- Nombre de femmes sous contraception moderne divisé par le nombre de femmes en âges de procréer (prévalence contraceptive) qui est calculé par l'EDS ou par le MICS de façon périodique.

Pour les besoins de suivi du plan d'action, un indicateur sera retenu en plus. Il s'agit du *Nombres d'utilisatrices additionnelles par stratégie d'offre de méthode et par méthode*. Cet indicateur sera documenté à travers les données mensuelles des points de prestation des services.

## **6.7- Renforcement des organes de suivi et de coordination**

Les organes de suivi et de coordination des interventions prévus dans le cadre du PRODESS seront utilisés. Mais l'analyse a noté qu'ils présentent des insuffisances à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (national, régional et districts sanitaires), donc il sera nécessaire de les renforcer afin de s'assurer de leur bon fonctionnement.

Au niveau district : les capacités du chargé de PF du district seront renforcées pour faciliter le suivi, la supervision et coordination.

Au niveau régional : le responsable SR/PF et le chargé PF seront impliqués dans le suivi et la coordination.

Au niveau central : le plan prévoit la mise en place d'une équipe de gestion de la mise en œuvre du plan d'action. Cette équipe de gestion sera composée de :

- 1 coordinateur de la mise en œuvre du plan d'action national PF : Son niveau de rattachement doit être très élevé afin de donner plus de chance de succès à la mise en œuvre du Plan,
- 1 chargé de programme en PF : il rend compte au coordinateur,
- 1 chargé de suivi/évaluation,
- 1 responsable financier,
- 1 responsable de la gestion de l'équipement et du matériel,
- 1 équipe de soutien au ministère de la santé et de l'hygiène publique comportant au moins un(e) secrétaire et un chauffeur.

Cette équipe de gestion rendra compte toutes les semaines au Secrétariat Général du Ministère de la Santé.

Pour les deux premières années de la mise en œuvre une assistance technique internationale de très haut niveau sera nécessaire pour accompagner le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

### ***6.8- Rapport d'inventaire hebdomadaire de données clés par SMS***

Les responsables des services PF des formations sanitaires informeront régulièrement (de façon hebdomadaire) les chargés PF des districts de la situation des produits contraceptifs en utilisant les trois indicateurs suivants:

- Quantité disponible,
- Quantité distribuée,
- Pertes/Ajustements.

Ces informations seront partagées à travers des SMS. Les chargés de PF donneront des instructions pour l'approvisionnement ou la redistribution des produits entre formations sanitaires ou bien entre les formations sanitaires et les magasins.

Les chargés PF des districts fourniront les mêmes informations aux chargés PF des régions et aux responsables des magasins régionaux de la PPM.

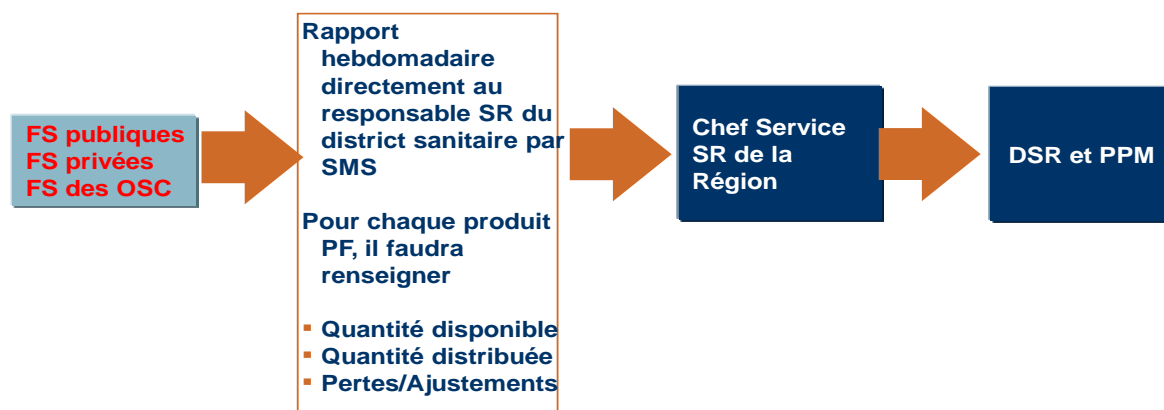
A partir des régions, les informations seront partagées avec les responsables de la gestion des produits contraceptifs à la PPM et la DSR.

