



Save the Children



RAPPORT DEFINITIF

TITRE : Evaluation finale externe de la Convention 18-CO1-977 :
« contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle,
néonatale et infanto-juvénile dans les régions de Kayes et Sikasso »

Commendaire : Save the Children Mali

Organe de mise en œuvre : KOITA Consulting

Avril 2023

Tables des matières

Sigles et Abréviations.....	iii
Liste des tableaux	iv
Liste des graphiques	v
0. Résumé exécutif.....	xii
1. Introduction.....	1
1.1. But et objectifs de l'évaluation.....	1
1.2. Contexte de l'évaluation.....	1
1.3. Questions et critères d'évaluation.....	2
1.4. Méthodologie utilisée dans l'évaluation	6
1.4.1. Présentation du processus.....	6
1.4.2. Méthode de collecte des données	6
1.4.3. Sites de collecte et cibles interviewées.....	7
1.4.4. Echantillonnage et couverture	9
1.4.5. Outils de collecte	10
1.4.6. Recrutement, orientation des agents et collecte de données	10
1.4.7. Traitement et analyse des données	11
1.5. Conditions et limitations de l'étude réalisée	11
1.5.1. Facteurs favorisants	11
1.5.2. Difficultés rencontrées	11
1.6. Considérations éthiques	12
1.7. Présentation de l'équipe d'évaluation.....	12
2. Description de l'intervention évaluée	13
2.1. Objectifs et structure du cadre logique	13
2.2. Organisation et gestion	13
2.3. Acteurs impliqués	15
2.4. Contexte économique, social, politique et institutionnel de l'intervention.....	15
3. Rapport de données.....	17
3.1. Réponses aux questions et critères d'évaluation	18
3.1.1. Pertinence de la convention.....	18
3.1.2. Efficience de la convention	20
3.1.3. Efficacité de la convention	22
3.1.4. Effets et impacts de la convention.....	29
3.1.5. Faisabilité	31
3.1.6. Genre	33
3.1.7. Sauvegarde de l'enfant	37
3.2. Analyse des différents niveaux	38
3.2.1. Conception	38
3.2.2. Processus	39
3.2.3. Résultats	39
3.2.4. Critères	40
4. L'interprétation des données	40
4.1. Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.....	40
4.2. Situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans.....	41

4.2.1. Malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans.....	41
4.2.1. Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	42
4.3. Mortalité maternelle et infantile en milieu hospitalier	44
4.3.1. Mortalité maternelle hospitalière	44
4.3.2. Mortalité hospitalière des enfants de moins de 5 ans.....	45
4.4. Consultations curatives (pour les enfants, les adolescents et les adultes) dans les services de soins de santé primaires et les points de santé	46
4.5. Référencement des femmes enceintes des CSComs vers les CSRéfs	47
4.6. Guérison dans les services nutritionnels (valeur protocolaire nationale comme référence).....	47
4.7. Pratique contraceptive	48
4.8. Vaccination des enfants	49
4.9. Disponibilité des médicaments essentiels génériques	51
4.10. Violence basée sur le genre.....	52
4.11. Consultation prénatale	53
4.12. Assistance des naissances dans les structures sanitaires.....	54
4.13. Accès des adolescent.e.s aux services de santé sexuelle et reproductive	55
4.14. Intégration du genre dans les sessions de sensibilisation des GSAN	56
4.15. Intégration de la méthodologie CMAM surge dans les formations sanitaires.....	56
4.16. Allaitement exclusif aux seins des enfants de 0-6 mois.....	57
4.17. Fréquence et diversité alimentaire des enfants de 6 à 23 mois	58
4.17.1. Fréquence alimentaire des enfants de 6-59 mois	58
4.17.2. Diversité alimentaire des enfants de 6-59 mois	58
4.18. Leadership et gouvernance des autorités locales, communautaires et sanitaires... 59	
4.18.1. Inclusion d'une ligne dans le budget destinée à soutenir les activités de santé et de nutrition (Paiements du personnel des ASC ou CSCOM...)	59
4.18.2. Signature et mise en œuvre de convention avec l'ASACO au niveau des communes	60
4.18.3. Assurance maladie gratuite (RAMED) pour les enfants de moins de 5 ans et les adolescents vulnérables dans les communes.....	60
4.18.4. Mobilisation de ressources pour inclure les questions de genre et la violence basée sur le genre dans les activités de santé dans les communes.....	60
5. Leçons apprises	61
6. Conclusion et recommandations	63
Annexes	70
TdRs.....	70
Méthodologie proposée	70
Outils de collecte de données utilisés	70
Plan de travail,.....	70
Composition et la description de la mission.....	70
Plan d'adaptation des activités en fonction des seuils.....	70

Sigles et Abréviations

AECID	: Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement
AMADECOM	: Association Malienne pour le Développement Communautaire
ANJE	: Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ASACO	: Association de Santé Communautaire
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ATPE	: Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CMAM	: Community Management of Acute Malnutrition
CNIESC	: Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé
CPN	: Consultations Périnatales
CPON	: Consultations Post-Natales
CREDD	: Cadre Stratégique pour le Relance Economique et le Développement Durable
CSCom	: Centre de Santé Communautaire
CSRéf	: Centre de Santé de Référence
CV	: Curriculum Vitae
DHIS2	: District Health Information Software version 2/Système d'Information Sanitaire
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DRS	: Direction Régionale de la Santé
DS	: District Sanitaire
DTC	: Directeur Technique du Centre de Santé Communautaire
EdM	: Ecole des Maris
EDSM	: Enquête Démographique et de Santé du Mali
FELASCOM	: Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
GSAN	: Groupe de Soutien aux Activités de Nutrition
MAG	: Malnutrition Aigüe Globale
MAM	: Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	: Malnutrition Aigüe Sévère
MEAL	: Suivi, Evaluation, Réévaluabilité et Apprentissage
ODD	: Objectifs de Développement Durable
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OSC	: Organisation de la Société Civile
PCMA	: Prise en Charge communautaire de la Malnutrition Aigüe
PDDSS	: Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
PE	: Pairs Educateurs
PF	: Planification familiale
RAMED	: Régime d'Assistance Médicale
RAMU	: Régime d'Assurance Maladie Universelle
SC	: Save the Children
SEC	: Soins Essentiels dans la Communauté
SMART	: Enquête Nationale Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences, logiciel d'analyse de données

SR/PF	: Santé de la Reproduction/Planification familiale
SSR	: Santé Sexuelle et Reproductive
TDR	: Termes De Référence
URENAS	: Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Ambulatoire Sévère
URENI	: Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive
VBG	: Violence Basée sur le Genre

Liste des tableaux

Tableau.1. TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE LA CONVENTION.....	vi
Tableau.2. Questions principales d'évaluation selon les critères.....	3
Tableau.3. Echantillon par cible et méthodes de collecte	8
Tableau.4. Taux de couverture de l'échantillon quantitatif par région et district	10
Tableau.5. Distribution du budget par poste	22
Tableau.6. Evolution des indicateurs d'efficacité du projet par rapport à l'objectif spécifique	25
Tableau.7. Evolution des indicateurs de l'objectif global de la convention	29
Tableau.8. Prévalence de la malnutrition aigüe par type, âge et sexe.....	42
Tableau.9. Prévalence de la malnutrition chronique par type, âge et sexe	43
Tableau.10. Evolution du taux de mortalité maternelle hospitalière par district d'intervention	44
Tableau.11. Evolution du taux de mortalité hospitalière des enfants de moins de 5 ans par district d'intervention	45
Tableau.12. Evolution du taux de consultations curatives (pour les enfants, les adolescents et les adultes) dans les services de soins de santé primaires et les points de santé.....	46
Tableau.13. Evolution du taux de guérison dans les services nutritionnels (valeur protocolaire nationale comme référence) par district	48
Tableau.14. Evolution du taux d'utilisation des contraceptifs par district.....	49
Tableau.15. Evolution du taux de couverture vaccinale par district	50
Tableau.16. Evolution du taux de disponibilité des médicaments essentiels génériques (12 molécules essentielles pour les enfants, les adolescent(e)s et les adultes) et ATPE en formation sanitaire (suivi des stocks) par district.	51
Tableau.17. Nombre de jours de rupture des 12 molécules essentielles et RUTF/CSCOM) au niveau des CSComs par district.	51
Tableau.18. Evolution du nombre de cas de violence genre identifiés et référés aux unités de gestion de cas par les ASC et les agents de santé dans les structures du projet.	52
Tableau.19. Evolution du taux de couverture de la consultation prénatale ⁴ (CPN4) par les femmes	53
Tableau.20. Evolution du taux de naissances assistées dans les structures sanitaires par district	54

Tableau.21. Evolution du nombre de GSAN en fonctionnement qui intègrent le genre dans les sessions de sensibilisation	56
Tableau.22. Nombre de formations sanitaires ayant intégré la méthodologie CMAM surge.	57
Tableau.23. Evolution du pourcentage d'enfants de 0-6 mois allaités exclusivement aux seins	57
Tableau.24. Evolution du pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont une bonne fréquence alimentaire	58
Tableau.25. Evolution du pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont une bonne diversité alimentaire	59

Liste des graphiques

Figure 1. Processus de mise en œuvre de l'évaluation.....	6
Graphique.1. Evolution de la prévalence du paludisme par région.....	41
Graphique.2. Evolution de la prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans par région	41
Graphique.3. Evolution de la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans par région.....	42
Graphique.4. Evolution de la proportion des femmes enceintes des CSComs vers les CSRéfs par zone d'intervention.....	47

SYNTHESE DE L'EVOLUTION DES INDICATEURS DE PERFORMANCE DU PROJET

Le tableau ci-dessous présente pour la période de mise en œuvre du projet 2019 à 2022, l'évolution des indicateurs de performance, désagrégés par district, sexe et tranches d'âges. L'évaluation a principalement porté sur ces indicateurs.

Tableau.1. TABLEAU SYNOPTIQUE DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE LA CONVENTION

Indicateurs objectivement vérifiables	Zone	Composantes	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
OG : Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles/jeunes dans les régions de Kayes et Sikasso (Mali)					
OG IOV1. Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans selon les résultats des TDRs.	Zone Kayes		12,60%	7%	10,60%
	Zone Sikasso		29,70%	20%	16,80%
OG IOV2.1. Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de 6-59 mois (Par Sexe et par tranche d'âge)	Zone Kayes	MAG les deux sexes	9,20%	6,2%	14%
		MAM les deux sexes	8,30%		12,10%
		MAS les deux sexes	0,90%		2,10%
		MAG Fille 6-59 mois	7,70%		13,30%
		MAG garçon 6-59 mois	11,20%		15,10%
		MAS Fille 6-59 mois	1,10%		2,10%
		MAS garçons 6-59 mois	0,80%		2,30%
		MAG -23 mois	12,90%		20,60%
		MAG 24-59 mois	2,00%		10,10%
		MAS -23 mois	6,80%		4%
	MAS 24-59 mois	0,20%		0,90%	
	Zone Sikasso	MAG les deux sexes	7,50%	4,5%	5,60%
		MAM les deux sexes	6,50%		5,10%
		MAS les deux sexes	1,00%		0,50%
		MAG Fille 6-59 mois	5,50%		4,30%
		MAG garçon 6-59 mois	9,60%		6,90%
		MAS Fille 6-59 mois	0,30%		0,30%
		MAS garçons 6-59 mois	1,00%		0,80%
		MAG -23 mois	5,20%		9,30%
		MAG 24-59 mois	1,90%		3,80%
MAS -23 mois		0,80%		1,30%	

Indicateurs objectivement vérifiables	Zone	Composantes	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
		MAS 24-59 mois	0,00%		0,20%
OG IOV2.2. Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de 0-59 mois. (Par Sexe et par tranche d'âge)	Zone Kayes	MC les deux sexes	23,60%	17,00%	26,60%
		MCM les deux sexes	18,90%		18%
		MCS les deux sexes	4,80%		8,60%
		MC Fille 0-59 mois	23,30%		23,70%
		MC garçons 0-59 mois	23,90%		29,40%
		M Sévère Fille 0-59 mois	4,90%		6,30%
		M Sévère garçons 0-59 mois	4,60%		10,90%
		MC 0-23 mois	23,00%		20,90%
		MC 24-59 mois	3,50%		31,20%
		M Sévère -23 mois	21,10%		6,20%
		M Sévère 24-59 mois	5,80%		10,60%
		Zone Sikasso	MC les deux sexes	28,90%	22%
	MCM les deux sexes		21,10%		16,70%
	MCS les deux sexes		7,20%		6,70%
	MC Fille 0-59 mois		26,90%		20,70%
	MC garçons 0-59 mois		30,90%		26,40%
	M Sévère Fille 0-59 mois		7,10%		6,30%
	M Sévère garçons 0-59 mois		8,60%		7,10%
	MC 0-23 mois		26,00%		15,50%
	MC 24-59 mois		6,90%		28,60%
	M Sévère -23 mois		31,30%		4%
	M Sévère 24-59 mois	8,60%		8,50%	
OG IOV3.1. Taux de mortalité maternelle hospitalière. (pr 1000 NV)	Kayes		0,06	0,05	0,39
	Yélimané		0,84	0,63	0,53
	Zone Kayes		0,45	0,34	0,46
	Kignan		0,48	0,36	0,33
	Niéna		1,32	0,99	0,31
	Zone Sikasso		0,9	0,68	0,32
OG IOV3.2. Taux de mortalité infanto-juvenile hospitalière. (pour 1000 NV)	Kayes		0,11	0,08	
	Yélimané		0,39	0,29	0,3
	Zone Kayes		0,25	0,19	
	Kignan		0,32	0,24	0,12
	Niéna		3,90	2,93	3
	Zone Sikasso		2,11‰	1,58	1,56

Indicateurs objectivement vérifiables	Zone	Composantes	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
OE : Améliorer la demande et la qualité de l'offre de services de soins primaires et spécialisés (nutrition et santé sexuelle et reproductive) pour les enfants, les femmes enceintes et allaitantes et les adolescents (à Kayes et Sikasso)					
OE IOV.1 Taux de consultations curatives (pour les enfants, les adolescents et les adultes) dans les services de soins de santé primaires et les points de santé communautaires.	Kayes		39,20%	55%	50,30%
	Yélimané		36,00%	55%	50,90%
	Zone Kayes		37,60%	55%	50,60%
	Kignan		34,15%	55%	29,30%
	Niéna		36,33%	55%	48%
	Zone Sikasso		35,24%	55%	38,65%
OE.IOV.2. Proportion de femmes enceintes référées	Kayes	Filles	0,46%		1,30%
		Femmes	0,08%		
	Yélimané	Filles	0,67%		1,20%
		Femmes	0,68%		
	Zone Kayes	Filles	0,56%	0,76%	1,25%
		Femmes	0,38%		
	Kignan	Filles	0,46%		0,66%
		Femmes	1,10%		
	Niéna	Filles	0,25%		2,63%
		Femmes	0,03%		
	Zone Sikasso	Filles	0,35%	1,07%	1,65%
		Femmes	0,56%		
OE.IOV.3 Taux de guérison dans les services nutritionnels (valeur protocolaire nationale comme référence)	Kayes		53%	95%	95,50%
	Yélimané		49%	95%	89,90%
	Zone Kayes		51%	95%	92,70%
	Kignan		69%	95%	86,68%
	Niéna		53%	95%	86,68%
	Zone Sikasso		61%	95%	86,68%
OE.IOV.4 Taux d'utilisation des contraceptifs	Kayes		29,63%	30%	38,60%
	Yélimané		25,67%	30%	26,60%
	Zone Kayes		27,67%	30%	32,60%
	Kignan		14,93%	25%	11,95%
	Niéna		10,79%	25%	19,05%
	Zone Sikasso		12,86%	25%	
R1.IOV.2 Taux de couverture vaccinale pour les enfants : pentavalent 3 et contre la rougeole (VAR)	Kayes	Pent 3	77,98%	100%	90,0%
		PCV 13-3	76,97%		89,30%
		VAR	74,60%	95%	91,50%
	Yélimané	Pent 3	87,86%	100%	90,10%
		PCV 13-3	99,48%		90,2%
		VAR	85,24%	95%	94,0%
	Zone Kayes	Pent 3	82,92%	100%	90,05%
		PCV 13-3	88,22%		89,80%
		VAR	79,92%	95%	92,80%
	Kignan	Pent 3	85,59%	100%	83,50%
		PCV 13-3	84,60%		
		VAR	80,60%	95%	80,30%
	Niéna	Pent 3	91,31%	100%	81,50%
		PCV 13-3	91,30%		

