



U.S.T.T-B

**Ministère de l'Enseignement supérieur
et de la Recherche Scientifique**

**Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako**

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

DER de Santé Publique et Spécialités

N° DERSP/FMOS/USTTB



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

Mémoire

Master en Santé Publique

Option Epidémiologie

Année Universitaire 2018 - 2019

THEME :

***Franchise sociale pour l'accès aux services de planification
familiale dans le district sanitaire de San, Ségou au Mali.***

Présenté et soutenu le

Par :

Dr Abdoulaye Haïdara TRAORE

**Président :
Membre :
Directeur : Dr KAYENTAO Kassoum
Co-directeur : Dr TOUNKARA Moctar**

DEDICACES ET REMERCIEMENTS :

DEDICACE

Je dédie ce travail

A ma mère pour son soutien et ses bénédictions tout au long de cette formation ;

A mon feu père pour son soutien et sa patience qui m'ont permis d'achever des étapes importantes de ma vie, paix à son âme ;

A mon épouse et mes enfants, pour votre patience, soutien et encouragement

Trouvez dans ce travail le fruit de votre soutien constant

REMERCIEMENTS :

Nous rendons grâce à Allah le Tout Puissant le Très Miséricorde de nous avoir guider sur le droit chemin. Merci de nous avoir donné la force nécessaire et la chance de mener ce travail à terme.

Mes remerciements les plus sincères vont à l'adresse de toutes ces personnes physiques ou morales qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce travail.

Le Département d'Enseignement et de Recherche en Santé Publique pour avoir initié cette formation de Master en Santé Publique et accepté que nous fassions partie de cette cohorte

A mon Directeur de mémoire, le Dr Kassoum KAYENTAO

A mon Co- Directeur de mémoire, le Dr Moctar TOUNKARA

Pour votre disponibilité et précieux accompagnement tout au long de ce travail.

L'ensemble des enseignants du Master pour les multiples enseignements théoriques et pratiques dont nous avons bénéficié durant ces moments passés avec vous.

A tout le personnel de Marie Stopes Mali, particulièrement le Directeur Pays, mon line manager, pour leur accompagnement dans le processus de développement personnel et professionnel ; l'équipe RSE pour leur disponibilité et appui dans le processus de l'élaboration de ce mémoire

A tous mes amis qui sont assez nombreux sans oublier quelqu'un, ce travail est aussi le vôtre, merci pour votre présence constante au moment où nous avons besoin de vous ;

Au SEGAL du Ministère de la Sante et de l'action Sociale (Dr Mama COUMARE) pour son accompagnement, conseil et soutien, trouvez ici dans ce travail, toute notre reconnaissance.

Au Directeur Régionale de la Santé de Ségou et son équipe, pour leur accompagnement.

Au médecin chef du district sanitaire de San et son équipe, pour nous avoir accueilli dans son district et pour tout le soutien matériel dont nous avons bénéficié.

Tous les collègues de la septième promotion du master en santé publique du DERSP/FMOS-Bamako pour la bonne collaboration, le soutien mutuel et constant.

SIGLES ET ABBREVIATIONS

- CAP** : Couple Année de Protection
- CSCom** : Centre de Santé Communautaire.
- CSRéf**: Centre de Santé de Référence.
- CYP** : Couple Year of Protection
- DBC** : Distribution à Base Communautaire
- DHIS2** : District Health Information System 2
- DIU** : Dispositif Intra-Uterin
- EDS-M** : Enquête Démographique et de Santé - Mali
- FAP** : Femme en Age de Procréer
- FP** : Family Planning
- FS** : Franchise Sociale
- GSM** : Greenstar Social Marketing
- LARC** : Long Acting and Réversible Method
- MLDA** : Méthodes de Longue Durée d'Action
- MLDP** : Méthode de Longue Durée et Permanente
- MCDA** : Méthodes de Courte Durée d'Action
- MSIM** : Marie Stopes International Mali
- MSS** : Marie Stopes Society
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ORION** : Organisational Register and Informatics Online
- IC** : Intervalle de Confiance
- ISF** : Indice Synthétique de fécondité
- MSI** : Marie Stopes International
- MSIM** : Marie Stopes International -Mali
- OR** : Odd Ratio
- PF** : Planification Familiale
- PSI** : Population Services International
- SF** : Social Franchising
- SIS** : Système d'Information Sanitaire
- SONUB** : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
- USD** : United State Dollar
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences

SR : Santé de la Reproduction

TPC : Taux de Prévalence Contraceptive

UNFPA : United Nations Population Fund

Liste des tableaux :

Tableau I : Situation des CSCom et structures privées.....	10
Tableau II : Bilan de la mise en œuvre des activités de planification familiale 2018	10
Tableau III : Répartition des utilisatrices de contraception selon la période avant et pendant l'intervention (la franchise) :.....	19
Tableau IV : Répartition des CAP selon la période avant et pendant la franchise :.....	22
Tableau V : Répartition des MLDA selon les deux périodes (avant et pendant la franchise)...	24
Tableau VI : Répartition de la contribution (autres interventions) durant les 18 mois.	25

Liste des figures :

Figure 1: Carte sanitaire du district de San (Source : monographie du district de San). -----	12
Figure 2: Répartition des types de personnel formés en technologie contraceptive dans les franchises du district.-----	18
Figure 3 : Tendence des taux mensuels d'utilisatrices de contraception offerts par le personnel du CSCoM sur 18 mois dans le district (2018 sans la franchise et 2109 avec la franchise). -----	19
Figure 4 : Tendence des nombre mensuels d'utilisatrices de contraception offerts par le personnel du CSCoM sur 18 mois dans le district (2018 sans la franchise et 2109 avec la franchise).-----	20
Figure 5: Tendence comparative des taux mensuels d'utilisatrices de contraception dans les 25 CSCoM du district, sur une période de 6 mois entre 2018 et 2019. -----	21
Figure 6 : Tendence des nombres mensuel de CAP produit par le personnel des CSCoM sur 18 mois dans le district par les 25 CSCoM (2018 sans la franchise et 2109 avec la franchise). -----	22
Figure 7 : Tendence comparative du CAP mensuel dans les 25 CSCoM sur une période de 6 mois, entre 2018 et 2019. -----	23
Figure 8 : Tendence des MDLA sur les 18 mois (2018 sans la franchise et 2109 avec la franchise): -----	24
Figure 9: Tendence comparative des nombres mensuels de MLDA dans le district, sur une période de 6 mois, entre 2018 et 2019. -----	25

SOMMAIRE

INTRODUCTION - ENNONCE DU PROBLEME :	1
1. QUESTION DE RECHERCHE :	3
2. OBJECTIFS :	3
2.1. Objectif général :	3
2.2. Objectifs Spécifiques	3
3. REVUE DE LA LITTERATURE	4
4. METHODES :	9
4.1. CADRE D’ETUDE :	9
4.2. TYPE D’ETUDE :	13
4.3. PERIODE D’ETUDE :	13
4.4. POPULATION DETUDE :	13
4.5. CRITERES DE JUGEMENTS :	14
4.6. DEFINITION OPERATIONNELLE DES VARIABLES :	14
4.7. ECHANTILLONNAGE :	15
4.8. COLLECTE DES DONNEES :	15
4.9. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES :	16
4.10. PRE TEST :	17
4.11. CONSIDERATIONS ETHIQUES :	17
5. RESULTATS :	18
5.1. Descriptifs de la population d’étude :	18
5.2. Type de personnel formé en technologie de la contraception :	18
5.3. Comparaison des nombres d'utilisatrices de contraception avant et pendant la franchise :	19
5.4. Comparaison des CAP produits à partir les services de contraception avant et pendant la franchise :	22

5.5. Comparaison des CAP produits à partir les services de contraception avant et pendant la franchise :	24
5.6. La part des partenaires d’offres de services de contraception en termes de CAP et utilisatrices	25
7. COMMENTAIRES – DISCUSSION :	27
7.1. Le type d’agent de santé formé en technologie de la contraception :	27
7.2. Les utilisatrices de méthodes de contraception :	27
7.3. Le couple-année de protection (CAP) :	29
7.4. Les méthodes de contraception de longue durée d’action (MLDA) :	30
7.5. Part d’autres intervenants dans le district :	31
8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	32
8.1. Conclusion :	32
8.2. Recommandations :	32
9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	33
10. ANNEXE	I
10.1. Annexe I : FICHE DE COLLECTE DES DONNEES	I
10.2. Annexe II : CALENDRIER DES ACTIVITES :	III

Résumé

Introduction : L'utilisation de la contraception améliore l'état de santé et diminue les décès maternels et infanto-juvénile. Les besoins non satisfaits en matière de Planification Familiale (PF) sont très élevés au Mali (26%). La Franchise Sociale (FS) est une stratégie pour améliorer l'accès des populations à la PF.

L'objectif était d'évaluer la FS dans l'accès des femmes aux services de PF dans le district.

Méthodes : Une étude quasi-expérimentale a comparé les données d'utilisation des services PF sur deux périodes (avant et pendant intervention) concernant 25 CSCom du district. Le test de Mann Whitney-Wilcoxon a été utilisé pour comparer ces données sur SPSS 25.

Résultats : Le nombre d'utilisatrices de contraception a augmenté de 37% entre les 2 périodes avec un rang moyen par structure de 130,38 avant, puis 170,62 pendant la FS, une différence significative, ($p < 0,001$). Le rang moyen de couple-année de protection (CAP) par structure était de 135,48 avant, et 165,52 pendant la franchise ($p = 0,003$). Le nombre de CAP a augmenté de 50% entre les 2 périodes. Le rang moyen d'utilisatrices des méthodes de contraception de longue durée d'action (MLDA) par structure était de 114,28 avant, et 186,72 pendant la franchise ($p < 0,001$). Le nombre total de MLDA a augmenté de 402% entre les 2 périodes en faveur de la FS.

Conclusion : la FS est une stratégie qui améliore l'utilisation de la PF dans le district. Il serait intéressant d'étendre cette stratégie à d'autres structures.

Mots Clés : Franchise Sociale, Formation, accès aux services de contraception, San.

Abstract

The use of contraception further improves health status and decreases maternal and infant-juvenile deaths. Unmet need for contraception is very high in Africa (24%) and Mali (26%). Social Franchising (SF) is seen as a strategy to improve people's access to FP.

The objective was to assess Social Franchising in women's access to family planning services in the district.

Methodology: A quasi-experimental study was used to compare data on the use of PF services over two periods (before and during intervention), concerning 25 CSCom of San district. The Mann Whitney-Wilcoxon test was used to compare these data on SPSS 25.

Result: The number of contraceptive users increased by 23% between the 2 periods and on average rank per structure was 130,38 before, then 170,62 during the SF, with a significant difference, $p < 0.001$. The average couple year protection (CYP) rank per structure was 135,48 before, and 165,52 during SF with a significant increase, $p = 0.003$. The number of CYP increased by 50% between the two periods. The average long acting and reversible contraceptive (LARC) rank per structure was 114,28 before, and 186,72 during SF with a significant difference, $p < 0.001$. The total number of LARC increased by 402% between the 2 periods link to the SF.