## 7 Rapport d'inventaire hebdomadaire de données clés par SMS

Les formations sanitaires (publiques et privées) doivent obligatoirement rapporter au district des informations clés de façon hebdomadaire, via la personne responsable des questions PF dans l'équipe cadre du district,

Le chargé PF du district envoie les données au gestionnaire des produits contraceptifs de la région.

Le gestionnaire des produits contraceptif au niveau de la région (Pharmacien) envoie les données au responsable des produits contraceptifs de la PPM et de la DSR.

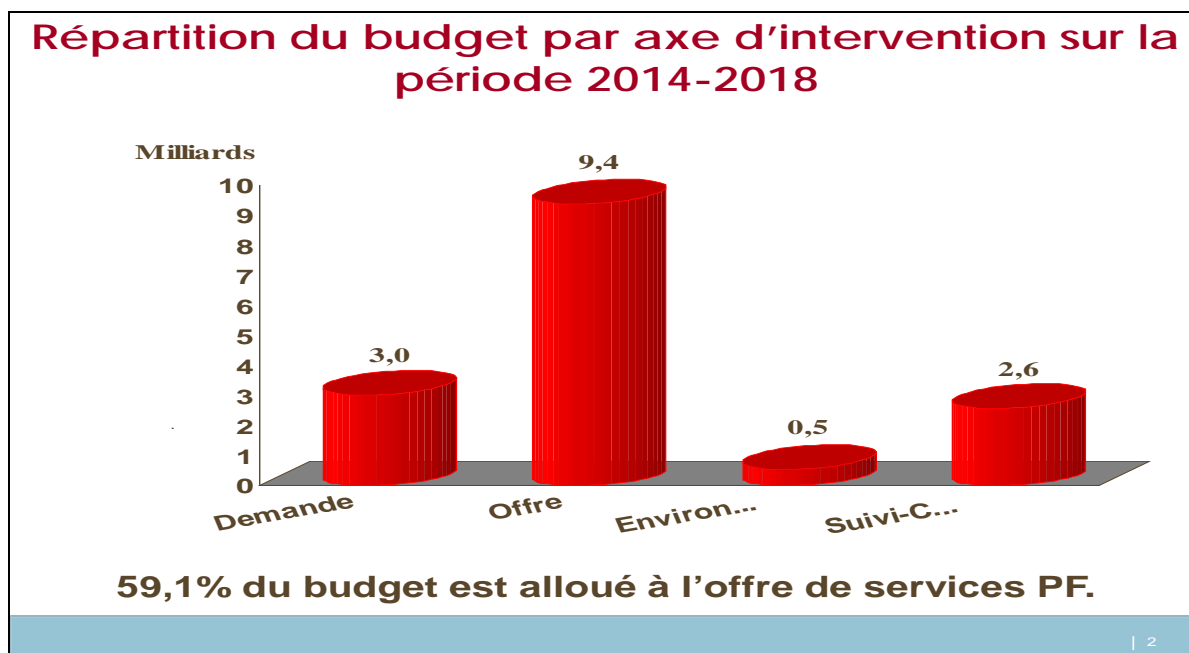


## 7- BUDGET DU PLAN D'ACTION

### 7.1- Synthèse des coûts

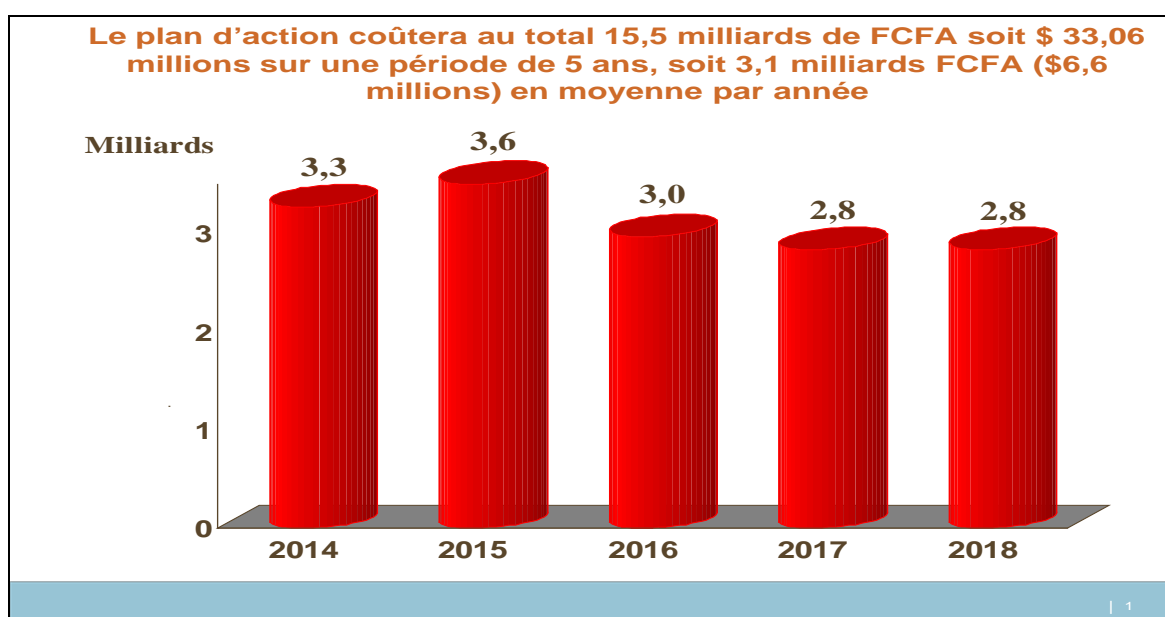
Au cours de la période 2014-2018, le coût global du plan d'action national PF du Mali est estimé à 15,5 milliards de FCFA, soit 33,06 millions US dollars<sup>9</sup>. Il ressort du graphique 4 que la plus grande partie de ce budget revient aux activités programmées dans le secteur de l'offre de services, avec 9,3 milliards FCFA, soit 59,1% du budget total. Le budget alloué aux activités en rapport avec la demande est estimé à 3,03 milliards FCFA, soit 20% du total suivi de la coordination qui devrait coûter 2,5 milliards FCFA, soit 17% du montant total. Enfin le budget relatif à la promotion de l'environnement habilitant de la PF au Mali est de 546,6 millions FCFA soit 3%.

<sup>9</sup> Taux de change bancaire à la vente 1 \$= 500FCFA en Février 2013



**Graphique 5 :** Répartition du budget par axe d'intervention sur la période 2014-2018

Le plan étant conçu pour une période de 5 ans, le budget moyen par année est de 3,1 milliards FCFA (\$6,6 millions). La répartition du budget par année (voir graphique 6) montre que la première année du plan d'action correspondant à 2014, coutera 3,3 milliards FCFA. De 2015 à 2018, les parts du budget se situeront entre 3,6 à 2,8 milliards.



**Graphique 6 :** Répartition du Budget par année de 2014 à 2018

La répartition détaillée du budget par axe d'intervention et par année est présentée au tableau 14.