Indicateurs objectivement vérifiables	Zone	Composantes	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
	Zone Sikasso	VAR	88,03%	95%	91,64%
		Pent 3	88,45%	100%	82,50%
		PCV 13-3	87,95%		
		VAR	84,31%	95%	85,97%
R1 : Des services de soins de santé primaires de qualité accessibles et utilisés par les filles et les garçons, les adolescents, les femmes enceintes et allaitantes					
R1.IOV.3 Taux de disponibilité des médicaments essentiels génériques (12 molécules essentielles pour les enfants, les adolescents et les adultes) et ATPE en formation sanitaire (suivi des stocks).	Kayes		96%	95%	100%
	Yélimané		67%	95%	41,70%
	Zone Kayes		81%	95%	71%
	Kignan		27%	70%	
	Niéna		7%	70%	90,14%
	Zone Sikasso		17	70%	
R1.IOV.4 Nombre de cas de violence genre identifiés et référés aux unités de gestion de cas par les ASC et les agents de santé dans les structures du projet.	Kayes		50	52	193
	Yélimané		17	18	4
	Zone Kayes		67	70	197
	Kignan		5	15	4
	Niéna		24	25	37
	Zone Sikasso		29	40	41
R2 : Améliorés l'accès et l'utilisation de services de santé maternelle, de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive de qualité					
R2.IOV.1 Taux de couverture de la consultation prénatale4 (CPN4) par les femmes (adultes et adolescentes)	Kayes		14,55%	30%	28,10%
	Yélimané		14,90%	30%	19,90%
	Zone Kayes		14,72	30%	24%
	Kignan		10,76%	30%	7,90%
	Niéna		12,48%	30%	17,36%
	Zone Sikasso		11,62%	30%	12,63%
R2.IOV.2 Taux de naissances assistées dans les structures sanitaires	Kayes		49,63%	60%	32,50%
	Yélimané		44,20%	60%	51%
	Zone Kayes		46,91%	60%	41,75%
	Kignan		53,08%	60%	51,04%
	Niéna		60,05%	60%	91,02%
	Zone Sikasso		56,56	60%	71,03%
R2.IOV.3 Taux de fréquentation des centres de consultation postnatale (CPON)	Kayes		28,92%	70%	30,90%
	Yélimané		54,98%	70%	53,90%
	Zone Kayes		41,95%	70%	42,40%
	Kignan		46,10%	70%	
	Niéna		51,35%	70%	
	Zone Sikasso		48,72%	70%	
R2.IOV.4 Nombre de GSAN en fonctionnement qui intègrent le genre dans les	Kayes		50/120	70	186
	Yélimané		10/60	30	20
	Zone Kayes		60/180	100	206
	Kignan		68/95	88	281
	Niéna		33/136	53	231

Indicateurs objectivement vérifiables	Zone	Composantes	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
sessions de sensibilisation	Zone Sikasso		101/231	141	512
R3 : Améliorés la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes					
R3.IOV.1 Pourcentage des enfants âgés de 6 à 59 mois effectivement admis au programme nutritionnel parmi tous ceux qui ont été évalués nutritionnellement	Kayes		21,66%	60%	
	Yélimané		20,00%	60%	
	Zone Kayes		20,83%	60%	
	Kignan		50,00%	80%	
	Niéna		50,00%	80%	
	Zone Sikasso		50,00%	80%	
R3.IOV.2 Nombre de formations sanitaires ayant intégré la méthodologie CMAM surge.	Kayes		0	6	16
	Yélimané		0	0	0
	Zone Kayes		0	6	16
	Kignan		0	5	5
	Niéna		0	5	5
	Zone Sikasso		0	10	10
R3.IOV.3 % d'enfants de 0-6 mois allaités exclusivement aux seins	Kayes		66%	66%	78,95%
	Yélimané		82%	82%	61,54%
	Zone Kayes		74%	74%	70,25%
	Kignan		88%	88%	83,33%
	Niéna		75%	75%	50,00%
	Zone Sikasso		82%	82%	66,67%
R3.IOV.4 Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont une bonne fréquence alimentaire	Kayes		16,0%	17,6%	71,74%
	Yélimané		0,0%	0,0%	51,72%
	Zone Kayes		16,0%	17,6%	62%
	Kignan		39,0%	42,9%	81%
	Niéna		50,0%	55,0%	70,00%
	Zone Sikasso		45,0%	49,5%	76%
R3.IOV.4 Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont une bonne diversité alimentaire	Kayes		25,3%	35%	43,48%
	Yélimané		25,3%	35%	37,93%
	Zone Kayes		25,3%	35%	40,71%
	Kignan		25,6%	35%	59,38%
	Niéna		25,6%	35%	35%
	Zone Sikasso		25,6%	35%	47,19%
R4 : Améliorés le leadership et la gouvernance des autorités locales, communautaires et sanitaires par des actions de plaidoyer pour inclure des aspects tels que le genre, la couverture sanitaire universelle et la protection environnementale dans les plans locaux.					
R4.IOV.1 Pourcentage des communes où le projet intervient qui incluent dans le budget une ligne destinée à soutenir les activités de santé et de nutrition (Paiements du personnel des ASC ou CSCOM...)	Kayes		52%	60%	100%
	Yélimané		44%	60%	100%
	Zone Kayes		48%	60%	100%
	Kignan		36%	60%	100%
	Niéna		11%	60%	100%
	Zone Sikasso		24%	60%	100%
R4.IOV.2 Pourcentage des communes qui ont	Kayes		17%	80%	100%
	Yélimané		11%	80%	100%
	Zone Kayes		14%	80%	100%

Indicateurs objectivement vérifiables	Zone	Composantes	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
signé une convention avec l'ASACO et l'ont mise en œuvre	Kignan		36%	80%	100%
	Niéna		11%	80%	100%
	Zone Sikasso		24%	80%	100%
R4.IOV.3 Pourcentage des communes qui veillent à ce que les enfants de moins de 5 ans et les adolescents vulnérables aient une assurance maladie gratuite (RAMED).	Kayes		17%	50%	100%
	Yélimané		11%	50%	100%
	Zone Kayes		14%	50%	100%
	Kignan		36%	50%	100%
	Niéna		11%	50%	100%
	Zone Sikasso		24%	50%	100%
	Kayes		22%	50%	100%
	Yélimané		22%	50%	100%
	Zone Kayes		22%	50%	100%
	Kignan		0%	50%	100%
R4.IOV.4 Pourcentage des communes qui ont consacré des ressources pour inclure les questions de genre et la violence basée sur le genre dans les activités de santé	Niéna		17%	50%	100%
	Zone Sikasso		9%	50%	100%

0. Résumé exécutif

Contexte du projet

De 2019 à 2022, l'ONG Save the Children, en collaboration avec AMADECOM, a implémenté la Convention 18-CO1-977 dénommée « Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile dans les régions de Kayes et Sikasso ». Financée en 2018 par l'Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement (AECID), l'intervention a couvert les districts sanitaires de Kayes et Yélimané (région de Kayes) et Kignan et Niéna (région de Sikasso). Elle a été implémentée dans la région de Kayes à travers le partenaire local Association Malienne pour le Développement Communautaire (AMADECOM), et dans la région de Sikasso à travers les équipes de Save the Children. L'objectif général de la Convention est d'améliorer la demande et la qualité de l'offre de services de soins primaires et spécialisés (nutrition et santé sexuelle et reproductive) pour les enfants, les femmes enceintes et allaitantes et les adolescent.e.s (à Kayes et Sikasso).

La mise en œuvre de la Convention visait l'atteinte de quatre grands résultats :

1. Des services de soins de santé primaires de qualité sont accessibles et utilisés par les filles et les garçons, les adolescent.e.s, les femmes enceintes et allaitantes ;
2. L'accès et l'utilisation de services de santé maternelle, de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive de qualité sont améliorés ;
3. La prévention et le traitement de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes sont améliorés ;
4. Le leadership et la gouvernance des autorités locales, communautaires et sanitaires sont améliorés par des actions de plaidoyer pour inclure des aspects tels que le genre, la couverture sanitaire universelle et la protection environnementale dans les plans locaux.

Dans le but d'atteindre ces résultats, les stratégies qui ont été mises en place par la Convention sont les suivantes:

- a.** L'amélioration de la performance des agents de santé communautaire, à travers la formation et la supervision ainsi que par l'équipement des centres de santé.
- b.** Le renforcement de capacités et l'accompagnement technique et matériel des agents de santé communautaire, ainsi que dans la révision de la collecte et analyse de données SEC, tant au niveau des Centres de Santé Communautaire comme au niveau des Districts. Les campagnes de vaccination ont été également prises en considération, dans le but d'accroître la couverture vaccinale.
- c.** La formation des points focaux nutritionnels de l'URENI et de l'URENAS sur le diagnostic et traitement de la malnutrition aigüe, conformément aux directives nationales établies. Les groupes GSAN (groupes de soutien aux activités en nutrition) ont été redynamisés, formés en nutrition ainsi qu'en matière de violences basées sur le genre, et dotés également en matériels pour la réalisation de leurs activités (le dépistage précoce de la malnutrition, et la dérivation des cas et de créer des réseaux qui favorisent de bonnes habitudes de vie et d'alimentation saines). D'autre part, de l'approche CMAM-Surge (Community Based Management of Acute Malnutrition), a été implémentée pour renforcer la résilience et la qualité dans la gestion des urgences et services nutritionnelles par les structures sanitaires, en impliquant et autonomisant les autorités sanitaires dès le niveau communautaire au niveau District, Région et National.

d. La formation des responsables des services de maternité des structures de santé sur les soins spécialisés dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (SSR) et les supervisions formatives sur la thématique SSR ont permis d'accompagner les structures de santé dans l'appropriation et mise en pratique des contenus de la formation, ainsi que le suivi d'autres activités de SSR menées dans le cadre de la Convention, comme la promotion du travail au niveau communautaire pour s'assurer que les femmes comprennent l'importance d'assister aux quatre consultations prénatales, puis à la consultation postnatale par l'entremise des ASC.

D'autre part, étant donné que les rôles des genres ont une grande influence sur la santé sexuelle et reproductive et sur la violence basée sur le genre, ces points ont été abordés non seulement avec les femmes, mais aussi avec les hommes. La stratégie des « écoles des maris » ont créé des espaces d'échanges, de réflexion sur les masculinités et la manière dont elles influencent les décisions des hommes en matière de santé sexuelle et reproductive. Les écoles des maris sont basées sur le principe de l'adhésion volontaire et le rôle clé des hommes dans la santé sexuelle et reproductive. Dans la même dynamique, la Convention a mise en place la stratégie des « pairs éducateurs », dans l'objectif de créer le cadre de formation et d'échange des jeunes sur la santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur la prévention des VBGs et la promotion de l'égalité de genre. Dans cette logique d'intervention, il est important de mentionner les formations que les agents de santé (Directeurs Techniques des Centres de Santé Communautaires principalement), les agents de santé communautaires (ASC) et les GSAN ont reçu sur l'identification et l'orientation des cas de violence basée sur le genre. En outre, un focus spécial a été mis pour créer des mécanismes de coordination entre tous les acteurs impliqués dans la SSR et les VBGs, afin de partager les expériences et de rechercher des solutions communes aux problèmes mis sur la table au niveau local.

e. Enfin, pour garantir la continuité de toutes ces actions, la gouvernance a été travaillée à tous les niveaux décrits ci-dessus:

- Plaidoyer et appui à l'opérationnalisation des engagements pour assurer l'accès à un système de santé gratuit et universel, avec un accent particulier sur les soins de santé primaires
- Plaidoyer et travail avec les acteurs communautaires dans les analyses budgétaires, en faveur de l'intégration des budgets spécifiques pour les activités de nutrition, de santé et du genre dans les plans de développement local.

Après 4 années de mise en œuvre, le bureau d'études KOITA CONSULTING a été sollicité pour réaliser l'évaluation finale externe de l'intervention.

Objectif de l'évaluation et questions clés

Conformément aux termes de Référence (TDRs), les objectifs généraux de l'évaluation sont :

- Mesurer le niveau d'atteinte de l'objectif spécifique et des différents résultats de l'intervention ;
- Déterminer le niveau d'adaptation de la Convention au contexte et aux besoins des personnes qui ont bénéficié de l'intervention ;
- Vérifier le degré de participation et implication des institutions partenaires dans la mise en œuvre ;
- Estimer l'impact de l'intervention sur les populations bénéficiaires.

Le projet a été évalué du point de vue des critères et questions principales d'évaluation suivantes :

Pertinence :

- L'intervention correspond-elle aux priorités et aux besoins de la population bénéficiaire ?
- Quelle est l'importance de la pertinence ou de l'importance de l'intervention par rapport aux exigences et priorités locales et nationales ?
- Les priorités des bénéficiaires ont-elles changé depuis la définition de de l'intervention ? Si c'est le cas, l'intervention s'est-elle adaptée à ces changements ?
- La sélection des zones d'intervention de la Convention a été-elle pertinente ?

Efficienc

- Les budgets initialement établis dans le document ont-ils été respectés ?
- Les objectifs sont-ils atteints économiquement par le projet ?
- La transformation des ressources en résultats a-t-elle été efficace ?
- Dans quelle mesure la collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion coordonnée ont-ils atteint les résultats de l'intervention ?

Efficacité :

- Tous les résultats escomptés de l'intervention ont-ils été atteints ?
- Quelle est l'efficacité du projet par rapport aux objectifs prévus ?
- D'autres effets qui n'étaient pas prévus ont-ils été également obtenus ?
- Le outils ou système intégral de monitoring ont-ils été utiles et opératifs pour réaliser le suivi de la Convention

Impact :

- L'intervention a-t-elle contribué à atteindre l'objectif global proposé ?
- Quel est l'impact mesurable ou l'effet du projet par rapport à la situation globale du groupe cible ou des personnes concernées ?

Faisabilité :

- Les ressources nécessaires sont-elles toujours générées pour maintenir les activités ?
- La capacité institutionnelle a-t-elle été positivement influencée ?
- Les effets ou impacts positifs sont-ils durables ?
- Comment évaluer la durabilité ou la permanence de l'intervention et de ses effets ?

Genre :

- Comment le projet a-t-il pris en compte la sensibilité au genre à la fois dans la conception du projet et dans la mise en œuvre des activités ?
- Le projet a-t-il intégré des besoins et une accessibilité différents pour les hommes et les femmes ?
- Quels sont les écarts entre les sexes que le projet a réussi à combler et quels aspects restants doivent être examinés plus avant ?

Sauvegarde de l'enfant :

- Les activités programmatiques ont-elles été conçues, planifiées, mises en œuvre et contrôlées pour garantir qu'elles ne représentent pas un danger pour les enfants ?
- Comment le projet a-t-il évalué les risques pour les enfants et ces risques existent-ils toujours à ce jour ?
- Les risques ont-ils été réduits, contrôlés et gérés par les actions de minimisation ?

Méthodologie et limites

Pour répondre aux questions évaluatives, l'étude a adopté une approche mixte : un volet quantitatif et un volet qualitatif issus de la collecte de données sur le terrain et la revue documentaire.

Le volet quantitatif était basé d'une part, sur l'exploitation des données des structures de santé (DRS, CSRéf et CSComs) ; et d'autre part, sur une enquête auprès des ménages. L'enquête qualitative s'est faite essentiellement sous forme de focus groupes (FGD) et d'entrevues avec des informateurs et informatrice clés.

Les principales cibles de l'enquête sont :

- les ménages avec des enfants de 0 à 23 mois / femmes en âge de procréer (15-49 ans),
- les services de santé (CSCom, CSRéf, DRS) pour les données du système d'information sanitaire ;
- les structures gouvernementales intervenant dans les domaines de la santé maternelle et infantile (Santé, Promotion de la Femme, Développement Social) aux niveaux régional et district;
- les autorités politiques (Elus locaux) ;
- les membres d'associations de santé régionales et communautaires,
- les leaders communautaires (chefs coutumiers, leaders religieux, ASC, pairs éducateurs, écoles de maris,...) ;
- les groupements de femmes ;
- les groupes de soutien aux activités en nutrition ;
- les bénéficiaires direct(e)s;
- les femmes/filles vulnérables (défavorisées, déplacées, handicapées) ;
- etc.

La collecte de données a eu lieu du 20 février au 04 mars 2023 dans les quatre (4) districts sanitaires d'intervention du projet ; à savoir Kayes et Yélimané (région de Kayes), Kignan et Niéna (région de Sikasso).

Pour le volet quantitatif, 180 ménages ont été enquêtés dans 30 villages et 72 fiches structures sanitaires renseignées.

Pour le volet qualitatif, au total, 58 entretiens ont été réalisés dont 28 interviews individuelles, 16 entretiens de groupe, 14 entretiens en petits groupes (triades et quatriades) ont été réalisés.

Les limitations suivantes s'appliquent à cette étude :

- La non correspondance de certains indicateurs avec les indicateurs tels que formulés dans le système global de collecte de données de la sante au niveau national, régional et local ;
- Les services de ces districts ne collectent pas de données désagrégés par sexe et tranche d'âges pour beaucoup d'indicateurs ;
- Les supports dans le système global de collecte de données en place dans les CSCOM et districts sanitaires ne contemplent pas la collecte de données sur les VBG et les questions de genre ;
- Le niveau de complétude des données du DHIS2 au moment de la collecte a été une limitation.