In conclusion, our results show that social franchising has led to an increase in the use of FP in the district of San. It would be interesting to extend this strategy to other structures.

Key Words: Social franchising, Training, Contraception services access, San

INTRODUCTION - ENNONCE DU PROBLEME :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'utilisation de la contraception améliore davantage l'état de santé des mères et des enfants surtout son impact positif sur la diminution des décès maternels et infanto-juvénile (1). La planification familiale est un instrument aussi déterminant que rentable dans la réduction de la pauvreté et du développement économique.

Le partenariat Planification Familiale 2020, lancé en 2012 par les États-Unis, le Royaume de Grande Bretagne et du Nord Irlande, United Nations Population Fund (UNFPA), Bill & Melinda Fondation Gates et beaucoup d'autres, vise à augmenter les investissements dans le 69 les pays les plus pauvres afin que 120 millions des femmes supplémentaires puissent satisfaire leur besoin en contraceptif d'ici 2020 (2).

Malgré les engagements politiques, l'accès à la contraception reste problématique en Afrique. Les besoins non satisfaits en matière de contraception chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans dans la Région africaine de l'OMS sont estimés à 24%, ce qui représente un retard considérable par rapport au reste du monde qui est de 12% (1).

Le Mali est un pays à revenu limité avec un fort taux de croissance, un indice synthétique de fécondité (ISF) à 6,1 enfants par femme, un taux de mortalité infantile élevé à 101 pour 1000 naissances vivantes (3) et un ratio de mortalité maternel à 368 pour 100 000 naissances vivantes (4).

Le taux de prévalence contraceptive (TPC) du Mali reste toujours faible avec 16% et les besoins non satisfaits sont estimés à 24% selon le dernier EDS M-VI 2018 (3).

En dépit de l'engagement du gouvernement du Mali (à travers plans nationaux, feuille de route et la loi SR 2002), de l'appui des partenaires techniques et financiers et de multiples stratégies mises en œuvre pour rehausser la TPC (les campagnes nationales de promotion de la PF, les équipes mobiles, stratégies avancées pour atteindre les populations éloignées des CSCom, la distribution à base communautaire, la franchise sociale...) (5), cet indicateur a timidement évolué de 9,9% (4) à 16% (3) entre 2012 et 2018. La franchise sociale est utilisée comme stratégie dans le district de San (région de Ségou) depuis janvier 2019 pour aider à améliorer les indicateurs sanitaires de la planification familiale.

La franchise sociale est une des stratégies utilisées pour répondre à l'accessibilité aux services tout en maintenant la qualité. Cette stratégie est un partenariat entre une structure mère (franchiseur) ayant une expertise dans un domaine et les structures privées et/ou

communautaires (franchisés) qui bénéficient de cette expertise afin d'offrir les services de santé dans des conditions similaires.

Marie Stopes International a débuté la stratégie franchise Sociale au Mali en 2012 en partenariat avec 70 structures à travers le réseau BlueStar et s'est agrandi à plus de 300 en 2019 dans le cadre de l'offre des services de SR/PF.

Population Services International fait également la franchise sociale au Mali pour rendre accessible des services de SR/PF à travers le réseau Profam.

Marie Stopes International Mali est une organisation non gouvernementale qui s'est installée au Mali depuis 2008, dans un contexte de faible taux de prévalence contraceptive dans le pays 7% selon EDSM-IV, ce qui fait presque une décennie d'intervention en 2019, en appui au Gouvernement du Mali dans l'atteinte des objectifs du pays en lien avec la Santé de la reproduction.

La franchise sociale, un partenariat entre franchiseur et franchisé, est basée sur six composantes essentielles (l'élément essentiel étant la **formation des agents socio sanitaires**)

- La formation du personnel :
- La dotation en petits équipements nécessaires pour l'offre des services PF
- La dotation en intrants PF (approvisionnement en produits contraceptifs)
- L'amélioration du cadre de travail avec le branding (c'est à dire faire apparaître la marque associée à la qualité)
- La création de la demande de services
- La supervision formative / accompagnement

Il y a eu très peu d'études pour déterminer au Mali « quel est le lien entre cette stratégie et l'accès aux services de PF dans les formations socio-sanitaires ? ». C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à cette étude dans le district sanitaire de San, dont le but était d'évaluer son apport surtout en milieu communautaire, après sept années d'expérience de Marie Stopes International au Mali mettant en œuvre la franchise sociale. La formation s'articule autour des procédures techniques, l'assurance qualité des services, la gestion des stocks et des données.

1. QUESTION DE RECHERCHE :

La franchise Sociale améliore-t-elle l'accès des femmes aux services de planification familiale au niveau du district sanitaire de San au Mali ?

2. OBJECTIFS :

2.1. Objectif général :

Evaluer l'apport de la franchise sociale dans l'accès des femmes aux services de planification familiale dans le cadre de la franchise Sociale au niveau du district sanitaire de San.

2.2. Objectifs Spécifiques

- a) Déterminer le type de personnel de santé formé en technologie de la contraception dans les franchises du district de San
- b) Comparer le nombre d'utilisatrices de contraception du district de San avant et pendant l'intervention,
- c) Comparer le nombre de couple par année de protection dans le district de San avant et pendant l'intervention.
- d) Comparer le nombre de méthodes de longue durée d'action dans le district de San avant et pendant l'intervention.
- e) Déterminer la part d'autres interventions ou facteurs pouvant avoir une influence sur l'utilisation de la contraception dans le district pendant les deux périodes.

3. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Plusieurs études ont été menées sur l'impact de la franchise sociale concernant l'accès aux services de planification familiale, dans le Monde en Afrique et au Mali. Il ressort de la plupart des études que la franchise sociale est un moyen pour accélérer l'accès des populations à des services de soins de santé avec en plus une qualité améliorée (6–8)

En 2017, Judy Gold et al dans une étude menée au Mali sur « Améliorer l'accès aux choix de planification familiale par le biais de la franchise sociale dans le secteur public : l'expérience de Marie Stopes International au Mali », trouve entre mars 2012 et décembre 2015, une augmentation rapide du nombre de femmes sous contraception passant d'environ 9 172 clientes sous contraception en 2012 à environ 46 222 sous contraception en 2015. Les clients recevant des méthodes réversibles à longue durée d'action représentaient environ 78% de l'ensemble des clients (6). Le nombre total de CAP livré par le réseau MSIM BlueStar est passé de 29 127 au cours des 10 premiers mois en 2012 à 149 282 en 2015, soit une augmentation de plus de 500% (6).

Toujours en 2017, Benjamin Bellows et al dans une étude menée en Ouganda sur « Augmentation de l'accès aux contraceptifs pour les populations difficiles à atteindre avec des bons et des franchises sociales » trouve entre mars 2011 et décembre 2014, 330 826 femmes bénéficiant d'un service de planification familiale utilisant le coupon, dont 70% ont choisi un implant et 25%, un dispositif intra-utérin. Ils estiment qu'en 2014, sur les quelque 8 600 000 femmes en âge de procréer en Ouganda, 280 000 utilisaient une méthode de contraception fournie par le programme et que 120 000 de ces clientes étaient des « utilisatrices additionnelles » de la contraception (soit 43%), contribuant 1.4 points de pourcentage du taux national de prévalence de la contraception moderne(9). La combinaison de bons de planification familiale et d'une initiative d'amélioration de la qualité basée sur une franchise peut exploiter l'infrastructure de santé privée existante pour élargir considérablement l'accès à la planification familiale et le choix offert aux populations défavorisées et potentiellement améliorer la prévalence de la contraception lorsqu'elle est utilisée à l'échelle nationale(9).

En 2016 Nirali M. Chakraborty et al dans une étude quasi-expérimentale menée au Kenya qui a comparé 50 aires où il existe une franchise Tunza et aucun autre fournisseur franchisé avec 50 aires de contrôle sur « Évaluation de l'impact du franchisage social sur l'utilisation de la

planification familiale au Kenya », trouve qu'il n'y avait pas de différence significative dans les chances d'utilisation actuelle ou nouvelle de PF par groupe, ajusté pour l'âge. Aucune relation statistiquement significative n'a été trouvée entre la proximité des installations de Tunza et être une actuelle (OR 0,95, IC 95% 0,68, 1,21) ou nouvelle (OR 0,96, IC 95% 0,59, 1,32) utilisatrice de méthodes modernes de planification familiale. Cependant, les répondants des zones de recrutement de Tunza sont beaucoup plus susceptibles d'être des utilisateurs de MLDA (adj. OR = 1,49, p = 0,015) (10). En outre, les femmes âgées de 18 à 24 ans et de 41 à 49 ans dans les zones d'interventions de Tunza ont un taux de probabilité significativement élevé d'utilisation de MLDA et de Méthode permanente que dans les zones de contrôle. Les femmes dans les régions de Tunza (expérimentales) étaient beaucoup plus susceptibles d'utiliser actuellement une méthode de contraception à action prolongée ou permanente (MLDP) de la planification familiale que celles des zones de contrôle (27,3 vs 20,9%, p = 0,028) (10). Les femmes résidant près des installations sous franchise Tunza étaient plus susceptibles d'utiliser des méthodes à action prolongée et permanentes (OR 1,48, IC 95% => 1,016, 1,957) que les femmes résidant dans zones de contrôle (10).

De même qu'en 2015, Sarah Thurston et al, dans leur étude entre 2008 et 2014 sur « Création et mise à l'échelle de réseaux de cliniques franchises sociales : Enseignements tirés de Marie Stopes International et de Population Services International », trouve que le franchisage social de MSI et de PSI a connu une croissance exponentielle. En 2013, les programmes combinés de franchisage social des organisations ont généré 8,6 millions de couple année de protection (CAP). En seulement un an, les CAP qu'elles ont livrées ont augmenté de 26%, pour atteindre plus de 10,8 millions, sur la base des données préliminaires de 2014 issues des registres internes de MSI et PSI (11).

En 2018 Syed Khurram Azmat et al, dans une étude « Évaluation de la qualité des services de planification familiale et des expériences des utilisateurs dans le cadre d'un programme de franchisage social - études de cas de deux districts ruraux au Pakistan » trouve entre mai et juin 2015 que les services Marie Stopes Society (MSS) et GSM (Greenstar Social Marketing)/PSI maintiennent des normes de qualité élevées en matière de fourniture d'informations sur la planification familiale, services et des produits de base. Dans l'ensemble, il n'y avait pas beaucoup de différence entre les deux modèles de qualité et de satisfaction. Les résultats

démontrent que la qualité du service et la satisfaction de la clientèle sont un déterminant important de l'utilisation des méthodes contraceptives cliniques au Pakistan(12).