**Tableau 14** : Budget par axe d'intervention et par année (en FCFA)

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>TOTAL</b>
Demande	480830000	694136630	653089080	632236680	572991580	3033283970
Offre	1874089842	2182492495	1756785178	1753357772	1815553009	9382278295
Environnement habitant	111 299 250	325 175 290	108 064 800	1 674 300	394 600	546 608 240
Suivi et coordination	798 720 392	442 709 500	446 486 850	442 709 500	446 486 850	2 577 113 092
<b>TOTAL</b>	<b>3 264 939 484</b>	<b>3 644 513 915</b>	<b>2 964 425 908</b>	<b>2 829 978 252</b>	<b>2 835 426 039</b>	<b>15 539 283 597</b>

## **7.2- Budget par région**

La répartition du budget total par région (voir tableau 15) montre que l'essentiel du financement sera consacré à la mise en œuvre des activités au niveau régional avec 10,1 milliards FCFA, soit 65,1%, contre seulement 5,4 milliards au niveau central soit 34,9%. Ce tableau fait ressortir par ailleurs de grandes disparités qui se justifient essentiellement par les efforts attendus des différentes régions en termes d'effectifs d'utilisatrices de PF à couvrir de 2014 à 2018.

**Tableau 15:** Répartition du Budget par région

<b>Regions</b>	<b>Montant du financement par région</b>
Kayes	1687431204
Koulikoro	2467130079
Sikasso	3496680646
Ségou	2646128306
Mopti	1098228706
Tombouctou	274091035
Gao	363590149
Kidal	33562168
Bamako	3472441303
<b>Ensemble des régions</b>	<b>9 183627016</b>
<b>Niveau central</b>	<b>6 355 656 581</b>

### **7.3- Sources de financement du plan d'action 2014-2018**

Le plan d'action national PF du Mali sera financé par l'Etat malien et ses partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur socio-sanitaire. Il s'agira des partenaires multilatéraux comme UNFPA, OMS et des partenaires bilatéraux à savoir : l'USAID, l'Agence Canadienne pour le Développement International, l'Agence Espagnole pour le Développement International, l'Agence Française de Développement, l'Ambassade du Royaume des Pays Bas, des ONG a l'instar de Marie Stopes International (MSI), IPPF... Pendant la période d'élaboration du plan et sa présentation au comité de pilotage, certains partenaires ont clairement mentionné leurs intentions de financement. L'Etat Malien s'est engagé à contribuer à l'achat des produits contraceptifs pour le pays en finançant à hauteur de 10% le coût annuel des produits contraceptifs. Cette contribution de l'Etat malien devrait s'accroître chaque année afin de garantir la pérennité. Les contributions des partenaires pourraient s'établir comme suit :

- L'UNFPA dont le mandat principal au niveau du système des nations unies est la PF va investir en moyenne 1 050 000 000 de FCFA (soit 2



234 042\$ US<sup>10</sup>) en 2014. Nous faisons alors l'hypothèse que ce financement sera acquis chaque année de la mise en œuvre du plan.

- L'OMS appuie le pays dans le domaine de l'assurance qualité et le développement des documents de normes et procédures dans le domaine de la PF. L'organisation disposera d'environ \$ 50 000 par an,
- L'USAID n'a pas encore annoncé ses intentions de financement mais le bureau du Mali prépare un appel d'offre pour la mise en œuvre des interventions en santé dans les cinq (5) années à venir,
- L'Agence Espagnole de Coopération Internationale et le Développement (AECID) intervient dans le domaine de la santé au Mali avec 512 000 000 FCFA par an. Ce financement participe au financement du budget de l'Etat et le financement de la SR dans certains districts du pays,
- L'Agence Française de Développement (AFD) prépare aussi trois (3) grands projets qui pourront démarrer en 2015 d'un coût global d'environ 10 000 000 € pour le financement de la SR dans différentes localités des régions de Tombouctou et Gao.
- L'Ambassade du Royaume de Pays Bas investi déjà dans le domaine de la santé environ 15 000 000 € par an. Ce financement va durer jusqu'en 2017. Si la moitié de cette somme participe au financement du budget général de la santé, l'autre moitié sert pour les investissements dans le domaine de la SR globalement y compris le réaménagement des structures de soins. L'Ambassade fait des contributions pour le financement de l'achat des produits contraceptifs en cas de risque de rupture de stock,
- L'IPPF pour sa part finance en grande partie les activités qui sont mises en œuvre par l'Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF). L'organisation fournit aussi des produits contraceptifs. Le financement de l'IPPF est estimé à \$US 267 256 par an.