Conclusion, réponses aux questions et critères d'évaluation

Pertinence

De l'analyse documentaire et des entretiens avec les parties prenantes, il apparaît clairement que l'intervention était bien adaptée pour répondre aux priorités et aux besoins de la population. La pertinence de la convention et ses interventions déployées a été démontrée des points de vue de leur adéquation aux besoins/priorités nationales ; de leur alignement au Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 2014- 2023), au Plan d'Actions Multisectoriel Nutritionnel (PAMN 2021-2025) à la Politique Nationale Genre (2011), aux Plans de Développement Social, Economique et Culturel (PDSEC) des communes d'interventions ; de la logique d'intervention et de la réactivité aux changements notamment pour les besoins émergents exprimés par les bénéficiaires. Le choix des districts d'intervention qui a tenu compte des indicateurs de tous les axes ainsi que du mapping des acteurs pour éviter le doublon s'est avéré pertinent.

Efficiences

Les informations recueillies dans les entretiens indiquent que le budget initialement établi a été respecté, parce qu'en fin de projet, il n'y a pas de dépassement budgétaire et il n'y a pas de montant restant. D'une manière générale, l'évaluation a pu constater que les ressources mobilisées ont été efficacement transformées en résultats.

La collaboration avec le partenaire de mise en œuvre, l'ONG AMADECOM à Kayes, a permis une gestion rationnelle des ressources ; 50% du budget était alloué aux activités pilotées par cette ONG.

La convention a fait beaucoup de sensibilisations dans les différentes communes pour que l'ASACO ou la Mairie puisse prendre en compte la motivation des ASC. Le défi du financement de l'audit des décès maternels dans les districts sanitaires a été également relevé. La supervision dans les maternités rurales ne se faisait pas avant le projet.

Les GSAN ont été outillés conformément au protocole national avec organisation des ateliers de plaidoyer au niveau des districts avant même l'implémentation des GSAN, des ateliers de dialogue communautaires, des assemblées villageoises.

L'évaluation dénote que les moyens mis en place (temps, ressources financières) n'ont pas permis d'atteindre tous les résultats attendus mais des progrès très importants ont été enregistrés.

Efficacité

La convention a globalement fait montre d'une efficacité satisfaisante dans l'atteinte des résultats escomptés. Sur les 16 indicateurs qui renseignent sur la performance des 4 résultats, 9 (soit 56%) ont des taux de réalisation atteignant ou dépassant les seuils attendus au 31/12/2022. L'évaluation dénote des progrès notables au niveau des indicateurs qui n'ont pas atteint les 100%. Ainsi, le taux de couverture vaccinale est autour de 90% dans tous les districts sanitaires. Le taux de disponibilité des médicaments essentiels génériques (12 molécules essentiels pour les enfants, les adolescent.e.s et les adultes) et ATPE en formation sanitaire (suivi de stocks) est faible dans le district de Yélimané en 2022 (41,7%); seul district où la cible de l'indicateur n'est pas atteinte. Le taux de couverture de la CPN4 est en deçà des atteintes quel que soit le district sanitaire. La zone de Sikasso présente le taux le plus faible (12,6%) ; la cible de la

convention étant de 30%. Le taux de naissances assistées dans les structures sanitaires reste faible par rapport à la cible de 60% visée en 2022 ; exception faite du district de Niéna qui enregistre un taux de 91%. Une légère augmentation du taux de fréquentation des centres de consultation postnatale est constatée dans la zone de Kayes, passant de 41,5% en 2019 à 42,4% en 2022. Cependant, les réalisations n'atteignent pas la cible de 70% visée. La convention a introduit l'approche CMAM-Surge dans 16 formations sanitaires du district de Kayes et 10 de la zone de Sikasso.

Grosso modo, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les cibles des 7 indicateurs dont la performance est actuellement insuffisante. Sont concernés particulièrement 2 indicateurs du résultat 1 (couverture vaccinale et disponibilité des médicaments essentiels), 3 indicateurs du résultat 2 (taux de couverture de la CPN4, taux de naissances assistées dans les structures sanitaires et taux de fréquentation des centres pour CPON) et 2 indicateurs du résultat 3 (pourcentage des enfants admis au programme nutritionnel parmi tous ceux qui ont été évalués nutritionnellement, allaitement maternel exclusif).

Impact

De prime à bord, l'évaluation met en exergue l'importance de l'impact dans l'atteinte de l'objectif global de la convention notamment dans la région de Kayes.

L'indicateur relatif à la prévalence du paludisme affiche un taux de réalisation de 119% dans la région de Sikasso et 66% dans la région de Kayes par rapport à la cible fixée.

La prévalence de la malnutrition aiguë sévère s'est considérablement réduite durant la période de mise en œuvre du projet ; en particulier dans la région de Sikasso.

L'évaluation note une diminution nette des niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile en milieu hospitalier dans l'ensemble des districts d'intervention de la convention.

Toutes les activités du projet visent à renforcer l'état de santé des populations cibles, de sorte que la réduction de ces faits soit une contribution du projet.

Faisabilité

Il ressort des entretiens avec les organes de mise en œuvre de la convention a été conçue sur des bases qui permettent de toujours générer des ressources pour maintenir les activités. L'idée depuis le début du projet était celle de pérennisation ; les activités planifiées et réalisées ont été faites dans ce sens.

Dans le cadre du projet, l'influence positive de la capacité institutionnelle pour l'atteinte des résultats est notable.

Genre

Les résultats de cette évaluation mettent en exergue la prise en compte de la sensibilité au genre à travers des mécanismes institutionnels et programmatiques dans la conception du projet et la mise en œuvre des activités. L'égalité genre a été promue à travers les différentes activités dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services aux populations vulnérables.

Sauvegarde de l'Enfant

La prise en compte de la sauvegarde de l'enfant a conditionné la réalisation des activités de la convention pour s'assurer qu'elles présentent le moins de risque possible pour les enfants. A chaque activité, une évaluation de risques était faite et un plan de mitigation des risques exécuté. Ce plan est élaboré de façon annuelle par l'équipe de la Convention.

Au niveau opérationnel, les mécanismes de sauvegarde des enfants de Save The Children étaient généralement respectés. Lors des formations par exemple, il était demandé aux mamans qui ont des bébés de les amener avec elles. Ceci est un mécanisme/stratégie de sauvegarde dans la mesure où il y existerait un risque de négligence des enfants dont leurs mères/pères sont chargé.e.s de mener l'activité ou de participer aux activités de la convention AECID. C'est pourquoi la Convention a priorisé le fait de créer des moments de pause spécifiques pour permettre aux femmes d'allaiter leurs enfants, et les équipes ont toujours communiqué avec les participant.e.s pour les encourager à venir avec leur enfants.

Par ailleurs, les enfants font partie des cibles privilégiées de la convention notamment en ce qui concerne la nutrition et l'allaitement maternel exclusif. A ce titre, les actions du projet ne pouvaient pas être exécutées sans évaluation et gestion des risques pour les enfants.

Principales recommandations

Pour l'utilisation des données

Les conclusions, leçons apprises et recommandations obtenues dans cette évaluation pourraient être utilisées par les différentes parties prenantes en vue de renforcer les mécanismes actuels et d'améliorer les interventions futures :

- Les éléments de réponses aux questions d'évaluation et les principales limites de l'étude permettent d'éclairer la prise de décision des promoteurs de l'évaluation (AECID) pour le renforcement du système d'évaluation de la Coopération Espagnole dans l'ensemble ;
- La capitalisation des acquis seraient utiles aux gestionnaires de l'évaluation (Save the Children), pour apprendre, enrichir et améliorer les interventions et les mécanismes de gestion de ressources ;
- A travers la dissémination des résultats auprès des informateurs/informatrices clé (la population bénéficiaire, directe ou indirecte et les partenaires) cette évaluation pourra être un mécanisme de révéabilité pertinent ;
- L'appropriation des résultats de l'évaluation permettraient aux autres informateurs, comme les institutions, entités et autorités locales, et les autres membres de Save the Children International qui travaillent dans le domaine de la santé, la nutrition et le genre ; d'améliorer les connaissances sur ces thématiques dans les zones d'intervention de la Convention.

Pour l'amélioration des interventions futures

Pour contribuer à l'amélioration des interventions futures, quelques recommandations sont formulées :

1. Associer les organes opérationnels partenaires de mise en œuvre à la phase préparation (écriture) des nouveaux projets. *L'évaluation révèle que l'AMADECOM a « pris le train en marche ».*
2. Impliquer les chargés de données des structures sanitaires dans la formulation des indicateurs de suivi pour les projets qui utilisent leurs données secondaires bien avant l'évaluation de base. *Certains indicateurs ne correspondent pas à ce qui est disponible dans le système d'informations sanitaires.*
3. Assurer plus de lisibilité et de traçabilité dans la détermination des cibles des indicateurs en adoptant une approche standard basée sur des informations consignées dans les documents de référence. *Les cibles des indicateurs n'étaient pas fixées annuellement mais en en fin de projet.*
4. Intégrer des aspects d'autonomisation économique des femmes/filles dans les projets de santé maternelle et infantile à travers la création d'activités génératrices de revenus. Le manque de moyens pour payer les services et pour le déplacement est noté comme un facteur clé limitant l'utilisation des services par les femmes : *« Même si les frais de traitement sont abordables ou gratuits, tout le monde ne peut pas continuer longtemps les aller-retours entre le domicile et les centres de santé qui peuvent être souvent distants ».* (FGD, groupements de femmes, Yélimané).
5. Prévoir suffisamment de moyens pour conduire les évaluations (baseline et finale) à l'effet de collecter des données complètes pour renseigner les indicateurs. *Il y a des difficultés pour renseigner certains indicateurs dans les structures sanitaires.*
6. Appuyer l'extension des approches EdM, GSAN, Pairs éducateurs, ASC à l'ensemble des aires de santé des districts d'intervention.
7. Prévoir des actions de gratuité ou de facilitation des frais pour accéder aux services de santé maternelle et infantile. *Le problème d'accessibilité financière se pose.*
8. Mettre en place un mécanisme rigoureux de rapportage des données des structures privées au système d'informations des aires de santé ; en particulier dans le district sanitaire de Kignan. *Pour certains d'indicateurs, la faible performance dans le district de Kignan pourrait s'expliquer par la non prise en compte des données des structures privées.*
9. Renforcer les capacités des groupes communautaires en sensibilisation sur les retards dans la recherche de soins de santé et accentuer cette sensibilisation au niveau communautaire. *L'évaluation révèle que le retard est un facteur de décès maternel.*
10. Renforcer, par une stratégie active de communication, le plaidoyer en faveur de l'adoption de la loi contre les VBG et de la mobilisation communautaire pour l'abandon définitif des MGF et autres pratiques néfastes (VBG et mariage précoce).
11. Appuyer la révision des PDSEC des communes à l'effet d'y intégrer les questions de nutrition, santé sexuelle et reproductive, genre et violence basée sur le genre. *Le PDSEC est le document de référence des communes qui guide les actions en matière de santé maternelle et infantile.*
12. Planifier dans l'équipe technique de gestion de projet, suffisamment de ressources humaines compétentes dans les domaines nouveaux et émergents tels que le genre et la violence basée sur le genre. *Le projet a souffert de l'insuffisance de spécialistes en genre et VBG.*

13. Mener le plaidoyer pour l'opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)

14. Envisager la possibilité de préparer une deuxième phase de la convention afin de capitaliser les acquis et atteindre les résultats complémentaires. *Les moyens déployés et les efforts fournis n'ont pas permis d'atteindre tous les objectifs dans les districts sanitaires.*

Mots clés : Soins de santé primaires, santé sexuelle et reproductive, nutrition, leadership, gouvernance.

1. Introduction

1.1. But et objectifs de l'évaluation

L'évaluation finale externe de la Convention 18-CO1-977 dénommée « Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile dans les régions de Kayes et Sikasso », conduite par Save the Children à travers le Bureau d'études KOITA CONSULTING, a pour but de mesurer le niveau d'atteinte de l'objectif spécifique de la Convention et des résultats atteints. La réalisation de l'évaluation se base sur deux raisons principales. D'une part, cette évaluation avait été prévue dans la formulation de la Convention, comme indiqué dans le cadre normatif établi par la « Orden AEC/1303/2005, de 27 de abril (subvenciones a ONGD) » applicable pour la Convention 18-CO1-977. D'autre part, il est essentiel pour Save the Children d'intégrer l'évaluation dans le cycle de chaque intervention comme un mécanisme d'apprentissage et rédevabilité. Ainsi, conformément aux termes de Référence (TDRs), les objectifs généraux de l'évaluation sont :

- Mesurer le niveau d'atteinte de l'objectif spécifique et des différents résultats de l'intervention ;
- Déterminer le niveau d'adaptation de la Convention au contexte et aux besoins des personnes qui ont bénéficié de l'intervention ;
- Vérifier le degré de participation et implication des institutions partenaires dans la mise en œuvre ;
- Estimer l'impact de l'intervention sur les populations bénéficiaires.

1.2. Contexte de l'évaluation

Le Mali est un pays en développement. Malgré les efforts déployés par l'État et ses partenaires techniques et financiers, la plupart des indicateurs socio-sanitaires (notamment ceux relatifs à la santé maternelle et infantile, à la santé néonatale et à la santé du nourrisson et du jeune enfant) constituent l'une des principales sources de préoccupation. En dépit des progrès réalisés, l'accessibilité physique aux structures sanitaires demeure un problème majeur dans les zones rurales, notamment dans les zones de Kayes et Sikasso. L'enquête EDMS VI réalisée en 2018 montre un taux de mortalité maternelle de 325/100 000 naissances vivantes. La plupart des indicateurs de santé maternelle et infantile sont à des niveaux préoccupants : taux d'utilisation des contraceptifs, taux de couverture des CPN4, CPON, taux de mortalité des enfants, prévalence de la malnutrition aigüe, etc.

Save the Children est présente au Mali depuis plus de 30 ans est reconnue à l'échelle nationale pour ses actions (humanitaires et de développement) dans divers secteurs, dont l'éducation, la protection de l'enfance, la santé, la nutrition, la sécurité alimentaire, et le genre. Elle est opérationnelle dans différentes régions du pays, avec un bureau national à Bamako et des bureaux régionaux à Mopti, Gao, Sikasso, et Niafunké. De 2019 à 2022, Save the Children Espagne en collaboration avec Save the Children International a implémenté la Convention 18-CO1-977 financée par l'AECID en 2018.

La mise en œuvre de la Convention visait l'atteinte de quatre grands résultats :

1. Des services de soins de santé primaires de qualité sont accessibles et utilisés par les filles et les garçons, les adolescent(e)s, les femmes enceintes et allaitantes
2. L'accès et l'utilisation de services de santé maternelle, de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive de qualité sont améliorés
3. La prévention et le traitement de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes sont améliorés ;
4. Le leadership et la gouvernance des autorités locales, communautaires et sanitaires sont améliorés par des actions de plaidoyer pour inclure des aspects tels que le genre, la couverture sanitaire universelle et la protection environnementale dans les plans locaux.

Cette intervention de Save the Children financée en 2018 par l'Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement (AECID), a été implémentée dans la région de Kayes à travers le partenaire local Association Malienne pour le Développement Communautaire (AMADECOM), et dans la région de Sikasso à travers les équipes de Save the Children. Dans la région de Kayes la Convention a intervenu dans les Districts Sanitaires de Kayes et de Yelimané (région de Kayes), et dans les Districts Sanitaires de Kignan et Niena (région de Sikasso). Les actions pour le renforcement du système de santé se sont toujours basées sur des approches communautaires et des interventions coordonnées en collaboration et sous les orientations des services techniques de l'Etat.

En 2019, une enquête a été menée afin d'établir une situation de référence pour les indicateurs de la Convention conformément au cadre logique dans son ensemble. Cette situation de référence a permis d'établir le point de départ des différents indicateurs (situation avant) afin d'être utilisé pour la comparer avec la situation après la mise en œuvre des activités (situation après) en vue d'apprécier la contribution de la Convention AECID à l'atteinte des objectifs fixés.

A la fin de l'implémentation de la Convention, Save the Children a sollicité le Bureau d'études KOITA CONSULTING, sur appel d'offres, pour conduire l'évaluation finale externe.