Encore en 2015, Simon Sensalire et al dans une étude sur « franchisage social dans le cadre du marketing sur les contraceptifs à long terme et réversible (MLDA) en Ouganda : analyse du modèle de franchise sociale PACE » trouve qu'il y a une augmentation évidente de l'utilisation actuelle des méthodes de PF chez les femmes en âge de procréer (FAP), bien que le changement ne soit pas statistiquement significatif. Soixante-trois pour cent (63,7%) des femmes en âge de procréer au suivi, contre 62,3% au moment de départ, faisaient quelque chose pour prévenir la grossesse. Une large gamme de mesures de contrôle des naissances ont été rapportées, mais parmi celles-ci, les injectables étaient les plus populaires. Une comparaison sur les deux périodes montre une augmentation sans signification statistique parmi les FAP utilisant actuellement des DIU (de 1,6% au départ à 1,9% au suivi) (13). Il y avait un niveau élevé de connaissances correctes sur les services et les méthodes de PF, en particulier les méthodes de PF de longue durée d'action, et les résultats attendus de la PF augmentaient (13).

Toujours en Juin 2015, Erik Munroe et al Etude mixte rétrospective utilisant des données de service de routine provenant de programmes de franchise sociale dans 17 pays d'Afrique et d'Asie (2008-2014) et entretiens de sortie avec 4 844 clients sur La franchise sociale dans le secteur privé pour accélérer l'accès, le choix et la qualité de la planification familiale : résultats de Marie Stopes International. Cette étude trouve qu'entre 2008 et 2014, environ 3 753 065 femmes ont bénéficié cumulativement de services de planification familiale volontaires dans le cadre de 17 programmes nationaux de franchise sociale, dont 68% ont choisi des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (MLDA). Alors que le nombre de points de prestation de franchisés sociaux a augmenté au fil du temps, l'efficacité s'est également nettement améliorée, chaque point de de prestation ayant atteint en moyenne 178 CAP en 2008, contre 941 en 2014 ($p = 0,02$). Les scores d'audit de la qualité clinique se sont également nettement améliorés ; 39,8% des points de prestation des franchisés sociaux ont enregistré une note supérieure à 80% en 2011, contre 84,1% en 2014. En 2013, 40,7% des clients ont déclaré qu'ils n'avaient pas utilisé de méthode moderne au cours des 3 mois précédant leur visite (IC 95% = 37,4 ; 44,0), dont 46,1% (IC à 95% = 40,9 ; 51,2) ont déclaré n'avoir jamais eu recours à la planification familiale. L'analyse des niveaux d'âge et de pauvreté des clients indique des résultats mitigés en ce qui concerne les écarts d'équité: 57,4% des clients vivaient avec moins de 2,50 USD par

jour en 2013 (IC à 95% = 54,9 ; 60,0) et 26,1% avaient entre 15 et 24 ans (95%). IC = 23,8 ; 28,4), mais seulement 15,1% vivaient avec moins de 1,25 USD / jour (95% = 13,8 ; 16,4) et 5,0% avaient entre 15 et 19 ans (95% = 3,9, 6,1). Les services fournis par le biais de la franchise sociale devraient permettre d'éviter 4 958 000 grossesses non désirées (7)

Également, en 2014, Syed Khurram et al dans une étude Etude quasi expérimental avec contrôles dans le Pakistan rural sur « Impact du franchisage social sur l'utilisation de la contraception lorsqu'il est complété par des bons d'achat » : trouve que l'utilisation constante de contraceptifs modernes a augmenté de 28,5% et le taux de prévalence global des contraceptifs a augmenté de 19,6%. Un changement significatif (11,1%) a été enregistré dans l'utilisation des DIU (Dispositif Intra Utérin), qui étaient promus avec des bons d'achat. Le modèle de franchise de planification familiale favorise la sensibilisation et l'utilisation des contraceptifs. De plus, complété avec des bons, il peut améliorer l'utilisation des DIU, qui ont un coût important (14).

En 2013, Naomi Beyeler et al, dans une revue systématique sur « L'impact du franchisage clinique social sur les services de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire » ayant inclus 23 articles à partir de 113 identifiés, trouve dans cette revue que les études ont évalué un petit échantillon de franchises au niveau mondial et se sont concentrées sur les franchises de santé reproductive. Les résultats ont varié considérablement selon les résultats et les programmes. La franchise sociale était associée positivement à l'augmentation du volume de clients et à leur satisfaction. Les conclusions sur l'utilisation des soins de santé et l'impact sur la santé étaient mitigés ; Certaines études montrent que les franchises surpassent de manière significative les autres modèles de soins de santé, tandis que d'autres montrent que les franchises sont équivalentes ou pires que celles d'autres cliniques privées ou publiques. Dans deux domaines, la rentabilité et l'équité, les résultats des franchises sociales ont généralement été moins bons (8).

Anh D Ngo et al en 2010, dans une étude quasi expérimentale avec 36 centres de santé communaux de contrôle pour évaluer « L'impact de la franchise sociale sur l'utilisation de services de santé reproductive et de planification familiale dans les postes de santé des communes publiques au Vietnam » trouve que l'appartenance à la franchise du centre de santé communal était significativement associée à une augmentation de plus de 40% du nombre de cas rapportés par les cliniques, le nombre de clients pour les services de santé génésique et

générale. Une augmentation de 45% des cas de planning familial, déclarée par la clinique, reliée à l'appartenance à la franchise sociale gouvernementale était légèrement significative ($p = 0,05$). La fréquence de l'utilisation des services SR/PF a augmenté de 20% entre l'enquête initiale et l'enquête postérieure au lancement sur 12 mois ($p < 0,05$)(15). Cependant, les changements dans le taux d'utilisation n'étaient pas significativement associés à l'adhésion à la franchise ($p = 0,15$) (15).

4. METHODES :

4.1. CADRE D'ETUDE :

Cette étude a eu lieu dans le district sanitaire de San (région de Ségou).

Le cercle de San est situé au Sud Est de la Région de Ségou. Il couvre une superficie de 7 262 km² et est limité (16) :

- Au nord par les Cercles de Macina et de Djenné
- Au sud par les Cercles de Koutiala et Yorosso
- A l'Est par le Cercle Tominian
- A l'Ouest par les Cercles de Bla et de Ségou.

Population : La population du Cercle de San est estimée à 423.180 habitants en 2016 (Recensement général de la population de 1998) avec une densité de 37,71 habitants par Km². Le taux d'accroissement naturel de la population est de 2% en moyenne/habitant. Les principales ethnies rencontrées sont : les Bambara, les Bwas, les Peuhls et les Miniankas.

Cultures – Tradition – Religion : La population du Cercle de San reste encore attachée à sa culture et tradition parmi lesquelles les Bois sacrés en milieu Bambara, Miniaka et bwa, la Marre sacrée, le Puits sacré, la Case sacrée. Les Masques et les rituelles (N'Golokoun, le Kom, le nia, le koté, le N'Tomo et la fête du Sanké) constituent les possessions annuelles qui offrent beaucoup d'intérêts culturel et touristique. Les principales religions sont : l'Islam, le Christianisme et l'animisme.

Economie : Les principales activités économiques sont basées sur l'agriculture, l'élevage et le commerce.

Tableau I: Situation des CSCom et structures privées

Indicateurs	Nombre	Taux (%)
Total CSCom Fonctionnel	30	
Nouveau CSCom fonctionnel en 2018	0	
CSCom tenu par un médecin	8	26,67
CSCom tenu par personnel non qualifié	0	0
CSCom SONUB	13	43,33
Population structures SONUB	204 682	45,69
CSCom accrédité	3	10,00
Cabinet médical	4	
Clinique médicale	3	
Officine/pharmacie	8	

Tableau II : Bilan de la mise en œuvre des activités de planification familiale 2018

Indicateurs	CSCom	CSRéf	Privés	Autres	Total
	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	
Couple Année de Protection	9 934	741	328	5	11 008
Femmes (15-49 ans) sensibilisées sur la PF					200
Adolescents (14-18 ans) sensibilisées sur la PF					500
Femmes (15-49 ans) ayant bénéficié de la DBC dans les centres d'autopromotion et maisons de la femme					450

Commentaire : De plus en plus de femmes utilisent une méthode moderne de contraception. Cependant le nombre de couple année protection reste faible. Les équipes mobiles de Marie

Stopes Mali et la formation en PF des responsables maternité des CSCOMS ont contribué à atteindre cet objectif. Des séances de sensibilisation ont été réalisées par le projet Atteindre le Dernier km à travers la DBC dans les communes de Ouolon et Sy.

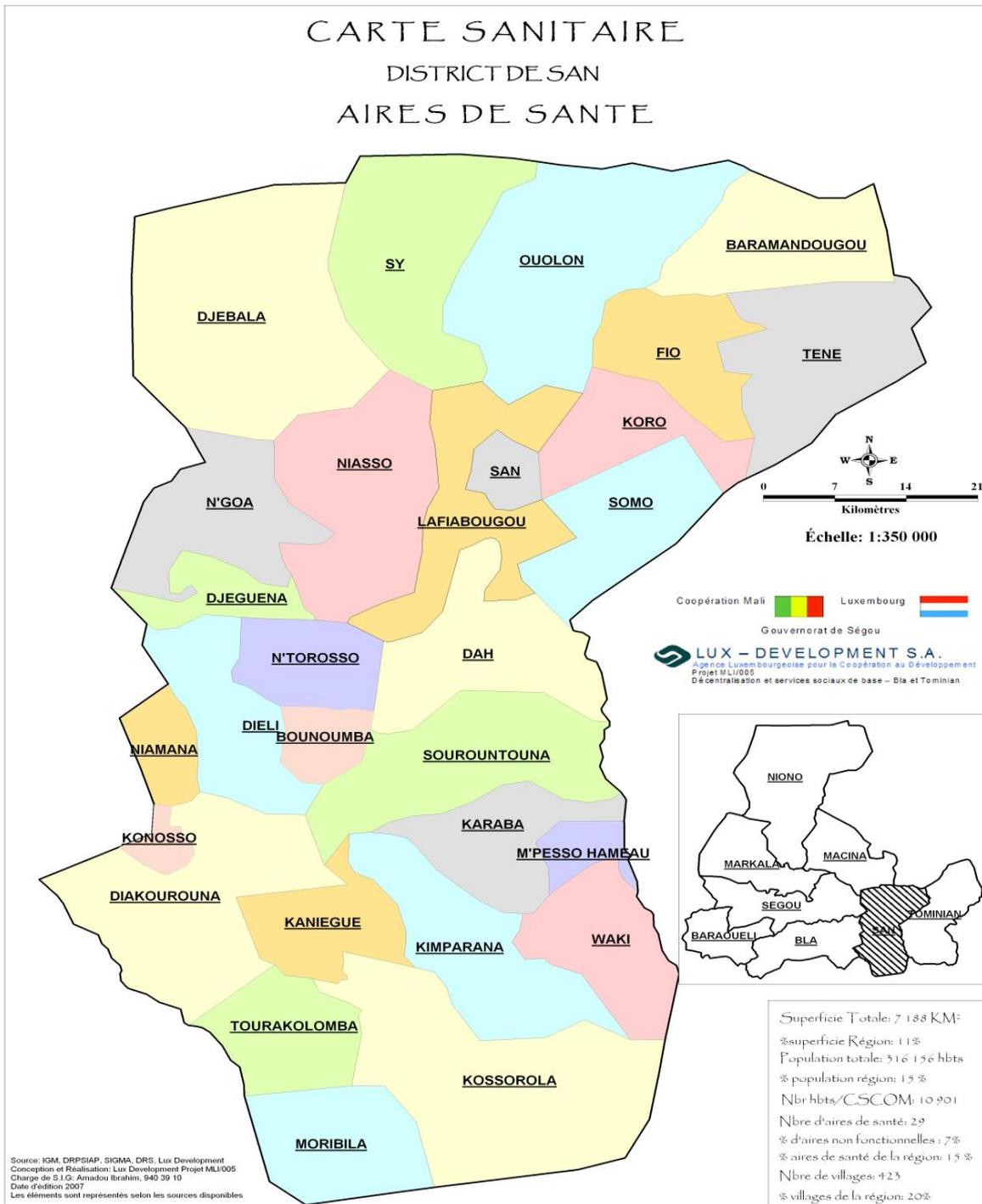


Figure 1: Carte sanitaire du district de San (Source : monographie du district de San).