Les agences de développement en général et l'Ambassade du Royaume de Pays Bas financent la SR dans sa globalité. Les coûts de financement de la PF n'étant pas disponible, l'on a estimé que 20% des coûts de financement de la SR va directement dans la PF.

---

<sup>10</sup> 1\$ US équivaut à 470 F CFA

Sources	Par Année (\$)	Nombres d'année (fréq)	Total
OMS	50000	5	250000
USAID			0
UNFPA	2234043	5	11170213
AFD	2 623 824	1	2 623 824
Ambassade du Royaume des Pays Bas	2 093 477	4	8 373 906
PSI/KFW			0
Coopération Espagnole	217 872	5	1 089 362
AMPPF/IPPF	111 832	5	559 160
Contribution de l'Etat (10% du coût des contraceptifs)	171 155	5	855 774
<b>Total des financements possibles</b>			<b>24 922 239</b>
<b>Budget du plan national</b>			<b>33 062 306</b>
<b>Différence entre budget du plan et financements possibles (GAP)</b>			<b>8 140 067</b>

# ANNEXES

## **ANNEXE 1: LISTE DES STRATÉGIES ET ACTIVITÉS DU PLAN D'ACTION NATIONAL DE LA PFAU MALI**

### **1- DEMANDE DES SERVICES DE PF**

- D1- Campagne d'information et de sensibilisation sur la PF auprès de la population générale et des femmes en milieu urbain et péri-urbain en particulier
- D1.1 Formation et implication des leaders communautaires (religieux, chefs de village, leaders d'organisation locales) dans la sensibilisation sur la PF
- D1.2 Formation et implication des leaders d'opinion et des élus locaux dans la sensibilisation sur la PF
- D1.3 Contractualisation avec les medias publics et privés afin de diffuser des messages en faveur de la PF
- D1.4 Intégration des messages de PF dans les activités de sensibilisation des coopératives et des groupements de femmes, ainsi que les corps de métiers (salons de coiffure et autres) en collaboration, respectivement avec les ministères chargés de l'artisanat et des affaires sociales
- D1.5 Intégration des messages de PF dans les programmes des OSC intervenant dans la lutte contre le VIH, le paludisme, la malnutrition et les violences basées sur le genre.
- D1.6 Sensibilisation sur les questions de SSR/PF au niveau des populations déplacées du fait de la crise

### **D2 : Renforcement de l'implication des hommes comme partenaires dans la promotion de la SR en général et en particulier de la PF**

- D2.1 Mise à jour et dissémination de la stratégie de l'engagement constructif des hommes au Mali (ECH)
- D2.2 Promotion de l'expérience de l'école des maris (hommes champions en SR/PF) dans 5 districts par an
- D2.3 Intégration des activités de PF dans les programmes des organisations paysannes

### **D3a: Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des jeunes scolarisés et non scolarisés**

- D3a.1 Utilisation des TIC pour sensibiliser les jeunes
- D3a.2 Sensibilisation sur la SSR/PF en milieu scolaire en synergie avec le ministère de l'éducation nationale
- D3a.3 Sensibilisation des jeunes du secteur informel et du milieu rural sur les questions de SSR à travers les associations culturelles et sportives en synergie avec le ministère de la jeunesse et des sports.
- D3a.4 Développement d'un partenariat avec les communes pour la promotion de la SR des adolescentes et jeunes
- D3a.5 Mise en place des interventions permettant de renforcer le pouvoir économique et décisionnel chez les adolescentes et jeunes

### **D3b- Renforcement du partenariat avec les groupes organisés des jeunes dans le domaine de la SR**

D3b.1 Renforcement de la sensibilisation des jeunes à travers le réseau d'éducation par les pairs