1.3. Questions et critères d'évaluation

L'évaluation finale externe de la Convention a porté sur quatre volets (1. Soins de santé primaire ; 2. Santé sexuelle et reproductive ; 3. Nutrition ; 4. Leadership et gouvernance) du point de vue des critères suivants :

- **La pertinence:** C'est la mesure selon laquelle les objectifs de la convention correspondent aux besoins et priorités des bénéficiaires. La pertinence est analysée dans une approche dynamique pour apprécier l'adaptation de l'intervention au contexte.
- **L'efficience :** C'est l'utilisation rationnelle des ressources dans l'atteinte des résultats. Elle apprécie la mesure selon laquelle les ressources humaines, financières et administratives mobilisées ont été adéquatement utilisées dans l'atteinte des résultats.
- **L'efficacité :** C'est la mesure avec laquelle les objectifs fixés ont été atteints.
- **L'impact :** C'est la mesure dans laquelle les effets globaux de l'intervention sont perceptibles.
- **Faisabilité :** Elle renvoie à la durabilité future de l'intervention.

- **Genre** : c'est la mesure selon laquelle l'intervention intègre les besoins spécifiques des différentes cibles et réduit les inégalités entre les sexes.
- **Sauvegarde de l'enfant** : C'est la mesure selon laquelle les activités de l'intervention sont conçues, planifiées, mises en œuvre et contrôlées pour qu'elles ne représentent pas un danger pour les enfants.

Les quatre volets de l'intervention ont été analysées à travers une série de questions qui opérationnalisent les critères d'évaluation retenus comme le décrit le tableau 2.

Tableau.2. Questions principales d'évaluation selon les critères

Critères	Questions principales d'évaluation	Résumé de la réponse
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> - L'intervention correspond-elle aux priorités et aux besoins de la population bénéficiaire ? - Quelle est l'importance de la pertinence ou de l'importance de l'intervention par rapport aux exigences et priorités locales et nationales ? - Les priorités des bénéficiaires ont-elles changé depuis la définition de l'intervention ? Si c'est le cas, l'intervention s'est-elle adaptée à ces changements ? - La sélection des zones d'intervention de la Convention a été-elle pertinente ? 	<p>De l'analyse documentaire et des entretiens avec les parties prenantes, il apparaît clairement que l'intervention était bien adaptée pour répondre aux priorités et aux besoins de la population. La pertinence de la convention et ses interventions déployées a été démontrée des points de vue de leur adéquation aux besoins/priorités nationales ; de leur alignement au Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 2014- 2023); de la logique d'intervention et de la réactivité aux changements notamment pour les besoins émergents exprimés par les bénéficiaires. Le choix des districts d'intervention qui a tenu compte des indicateurs de tous les axes ainsi que du mapping des acteurs pour éviter le doublon s'est avéré pertinent.</p>
Efficienc	<ul style="list-style-type: none"> - Les budgets initialement établis dans le document ont-ils été respectés ? - Les objectifs sont-ils atteints économiquement par le projet ? - La transformation des ressources en résultats a-t-elle été efficace ? - Dans quelle mesure la collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion coordonnée ont-ils atteint les résultats de l'intervention ? 	<p>Les informations recueillis dans les entretiens indiquent que le budget initialement établi a été respecté, parce qu'en fin de projet, il n'y a pas de dépassement budgétaire et il n'y a pas de montant restant. D'une manière générale, l'évaluation a pu constater que les ressources mobilisées ont été efficacement transformées en résultats. La collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion coordonnée ont contribué à l'atteinte des résultats de l'intervention.</p>
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les résultats escomptés de l'intervention ont-ils été atteints ? - Quelle est l'efficacité du projet par rapport aux objectifs prévus ? 	<p>La convention a globalement fait montre d'une efficacité satisfaisante dans l'atteinte des résultats escomptés. Sur les 16 indicateurs qui renseignent sur la performance des 4 résultats, 9 (soit 56%) ont des taux de réalisation atteignant ou dépassant les seuils attendus au 31/12/2022.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - D'autres effets qui n'étaient pas prévus ont-ils été également obtenus ? - Le outils ou système intégral de monitoring ont-ils été utiles et opératifs pour réaliser le suivi de la Convention 	<p>Toutefois, l'évaluation dénote des progrès notables au niveau des indicateurs dont la cible n'est pas atteinte. Cependant, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les cibles des 7 indicateurs dont la performance est actuellement insuffisante. Ces efforts concernent particulièrement 2 indicateurs du résultat 1, 3 indicateurs du résultat 2 et 2 indicateurs du résultat 3.</p>
<p>Impact</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'intervention a-t-elle contribué à atteindre l'objectif global proposé? - Quel est l'impact mesurable ou l'effet du projet par rapport à la situation globale du groupe cible ou des personnes concernées ? 	<p>De prime à bord, l'évaluation met en exergue l'importance de l'impact dans l'atteinte de l'objectif global de la convention notamment dans la région de Kayes.</p> <p>L'indicateur relatif à la prévalence du paludisme affiche un taux de réalisation de 119% dans la région de Sikasso et 66% dans la région de Kayes par rapport à la cible fixée.</p> <p>La prévalence de la malnutrition aiguë sévère s'est considérablement réduite durant la période de mise en œuvre du projet ; en particulier dans la région de Sikasso.</p> <p>L'évaluation note une diminution nette des niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile en milieu hospitalier dans l'ensemble des districts d'intervention de la convention.</p> <p>Toutes les activités du projet visent à renforcer l'état de santé des populations cibles, de sorte que la réduction de ces faits soit une contribution du projet.</p>
<p>Faisabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les ressources nécessaires sont-elles toujours générées pour maintenir les activités? - La capacité institutionnelle a-t-elle été positivement influencée ? - Les effets ou impacts positifs sont-ils durables ? - Comment évaluer la durabilité ou la permanence de l'intervention et de ses effets ? 	<p>Il ressort des entretiens avec les organes de mise en œuvre que la convention a été conçue sur des bases qui permettent de toujours générer des ressources pour maintenir les activités. L'idée depuis le début du projet était celle de pérennisation ; les activités planifiées et réalisées ont été faites dans ce sens.</p> <p>Dans le cadre du projet, l'influence positive de la capacité institutionnelle pour l'atteinte des résultats est notable.</p> <p>Une évaluation finale a été prévue pour apprécier la durabilité ou la permanence de l'intervention et de ses effets.</p>
<p>Genre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment le projet a-t-il pris en compte la sensibilité au genre à la fois dans la conception du projet et dans la mise en œuvre des activités ? - Le projet a-t-il intégré des besoins et une accessibilité différents pour les hommes et les femmes ? - Quels sont les écarts entre les sexes que le projet a réussi à 	<p>Les résultats de cette évaluation mettent en exergue la prise en compte de la sensibilité au genre à travers des mécanismes institutionnels et programmatiques dans la conception du projet et la mise en œuvre des activités. L'égalité genre a été promue dans à travers les différentes activités dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services aux populations vulnérables.</p> <p>Le système de suivi-évaluation a prévu la collecte et l'analyse des données désagrégées par âge et sexe pour renseigner les indicateurs.</p>

	<p>combler et quels aspects restants doivent être examinés plus avant ?</p> <p>La Convention est devenue une référence en ce qui concerne le domaine du genre et spécifiquement de la prévention des VBGs.</p> <p>Pour réduire les écarts entre les hommes et les femmes, des activités transformatrices ont été menées par la convention.</p>
<p>Sauvegarde de l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les activités programmatiques ont-elles été conçues, planifiées, mises en œuvre et contrôlées pour garantir qu'elles ne représentent pas un danger pour les enfants ? - Comment le projet a-t-il évalué les risques pour les enfants et ces risques existent-ils toujours à ce jour ? - Les risques ont-ils été réduits, contrôlés et gérés par les actions de minimisation ? 	<p>La prise en compte de la sauvegarde de l'enfant a conditionné la réalisation des activités de la convention pour s'assurer qu'elles présentent le moins de risque possible pour les enfants. A chaque activité, une évaluation de risques était faite et un plan de mitigation des risques exécuté. Ce plan est élaboré de façon annuelle par l'équipe de la Convention.</p> <p>Au niveau opérationnel, les mécanismes de sauvegarde des enfants de Save The Children étaient généralement respectés. Lors des formations par exemple, il était demandé aux mamans qui ont des bébés de les amener avec elles. Ceci est un mécanisme/stratégie de sauvegarde dans la mesure où il y existerait un risque de négligence des enfants dont leurs mères/pères sont chargé.e.s de mener l'activité ou de participer aux activités de la convention AECID. C'est pourquoi la Convention a priorisé le fait de créer des moments de pause spécifiques pour permettre aux femmes d'allaiter leurs enfants, et les équipes ont toujours communiqué avec les participant.e.s pour les encourager à venir avec leur enfants.</p>

1.4. Méthodologie utilisée dans l'évaluation

1.4.1. Présentation du processus

Le processus d'évaluation s'est déroulé en quatre phases principales dont les activités sont décrites dans la figure 1. ci-dessous :

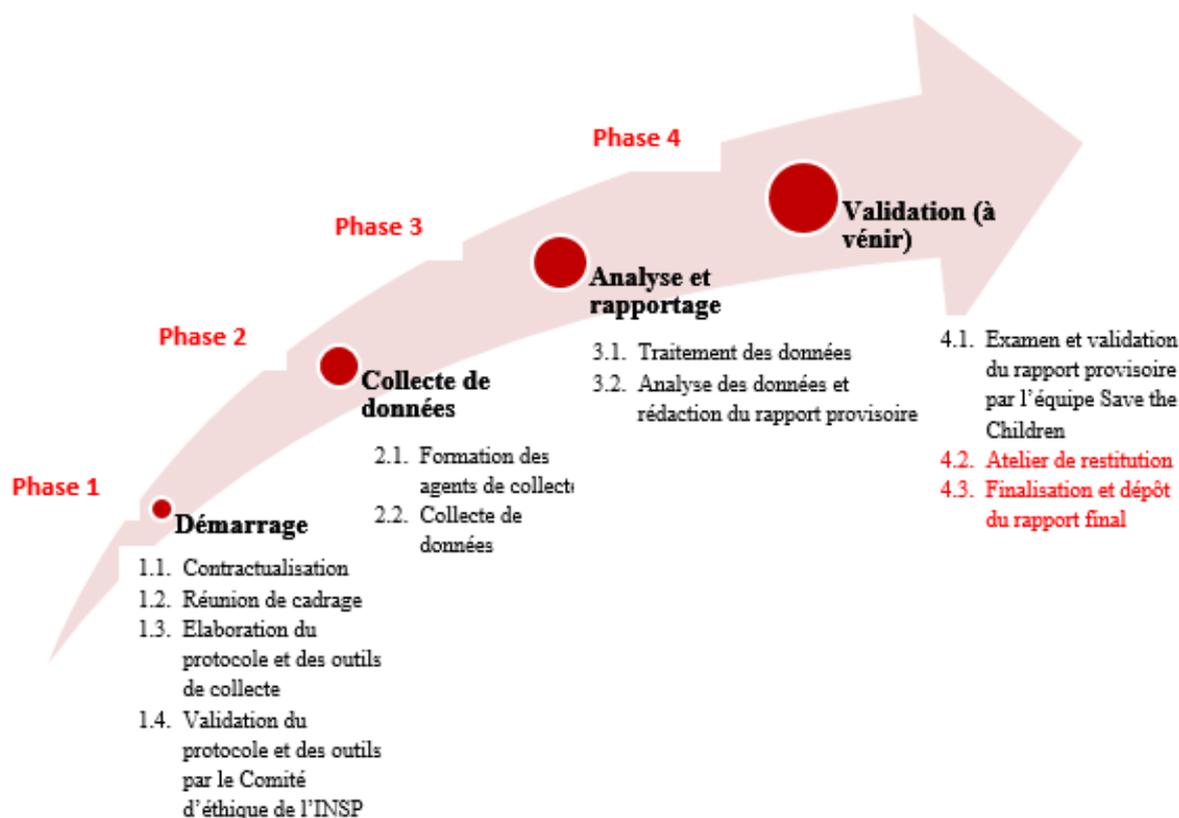


Figure 1. Processus de mise en œuvre de l'évaluation

1.4.2. Méthode de collecte des données

L'étude a utilisé une approche mixte. Trois principales méthodes de collecte de données ont été utilisées :

- ✓ **La revue documentaire** : elle a porté sur les documents ressources suivants :
 - Normes et procédures de suivi et justification de Convention de l'AECID ;
 - Documents de formulation de la Convention (narratif et budget) et annexes ;
 - Accord-cadre signé avec le partenaire et annexes ;
 - Rapport final de l'enquête SQUEAC (Yelimané, Décembre 2021) ;
 - Rapport étude CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) en matière de santé maternelle, infanto-juvénile ;
 - Planifications Annuelles de la Convention (PAC1, 2,3 et4) ;
 - Rapports de suivi technique annuel (2019,2020 et 2021) ;
 - Rapports financiers audités et soumis au bailleur (2019, 2020, 2021) ;
 - Base de données DHIS2 (District Health Information Software version 2) ;

- Annuaire Statistique du Système National d'Information Sanitaire) le plus récent disponible (2020) ;
- Enquête SMART la plus récente disponible (2022) ;
- Enquête Démographique et de Santé du Mali (EDSM VI, 2018) ;
- PRODESS : Programme de développement socio-sanitaire ;
- PDDSS : plan décennal de développement sanitaire et social.

✓ **La collecte de données quantitatives primaires et secondaires** : Elle a consisté en :

- La collecte de certains indicateurs au niveau des districts et de la DRS à partir du système d'informations sanitaires (DHIS/SLIS) ;
- La collecte de certains indicateurs au niveau des CSCOM à partir du DHIS2 Tools ou par calcul à travers la définition des moyennes et ou des valeurs minimales, médianes, maximales de certaines données obtenues ;
- L'administration d'un questionnaire ménage pour les indicateurs ayant trait à l'allaitement exclusif, l'alimentation de l'enfant, et l'indicateur relatif à l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE).

Des outils de collecte (fiches d'exploitations des données sanitaires, questionnaire et guides d'entretien) ont été conçus à cet effet (voir Point 1.4.5. et Annexe).

Les entretiens individuels semi-structurés et les entretiens de groupe pour les informations qualitatives : Des entretiens individuels auprès des informateurs/trices clés et des entretiens en groupe (focus group discussion, triades, quatriades) auprès des utilisateurs/trices et non utilisateurs/trices des services issus des interventions de la convention ont été réalisés pour recueillir leurs opinions et perceptions.

Les données collectées des différents entretiens (individuels et de groupe) ont fait l'objet d'une analyse approfondie de contenu pour dégager les principales tendances et idées fortes qui étayaient différents passages du rapport. Les constats sont obtenus après triangulation des informations recueillies et soutenues par des éléments de preuve, c'est-à-dire par une comparaison croisée des trois méthodes de collecte de données décrites plus haut ou par un recoupement auprès de diverses sources. La triangulation a permis de valider les principales conclusions à partir desquelles les principales recommandations seront tirées.

1.4.3. Sites de collecte et cibles interviewées

La collecte de données a eu lieu dans les quatre (4) districts sanitaires d'intervention, répartis entre les deux (02) régions ; à savoir Kayes et Yélimané (région de Kayes) et Kignan et Niéna (région de Sikasso).

Le tableau ci-dessous donne la répartition des cibles interviewées par méthode de collecte de données.

Tableau.3. Echantillon par cible et méthodes de collecte

Population cible	Méthode de collecte de données	Taille de l'échantillon
Enquête quantitative		
DRS	Exploitation des données sanitaires (DHIS2/SLIS)	2 DRS
CSRéf	Exploitation des données sanitaires (DHIS2/SLIS) des CSRéf (approche systématique)	4 CSRéf
CSComs	Echantillon représentatif des CSComs constitués de l'ensemble des aires de santé de Kignan et Niéna, et de 40% des CSComs de Kayes et Yélimané	66 CSComs dont 7 nouvellement fonctionnels
Village	Echantillon aléatoire de 30 villages dans les 4 districts sanitaires	30 villages
Ménages avec les mères d'enfants de 0 à 23 Mois	Enquête par questionnaire auprès de ménages choisis aléatoirement (échantillonnage probabiliste)	180 ménages
Femmes de 15-49 ans	Enquête par questionnaire (échantillonnage probabiliste)	502 femmes
Enquête qualitative		
DRS	Entretien semi-structuré	2 (1 par région)
CSRéf	Entretien semi-structuré	4 (1 par district)
Organes de gestion	Entretien semi-structuré	2 (1 par région)
Services de la Promotion de la femme et du développement social	Entretien semi-structuré	6 (3 par région)
Les acteurs communautaires (ASC, Pairs éducateurs, écoles de maris) ;	Entretien semi-structuré	6 (3 par région)
Elus locaux	Entretien semi-structuré	4 (1 par district)
Les organisations et associations de santé	Entretien semi-structuré	4 (1 par district)
Groupes de soutien aux activités de nutrition (GSAN)	Entretien en triade	4 (3 participantes par entretien, 1 par district)
Femmes/filles bénéficiaires (enceintes, ayant accouché, mères d'enfants malnutris, mères d'enfants à vacciner)	Entretien en quadriade	4 (4 participantes par entretien, 1 par district)
les femmes/filles vulnérables	Entretien en triade	6 (3 participantes par

		entretien, 3 par région)
Groupements de femmes	Focus group discussion	4 (6-10 participantes par groupe ; 1 par district)
Hommes adultes	Focus group discussion	4 (6-10 participants par groupe ; 1 par district)
Adolescentes et jeunes filles	Focus group discussion	4 (6-10 participantes par groupe ; 1 par district)
Adolescents garçons	Focus group discussion	4 (6-10 participants par groupe ; 1 par district)

Les considérations suivantes ont été prises en compte lors de la collecte de données :

- Le formulaire de consentement libre et éclairé était expliqué en intégralité par les enquêteurs/trices. Seules les personnes ayant donné leur consentement éclairé (signature de la fiche de consentement ou accord verbal) étaient enquêtées.
- L'accord des parents et l'assentiment des garçons et filles de moins de 18 ans étaient requis avant de les enquêter.
- L'attention était accordée aux questions relatives à la Sauvegarde de l'Enfant, un principe de Save the Children ;
- L'anonymat était garanti ;
- Le critère de choix des ménages était l'existence d'une femme ayant au moins un enfant de moins de 23 mois ;
- Les femmes/filles vulnérables (déplacées, handicapées, démunies) ont expressément été incluses dans l'échantillon ; en particulier le volet qualitatif (entretien en petits groupes).