4.2. TYPE D'ETUDE :

Etude quasi-expérimentale (étude avant et pendant intervention) qui a comparé les données d'utilisation des services de contraception sur deux périodes (6 mois allant du 01 janvier au 30 juin 2018 et de janvier à juin 2019), concernant 25 structures socio-sanitaires (CSCCom) du district de San. Les deux périodes étaient réparties comme suit : 6 mois avant l'intervention et 6 mois pendant. Une analyse comparative a été faite entre les données des périodes avant et pendant l'intervention, sur les services de contraception offerts par le personnel des 25 CSCCom de l'étude.

4.3. PERIODE D'ETUDE :

Cette étude a été réalisée sur une période de 6 mois allant de mars à août 2019. Elle a porté sur les données du 01 janvier 2018 au 30 juin 2019 dans le district de San, l'intervention de franchise sociale ayant commencé en janvier 2019. Les données ont été collectées du 15 au 23 juillet 2019.

4.4. POPULATION D'ETUDE :

a) **Population cible :** L'ensemble de structures socio-sanitaires (CSCOM) du district sanitaire de San.

b) **Population source :** Les CSCCom franchisés du district sanitaire de San.

c) **Unités d'enquête :**

- Unité d'échantillonnage : Le CSCCom
- Unité déclarante : Les données du Système d'Information Sanitaire (SIS)
- Unité d'analyse : l'utilisation des services de contraception

d) **Critères d'inclusion :**

- Tout CSCCom fonctionnel franchisé du district sanitaire à évaluer.

e) **Critères de non-inclusion :**

- Les structures avec des données non disponibles.
- Les structures refusant de participer à l'étude

4.5. CRITERES DE JUGEMENTS :

Le critère de jugement entre les différentes périodes a porté sur ;

- Le nombre d'utilisatrices de contraception à travers les services offerts par personnel des structures concernées par l'étude (Il s'agit des utilisatrices ayant reçu leurs services à travers le personnel des CSCom recrutés dans l'étude).

4.6. DEFINITION OPERATIONNELLE DES VARIABLES :

- Le nombre d'utilisatrices de contraception dans les CSCom du district : Il s'agit du nombre de clients venus dans les établissements de santé du district pour un service de contraception durant une période donnée.
- Couple-Année de Protection (CAP) : Le CAP est la protection estimée fournie par les méthodes contraceptives sur une période d'un an, en fonction du volume de tous les contraceptifs vendus ou distribués gratuitement aux client(e)s au cours de cette période.
- Les Méthodes de Longue Durée d'Action : Il s'agit des types de méthodes contraceptives dont la durée d'action totale atteint au moins 3 ans (17).
- Le nombre de personnel de santé qualifié et formé en technologie de la contraception par structure : Il s'agit du nombre d'agent de santé d'une structure ayant une qualification minimum de niveau infirmier de 1^{er} cycle et bénéficiant d'une formation en technologie contraceptive avant ou au plus 3 mois après le début de la période d'étude.
- Le nombre de personnel de santé non qualifié et formé en technologie de la contraception par structure : Il s'agit du nombre d'agent de santé d'une structure ayant une qualification inférieure au niveau infirmier de 1^{er} cycle et bénéficiant d'une formation en technologie contraceptive avant ou au plus 3 mois après le début de la période d'étude.

4.7. ECHANTILLONNAGE :

- **Technique d'échantillonnage :**

Dans la région de Ségou, le district sanitaire de San a bénéficié de la franchise sociale à partir de janvier 2019. Il est celui qui a plus de structures franchisées dans toute la région.

Toutes les structures éligibles dans le district ont été prises en compte dans la liste pour constituer l'échantillon (échantillonnage exhaustif) et toutes les structures franchisées ont été éligibles. Pour les comparaisons entre les 2 périodes, les données mensuelles de chaque structure ont été recueillies pour une période de 6 mois. Dans la base des données, nous avons eu donc les données mensuelles 6 fois le nombre de structures recrutées dans l'étude (exemple pour 25 structures, nous avons eu 150 données mensuelles différentes à comparer à 150 autres). Nous avons donc fait un échantillonnage à 2 degrés : le 1^{er} degré pour la sélection du district et le 2^{ème}, la sélection des CSCom.

- **Détermination de la taille minimum (n) à recruter :**

L'unité recruté dans l'échantillon était le CSCom. Le recrutement des CSCom respectant les critères d'inclusion a été exhaustif dans le district. En fonction du nombre actuel de CSCom fonctionnel franchisé dans le district de San, l'étude a porté sur un total de vingt-cinq (25) CSCom.

4.8. COLLECTE DES DONNEES :

Instrument de collecte : Les données ont été collectées sur un questionnaire préétabli et testé.

Sources des données : Les sources suivantes ont été mises à profit pour collecter les données

- Les supports des services de planification : les données du « District Health Information System 2 » (DHIS2) et de « Organisational Register and Informatics Online » (ORION) puis secondairement les rapports, micro-plans, ...

Techniques de collecte :

- Les données ont été collectées à partir du système d'information sanitaire du district (extraction des données PF du DHIS2) ainsi que celui de Marie Stopes Mali pour récolter des informations complémentaires par structure, sur fiche d'enquête pré-testé. Pour certaines précisions nous avons contacté directement certaines structures. Les

données ont été collectées sur une période de 18 mois incluant 12 mois avant la franchise et 6 mois pendant la franchise.

Types de données à collecter :

- Les données quantitatives suivantes ont été collectées pour chaque structure : Le nombre de client(e)s utilisant la contraception, le nombre de couple année de protection, les types de méthodes de contraception
- Les données à variables qualitatives suivantes ont été collectées pour chaque structure : la formation en technologie contraceptive du personnel de santé, le type de personnel formé, l'existence ou non des autres interventions en PF dans la structure ou l'aire de santé

4.9. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES :

- Word et Excel ont été utilisés pour la saisie des données (Word a été utilisé pour faire le narratif et les commentaires des résultats, Excel a été utilisé pour faire les graphiques qui ont été ensuite transportés sur Word) ;
- Qualité sécurité et contrôle des données : les données ont été saisies enregistrées à plusieurs niveaux pour éviter les pertes de données ou les modifications, une épuration en a été faite pour le nettoyage, il y a eu encodage de certaines variables et la création d'autres.

☐ Variables à étudier :

Le nombre d'utilisatrices de la contraception dans les CSCom du district, Couple-Année de Protection (CAP) par CSCom et dans le district, le nombre de méthodes de contraception de longue durée d'action (MLDA), le nombre et type de personnel (qualifié ou non) formé par structure et dans le district.

☐ Analyse des variables :

Des analyses uni, bivariées ont été réalisées sur SPSS 25. L'analyse a porté sur les données d'offre de services de contraception faits par le personnel des CSCom inclus dans l'étude.

▶ Variables qualitatives :

(i) Les proportions ont été utilisées pour les analyses univariées ; (ii) Des graphiques ont été faites (diagrammes en barre).

► **Variables quantitatives :**

- Le nombre d'utilisatrice ainsi que la moyenne ont été estimés pour comparaisons
- Certaines variables quantitatives ont été transformées pour créer d'autres (encodage).
- Des nouvelles variables ont été créées après la collecte des données pour des fins d'analyse supplémentaires
- Des représentations graphiques sous forme de courbe de tendance ont été faite.

► **Les tests suivants ont été utilisés :**

- Les tests de comparaison de caractéristiques observées ;
- Le Test non paramétrique de comparaison de moyenne (test de Wilcoxon- Mann-Whitney) pour les variables quantitatives (variables dépendantes). Le nombre de clients, CAP et MLDA comparatif entre les périodes avant et pendant l'intervention dans le district. Ce test non paramétrique a été utilisé (au lieu de celui paramétrique) parce que nous nous sommes rendu compte après vérification que la distribution dans les 2 échantillon à comparer n'était pas normale. Dans ces conditions, un test non paramétrique est mieux indiqué.
- Les valeurs de p (seuil de signification) $< 0,05$ ont été considérées comme statistiquement significatives avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

4.10. PRE TEST :

Le questionnaire a été pre-testé sur les données de cinq CSCoM dans le district de Ségou (un district non échantillonné).

4.11. CONSIDERATIONS ETHIQUES :

Cette étude ne permet pas d'identifier les participants et aucune donnée n'a été collectée avec les noms des participants. L'étude a été réalisée avec le consentement des personnels du district et des CSCoM. La participation des CSCoM a été volontaire. Cette étude n'avait pas de risques physique et psychologique.

5. RESULTATS :

5.1. Descriptifs de la population d'étude :

Au cours de notre étude, 25 structures socio-sanitaires (CSCoM) ont été incluses dans l'étude. Elles constituaient l'ensemble des structures ayant bénéficié de la franchise sociale du district de San (region de Ségou). Ces structures avaient bénéficié à hauteur de 100%, la formation en technologie de la contraception à travers au moins un agent de santé. La formation est l'élément clé de l'accompagnement de la franchise sociale qui a débuté en janvier 2019 dans le district. Les données ont été collectées sur une séquence mensuelle de 18 mois et les données mensuelles de chaque structure étaient considérée comme une observation.