D3b.2 Appui au développement des groupes de jeunes ambassadeurs en PF dans le but de les impliquer dans la promotion de la SR

## **2- OFFRE DES SERVICES DE PF**

### **O1a: Création de points d'accès à la PF dans les aires sanitaires en intégrant la PF dans les services SR (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, etc.)**

O1a.1 Renforcement de la PF à travers le paquet intégré de soins (soins post-partum, SAA, PEV, nutrition, VIH, etc.) des formations sanitaires publiques et CSCOM offrant déjà la PF

O1a.2 Intégration de l'offre des MLDA dans 100% des CSCOM n'offrant pas encore ces méthodes de PF

O1a.3 Initiation de l'approche DBC dans le milieu péri urbain de la capitale, des grandes villes (chef-lieu de région),

O1a.4 Offre des services de PF pour les populations déplacées.

### **O1b- Renforcement des stratégies qui permettant de rapprocher les services des communautés situées en dehors de la zone de couverture sanitaire.**

O1b.1 Intégration de la PF dans les programmes déjà en cours qui utilisent des Agents de Santé Communautaire (ASC)

O1b.2 Extension des stratégies mobiles et avancées à travers toutes les régions du Mali y compris les zones minières

O1b.3 Promotion de SANAYA PRESS comme méthode injectable surtout au niveau communautaire

O1b.4 Organisation de journées spéciales PF deux fois par an en intégrant les tests de dépistage des cancers du sein et celui du col de l'utérus

### **O2 : Renforcement du plateau technique des FS afin d'améliorer la qualité des prestations de PF (formation et équipement)**

O2.1 Finalisation du plan de formation en PF au cours d'élaboration à la DSR

O2.2 Formation des prestataires des FS n'offrant que la PF de base en insertion et retrait du DIU et des implants

O2.3 Formation des prestataires des nouvelles cliniques franchisées en technologie contraceptive et en counseling dans une optique d'intégration des services PF

O2.4 Recyclage des prestataires en technologie contraceptive et en counseling une fois tous les 3 ans

- O2.5 Formation des prestataires EPH et de CSREF en technique de contraception chirurgicale volontaire (CCV)
- O2.6 Formation des prestataires EPH, de CSREF et autres structures en insertion et retrait du DIU dans le post partum
- O2.7 Formation des prestataires en assurance qualité des services de santé et de PF en particulier
- O2.8 Renforcement de l'enseignement de la PF dans les écoles de santé et à la faculté de médecine
- O2.9 Équipement des formations sanitaires en matériel d'IEC/PF
- O2.10 Équipement des FS pour l'offre de services PF et de counseling de qualité
- O2.11 Accréditation des centres de stage pratique au niveau régional et national

### **O3 : Renforcement des services PF destinés aux adolescent(e)s et jeunes**

- O3.1 Formation des prestataires de 25% des FS pour offrir les services de PF adaptés aux adolescents et aux jeunes.
- O3.2 Organisation des journées de sensibilisation et d'offre de services intégrés de PF, de dépistage de l'infection à VIH et de prise en charge (PEC) des IST chez les jeunes dans les établissements scolaire et universitaire et sur les espaces de jeu.
- O3.3 Création des centres adaptés aux jeunes dans la ville de Bamako, les chefs-lieux de régions et autres villes.
- O3.4 Mise à la disposition des jeunes de tous les produits contraceptifs y compris les préservatifs selon le CPP du Mali.

### **O4: Renforcement de l'offre de services PF par le secteur privé**

- O4.1 Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie d'implication du secteur privé dans les prestations de services PF
- O4.2 Extension de la franchise sociale par la contractualisation avec les FS privées dans toutes les régions
- O4.3 Extension de l'offre des services PF de qualité dans les centres associatifs offrant des services de prise en charge aux PVVIH et autres populations clés.