1.4.4. Echantillonnage et couverture

Pour des raisons de comparabilité, l'enquête auprès des ménages a principalement été réalisée dans les mêmes aires de santé que l'enquête de ligne de base de 2019. Ainsi, il a été considéré :

- Pour l'enquête auprès des ménages, un total de 30 grappes (villages) dans les 4 districts sanitaires. Dans chaque village, 6 ménages ont été enquêtés ; soit 180 ménages au total. Seuls les ménages contenant des femmes ayant des enfants de 0-23 mois étaient considérés. La liste des villages et des aires de santé par district sanitaire a constitué de base de sondage. La méthode de bouteille, connue sous le nom de «tourner la bouteille» sera utilisée pour la sélection des ménages dans chaque village. Dans un ménage, toutes femmes de 15-49 ans et tous les enfants de moins de 5 ans étaient concernés par l'enquête ménage;
- un échantillon représentatif de 66 CSComs dont 7 nouvellement fonctionnels constitués de l'ensemble des aires de santé de Kignan et Niéna, et de 40% des CSComs de Kayes et Yélimané pour la collecte de données relatives à certains indicateurs au niveau aire de santé ;
- les 4 CSRéf pour la collecte de données relatives à certains indicateurs au niveau district sanitaire ;

Les CSComs nouvellement fonctionnels ont été pris en compte pour évaluer séparément leur performance et leur contribution à l'atteinte des objectifs.

Pour le volet quantitatif, 180 ménages ont été enquêtés et 72 fiches structures sanitaires renseignées. Au total, 58 entretiens qualitatifs prévus dont 28 interviews individuelles, 16 entretiens de groupe, 14 entretiens en petits groupes (triades et quatriades) ont été réalisés.

Tableau.4. Taux de couverture de l'échantillon quantitatif par région et district

district	Ménages			Fiches DRS-CSRéf			Fiches CSComs		
	Nombre prévu	Nombre atteint	Taux de couverture	Nombre prévu	Nombre atteint	Taux de couverture	Nombre prévu	Nombre atteint	Taux de couverture
Kayes	96	96	100%	2	2	100%	26	26	100%
Yélimané	36	36	100%	1	1	100%	10	10	100%
Région Kayes	132	132	100%	3	3	100%	36	36	100%
Kignan	24	24	100%	1	1	100%	12	12	100%
Niéna	24	24	100%	1	1	100%	18	18	100%
Région Sikasso	48	48	100%	3	2	67%	30	30	100%
Ensemble	180	180	100%	6	5	83%	66	66	100%

1.4.5. Outils de collecte

Les outils suivants (questionnaire, guides d'entretien et fiches de collecte en annexe) ont été mobilisés pour la collecte de données primaires et secondaires.

Numéro de l'outil	Nom de l'outil
Outil 1	Questionnaire « ménages »
Outil 2	Guide d'entretien « Organes de gestion »
Outil 3	Guide d'entretien « Structures socio sanitaires »
Outil 4	Guide d'entretien « OSC et Leaders »
Outil 5	Guide d'entretien « GSAN »
Outil 6	Guide d'entretien « Femmes/filles vulnérables »
Outil 7	Guide d'entretien en focus group
Outil 8	Fiche de collecte « DRS-CSREF »
Outil 9	Fiche de collecte « CSCOM »

1.4.6. Recrutement, orientation des agents et collecte de données

Onze (11) agents de collecte expérimenté.e.s dont cinq (05) femmes et six (06) hommes ont été recruté.e.s et formé.e.s durant deux (02) jours sur la méthodologie et les outils de collecte de données, d'une part ; le genre et la sauvegarde de l'enfant d'autre part.

La collecte des données sur le terrain s'est déroulée du 20 février au 04 mars 2023. Trois (03) équipes de mission composées au total de quatre (04) enquêteurs, quatre (04) enquêtrices, deux (02) Superviseurs hommes et une (01) superviseuse femme se sont rendues dans les districts d'intervention de la Convention. Les femmes représentaient 45% dans les équipes.

Les données quantitatives étaient collectées sur support digitalisé (smartphone, téléphone Android) en utilisant l'application Kobo Collect et envoyées quotidiennement au serveur. Les données qualitatives étaient collectées par dictaphone et transcrites manuellement au fur et à mesure que le travail évoluait sur le terrain (superviseurs).

Durant toute la période de collecte, chaque équipe a réalisé des séances de débriefing journaliers afin de dégager les points forts et faibles et de reformuler des questions difficiles, en collaboration avec les consultant(e)s à travers les appels téléphoniques.

Le travail de terrain a été facilité par l'engagement de Save the Children à travers les points focaux régionaux et l'implication des autorités locales (DRS).

1.4.7. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives collectées par questionnaire ont été apurées, traitées et analysées avec le logiciel Statistical Package for Social Sciences (**SPSS**) version 22, celles recueillies dans les services et structures sanitaires (DRS, CSRéf, CSCom) avec Excel.

Les données qualitatives étaient retranscrites pour une bonne analyse à l'aide du logiciel qualitatif **Nvivo**.

Les résultats des analyses ont permis d'enrichir les informations issues de l'exploitation documentaire pour la rédaction du rapport de l'évaluation.

1.5. Conditions et limitations de l'étude réalisée

1.5.1. Facteurs favorisants

Dans la mise en œuvre de l'évaluation, un certain nombre d'éléments ont favorisé la conduite de cette évaluation :

- La tenue des réunions hebdomadaires de suivi des travaux (en ligne) entre les consultants, les équipes SC de Bamako et Sikasso et le partenaire AMADECOM à Kayes ;
- L'implication des équipes sur le terrain de Save the Children (Bureau national, Bureau Save de Sikasso, AMADECOM à Kayes);
- L'adhésion des responsables de services de santé (DRS, CSRéf).

1.5.2. Difficultés rencontrées

Les principales difficultés rencontrées sont :

- L'indisponibilité des chargés de données des formations sanitaires ;
- Le non-renseignement de certains indicateurs sur le terrain.

Pour surmonter ces difficultés, les équipes ont déployé des stratégies d'atténuation qui sont entre autres :

- La sollicitation des points focaux régionaux de Save pour faciliter l'introduction des équipes ;
- L'utilisation d'autres sources de données pour compléter le renseignement des indicateurs (DHIS2 au niveau national, Annuaire 2022 de la région) ;
- Les appels téléphoniques pour obtenir certaines informations complémentaires auprès des mairies des communes prioritaires.

1.6. Considérations éthiques

Pour des considérations éthiques, le protocole de recherche a été soumis à l'appréciation du Comité d'Éthique de l'Institut National de Santé Publique (INSP) pour validation. Ledit a approuvé le protocole et les outils de collecte le 17 février 2023 suivant N°05/2023/INSP-CE. Avant de commencer l'enquête, des lettres d'information ont été envoyées aux autorités administratives et communautaires des localités concernées et des prises de contact ont été effectuées avec ces responsables pour avoir leur autorisation avant de mener l'enquête.

Il a été tenu compte du Genre dans le choix des enquêteurs/trices (équipes mixtes composées de six hommes et cinq femmes) et la sélection des informateurs/trices clés sur le terrain. En outre, les focus group des femmes et filles ont compté sur la présence des enquêtrices étant donné que la prise de parole et la façon de s'exprimer des femmes sont plus favorables entre femmes quand il n'y a pas d'hommes présents.

Les enquêteurs s'adressaient aux personnes cibles dans les localités avec les fiches d'information et de consentement (pour les adultes et les parents/tuteurs des mineurs) et les formulaires d'assentiment pour les mineurs qu'ils traduisaient au besoin en langue locale de façon verbale. Les cibles étaient informées de leur droit de renoncer à leur participation à l'enquête à tout moment ou pour toute raison quelconque sans sanction ni pénalité. Le formulaire de consentement libre et éclairé était expliqué en intégralité par les enquêteurs/trices. Seules les personnes ayant donné leur consentement éclairé étaient enquêtées. L'accord des parents était requis pour enquêter les personnes de moins de 18 ans. L'attention était accordée aux questions relatives à la Sauvegarde de l'Enfant, un principe de Save the Children. L'anonymat était garanti.

Pour garantir la confidentialité, les données sont traitées de façon anonyme.

Par ailleurs la méthodologie proposée prenait en compte le contexte de COVID-19 marqué par des mesures de prévention. L'alternative dans la collecte de données auprès des acteurs et structures de l'État consistait aux entretiens téléphoniques (complémentaires) combinée à la collecte des données et informations par mail.

En outre, les équipes de mise en œuvre de cette évaluation (investigateurs et enquêteurs / enquêtrices) ont respecté les gestes barrières édictées par les autorités sanitaires contre le COVID 19.

1.7. Présentation de l'équipe d'évaluation

L'évaluation a été réalisée par le Bureau KOITA CONSULTING dont l'équipe proposée est pluridisciplinaire comprenant des expertises en (i) santé publique, (ii) santé sexuelle et reproductive, (iii) genre et protection sociale, (iv) statistiques.

Ses membres ont réalisé plusieurs études similaires dans toutes les régions du Mali.

L'évaluation a été conduite sous la responsabilité du chef de mission (Dr Nouhoum KOITA) par une consultante principale (Dr Fatoumata TRAORE, titulaire d'un PhD en Santé Publique option santé sexuelle et reproductive) et un consultant associé (M. Djanguiné Camara, Ingénieur statisticien-Démographe).

Pour la collecte des données sur le terrain, onze (11) agents dont trois (03) superviseurs et huit (08) enquêteurs/trices ayant les compétences et l'expérience nécessaires ont été sélectionné(e)s dans la base de données des agents du Bureau d'étude KOITA CONSULTING.

Les superviseurs ont procédé à la transcription des entretiens qualitatifs.

2. Description de l'intervention évaluée

2.1. Objectifs et structure du cadre logique

L'objectif général de la Convention est de Contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles, néonatales et infanto-juvénile dans les régions de Kayes et Sikasso (Mali). De façon spécifique, il s'agit d'améliorer l'offre et l'utilisation des services de soins primaires et spécialisés (nutrition et santé sexuelle et reproductive) pour les enfants, les femmes enceintes, allaitantes et les adolescent(e)s (régions de Kayes et Sikasso).

Pour atteindre ces objectifs, le cadre logique de la convention est structuré autour de quatre (04) résultats intermédiaires mentionnés ci-dessus.

Trois indicateurs de mesure sont retenus pour suivre l'objectif global. Pour l'objectif spécifique et pour chacun des résultats, quatre (04) indicateurs objectivement vérifiables sont définis avec des sources de vérification et des moyens (activités) à mener pour atteindre les objectifs.

2.2. Organisation et gestion

La coordination de l'équipe de gestion de la Convention était en charge d'une Responsable de la Convention engagée comme expatriée par la Fondation Save the Children pour travailler au Mali. L'administratrice de la Convention est l'ultime responsable de la planification, du suivi de la mise en œuvre et de l'établissement des rapports relatifs à la Convention, ainsi que de la représentation institutionnelle de la Convention au Mali.

La gestion de la Convention s'est faite à trois niveaux : (1) orientation stratégique, (2) coordination technique et (3) mise en œuvre sur le terrain.

La Convention encourageait activement la participation des titulaires de droits, en particulier aux niveaux 2 et 3, en accordant une attention particulière aux femmes, aux enfants et aux groupes vulnérables.

Niveau 1 : orientation stratégique

Ce niveau est responsable de :

- Garantir la réalisation des objectifs de la convention, de sa planification et des rapports au donateur ;
- Maintenir la représentation institutionnelle de la Convention. C'est à ce niveau que sont prises les décisions clés de la Convention et que se poursuit le dialogue avec l'AECID, tant au niveau de l'OTC qu'à Madrid.

A ce niveau, formé par la Fondation Save the Children et Save the Children Mali, fonctionnent:

- **La Responsable de la convention**, expatriée engagée par la Fondation Save the Children.
- Au nom de la Fondation Save the Children, mais travaillant à Madrid, le **technicien responsable des projets au Mali, le technicien financier et les experts techniques des secteurs santé-nutrition et genre** de la Fondation.
- Au nom de Save the Children Mali, le **Directeur des Opérations** et le **Conseiller Technique Santé et Nutrition**.

Niveau 2 : coordination technique

Les responsabilités suivantes relèvent de ce niveau :

- Assurer une coordination efficace entre Save the Children et le partenaire local, AMEDECOM, responsable de l'intervention à KAYES afin d'assurer la mise en œuvre optimale des activités et ainsi atteindre les objectifs prévus ;
- Assurer le suivi général de la mise en œuvre de toutes les activités de la Convention
- Promouvoir la participation active à la prise de décision des acteurs concernés et, en particulier, des détenteurs de droits, de responsabilités et d'obligations.
- Tenir des réunions régulières avec les différents acteurs impliqués dans la Convention
- Tenir des réunions avec les titulaires de droits qui serviront d'espaces de responsabilisation.
- Préparer des rapports mensuels de suivi (à partager avec ces acteurs)
- Coordonner les missions de suivi dans les zones de mise en œuvre

A ce niveau, formé par la Fondation Save the Children, Save the Children Mali et l'AMADECOM travaillent :

- **La responsable de la convention**
- **2 Coordinateurs régionaux** (un à Sikasso et l'autre à Kayes). Ils sont les référents directs de l'équipe de mise en œuvre et relèveront du responsable de l'entente. Dans le cas de Kayes, le coordinateur est engagé par l'AMADECOM et dans le cas de Sikasso par Save the Children Mali.
- **Spécialiste du genre et du plaidoyer**, essentiel pour promouvoir l'intégration du genre et assurer la qualité du résultat 4, est basée à Bamako, mais couvre les deux régions. Elle dépend organiquement de la Coordinatrice Nationale de la Convention AECID à Bamako. L'une de ses principales fonctions est d'accompagner techniquement les équipes dans l'intégration de l'approche transversale du genre, dans l'implémentation des activités transformatrices de genre, ainsi que d'influencer les municipalités pour qu'elles incluent dans leurs plans et budgets opérationnels des activités liées à la nutrition et à la santé.

Niveau 3 : mise en œuvre sur le terrain

C'est le niveau chargé de l'exécution directe des activités, de la révision méthodologique de l'intervention et du contact avec les ayants droit.

A ce niveau, formé par Save the Children Mali et l'AMADECOM, travaillent :

- **Quatre (04) Officiers de district** qui travaillent à Yelimané et Kayes (dans la région de Kayes), et à Niena et Kignan (dans la région de Sikasso) principalement pour planifier les activités en les adaptant à la réalité de son district (en coordination avec les coordinateurs régionaux) ; soutenir les animateurs dans la mise en œuvre de ces derniers;

- **Huit (08) animateurs communautaires** pour assurer la mobilisation communautaire ; développer la sensibilisation à l'éducation nutritionnelle et à la promotion de la santé ; assurer le suivi des CSCOMs et offrir un soutien local aux ASACOs.

2.3. Acteurs impliqués

Les acteurs suivants sont impliqués dans l'implémentation de la Convention :

- Autorités administratives (des maires, préfets, sous-préfets et gouverneurs des régions) ;
- Services sanitaires nationales, régionales et de district en tant qu'acteurs techniques gouvernementaux ;
- Services de Promotion de la Femme, l'Enfant et la Famille ;
- Services du Développement Social et de l'Economie Solidaire ;
- Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé ;
- La Fédération Nationale/Régionale de la Santé Communautaire du Mali (FENASCOM, FERSACOM) qui représente les agent.e.s de santé ;
- Associations de santé communautaire (ASACO) ;
- Agent.e.s de santé communautaire (ASC) ;
- Ecoles de Maris (EDM), bénéficiaires et acteurs clé également de la Convention ;
- Les « Pairs Educateurs » ;
- Groupe de Soutien Aux Activités de Nutrition(GSAN) qui ont reçu des formations de renforcement de capacités sur des thématiques différentes (ANJE, VBG, SSR), au même temps qui ont été dotés en matériels pour la réalisations des activités de dépistage de la malnutrition, sensibilisations sur la nutrition et l'allaitement maternel et démonstrations nutritionnelles.