5.2. Type de personnel formé en technologie de la contraception :

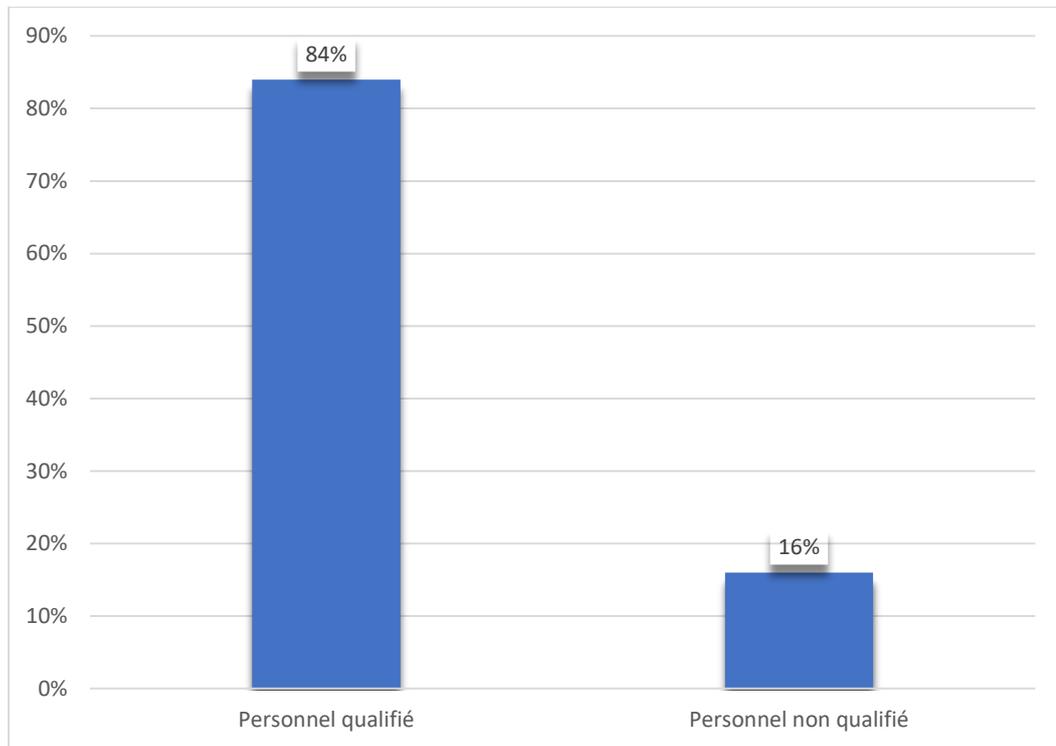


Figure 2: Répartition des types de personnel formés en technologie contraceptive dans les franchises du district.

Dans cette étude nous avons observé que la majorité des prestataires formés en technologie de la contraception était du personnel qualifié soit **86%** contre **16%** non qualifié dans l'ensemble des vingt-cinq structures enquêtées.

5.3. Comparaison des nombres d'utilisatrices de contraception avant et pendant la franchise :

Tableau III : Répartition des utilisatrices de contraception selon la période avant et pendant l'intervention (la franchise) :

PERIODES	N	Rang moyen utilisatrices	Somme des rangs	p-value
Avant la franchise (6 mois)	150	130,38	19557,00	<0,001
Pendant la franchise (6 mois)	150	170,62	25593,00	

Il ressort de cette étude que le rang moyen d'utilisatrices de contraception dans les 25 CSCom avant la franchise (**130,38**) était supérieur à celui pendant la franchise (**170,62**). Cette différence était statistiquement significative avec le **test de Wilcoxon – Mann Whitney** ; **p<0,001**. Ce résultat concerne uniquement les services de contraception offerts par le personnel du CSCOM.

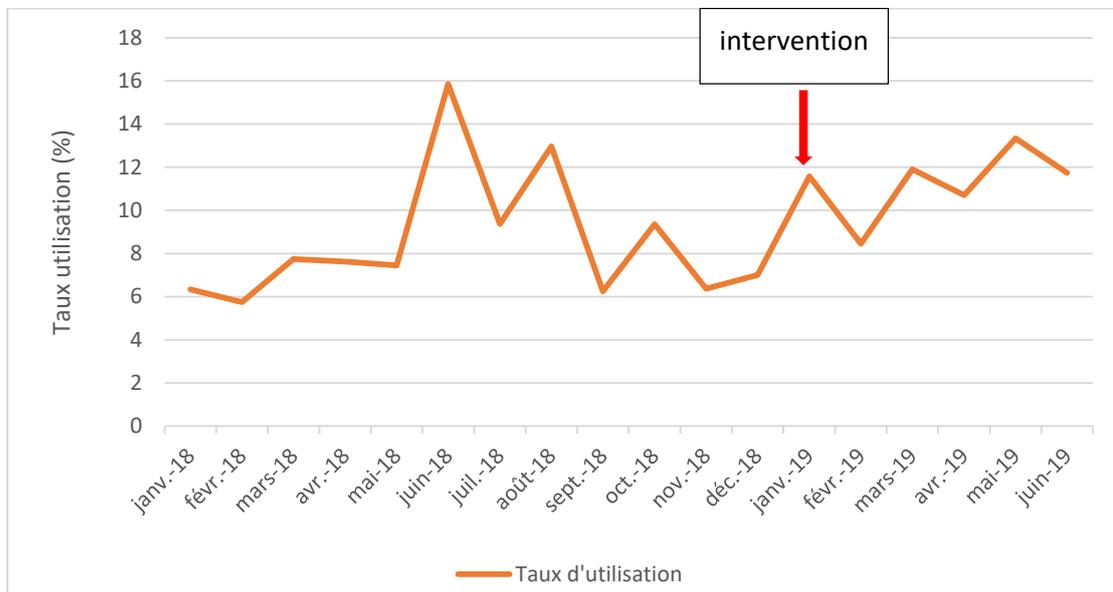


Figure 3 : Tendence des taux mensuels d'utilisatrices de contraception offerts par le personnel du CSCOM sur 18 mois dans le district (2018 sans la franchise et 2109 avec la franchise).

Les résultats issus de cette étude montrent qu'entre janvier et décembre 2018, il y a eu deux pics du taux mensuels des utilisatrices, se produisant en juin et août, puis une tendance

relativement ascendante de janvier à juin 2019 (pendant la franchise). Les données analysées sont les services offerts par le personnel des CSCom enrôlés dans l'étude.

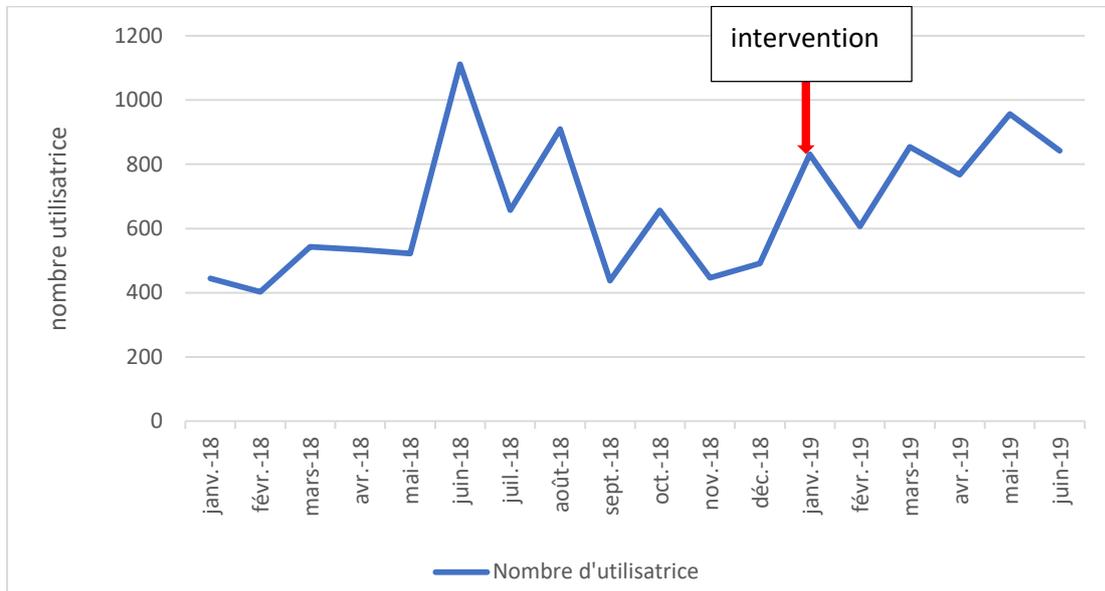


Figure 4 : Tendence des nombre mensuels d'utilisatrices de contraception offerts par le personnel du CSCom sur 18 mois dans le district (2018 sans la franchise et 2109 avec la franchise).

Nous obtenons les mêmes tendances avec les nombres qu'avec les taux d'utilisations de contraception dans notre étude entre janvier 2018 et juin 2019.

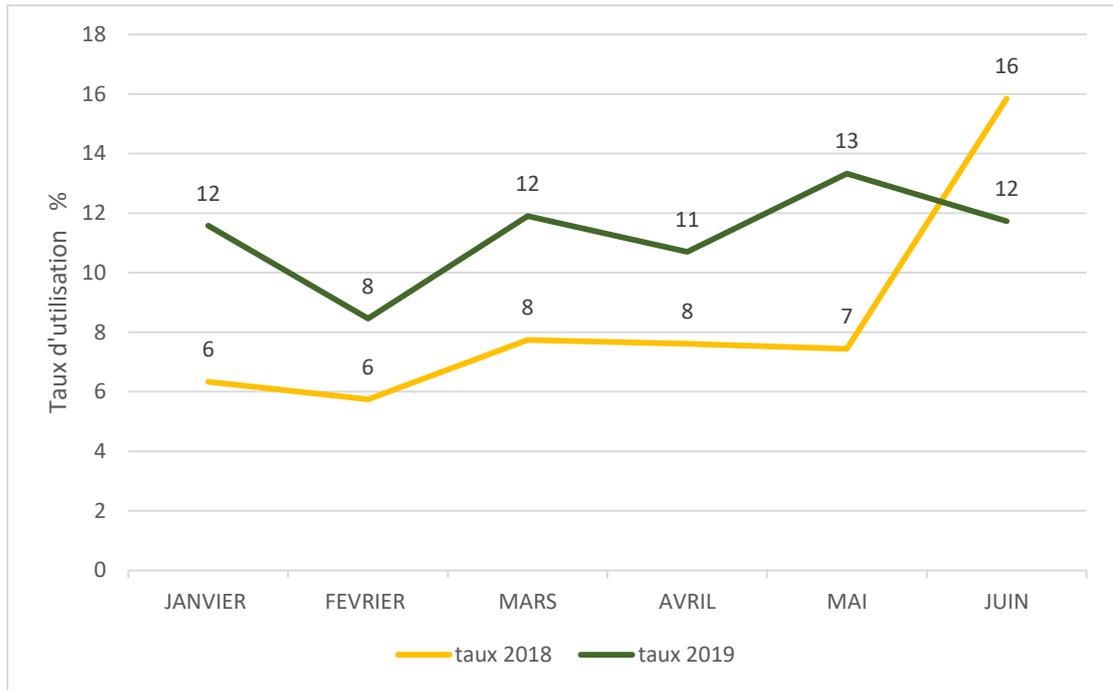


Figure 5: Tendence comparative des taux mensuels d'utilisatrices de contraception dans les 25 CSCom du district, sur une période de 6 mois entre 2018 et 2019.