### **O5 : Sécurisation des produits contraceptifs**

- O5.1 Mise à disposition des contraceptifs en quantité et en qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et des points de prestations
- O5.2 Organisation des supervisions régulières afin de s'assurer de la disponibilité des produits
- O5.3 Formation des gérants de dépôt et directeurs techniques des centres en gestion logistique des produits contraceptifs avec le logiciel CHANNEL
- O5.4 Validation et mise en œuvre du plan de sécurisation des produits SR pour la période 2014-2018

## **ENVIRONNEMENT HABILITANT**

### **E1 : Plaidoyer envers les décideurs influents**

- E1.1 Élaboration/Révision des outils performant de plaidoyer (Engage, RAPID, RAPID Femmes)
- E1.2 Plaidoyer en direction des élus locaux, des chefs de villages et notables en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF et leur contribution à la mobilisation des ressources
- E1.3 Plaidoyer auprès des décideurs administratifs (divers ministères et institutions de la république) en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF
- E1.4 Plaidoyer auprès des parlementaires en vue d'accroître leur engagement en faveur de la PF.

### **E2 : Renforcement des connaissances des différents acteurs sur les droits de la femme en SR/PF**

- E2.1 Dissémination la loi SR du Mali et du guide de l'OMS sur les droits humains et la contraception.
- E2.2 Développement des compétences des prestataires sur les droits de la femme en SR/PF

### **E3 : Plaidoyer pour l'adoption d'une politique de tiers payant au cours de l'offre des services de PF aux adolescentes et aux femmes démunies**

- E3.1 Plaidoyer auprès des décideurs influents pour l'institutionnalisation d'une politique de tiers payant au cours de l'offre des services de PF aux adolescentes et aux femmes démunies.

### **E4 : Plaidoyer pour l'augmentation et la diversification du financement de la PF, incluant la contribution de l'Etat, l'harmonisation des coûts**

- E4.1 Organisation d'une journée de plaidoyer pour la mobilisation des ressources
- E4.2 Initiation d'un fonds spécifique pour le financement de la santé de la mère et de l'enfant.
- E4.3 Plaidoyer en direction des membres du gouvernement pour accroître leur engagement en faveur de la PF et l'augmentation des ressources de l'État allouées à la PF
- E4.4- Plaidoyer auprès des maires pour encourager la mobilisation des ressources locales en faveur de la PF
- E4.5 Plaidoyer auprès des parlementaires en vue de l'augmentation du budget alloué à la PF

### **3- COORDINATION DES INTERVENTIONS EN PF**

#### **C1 : Suivi régulier et systématique des activités de PF**

- C1.1 Organisation des rencontres trimestrielles du comité technique du PRODESS et les réunions semestrielles du groupe de travail multi sectoriel PF
- C1.2 Organisation du suivi aux différents niveaux de la pyramide sanitaire
- C1.3 Organisation des supervisions intégrées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (respect des périodicités prévues dans le guide national de supervision)
- C1.4 Organisation du suivi de la contractualisation des prestations PF au niveau des OSC et du secteur privé
- C.1.5 Documentation continue des résultats sur la base des indicateurs retenus
- C1.6 Mise en œuvre d'un programme de financement basé sur la performance

#### **C2: Mise en place d'un cadre unique de collecte d'information sur la PF de tous les secteurs**

- C2.1 Mise en place d'un plan de suivi-évaluation du plan d'action national de PF
- C2.2 Mise à jour et multiplication des supports de collecte des données dans toutes les formations sanitaires
- C2.3 Évaluation du Plan d'Action PF 2014-2018 à mi-parcours et à la fin
- C2.4 Organisation de recherches opérationnelles en PF
- C2.5 Documentation des meilleures pratiques et cas de succès sur une base semestrielle
- C2.6 Revue des activités de PF, au niveau des districts et des régions
- C2.7 Revue des activités de PF, sous le haut patronage du Président de la République

#### **C3: Renforcement des moyens de suivi et de coordination des activités**

- C3.1 Fourniture des moyens logistiques nécessaires au suivi
- C3.2 Appui technique à la mise en œuvre du plan d'action PF du Mali 2014-2018