L'Unité de gestion de l'évaluation ; le Comité de suivi de l'évaluation et la Commission de suivi de la convention sont les acteurs impliqués dans l'exécution de la Convention.

2.4. Contexte économique, social, politique et institutionnel de l'intervention

Au Mali, la population est majoritairement pauvre, avec 55 % de la population vivant avec moins de 1,25 dollar par jour. Le pays dépend de l'aide publique au développement et ses programmes de développement dépendent largement de la contribution de la communauté internationale. Les recettes de l'État fluctuent en fonction des prix de l'or et des matières premières agricoles. L'or et le coton représentent environ 80 % des revenus. On estime que le pays possède entre 600 et 800 tonnes de réserves d'or. Les principaux sites se trouvent à l'ouest, traversés par la frontière avec le Sénégal, et dans la région de Sikasso, au sud. Certaines d'entre elles sont déjà en voie d'épuisement, ce qui a déjà entraîné une réduction de la production. Les autres minéraux connus au Mali sont : la bauxite, le manganèse, le zinc, le cuivre et le lithium. Le pays est confronté à un problème de sécurité complexe depuis 2012 sur une grande partie de son territoire. Malgré l'Accord de paix signé en 2015, l'instabilité est une réalité quotidienne dans le centre et le nord du pays. Toutefois, il est important de noter que, dans l'ensemble de ce scénario, les régions de Kayes et de Sikasso, les zones d'intervention de la convention, demeurent relativement stables.

Par ailleurs le pays a enregistré la succession de plusieurs évènements notables, tels que la crise sociopolitique et institutionnelle marquée par un coup d'Etat en août 2020 puis un autre en mai

2021, la crise sanitaire (COVID-19) et le placement du Mali sous embargo par les Chefs d'Etat de la CEDEAO avec fermeture des frontières avec le Mali.

Le droit à la santé, que chacun devrait pouvoir exercer, est consacré à l'article 25 de la Déclaration universelle des droits humains, en particulier en ce qui concerne les groupes les plus vulnérables (maternité et enfance). Malgré cela, et malgré les efforts de l'État et son positionnement en faveur de la gratuité et de l'universalité des soins de santé, la réalité est que bon nombre d'indicateurs de santé restent à des niveaux préoccupants.

Selon l'annuaire statistique du Système Local d'Information Sanitaire (SLIS 2020), 12% de la population vit à plus de 15 Km d'un centre de santé et 42% à plus de 5 Km. Le taux de CPN4 est de 24,4%. Les régions de Kayes et Sikasso enregistrent des taux de CPN4 de 25,7% et 18,9% respectivement. Selon la même source, la prévalence contraceptive moderne est faible (12,7%). Les districts de Kignan et Niéna, avec respectivement 11,1% et 12,3% présentent des taux plus faibles que la moyenne nationale.

Par ailleurs, l'engagement du Gouvernement pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations maliennes est inscrit comme objectif dans les documents de politiques et stratégies des différents secteurs. Il s'agit entre autres de :

- Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable (CREDD) ; 2019-2023
- Politique de Développement Agricole du Mali (PDA)
- Programme national d'investissement agricole (PNISA)
- Politique Nationale de la Protection Sociale
- Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014-2023
- Politique Nationale de Protection de l'Environnement (PNPE)
- Politique nationale de l'eau et de l'assainissement au Mali (PNEA)
- Priorités Résilience Pays (PRP)
- Programme décennal de l'éducation (PRODEC)

Le Mali s'est doté d'une Politique Nationale de Nutrition en 2013 et la 1^{ère} Edition du Plan d'Action Multisectoriel de Nutrition (PAMN) 2014-2018. Cette 1^{ère} Edition du PAMN évaluée en 2019 et actualisée ; la 2^{ème} Edition du PAMN couvre la période 2021-2025.

En dépit des progrès réalisés, la malnutrition est un problème persistant qui ne peut être ignoré au Mali. L'enquête SMART 2022 indique que la prévalence de la malnutrition aigüe globale dans le pays dépasse 10 % (seuil d'alerte) et que la prévalence de la malnutrition aigüe sévère au niveau national est supérieure à 2 % (une valeur de situation critique si l'on tient compte des valeurs de l'OMS). Il est à noter que la région de Kayes est particulièrement touchée, avec une prévalence de la malnutrition aigüe globale de 14,2% en 2022 contre 11,5% en 2021. A Sikasso, la forte prévalence de la malnutrition chronique est remarquable dans les régions de Kayes (26,6%) et Sikasso (25,3%) selon les mêmes données de l'enquête SMART.

Dans le cadre de la promotion du genre, les principaux documents d'orientation, stratégies et programmes adoptés ou en cours d'élaboration au Mali sont les suivants :

- La Politique Nationale du Genre (PNG) et son plan d'action, adopté en 2010 ;
- Plan d'action national pour la mise en œuvre de la résolution 1325 du Conseil de sécurité des Nations Unies sur l'importance de la participation des femmes, ainsi que de l'intégration d'une perspective de genre dans les négociations de paix, la planification humanitaire, les opérations de maintien de la paix, la consolidation de la paix après les conflits et la gouvernance (2000) ;

- Le Programme national de lutte contre la pratique des mutilations génitales féminines ;
- En outre, au niveau institutionnel, les structures et mécanismes suivants ont été mis en place :
- La Direction nationale de la promotion de la femme ;
 - La nomination de points focaux genre dans les départements sectoriels ;
 - La mise en place, au niveau sous régional, d'un service local de promotion de la femme, de l'enfant et de la famille ;
 - Le Centre national de documentation et d'information sur les femmes et le développement et les enfants ;
 - La création, en 2010, de 10 espaces d'échange, de formation et d'information au profit des femmes, appelés "Maisons de la femme et de l'enfant", dont deux à Bamako et un dans chaque région du pays.
 - Des centres d'autopromotion des femmes dans des zones spécifiques et des municipalités au niveau national ;
 - Un Fonds national pour le développement agricole et une politique d'occupation des terres (2015), qui prévoit l'attribution de 15 % des terres gérées par l'État aux femmes et aux jeunes.

Au niveau communautaire, les pratiques coutumières et religieuses demeurent des normes et des références pour gérer les relations entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons dans la famille. Le pouvoir de décision concernant les soins de santé revient à l'homme. Le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes note dans ses observations la persistance de pratiques culturelles, traditions et attitudes néfastes, d'attitudes patriarcales et de stéréotypes discriminatoires et liés aux rôles et responsabilités des femmes et des hommes dans la société et dans la famille.

La pratique de l'excision est largement ancrée dans les traditions. Notamment dans les régions de Kayes et de Sikasso, où la quasi-totalité (95% et 96% respectivement) des femmes et filles de 15-49 ans sont excisées. Les mariages d'enfants et les mariages forcés sont également fréquents au Mali, en particulier chez les Peuhls, où des filles d'à peine 12 ans sont mariées (Banque mondiale 2006a, 19). Selon les statistiques, une fille sur deux est mariée avant l'âge de 18 ans au Mali, sixième pays du classement avec plus de cas de mariage d'enfants selon le rapport de l'UNICEF 2017 sur la situation des enfants dans le monde.

Dans un contexte où le changement climatique est plus qu'évident et où la pression démographique ne fait qu'augmenter, le respect de l'environnement est un facteur à considérer, sachant notamment que 40% du PIB dépend des activités rurales (Direction Nationale de la Conservation de la Nature).

En ce sens, le Mali s'efforce d'inclure la protection de l'environnement dans ses priorités de développement.

3. Rapport de données

Les constats sont obtenus à l'issue d'un processus de triangulation recoupant plusieurs sources: l'analyse des données quantitatives, les entretiens (individuels et de groupe) avec les parties prenantes et l'analyse documentaire.

3.1. Réponses aux questions et critères d'évaluation

3.1.1. Pertinence de la convention

A. *Alignement de l'intervention aux priorités et aux besoins de la population bénéficiaire*

De l'analyse documentaire et des entretiens avec les parties prenantes, il apparaît clairement que l'intervention était bien adaptée pour répondre aux priorités et aux besoins de la population; notamment les déficits identifiés lors du recueil des informations qualitatives sur la perception des populations et des autorités sanitaires du système de santé et sur les problèmes rencontrés par les titulaires de droits (bénéficiaires) et de devoirs (administrations sanitaires et personnel de l'État), ainsi que sur le soutien éventuel qui est nécessaire pour y remédier.

Les 4 résultats de l'intervention sont alignés aux principaux problèmes prioritaires identifiés dans les zones d'intervention lors de l'étude de ligne de base, tels que :

- L'insuffisance de la prévention et la prise en charge de la malnutrition chez les enfants (filles et garçons) de moins de 5 ans, et les femmes enceintes et allaitantes ;
- L'accès limité des enfants, adolescents/es, femmes enceintes et allaitantes aux services de soins de santé primaire de qualité ;
- Le faible accès et la faible utilisation des services de santé sexuelle et reproductive de qualité;
- La fréquence élevée des violences basées sur le genre contre les filles et les femmes ;
- le faible leadership et la gouvernance des autorités locales, communales et sanitaires.

En outre, les actions menées sur le terrain ; à savoir le plaidoyer, le renforcement de capacités des structures sanitaires en équipements et formation, la mise en place des EdM, PE, ASC, GSAN, les sensibilisations,... sont entre autres des activités qui répondent aux besoins des bénéficiaires en matière de soins de santé primaire, santé sexuelle et reproductive, de nutrition, de promotion du genre, de prévention et de protection contre les VBG.

B. *Importance de l'intervention par rapport aux exigences et priorités locales et nationales*

La convention, objet de l'évaluation est alignée au document de référence nationale des politiques et programmes de développement ; à savoir le Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable du Mali (CREDD, 2019-2023) qui a pour objectif de «*Promouvoir un développement inclusif et durable en faveur de la réduction de la pauvreté et des inégalités dans un Mali uni et apaisé, en se fondant sur les potentialités et les capacités de résilience en vue d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) à l'horizon 2030*».

En matière de SR, il apparaît globalement que les résultats 1, 2 et 3 sont pertinents car ils répondent aux priorités nationales inscrites dans le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 2014- 2023) et contribuent à l'atteinte des objectifs stratégiques (OS) suivants :

- OS1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ;
- OS6 : Augmenter l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité, répartis de manière équitable et répondant aux besoins des populations.

Les résultats 3 et 4 de la convention sont en droite ligne avec les priorités nationales en matière de nutrition notamment le Plan d'Actions Multisectoriel Nutritionnel (PAMN 2021-2025) et contribuent à l'atteinte des objectifs suivants :

- *Objectif global de l'axe stratégique 4 : Contribuer à l'amélioration de la sécurité nutritionnelle des couches les plus vulnérables, en particulier les enfants de 0-5 ans, les femmes enceintes et femmes allaitantes et les adolescent(e)s, dans les politiques et stratégies sectorielles pertinentes relatives au développement industriel et rural (agriculture, pêche et élevage), ainsi que dans la Stratégie Nationale en matière de Sécurité Sanitaire des Aliments).*
- *Objectif global de l'axe transversal 1: Prendre en compte la dimension genre dans les politiques, programmes et les plans d'actions en lien avec la nutrition, mieux intégrer l'équité du genre dans le PAMN 2021-2025, et intégrer le genre et la nutrition dans la chaîne de valeur agricole.*

En matière de Genre et Droits Humains, la convention est bien adaptée aux besoins des populations cibles (femmes, jeunes, adolescent(e)s) et est en adéquation avec les priorités nationales exprimées dans la Politique Nationale Genre (2011).

Dans le cadre de la décentralisation, le résultat 4 est arrimé aux Plans de Développement Social, Economique et Culturel (PDSEC) des communes d'interventions notamment les objectifs de renforcement du leadership et de la gouvernance des collectivités territoriales décentralisées. L'intervention s'inscrit dans la stratégie du Ministère de la Santé et des Services Techniques du Mali, axée sur la décentralisation territoriale et l'autonomie de la santé communautaire, les soins de santé primaires (SSP) et les principes de l'Initiative de Bamako (IB).

C. Adaptation de l'intervention aux changements éventuels des priorités des bénéficiaires

Des entretiens avec les organes de mise en œuvre de la Convention, il ressort que s'est bien adaptée aux changements des priorités des bénéficiaires notamment la riposte à la COVID-19. En effet, comme le souligne le Chef de Base de l'ONG AMADECOM de Kayes, « *avec l'avènement de la Covid-19, la planification a été un peu bouleversée et on a été obligé d'adopter un nouveau plan en intégrant la prévention contre le Coronavirus.* » (EI. ONG AMADECOM-Kayes). Il faut noter que SC dispose d'un plan d'adaptation des activités en fonction des seuils en ce qui concerne la mitigation de risques de la pandémie, et a également fourni des appuis matériels ponctuels aux Districts Sanitaires quand ils ont exprimé les besoins en lien avec la riposte au COVID19 (voir annexe).

Autant que possible, l'intervention répondait aux besoins exprimés des bénéficiaires qui n'étaient pas prévus. Quelques propos soutiennent cela :

« *Devant un nombre élevé de cas de rougeole aussi dans une zone, le projet a toujours accompagné les districts dans la riposte, chose qui n'était pas prévue dans le projet.* » (EI. ONG AMADECOM-Kayes).

« *Chaque année, nous avons des lettres de sollicitation de nos bénéficiaires, à Sikasso. On a plus d'une dizaine de lettres qu'on a reçues, et beaucoup de ces lettres ont reçues un avis favorable. Ce sont des demandes des bénéficiaires soient de district soient de la société civile ou d'un notre partenaire pour nous dire voilà nous voulons que vous nous appuyez dans la*

tenue de ces activités ou bien nous voulons que telle ou telle activité se mène de telle sorte ou bien nous avons ce besoin, des fois en termes de matériels, des fois en termes d'approches et des fois en terme d'accompagnement. » (EI. Save the Children -Sikasso).

D. Pertinence de la sélection des zones d'intervention de la Convention

La pertinence de la sélection des zones d'intervention du projet est établie dans la mesure où les questions de santé sexuelle et reproductive, de mariages d'enfants, de pratiques traditionnelles néfastes et d'équité genre se présentent avec acuité dans la région de Kayes. De plus, les critères qui ont prévalu au choix des districts sanitaires sont basés sur les niveaux des indicateurs d'accès aux soins de santé primaire, de santé maternelle et infantile, de santé sexuelle et reproductive et planification familiale et de nutrition d'une part, et la faible présence des intervenants d'autre part. Il faut signaler qu'en 2018 avant de commencer la convention, une analyse situationnelle a été faite et les districts d'intervention ont été retenus en tenant des indicateurs de tous les axes ainsi que du mapping des acteurs pour éviter le doublon. Le choix des districts de Kayes, Yélimané, Kignan et Niéna s'est avéré pertinent.

3.1.2. Efficience de la convention

A. Respect des budgets initialement établis

Les informations recueillis dans les entretiens indiquent que le budget initialement établi a été respecté, parce qu'en fin de projet, il n'y a pas de dépassement budgétaire et il y a très peu de montant restant. « *On a été vraiment clinique par rapport à la gestion budgétaire* ». (EI. Save the Children Sikasso).

Pour une gestion rationnelle des ressources, 50% du budget était alloué aux activités pilotées par le partenaire de mise en œuvre à Kayes, l'ONG AMADECOM.

L'exécution financière des activités se fait sur la base d'un Plan Annuel de travail revu. En effet, les planifications budgétaires annuelles étaient ajustées pour rattraper les retards accusés au début de l'implémentation. Aussi, à chaque demande d'appui des partenaires, services techniques, communautés, pour fournir un appui technique et financier il y avait toujours une évaluation du budget ainsi que des objectifs pour étudier la pertinence de l'appui dans le cadre de la convention. Le budget de chaque activité est préparé en avance et partagé avec les finances/responsables budgétaires pour validation. En termes de justification, un audit financier annuel a été mené dans le cadre de la Convention et soumis au bailleur.

B. Efficacité de la transformation des ressources en résultats

D'une manière générale, l'évaluation a pu constater que les ressources mobilisées ont été efficacement transformées en résultats.