Au cours de cette étude, il a été observé un taux mensuel d'utilisatrices de contraception en 2019 (pendant la franchise dans les 25 CSCom) supérieur à celui de 2018 (sans la franchise) à l'exception du mois de juin 2018.

Le nombre total d'utilisatrices était de 3558 pendant les 6 premiers mois de 2018 contre 4858 la même période en 2019 soit une augmentation comparative de 37%.

5.4. Comparaison des CAP produits à partir les services de contraception avant et pendant la franchise :

Tableau IV : Répartition des CAP selon la période avant et pendant la franchise :

PERIODES	N	Rang moyen CAP	Somme des rangs	p-value
Avant la franchise (6 mois)	150	135,48	20321,50	0,003
Pendant la franchise (6 mois)	150	165,52	24828,50	

Dans cette étude nous avons trouvé un rang moyen de CAP dans les 25 CSCom sur 6 mois avant la franchise (**135,48**) différent de celui pendant la franchise (**165,52**). Cette analyse montre que l'intervention par la franchise sociale dans les CSCom du district était associée à une augmentation statistiquement significative du rang moyen de CAP comparativement à la période sans intervention (**test de Wilcoxon-Mann-Whitney ; p=0,003**). Il s'agit ici des services de contraception offerts par le personnel du CSCOM.

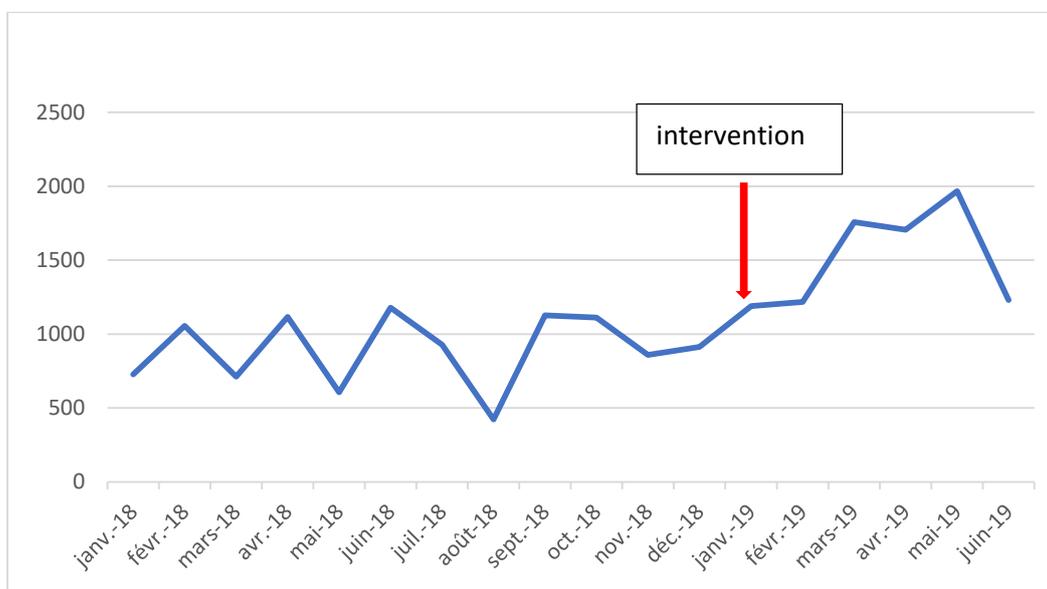


Figure 6 : Tendence des nombres mensuel de CAP produit par le personnel des CSCom sur 18 mois dans le district par les 25 CSCOM (2018 sans la franchise et 2109 avec la franchise).

Dans cette étude, le nombre mensuel de CAP dans les vingt-cinq structures (CSCoM) a évolué en dent de scie **entre 500 et 1200** de janvier décembre 2018 (sans la franchise), puis une augmentation progressive (avec la franchise) **au-delà de 1200** jusqu'en mai 2019 mais avec une baisse relative en juin 2019.

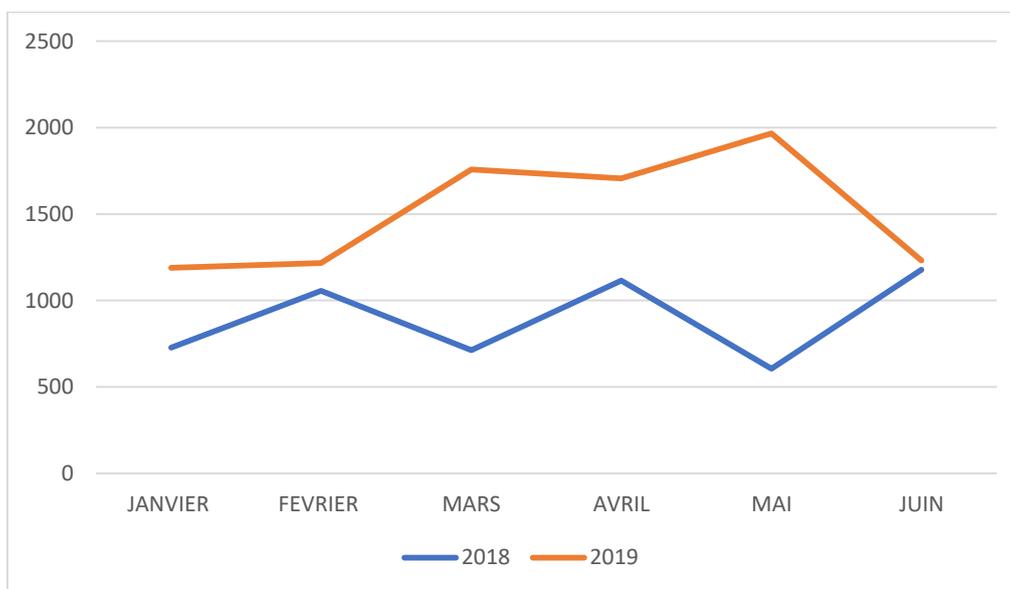


Figure 7 : Tendence comparative du CAP mensuel dans les 25 CSCoM sur une période de 6 mois, entre 2018 et 2019.

Il a été observé au cours de cette étude un nombre mensuel de CAP de la période de 2019 (pendant la franchise dans les 25 CSCoM) supérieur à celui de 2018 (sans la franchise). Le nombre de CAP total à partir des services livrés par le personnel des 25 CSCoM était de 5394 dans les 6 premiers mois de 2018 contre 9070 la même période en 2019, soit une augmentation comparative de 68%.

5.5. Comparaison des CAP produits à partir les services de contraception avant et pendant la franchise :

Tableau V : Répartition des MLDA selon les deux périodes (avant et pendant la franchise).

PERIODES	N	Rang moyen MLDA	Somme des rangs	p-value
Avant la franchise (6 mois)	150	114,28	17142,50	<0,001
Pendant la franchise (6 mois)	150	186,72	28007,50	

Le rang moyen de MLDA dans les 25 CSCoM sur 6 mois avant la franchise (**114,28**) était différent de celui pendant la franchise, qui était le plus élevé (**186,72**), cette différence est statistiquement significative avec le test de **Wilcoxon – Mann – Whitney ; p<0,001**.

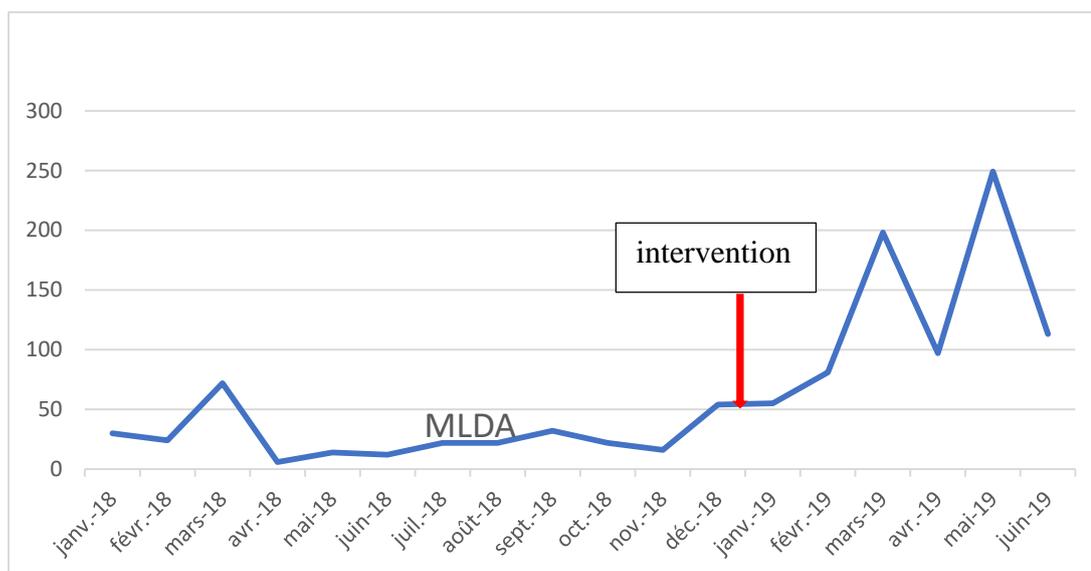


Figure 8 : Tendence des MDLA sur les 18 mois (2018 sans la franchise et 2109 avec la franchise):

L'analyse des résultats montre un nombre mensuel de MLDA plus élevé dans les 25 structures de l'étude, pendant la période de la franchise. La tendance a évolué globalement de façon stable, inférieur ou autour de **50** toute l'année 2018, alors qu'à partir de janvier 2019 avec de début de l'intervention, elle à augmenté pour atteindre **100 voire 250** par mois.

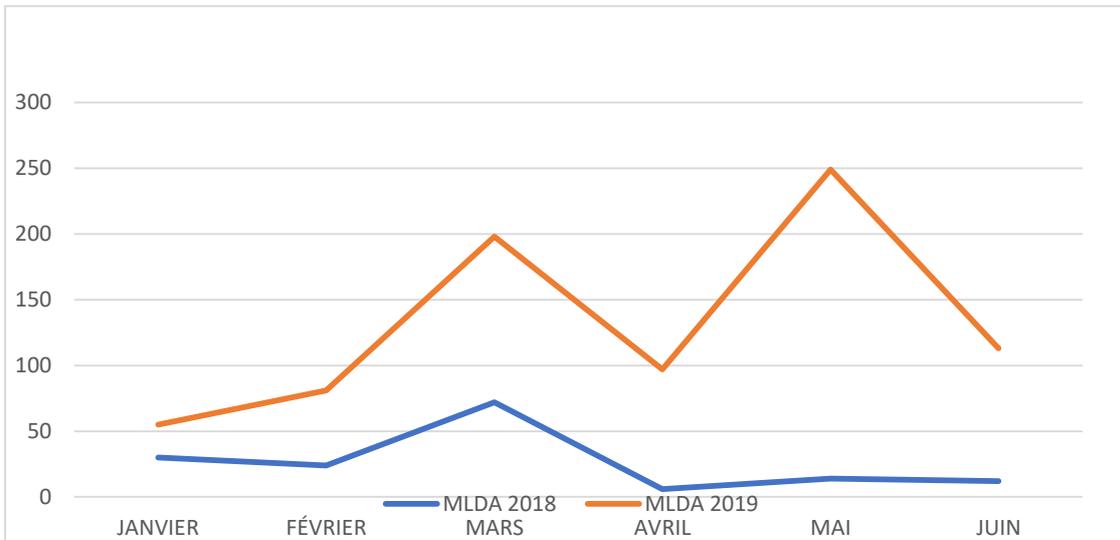


Figure 9: Tendence comparative des nombres mensuels de MLDA dans le district, sur une période de 6 mois, entre 2018 et 2019.