## ANNEXE 2 : BUDGET PAR STRATÉGIE D'INTERVENTION

**Tableau 16** : Coûts de la demande des services de PF par stratégie

<b>Stratégies liées à la demande</b>	<b>Coût</b>
D1 : Organisation des campagnes d'informations et de sensibilisation	<b>777097150</b>
D2 : Renforcement de l'implication des hommes	<b>497339670</b>
D3 : Initiation des stratégies novatrices de communication en direction des jeunes scolarisés et non scolarisés	<b>1758847150</b>
<b>Total</b>	<b>3 033 283970</b>

**Tableau 17** : Coûts de l'offre des services de PF par stratégie

<b>Stratégies liées à l'offre</b>	<b>Coût</b>
O1 : Amélioration de l'accès aux services de PF dans les aires sanitaires et dans les zones hors couverture sanitaire	<b>3514579100</b>
O2 : Renforcement du plateau technique des formations sanitaires afin d'améliorer la qualité des prestations	<b>1124375888</b>
O3 : Renforcement des services de PF destinés aux adolescent(e)s et jeunes	<b>346382000</b>
O4 : Renforcement de l'offre des services par le secteur privé	<b>20 122900</b>
O5 : Sécurisation des produits contraceptifs	<b>4376818408</b>
<b>Total</b>	<b>9 382 278 295</b>

**Tableau 18** : Coûts de l'environnement habilitant par stratégie

<b>Stratégies liées à l'environnement habilitant</b>	<b>Coût</b>
E1 : Plaidoyer envers les décideurs influents	<b>94 558 750</b>
E2 : Renforcement des connaissances sur les droits de la femme en SR/PF	<b>437 703 900</b>
E3 : Plaidoyer pour l'adoption de la politique de tiers payant pour les adolescent(e)s et les femmes démunies	<b>3 000 000</b>
E4 : Stabilisation et diversification du financement de la PF, y compris le financement de l'État	<b>11 345 590</b>
<b>Total</b>	<b>546 608 240</b>

**Tableau 19** : Coûts du suivi et de la coordination par stratégie

<b>Stratégies de coordination des interventions</b>	<b>Coût</b>
C1 : Suivi régulier et systématique des activités de PF	<b>853 498 250</b>
C2 : Renforcement du mécanisme de collecte d'information sur la PF de tous les acteurs	<b>584 466 800</b>
C3: Renforcement des moyens de suivi et coordination	<b>1 139 148 042</b>
<b>Total</b>	<b>2 577 113 092</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Annuaire des statistiques sanitaires du Mali, 2012.
2. Cadre Stratégique pour la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté 2012-2017.
3. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) – Mali, 2010 Rapport Final, Novembre 2011.
4. Évaluation rapide de la PF au Mali, 2011 : contribution des OSC.
5. Feuille de Route pour l'Accélération de la Réduction de La Mortalité Maternelle et Néonatale au Mali.
6. Loi SR 2002 du 24 Juin 2002 portant Santé de la Reproduction au Mali.
7. Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et des Produits Sanguins du Mali, Période 2011-2015.
8. Plan Stratégique National de la Santé de la Reproduction, 2014-2018.
9. Programme de Développement Sanitaire et Social II, 2004-2009 prolongé.
10. Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social, 2014-2023.
11. Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali, 1987.
12. Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali, 1996.
13. Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali, 2001.
14. Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali, 2006.
15. Rapport du Recensement Général de la Population et de l'habitat, 2009.
16. Rapport sur l'Indice du Développement Humain, 2013, PNUD.
17. Rapports de l'Enquête Démographique et de Santé au Mali, 2012-2013.
18. Recueil des Textes Législatifs et Règlementaires en Santé de la Reproduction et la Planification Familiale au Mali.
19. Repositioning PF in Mali a Baseline, (Futures Group, 2012).
20. Revue Annuelle du CSCRP 2012-2017.