Les renforcements de capacités techniques (formation) et matérielles (dotation en matériels et kits) des différents acteurs du niveau opérationnel (CSComs, Personnel de Santé, ASC, GSAN, EdM, pairs éducateurs...) ont contribué à améliorer les niveaux des indicateurs de résultats. En effet, plusieurs activités menées ont produit des résultats perceptibles dans les districts d'intervention. On peut citer entre autres :

- le renforcement de capacités et l'accompagnement technique et matériel des agents de santé communautaire, ainsi que dans la révision de la collecte et analyse de données SEC, tant au niveau des Centres de Santé Communautaire comme au niveau des districts ;
- les campagnes de vaccination ;
- la formation des points focaux nutritionnels de l'URENI et de l'URENAS sur le diagnostic et traitement de la malnutrition aiguë ;
- la redynamisation et la formation des groupes GSAN (groupes de soutien aux activités en nutrition) en nutrition, ainsi qu'en matière de violences basées sur le genre, et leurs dotations en matériels pour la réalisation de leurs activités (le dépistage précoce de la malnutrition, et la dérivation des cas et de créer des réseaux qui favorisent de bonnes habitudes de vie et d'alimentation saines) ;
- la formation des responsables des services de maternité des structures de santé sur les soins spécialisés dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (SSR) ;
- les supervisions formatives.

A cela s'ajoutent les formations que les agents de santé (Directeurs Techniques des Centres de Santé Communautaires principalement), les agents de santé communautaires (ASC) et les GSAN ont reçu sur l'identification et l'orientation des survivantes de violence basée sur le genre. Les actions de plaidoyer pour renforcer le leadership et la gouvernance des autorités sanitaires, administratives locales ont eu plus d'impact sur la prise en compte des thématiques de l'évaluation dans les plans de développement locaux. La convention a fait beaucoup de sensibilisation dans les différentes communes pour que l'ASACO ou la Mairie puisse prendre en compte la motivation des ASC. Le défi du financement de l'audit des décès maternels dans les districts sanitaires a été également relevé. La supervision dans les maternités rurales ne se faisait pas avant le projet.

Les GSAN ont été outillés conformément au protocole national avec organisation des ateliers de plaidoyer au niveau des districts avant même l'implémentation des GSAN, des ateliers de dialogue communautaires, des assemblées villageoises.

L'orientation, formation et implémentation de l'approche Surge dans les CSComs à travers la convention constitue une avancée majeure.

L'évolution globale du budget par poste confirme la tendance de transformation des ressources en résultats. De façon générale, plus de 70% du budget étaient consacrés aux directs. Environ 7% du budget global étaient alloués aux coûts indirects. Les rémunérations du personnel, toutes catégories confondues sont à hauteur de 22,6% du budget.

Tableau.5. Distribution du budget par poste

RUBRIQUES	2019	2020	2021	2022	Période 2019-2022	Pourcentage /Total
Coûts directs actuels	566 164	795 502	1 586 376	852 274	3 800 316	61,5%
Coûts d'investissement direct	339 291	72 230	127 592	14 993	554 106	9,0%
Total coûts directs	905 454	867 732	1 713 968	867 267	4 354 422	70,5%
Total coûts indirects	99 730	118 327	111 101	100 305	429 463	6,9%
Total des coûts directs et indirects	1 005 184	986 059	1 825 070	967 572	4 783 884	77,4%
Personnel	334 945	345 050	262 080	454 190	1 396 266	22,6%
Total budget	1 340 129	1 331 109	2 087 150	1 421 762	6 180 150	100,0%

Source : PAC 1, PAC 2, PAC 3, PAC 4

C. Importance de la collaboration institutionnelle et des mécanismes de gestion coordonnée dans l'atteinte des résultats de l'intervention

L'évaluation a pu constater que les responsabilités et attributions de chaque poste sont définies de sorte à assurer une bonne communication afin d'éviter des confusions et chevauchements. De même, la synergie entre les différentes composantes (orientation stratégique, coordination technique et mise en œuvre sur le terrain) est assez bonne.

En dépit du fait que l'ONG AMADECOM, organe de mise en œuvre dans la région de Kayes soit une organisation « externe » à Save the Children, la collaboration institutionnelle et les mécanismes mis en place ont été importants dans l'atteinte des résultats.

Cette ONG intervient à Kayes depuis plus de 15 ans et ce projet a trouvé qu'elle entretenait beaucoup de bonnes relations de collaboration avec les projets précédents. Il y avait déjà des acquis même avant l'arrivée du projet qui ont exploités à bon échéant dans l'atteinte des objectifs.

A l'instar de l'ONG AMADECOM à Kayes, l'antenne régionale de SC à Sikasso capitalise beaucoup d'expériences sur le terrain. Les bonnes relations de collaboration avec les acteurs régionaux et locaux ont été des facteurs favorisant l'atteinte des résultats dans les districts de Kignan et Niéna.

3.1.3. Efficacité de la convention

A. Atteinte des résultats escomptés de l'intervention

L'analyse de l'efficacité de la convention repose essentiellement sur la matrice de suivi des indicateurs issue du système de Suivi-Evaluation, de la revue documentaire, de l'analyse des informations sanitaires, de l'analyse des données quantitatives et des entretiens avec les parties prenantes.

Pour la mesure quantitative de la performance, le taux de réalisation (TR) sur la période de mise en œuvre de la convention est calculé ainsi qu'il suit :

$$TR = \frac{\text{Réalizations} * 100}{\text{cible en 2022}}$$

- ✓ Le TR indique le progrès accompli dans la réalisation de la cible prévue à la fin de la convention en 2022 ;
- ✓ Le complément à 100 du TR indique le gap à combler pour atteindre la cible prévue à la fin de l'intervention permettant ainsi d'apprécier la plausibilité de sa réalisation ;
- ✓ Lorsque l'évolution de l'indicateur est attendue dans le sens négatif, l'inverse du TR est retenu pour apprécier son niveau.

L'évaluation met en avant une efficacité assez satisfaisante de la convention dans l'atteinte des résultats escomptés. Plus de la moitié des indicateurs (9/16) qui renseignent sur la performance des 4 résultats, ont des taux de réalisation atteignant ou dépassant les seuils attendus en fin de projet. Les écarts ne sont pas énormes pour les indicateurs qui n'ont pas atteint les cibles.

Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les cibles des 7 indicateurs dont la performance est actuellement insuffisante. Ces efforts concernent particulièrement 2 indicateurs du résultat 1 (couverture vaccinale et disponibilité des médicaments essentiels), 3 indicateurs du résultat 2 (taux de couverture de la CPN4, taux de naissances assistées dans les structures sanitaires et taux de fréquentation des centres pour CPON) et 2 indicateurs du résultat 3 (pourcentage des enfants admis au programme nutritionnel parmi tous ceux qui ont été évalués nutritionnellement, allaitement maternel exclusif).

Les raisons de non atteinte du reste de ces indicateurs sont diverses et varient d'un indicateur à l'autre.

Ainsi, par rapport à la couverture vaccinale, l'évaluation note des progrès notables avec des taux de couverture autour de 90% dans tous les districts sanitaires. L'une des raisons de non atteinte des cibles serait la non complétude des données sur la couverture vaccinale du fait que les nouvelles cliniques, pharmacies, structures de santé privées ne reporteraient pas les données au système de santé. La situation est similaire dans tous les districts.

L'évaluation dénote que le taux de disponibilité des médicaments essentiels génériques (12 molécules essentiels pour les enfants, les adolescent.e.s et les adultes) et ATPE en formation sanitaire (suivi de stocks) est faible dans le district de Yélimané en 2022 (41,7%) qu'il y a 4 ans (67% en 2019) ; seul district où la cible de l'indicateur n'est pas atteinte. Le nombre de jours de rupture stocks atteint 30 dans certains CSComs de Yélimané.

Le taux de couverture de la CPN4 est en deçà des atteintes quel que soit le district sanitaire. La zone de Sikasso présente le taux le plus faible (12,6%) ; la cible de la convention étant de 30% dans ce district. La méconnaissance de l'importance de la CPN, les problèmes d'accessibilité géographique et financière sont mis en avant pour expliquer le faible taux de CPN4. En général, les femmes enceintes recourent à la 1^{ère} CPN mais ne poursuivent pas les visites jusqu'à la CPN4 dans les différents districts sanitaires. Selon l'annuaire statistique du SLIS 2020, le taux de couverture de la CPN1 dépasse 60% dans chacun de ces districts. On note tout de même que le district de Kayes avec (28,1%) dépasse l'objectif national de 26% en 2022.

L'évaluation met en exergue qu'en dépit des résultats encourageants, le taux de naissances assistées dans les structures sanitaires reste faible par rapport à la cible de 60% visée en 2022 ;

exception faite du district de Niéna qui enregistre un taux de 91%. Les barrières socioculturelles expliqueraient cet état de fait dans la mesure où les accoucheuses traditionnelles sont continuent d'être sollicitées notamment en zone rurale.

De façon générale, une légère augmentation du taux de fréquentation des centres de consultation postnatale est constatée dans la zone de Kayes, passant de 41,5% en 2019 à 42,4% en 2022. Cependant, les réalisations n'atteignent pas la cible de 70% visée. Dans le contexte socioculturel des zones d'intervention de la convention, le changement de comportement est un processus qui nécessite un certain temps pour observer une très grande variation du niveau de certains indicateurs dont la consultation postnatale. On peut alors estimer que la cible visée par cet indicateur était trop ambitieuse pour la durée du projet.

L'indicateur intitulé « Pourcentage des enfants admis au programme nutritionnel parmi tous ceux qui ont été évalués nutritionnellement » souffre d'un déficit de collecte de données dans tous les districts sanitaires de l'évaluation. En effet, les données disponibles ne tiennent pas compte du nombre d'enfants évalués nutritionnellement et ne sont donc adaptés pour renseigner de cet indicateur.

A la faveur des efforts fournis par la convention, l'intégration de la méthodologie CMAM Surge dans les formations sanitaires est effective dans les zones d'intervention du projet, avec des réalisations qui dépassent largement les cibles visées. L'approche CMAM-Surge a été implémentée dans 10 structures sanitaires de Sikasso et 16 de Kayes à travers la Convention. Si les données du nombre de structures ayant intégrée la méthodologie CMAM-Surge à Kayes sont meilleurs c'est à cause du fait que l'approche avait été beaucoup plus développée dans la région de Kayes avant l'arrivée de la Convention. Mais dans la zone de Sikasso c'est la Convention même qui a introduit l'approche. Pour rappel, le district sanitaire de Kayes est le plus vaste où le projet a travaillé, c'est pourquoi il peut sembler une répartition inégale, mais c'est une répartition équitable.

Les résultats de l'évaluation indiquent que c'est uniquement dans le district de Kayes que le pourcentage d'enfants de 0-6 mois allaités exclusivement aux seins dépasse la cible visée. Dans les autres districts, il apparaît que cet indicateur est généralement en baisse par rapport à l'année 2019. Les résultats obtenus dans cette évaluation pour la zone de Sikasso corroborent ceux de l'enquête SMART 2022 qui indique 61,9% dans la région de Sikasso. Dans cette évaluation, ce chiffre s'élève à 66,7%. L'enquête de ligne de base de 2019 pourrait probablement avoir surévalué le pourcentage (82%) d'enfants allaités exclusivement aux seins. La cible visée au niveau national pour cet indicateur est de 45% en 2022 selon le PAMN2021-2025.

Par ailleurs, il convient de signaler qu'il y a un manque de lisibilité et de traçabilité dans la détermination par année des cibles des indicateurs qui sont déterminés globalement pour la durée du projet. Ce qui ne permet pas d'apprécier annuellement leur adéquation, notamment de savoir si elles sont peu ou trop ambitieuses. En conséquence, elles sont analysées sous l'hypothèse de leur adéquation.

B. Efficacité du projet par rapport aux objectifs prévus

Objectif spécifique : Améliorer la demande et la qualité de l'offre de services de soins primaires et spécialisés (nutrition et santé sexuelle et reproductive) pour les enfants, les femmes enceintes et allaitantes et les adolescent.e.s (à Kayes et Sikasso)

L'évaluation dénote que les moyens mis en place (temps, ressources financières) n'ont pas permis d'atteindre tous les résultats attendus mais des progrès très importants ont été enregistrés.

L'efficacité du projet par rapport à l'objectif spécifique est mesurée à travers les indicateurs suivants:

Indicateur 1 : Taux de consultations curatives (pour les enfants, les adolescent(e)s et les adultes) dans les services de soins de santé primaires et les points de santé communautaires.

Indicateur 2 : Proportion de femmes enceintes référées

Indicateur 3 : Taux de guérison dans les services nutritionnels (valeur protocolaire nationale comme référence).

Indicateur 4 : Taux d'utilisation des contraceptifs

Tableau.6. Evolution des indicateurs d'efficacité du projet par rapport à l'objectif spécifique

Indicateurs	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022	Taux de réalisation
<i>Taux de consultations curatives (pour les enfants, les adolescents et les adultes) dans les services de soins de santé primaires et les points de santé communautaires.</i>	District Kayes	39,20%	55%	50,30%	91,45%
	Yélimané	36,00%	55%	50,90%	92,55%
	Région Kayes	37,60%	55%	50,60%	92,00%
	Kignan	34,15%	55%	29,30%	53,27%
	Niéna	36,33%	55%	48%	87,27%
	Sikasso	35,24%	55%	38,65%	70,27%
<i>Proportion de femmes enceintes référées</i>	District Kayes		0,75%	1,30%	57,69%
	Yélimané		0,75%	1,20%	62,50%
	Région Kayes	1,01%	0,75%	1,25%	60,00%
	Kignan		1,06%	0,66%	160,61%
	Niéna		1,06%	2,63%	40,30%
	Sikasso	1,42%	1,06%	1,65%	64,24%
<i>Taux de guérison dans les services nutritionnels (valeur protocolaire nationale comme référence)</i>	District Kayes	53%	95%	95,50%	100,53%
	Yélimané	49%	95%	89,90%	94,63%
	Région Kayes	51%	95%	92,70%	97,58%
	Kignan	69%	95%	86,68%	91,24%

Indicateurs	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022	Taux de réalisation
	Niéna	53%	95%	86,68%	91,24%
	Sikasso	61%	95%	86,68%	91,24%
<i>Taux d'utilisation des contraceptifs</i>	District Kayes	29,63%	30%	38,60%	128,67%
	Yélimané	25,67%	30%	26,60%	88,67%
	Région Kayes	27,67%	30%	32,60%	108,67%
	Kignan	14,93%	25%	-	-
	Niéna	10,79%	25%	-	-
	Sikasso	12,86%	25%	-	-

Source : DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

En fin de projet, l'évaluation met en évidence que sur les quatre (04) indicateurs de suivi de l'objectif général de la convention, trois (03) indicateurs affichent une performance qui va dans le sens attendu. En particulier, l'indicateur 4 relatif à la planification familiale dépasse les attentes avec un taux de réalisation de 108,7% dans les deux districts de la région de Kayes pris globalement. On note cependant que dans le district de Yélimané, la valeur cible n'est pas atteinte ; soit un taux de réalisation de 88,7%. En plus de l'accessibilité géographique et financière, l'accessibilité sociale peut avoir une grande influence dans le district de Yélimané, notamment pour les adolescentes et jeunes filles. A la question de savoir si les parents encouragent leurs enfants adolescent(e) à faire recours aux méthodes de contraception, une enquêté répond en ces termes :

« Dans notre milieu, il n'y a pas [de parents qui encourageraient leurs enfants à faire recours aux méthodes de contraception], même si une fille fleurte [avec un garçon], elle n'ose jamais se faire surprendre, du coup il n'y a pas cette discussion entre mère et fille au point de l'encourager à utiliser la contraception. Pour nous c'est une honte ». (FGD, groupement de femmes, Yélimané).

Les adolescentes et jeunes filles ne font pas généralement recours aux méthodes de contraception du fait que généralement les séances de sensibilisation ne les ciblent directement. Une adolescente déclare : *« Il n'y a pas de changement dans ce sens [l'accès des adolescentes aux services SR/PF car nous n'avons été sensibilisées sur ces questions. On entend souvent dans les causeries qu'une telle s'est fait avorté où qu'une telle a fait consulter sa fille ».* (FGD, adolescentes 15-19 ans, Yélimané).

En ce qui concerne l'accès aux services de soins de santé primaire, les taux de consultations curatives (pour les enfants, les adolescent(e)s et les adultes) dans les services de soins de santé primaires et les points de prestation de services de santé communautaires sont certes en deca de 100% en termes de réalisation, mais ont atteint des niveaux assez élevés. Les taux de réalisation sont de l'ordre de 92% dans la zone de Kayes et 70% dans la zone de Sikasso.

Il en est de même pour l'indicateur relatif à la nutrition. En effet, l'indicateur 3 (Taux de guérison dans les services nutritionnels) affiche des valeurs de 92,7% et 95,5% respectivement

pour la zone et le district de Kayes en 2022. La cible visée est de 95%. Les progrès sont plus perceptibles dans la zone de Kayes que Sikasso.

Les raisons des cas d'abandon semblent être liées à l'accessibilité financière et dans une moindre mesure, géographique. En effet, la prévalence élevée de la malnutrition chronique par rapport à celle aigue laisse présager un temps de séjour plus long des admis dans les services nutritionnels. Du coup, l'épuisement des moyens peut conduire à des cas d'abandon.