Il a été observé au cours de cette étude un nombre mensuel de MLDA de la période de 2019 (pendant la franchise) supérieur à celui de 2018 (sans la franchise). Le nombre total de MLDA était de 158 dans les 6 premiers mois de 2018 pour les 25 CSCCom contre 793 la même période en 2019 soit une augmentation de 402%.

5.6. La part des partenaires d'offres de services de contraception en termes de CAP et utilisatrices

Tableau VI : Répartition de la contribution (autres interventions) durant les 18 mois.

Indicateurs de services	Nombre total des services /CAP	Nombre de services /CAP fournis par le CSCCom	Part estimée des autres intervenants	Part des autres intervenants (%)
Utilisatrices	14 411	12 012	2 399	17
CAP	28 675	19827	8848	31

Cette étude a montré une contribution à hauteur de **17%** et **31%** respectivement pour les utilisatrices de contraception et le CAP qui est la part des partenaires d'interventions en offre

de services de contraception dans le district sur les 18 mois qui ont concerné l'étude et dans les 25 CSCom. Ces données n'ont pas pris en compte les interventions de communication sur le changement social de comportement mais uniquement l'offre de services.

7. COMMENTAIRES – DISCUSSION :

Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'apport de la franchise Sociale à travers la formation des prestataires de santé en technologie contraceptive dans l'accès des femmes aux services de planification familiale au niveau du district de San.

7.1. Le type d'agent de santé formé en technologie de la contraception :

L'analyse des résultats conformément aux objectifs de l'étude a permis de mettre en évidence que la majorité des prestataires formés en technologie de la contraception était du personnel qualifié dans l'ensemble des vingt-cinq structures enquêtées. Ce résultat est en accord avec la répartition du type de personnel de la région de Ségou (18) qui trouve 64% de personnel qualifié contre 36% de non qualifié. Un des premiers bénéfices pour les CSCCom d'avoir accès à la franchise est d'être formé en technologie de la contraception pour pouvoir offrir les méthodes de contraception particulièrement celles de longue durée d'action, donc 100% des structures reçoivent cette formation à travers 1 ou 2 agents de santé par structure. Le Mali dans sa révision des politiques normes et procédures en SR de 2013 a autorisé les matrones (personnel non qualifié) à insérer les implants pour favoriser d'avantage l'accès aux services de planification familiale (19).

7.2. Les utilisatrices de méthodes de contraception :

Dans notre étude, le rang moyen d'utilisatrices de contraception par structure pendant les 6 mois de la franchise était supérieur à celui avant la franchise. Cette différence était statistiquement significative avec $p < 0,001$. Ce résultat est en accord avec ceux des études réalisées par Judy Gold et al. en 2015 (20) au Mali sur «Améliorer l'accès aux choix de planification familiale par le biais de la franchise sociale dans le secteur public : l'expérience de Marie Stopes International au Mali », trouve entre mars 2012 et décembre 2015, une augmentation rapide du nombre de femmes sous contraception entre 2012 et 2015 (6). Naomi Beyeler et al en 2013, dans une revue systématique sur « L'impact du franchisage clinique social sur les services de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire » trouve que les résultats ont varié considérablement selon les programmes. La franchise sociale était associée positivement à l'augmentation du volume de clients et à leur satisfaction (8). Anh D Ngo et al en 2010, dans une étude quasi expérimentale avec 36 centres de santé communal de contrôle

pour évaluer « L'impact de la franchise sociale sur l'utilisation de services de santé reproductive et de planification familiale dans les postes de santé des communes publiques au Vietnam » trouve aussi que l'appartenance à la franchise du centre de santé communal était significativement associée à une augmentation de 45% des cas de planning familial déclarée par la clinique, reliés à l'appartenance à la franchise sociale gouvernementale qui était légèrement significative ($p = 0,05$) (15).

D'autres études contrairement au notre, trouvent des différences non significatives en faveur toujours de la franchise, comme dans celle de Nirali M. Chakraborty et al. en 2016 dans une étude quasi-expérimentale au Kenya qui trouve qu'il n'y avait pas de différence significative dans les chances d'utilisation actuelle ou nouvelle de PF par groupe, ajusté pour l'âge (10) et Simon Sensalire et al. en 2015 dans une étude sur « franchisage social dans le cadre du marketing sur les contraceptifs à long terme et réversible (MLDA) en Ouganda qui trouve qu'il y a une augmentation évidente de l'utilisation actuelle des méthodes de PF chez les femmes en âge de procréer (FAP), bien que le changement ne soit pas statistiquement significatif (13). Dans la même année en 2017, Benjamin Bellows et al. dans une étude menée en Ouganda sur « Augmentation de l'accès aux contraceptifs pour les populations difficiles à atteindre avec des bons et des franchises sociales » trouve entre mars 2011 et décembre 2014, 330 826 femmes bénéficiant d'un service de planification familiale utilisant le coupon, sans démontrer si cette augmentation est statistiquement significative (9).

Les résultats de notre étude ont démontré que la tendance des nombres mensuels des utilisatrices de contraception dans le district entre janvier 2018 et juin 2019 a évolué de façon progressive surtout de façon plus élevée dans la période de la franchise. Nous avons constaté 2 pics en juin et août qui s'expliquent respectivement par une distribution non habituelle de préservatifs masculins pendant ces périodes dans une aire de santé puis une autre. Les taux mensuels d'utilisatrices de contraception en 2019 (pendant la franchise dans les 25 CSCom) étaient supérieurs à ceux de 2018 (sans la franchise) à l'exception du mois de juin 2018 (expliqué par la distribution inhabituelle de préservatif). Il faut noter dans notre étude une augmentation du nombre total d'utilisatrices de contraception de **37%** en comparant les 2 périodes. Ce résultat corrobore avec ceux de : Judy Gold et al. en 2017 dans leur étude menée au Mali sur « Améliorer l'accès aux choix de planification familiale par le biais de la franchise sociale dans le secteur public : l'expérience de Marie Stopes International au Mali » (6) et Benjamin Bellows et al. en 2017 qui trouve dans une étude menée en Ouganda sur « Augmentation de l'accès aux

contraceptifs pour les populations difficiles à atteindre avec des bons et des franchises sociales » entre mars 2011 et décembre 2014(9). Simon Sensalire et al. en 2015 dans une étude sur le « franchisage social dans le cadre du marketing sur les contraceptifs à long terme et réversible (MLDA) en Ouganda : analyse du modèle de franchise sociale PACE » trouve également qu'il y a une augmentation évidente de l'utilisation actuelle des méthodes de PF chez les femmes en âge de procréer (FAP) (13). Naomi Beyeler et al. en 2013, dans une revue systématique sur « L'impact du franchisage clinique social sur les services de santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire » trouve le même résultat : La franchise sociale était associée positivement à l'augmentation du volume de clients et à leur satisfaction (8). Anh D Ngo et al. en 2010, dans une étude quasi expérimentale avec 36 centres de santé communal de contrôle pour évaluer « L'impact de la franchise sociale sur l'utilisation de services de santé reproductive et de planification familiale dans les postes de santé des communes publiques au Vietnam » trouve que 45% des cas de planning familial déclarée par la clinique était reliés à l'appartenance à la franchise sociale gouvernementale, légèrement significative ($p = 0,05$) (15). Les différences positives d'augmentation du nombre d'utilisatrices entre les deux périodes de comparaison dans notre étude pourraient s'expliquer par l'intervention de la franchise dans les CSCCom.

7.3. Le couple-année de protection (CAP) :

Dans notre étude, l'analyse montre que l'intervention à travers la franchise sociale dans les CSCCom du district était associée à une augmentation statistiquement significative du rang moyen de CAP par CSCCom comparativement à la période sans intervention ; $p=0,003$. Le nombre mensuel de CAP de la période de 2019 (pendant la franchise) dans les 25 CSCCom du district était supérieur à celui de 2018 (sans la franchise) avec une augmentation comparative de 68% entre les deux périodes. Ce résultat est similaire à ceux de : Erik Munroe et al. en Juin 2015 dans une étude mixte rétrospective qui trouve que l'efficacité s'est nettement améliorée, chaque point de de prestation ayant atteint en moyenne 178 CAP en 2008, contre 941 en 2014 ($p = 0,02$) (20). Judy Gold et al. en 2017, dans une étude menée au Mali trouve que le nombre total de CAP livré par le réseau MSIM BlueStar est passé de 29 127 au cours des 10 premiers mois en 2012 à 149 282 en 2015, soit une augmentation de plus de 500% (6). En 2015, Sarah Thurston et al., dans leur étude entre 2008 et 2014 sur « Création et mise à l'échelle de réseaux de cliniques franchises sociales : Enseignements tirés de Marie Stopes International et de Population Services International », trouve pour l'année 2013, 8,6 millions de couple-année de

protection (CAP) générés par les programmes combinés de franchisage social des organisations. En seulement un an, les CAP qu'elles ont livrés ont augmenté de 26%, pour atteindre plus de 10,8 millions CAP(11).

Cependant, nous n'avons trouvé aucune étude qui montre que les CAP dans les franchises étaient égaux ou inférieurs à ceux des structures non franchisées.

7.4. Les méthodes de contraception de longue durée d'action (MLDA) :

Le rang moyen de MLDA par structure dans le district avant la franchise était différent de celui pendant la franchise qui était le plus élevé, cette différence est statistiquement significative ; $p < 0,001$. Le nombre mensuel de MLDA de la période de 2019 (pendant la franchise) dans les 25 CSCCom du district était supérieur à celui de 2018 (sans la franchise). Le nombre total de MLDA était supérieur pendant les 6 premiers mois de 2019 avec augmentation de 402% dans les 25 CSCCom du district comparé à la même période en 2018. L'intervention à travers la franchise sociale dans les structures de santé communautaires (CSCCom) a permis aux femmes d'avoir accès aux méthodes de contraception de longue durée d'action plus que dans les structures sans intervention. Ce résultat est similaire à ce que trouve Syed Khurram et al., en 2014 dans une étude quasi expérimentale avec contrôles dans le Pakistan rural sur « Impact du franchisage social sur l'utilisation de la contraception lorsqu'il est complété par des bons d'achat » : où l'utilisation constante de contraceptifs modernes a augmenté de 28,5% et le taux de prévalence global des contraceptifs a augmenté de 19,6%. Un changement significatif a été enregistré dans l'utilisation des DIU (Dispositif Intra Utérin), qui étaient promus avec des bons d'achat (14). Munroe et al., en 2015 trouve que 70% des 1.24 million de clients servis à travers les franchises de MSI en 2014 ont choisi volontairement les MLDA ou méthode permanente (21). Nirali M. Chakraborty et al. en 2016, dans une étude quasi-expérimentale menée au Kenya, trouve la même chose et montre que les zones de recrutement de Tunza sont beaucoup plus susceptibles d'être des utilisateurs de MLDA (adj. OR = 1,49, $p = 0,015$) (10). Erik Munroe et al., en Juin 2015 trouve qu'entre 2008 et 2014, environ 3 753 065 femmes ont bénéficié cumulativement de services de planification familiale volontaires dans le cadre de 17 programmes nationaux de franchise sociale, dont 68% ont choisi des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (MLDA) (20).

D'autres études trouvent des résultats non significatifs, comme celle de Simon Sensalire et al. en 2015 dans une étude comparative sur deux périodes « franchisage social dans le cadre du marketing sur les contraceptifs à long terme et réversible (MLDA) en Ouganda, trouve une augmentation sans signification statistique parmi les femmes en âge de procréer utilisant actuellement des DIU (de 1,6% au départ à 1,9% au suivi) (13). Les augmentations d'utilisation du nombre de MLDA dans notre étude pourraient s'expliquer par le fait que ces méthodes sont les plus ciblées dans les formations livrées aux agents de santé des CSCom, lors de la franchise sociale pour accompagner les méthodes de courtes durées déjà disponibles en général dans les structures.

7.5. Part d'autres intervenants dans le district :

Cette étude a montré une contribution à hauteur de 17% et 31% respectivement pour les utilisatrices de contraception et le CAP, attribuée aux partenaires d'interventions en offre de services de contraception dans le district. Nous constatons que dans la part de contribution, le CAP est plus conséquent que les utilisatrices. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les offres de services de contraception par les autres partenaires en dehors des agents de santé du CSCom étaient uniquement les MLDA en complément des services sur les méthodes de courte durée déjà disponibles dans le CSCom. Ces MLDA sont un grand pourvoyeur de couple année de protection plus que les méthodes de courte durée.

Cette étude a eu lieu dans un seul district, si elle est faite sur un échantillon plus large, elle pourrait encore donner plus de précision sur les conclusions sorties de cette étude.

8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

8.1. Conclusion :

Ce travail nous a permis d'établir une association entre l'intervention par la franchise sociale et le l'augmentation de l'utilisation des services de PF. L'étude a démontré que la franchise sociale via la formation des agents de santé en technologie contraceptive avec d'autres mesures d'accompagnement était associée de façon significative à une augmentation de l'utilisation des services de PF dans le district de San. La franchise sociale permet donc une amélioration de l'utilisation des services de contraception par femmes de la communauté bénéficiaire.

8.2. Recommandations :

Au terme de notre travail, nous formulons les recommandations suivantes à l'intentions des :

A la Population de la zone :

- Utiliser régulièrement les services de planification familiale pour espacer les naissances en vue d'une meilleure santé de la mère et de l'enfant.

Aux Autorités sanitaires et acteurs en charge de la gestion des structures :

- Renforcer la stratégie de franchise sociale en place pour encore le rendre plus optimale.
- Etendre ce réseau de franchise sociale à toute la region voir le Mali pour un meilleur accès aux services PF de qualité.

Aux partenaires techniques et financiers de l'Etat qui accompagne la santé :

- D'accompagner l'Etat dans le processus d'accélération de l'accès des services de SR/PF aux populations à travers des appuis techniques et/ou financiers pour une meilleure santé générale.

Communautés scientifiques :

- Réaliser d'autres études plus étendues afin de renforcer la preuve scientifique de la franchise dans l'accès aux services
- Faire un plaidoyer auprès des autorités politiques et sanitaires pour faire bénéficier aux populations les avantages démontrées par les études.

9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. OMS Bureau Regional de l’Afrique. Atlas des statistiques sanitaires de la Région africaine [Internet]. 2016 [cité 31 juill 2019]. Disponible sur: www.who.int
2. Bulletin of the World Health Organization. Providing family planning services to women in Africa. 1 sept 2017;95(9):614-5.
3. Enquête Démographique de Santé (EDSM-VI) 2018, Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d’Études et d’Information Statistiques (INFO-STAT), Bamako, Mali, Mai 2018 -.
4. Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013 Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF) Institut National de la Statistique (INSTAT) Centre d’Études et d’Information Statistiques (INFO-STAT) Bamako, Mali. 2014.
5. Ministère de la Santé et l’Hygiène Publique. Plan d’action national de planification familiale du Mali (2014-2018). 2014.
6. Gold J, Burke E, Cissé B, Mackay A, Eva G, Hayes B. Increasing access to family planning choices through public-sector social franchising: the experience of marie stopes international in mali. *Glob Health Sci Pract.* 27 juin 2017;5(2):286-98.
7. Munroe E, Hayes B, Taft J. Private-sector social franchising to accelerate family planning access, choice, and quality: results from Marie Stopes International. *Glob Health Sci Pract.* juin 2015;3(2):195-208.
8. Beyeler N, Cruz AYDL, Montagu D. The impact of clinical social franchising on health services in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS ONE.* 8(4):e60669.
9. Bellows B, Mackay A, Dingle A, Tuyiragize R, Nnyombi W, Dasgupta A. Increasing Contraceptive Access for Hard-to-Reach Populations With Vouchers and Social Franchising in Uganda. *Glob Health Sci Pract.* 27 sept 2017;5(3):446-55.

10. Chakraborty NM, Mbondo M, Wanderi J. Evaluating the impact of social franchising on family planning use in Kenya. *J Health Popul Nutr.* déc 2016;35(1):19.
11. Sarah Thurston, Nirali M Chakraborty, Brendan Hayes, Anna Mackay, Pierre Moon. Establishing and scaling-up clinical social franchise networks: lessons learned from Marie Stopes International and Population Services International | *Global Health: Science and Practice.* 2015.
12. Azmat SK, Ali M, Hameed W, Awan MA. Assessing family planning service quality and user experiences in social franchising programme – case studies from two rural districts in Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 27 mai 2018;30(2):187-97.
13. Sensalire S, Byansi DB, Akinyemi Z. Social franchising in context of marketing long-term and reversible contraceptives (LARC) in Uganda: analysis of PACE social franchise model. *1 févr 2015;4(1).*
14. Azmat SK, Shaikh BT, Hameed W, Mustafa G, Hussain W, Asghar J, et al. Impact of social franchising on contraceptive use when complemented by vouchers: a quasi-experimental study in rural Pakistan. *PLoS ONE.* 8(9):e74260.
15. D NA, Van P, L AD, Ha P. The impact of social franchising on the use of reproductive health and family planning services at public commune health stations in Vietnam. *BMC Health Serv Res.* 1 févr 2010;10(1):54.
16. Monographie du district sanitaire de San. 2019.
17. R.EMEA.COM.Africa. Contraception à action prolongée réversible [Internet]. 2017 [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.your-life.com/fr/methodes-contraceptives/contraception-a-action-prolongee-reversible/>
18. Direction des Ressources Humaines secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille. *Annuaire Statistique 2016 des Ressources Humaines du Secteur Santé, Développement Social et Promotion de la Famille.* 2017.
19. Ministère de la santé, Direction Nationale de la Santé; Division Santé de la Reproduction. *Politiques, normes et procédures des services de santé de la reproduction.* 2013.

20. Munroe E, Hayes B, Taft J. Private-Sector Social Franchising to Accelerate Family Planning Access, Choice, and Quality: Results From Marie Stopes International. *Glob Health Sci Pract.* 17 juin 2015;3(2):195-208.
21. Munroe E, Hayes B, Taft J. Increasing access to and expanding choice of high quality family planning services through the private sector: results from Marie Stopes International's social franchising program. *Glob Health Sci Pract.* 2015;3(2). 2015;3(2).

10. ANNEXE**10.1. Annexe I : FICHE DE COLLECTE DES DONNEES****A/IDENTIFICATION**

N° ID.....

Q1 Date d'enquête :.....

Q2 Nom du district sanitaire.....

Q3 Nom de l'aire de santé/CSCCom :.....

Q4 Taille de population de l'aire:.....

Q5 Nombre de femmes en âge de procréer de l'aire.....

Q6 Période de collecte : /...../ (1 mois)

B/LES DONNEES DE LA STRUCTURE SUR LA CONTRACEPTION (pour tout le mois)

Q6 Nombre total de clientes utilisant une méthode contraceptive: /...../

Q7 Nombre de clientes utilisant une méthode contraceptive de longue durée PF: /...../

Q8 Nombre de clientes utilisant une méthode contraceptive de courte durée : /...../

Q9 Nombre de clientes utilisant une méthode contraceptive permanente : /...../

Q10 Nombre total de couple année de protection : /...../

Q11 Niveau de mise en œuvre des 6 composantes de la franchise /...../ 0= partiel 1= total

Q12 Si partiel 1= Formation (0= Non 1= Oui) /...../ ; 2 = Appro stock(0= Non 1= Oui) /...../ ;

3 = Supervision (0= Non 1= Oui) /...../ ; 4 = création de la demande (0= Non 1= Oui)/...../ ;

5 = Branding (0= Non 1= Oui) /...../ ; 6 = dotation en petits équipements(0= Non 1= Oui) /...../

Q13. Le nombre de personnel qualifié et formé en technologie de la contraception /...../

Q14. Le nombre de personnel non qualifié et formé en technologie de la contraception /...../

Q15. Autres intervenants dans la structure en matière de contraception /...../ 0= Non 1= Oui

II

Q16 Si Oui Type d'intervention : /...../

1=Equipe mobile partenaire ; 2 = Equipe Mobile CSRef ; 3 = Stratégie avancée partenaire

4 = autres à préciser /...../

Q17 Nombre total clients par autres interventions ce mois : /...../

Q18 Nombre total de coulepe année de protection autres interventions ce mois/...../

10.2. Annexe II : CALENDRIER DES ACTIVITES :

ACTIVITES	Mai 2019				Juin 2019				Juillet 2019				Aout 2019			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Finalisation du protocole de l'étude et Validation																
Conception (Instruments de collecte, base de sondage, échantillon)																
Choix des enquêteurs																
Formation des enquêteurs et des superviseurs																
Pré-test et validation																
Traduction / Encodage des variables																
Impression des questionnaires et guide d'entretien																
Collecte des données																
Supervision de la collecte des données																
Epuration des données collectées																