L'indicateur 3 relatif au référencement des femmes enceintes n'a pas atteint les cibles visées sauf dans le district de Kignan où le taux de réalisation est 160,6%. Il ressort de l'analyse documentaire que les déterminants connus de l'utilisation du niveau de référence pour les soins obstétricaux sont : « *la distance, le coût, la qualité perçue des soins obstétricaux, l'attitude du personnel de santé et leur respect des besoins sociaux des femmes, l'étiologie perçue des complications, et les préférences socioculturelles* » Albrecht Jahn & Vincent De Brouwere, 2016¹. Ces différents facteurs expliqueraient le grand écart entre la cible visée et la performance atteinte du pourcentage de femmes enceintes référées.

Il y a lieu d'améliorer le système de référence des femmes enceintes dans les districts de Kayes, Yélimané et Niéna. Les interventions destinées à améliorer l'accessibilité et l'utilisation du système de référence ciblent plusieurs éléments de la filière orientation-recours. La priorité doit d'abord être donnée à la qualité des soins obstétricaux au niveau de référence qui doit être contrôlée et améliorée. Ensuite, des solutions locales doivent être envisagées avec la participation de la communauté pour assurer le transport quand une évacuation est nécessaire. Enfin, le personnel de santé doit davantage dialoguer avec la communauté afin d'améliorer la connaissance des complications et des signes de danger à l'échelon familial.

En définitive, l'intervention a enregistré des résultats encourageants, cependant des efforts restent à fournir pour améliorer les niveaux des indicateurs dans les zones d'intervention. Il s'agit notamment des l'accès aux soins de santé primaire dans les districts de Kignan et Niéna ; du référencement des femmes enceintes dans les districts de Niéna, Kayes et Yélimané ; de la prévention et du traitement de la malnutrition dans les districts dans les districts de Kignan, Niéna et Yélimané.

Par ailleurs, l'analyse de l'évolution du niveau des indicateurs suggère le caractère trop ambitieux de l'intervention dans la fixation des cibles de certains indicateurs ; d'où certains résultats certes très importants mais en deca des attentes. On peut souligner entre autres, le pourcentage d'enfants allaités exclusivement dont la cible nationale était de 45% en 2022 et le taux de couverture de la CPN4 dont l'objectif national en 2022 était de 26% selon le PAMN2021-2025.

C. Effets non prévus de l'intervention

La convention a enregistré un certain nombre d'effets positifs en dehors des résultats qui étaient prévus.

¹ Albrecht Jahn & Vincent De Brouwere, 2016 : La référence pendant la grossesse et l'accouchement : concepts et stratégies

De par son approche dynamique et de son adaptation aux changements de priorités des bénéficiaires, la convention a contribué à positiver le regard des partenaires sur les organes de mises en œuvre (Save the Children et AMADECOM) à travers la prise en compte de leurs doléances. Il y avait la possibilité de revoir la façon dont les activités avaient été écrites et l'approche de mise en œuvre. La diligence et/ou la rigueur dans le paiement des perdiems des partenaires est également relevée comme un atout dans ce registre.

A cela s'ajoute la riposte dans le cas de la vaccination car dans les programmations, l'objectif était d'augmenter la demande par rapport à la vaccination et non d'intervenir dans la riposte ; mais les districts sanitaires d'intervention ont été appuyés dans cette riposte par l'intervention. D'autres activités non prévues dans le projet comme la référence-évacuation au niveau district ont été menées.

L'équipe de la Convention a répondu favorablement à beaucoup d'autres demandes d'appui des Districts Sanitaires et de demandes d'adaptation des stratégies des activités définies dans la formulation. On peut citer entre autres :

- 1) Formation des comités chargés des audits des décès maternels ;
- 2) Formation des responsables de maternité sur le partogramme ;
- 3) L'appui en matériels pour la riposte COVID19 ;
- 4) Appui pour le transport des intrants PUMPLINUT pour le traitement de la malnutrition ;
- 5) Formation de formateurs au niveau régional de l'approche CMAM-Surge ;
- 6) Formation des agents vaccinateurs ;
- 7) Formation des membres des comités CCAPN sur les VBGs ;
- 8) Révision du cadre conceptuel du système de référencement et évacuation des urgences obstétricales ;
- 9) Revues des données SEC au niveau des aires de santé. La réalisation de ces différentes activités a contribué à l'atteinte des résultats de la convention.

D. Utilité des outils ou système intégral de monitoring pour réaliser le suivi de la Convention

Le suivi consiste à collecter et à analyser systématiquement l'information pour suivre les progrès réalisés par rapport aux plans établis, et vérifier leur conformité avec les normes établies. Il s'agit de vérifier régulièrement que le déroulement des travaux est conforme aux prévisions et, éventuellement, de sanctionner tout retard par une décision immédiate d'action corrective. Le mécanisme mis en place a été utile pour réaliser le suivi de la convention qui a prévu un système unifié et complet de suivi et d'évaluation de Save the Children et de l'AMADECOM. La responsable de la convention était chargée d'en assurer le respect.

La base de données a été mise en place pour suivre l'évolution des indicateurs de la Convention par rapport aux données obtenues dans l'étude de ligne de base. Les documents suivants ont été utilisés dans le cadre de la gestion de la Convention: IPTT (Indicators Performance Tracker Table) pour le suivi du niveau d'évolution des indicateurs; les critères de qualité étaient évalués de façon trimestrielle à travers la méthodologie des Quality BenchMark (QBM). Aussi, il a été procédé aux revues mensuelles du projet et analyse financière mensuelle pour faciliter le suivi.

Il existe des sources secondaires de données fiables telles que le site Web d'information sanitaire de district la version 2 (DHIS 2) qui est officiellement utilisée dans les aires de santé des deux

régions. Le système de suivi s'appuie également sur la plateforme web qui intègre les données des différents programmes de santé et du Système National d'Information Sanitaire et Sociale du Mali. En outre, la Convention utilise les données du Système d'information sanitaire (SIS), générées par les centres de santé eux-mêmes.

Les données de suivi sont collectées au niveau des communautés, des centres de santé et des districts. Les données communautaires sont transférées et agrégées au Centre de santé communautaire (CSCoM) puis au Centre de santé de référence (CSRef).

En outre, Save the Children a mis au point un mécanisme de plainte et d'opinion qui permet aux parties prenantes (externes ou internes, c'est-à-dire les personnes impliquées dans la gestion et la mise en œuvre de la Convention) d'exprimer leurs commentaires ou plaintes concernant la Convention. Ce mécanisme de grief et de rétroaction fournit également des données précieuses pour assurer la rédevabilité envers les populations bénéficiaires de l'intervention, ainsi que le suivi continu de la Convention et permet d'anticiper les problèmes potentiels, d'accroître la responsabilisation, la crédibilité et l'appropriation.

Le mécanisme de suivi intègre la production des rapports de suivi technique qui garantissent que les données collectées et analysées sont présentées comme des informations à l'usage des principales parties prenantes.

3.1.4. Effets et impacts de la convention

La contribution de l'intervention à l'atteinte de l'objectif global, sur le plan quantitatif, se mesure aux moyens des indicateurs suivants :

- *Indicateur 1 : Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans selon les résultats des TDRs.*
- *Indicateur 2.1 : Prévalence de la malnutrition aiguë.*
- *Indicateur 2.1 : Prévalence de la malnutrition chronique*
- *Indicateur 3 : Taux de mortalité maternelle hospitalière.*
- *Indicateur 4 : Taux de mortalité infanto-juvenile hospitalière.*

Tableau.7. Evolution des indicateurs de l'objectif global de la convention

Indicateurs	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022	Taux de réalisation
Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans selon les résultats des TDRs	Région Kayes	12,60%	7%	10,60%	66,04%
	Région Sikasso	29,70%	20%	16,80%	119,05%
Prévalence de la malnutrition aiguë.	Région Kayes	9,20%	6,2%	14%	43,7%
	Région Sikasso	7,50%	4,5%	5,60%	80,36%
Prévalence de la malnutrition chronique	Région Kayes	23,60%	17,00%	26,60%	63,91%
	Région Sikasso	28,90%	22%	23,40%	94,02%
Taux de mortalité maternelle hospitalière.	District Kayes	0,06	0,05	0,39	12%
	District Yélimané	0,84	0,63	0,53	119%
	Région Kayes	0,90	0,68	0,46	147%

Indicateurs	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022	Taux de réalisation
	District Kignan	0,48	0,36	0,33	109%
	District Niéna	1,32	0,99	0,31	319%
	Sikasso	0,9	0,68	0,32	211%
Taux de mortalité infant-juvenile hospitalière.	District Kayes	0,11	0,08	0,3	98%
	District Yélimané	0,39	0,29	0,3	98%
	Région Kayes	0,25	0,19	0,3	98%
	District Kignan	0,32	0,24	0,12	200%
	District Niéna	3,90	2,93	3	98%
	Région Sikasso	2,11‰	1,58	1,56	101%

Sources : SMART 2022, SLIS 2020, ENSAN 2022 et DHIS2 (Districts sanitaires de Kayes, Yélimané, Kignan et Niéna)

L'objectif général de la convention est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles/jeunes dans les régions de Kayes et Sikasso (Mali). Malgré les pesanteurs socioculturelles encore très marquées dans les zones, des progrès notables ont été enregistrés par la convention dans le cadre de la réduction de la morbidité et de mortalité maternelle, néonatale, infant-juvenile dans les zones de Kayes et Sikasso.

Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité infantiles au Mali. La diminution de sa prévalence due aux activités du projet démontre une contribution à l'objectif global du projet. Les activités de sensibilisation menées par les ASC et les renforcements de capacités pour la sensibilisation sur la prévention du paludisme sont des facteurs contributifs à la réduction de la prévalence du paludisme notamment dans la zone de Sikasso. L'indicateur affiche un taux de réalisation de 119% dans la zone de Sikasso et 66% dans celle de Kayes par rapport à la cible fixée.

La lutte contre la malnutrition était un axe stratégique du projet ; la réduction de sa prévalence est une contribution à la réalisation de l'objectif général du projet. Les prévalences de la malnutrition aiguë et de la malnutrition chronique se sont considérablement réduites durant la période de mise en œuvre ; en particulier dans la région de Sikasso. Les efforts du projet dans l'intégration de la méthodologie CMAM Surge dans les formations sanitaires, la redynamisation et l'équipement des GSAN sont à la base des changements observés. Un interlocuteur au CSRéf de Niéna déclare : « *Par rapport à la malnutrition, le projet a beaucoup fait aussi surtout y a eu une particularité dans le district par rapport l'approche CMAM Surge. C'est une nouvelle approche, il s'agit d'adapter les interventions de prise en charge de malnutrition en fonction de la réalité. Il s'agit de l'adapter* » (EI. CSRéf Niéna)

L'évaluation note une diminution appréciable des niveaux de mortalité maternelle et infant-juvenile en milieu hospitalier dans les districts sanitaires d'intervention de la convention. Toutefois, on remarque une tendance à la hausse de la mortalité maternelle dans le district de Kayes ; le taux passant de 0,06 à 0,39‰ entre 2019 et 2022. Selon les autorités sanitaires, trois facteurs combinés expliqueraient le nombre de décès maternels relativement élevé en 2022 : les complications liées à la précocité de la grossesse, le manque de suivi et le retard dans la recherche de l'assistance par le personnel de santé. L'évaluation dénote peu d'activités de

sensibilisation orientées spécifiquement vers les retards en matière de recours aux services et soins de santé.

L'évaluation met en exergue un début de changement des mentalités des communautés dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile et particulièrement la planification familiale. De plus en plus les hommes comprennent les bénéfices de l'utilisation des méthodes contraceptives. « *Par rapport à la PF, notre satisfaction est que la PF était un tabou autrefois. La femme devait se cacher pour la faire. Mais avec l'approche de l'AECID/AMADECOM, maintenant, il y a eu beaucoup d'évolutions relatives. Les femmes peuvent maintenant se prendre en charge en matière de PF sans l'intervention de leurs maris* » (EI, FELASCOM, Kayes).

« *La perception des normes sociales a changé car actuellement, il n'y a pas de métiers hommes et femmes. Une femme fait tout ce dont un homme est capable de faire. Que ça soit la scolarisation ou les postes de responsabilité. Avant, la fille ne durait pas à l'école, mais maintenant elle poursuit ses études* ». (FGD, femmes adultes, Kayes).

3.1.5. Faisabilité

A. Création des ressources nécessaires pour maintenir les activités

L'évaluation met en évidence que SC, en collaboration avec toutes les parties prenantes, a élaboré un document pour assurer la pérennisation des activités (les actions à mener pour assurer la durabilité ont été identifiées et mises en place). Le travail avec les groupes communautaires (Pairs éducateurs, écoles de maris, GSAN..) a toujours prioriser l'appropriation des stratégies pour favoriser leur autonomisation.

Il ressort des entretiens avec les organes de mise en œuvre de la convention a été conçue sur des bases qui permettent de toujours générer des ressources pour maintenir les activités. L'idée depuis le début du projet était celle de pérennisation ; les activités planifiées et réalisées ont été faites dans ce sens. Les résultats de la convention sont susceptibles d'être institutionnalisés de manière durable lorsque le soutien financier des autorités locales est inclus dans les programmes de développement économique, social et culturel (PDSEC) des municipalités. Toujours en matière de plaidoyer, SC et l'AMADECOM ont été actifs sur la scène nationale. En juin 2018, le Gouvernement du Mali a approuvé un projet de loi portant création d'un régime universel d'assurance maladie (RAMU) qui est fondée sur le principe de solidarité, de contribution, de mise en commun des ressources et des risques et de tiers payant, qui donne droit au paiement direct des coûts des soins curatifs, préventifs et de réadaptation nécessaires du point de vue médical pour l'état de santé ou de maternité. Profitant du projet de l'AECID, SC et l'AMADECOM ont mené des actions de plaidoyer pour encourager le Gouvernement à fournir des soins de santé gratuits et complets aux enfants de moins de 5 ans et aux adolescent(e)s dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

En ce qui concerne la procédure de transfert de propriété, tant Save the Children comme le bailleur (AECID) disposent des protocoles en lien avec les manuels logistiques et qui s'appliquent dans tous les cas de transfert de marchandises.

B. Influence positive de la capacité institutionnelle

Dans le cadre du projet, objet de cette évaluation, l'influence positive de la capacité institutionnelle pour l'atteinte des résultats est notable. Les mécanismes ainsi mis en place sont entre autres :

- Participation active des autorités de district (administratives et sanitaires), des dirigeants communautaires, des associations de santé communautaire (ASACO), des agents de santé communautaire (ASC) et des groupes de femmes à toutes les phases de la Convention : identification, planification, exécution des activités, suivi et évaluation. La Convention visait à les transformer en agents de changement de comportement dans les communautés.
- Alignement sur les systèmes et mécanismes existants : La Convention a évité de créer de nouvelles structures et a été intégré dans les systèmes et dynamiques existants aux niveaux local, régional et national, en collaboration avec les structures étatiques CSCOM et CSRef et avec les ASACO et ASC locaux, de la même façon que les Pairs éducateurs, Ecoles des Maris ou les GSAN.
- Renforcement des capacités des responsables de la gestion du système de santé dans les domaines d'intervention du projet. La Convention a fait bénéficier aux agents de santé une supervision formative continue par l'équipe de la Convention, à laquelle participaient des agents du Ministère de la santé lui-même. Cette supervision formative a deux objectifs : (a) accompagner techniquement dans l'intervention des agents de santé ; et (b) former le personnel du Ministère de la santé à la supervision formative d'une manière pratique.
- Gestion des connaissances : La Convention a tenu à documenter ses bonnes pratiques et les enseignements tirés et à les partager au niveau national. De cette façon, la Convention a contribué à d'autres interventions possibles. En outre, et en coordination avec les autorités sanitaires, la Convention a prévu l'élaboration et l'utilisation de nouveaux protocoles et outils pour normaliser et reproduire leur utilisation.
- Plaidoyer : Le résultat 4 de la Convention est consacré à la gouvernance locale, communautaire et sanitaire et au renforcement des acteurs de la société civile et des communautés afin de promouvoir la durabilité des effets obtenus. L'une des principales interventions de ce résultat 4 était l'analyse des budgets de la santé, la nutrition, et le genre, qui sont des dimensions essentielles pour maintenir les impacts et les effets au-delà de la fin de la Convention. A cet égard, la Convention a réalisé une formation à la budgétisation sensible au genre pour les élus locaux (maires et personnel technique des mairies) ; a formé les élus communaux et les organisations de base de la société civile sur le plaidoyer ; a assurer le suivi des plans de mobilisation de ressources après les ateliers d'analyse budgétaires.

C. Durabilité des effets ou impacts positifs

A travers cette évaluation, l'on note que l'intervention a développé un certain nombre d'approches qui contribuent à la durabilité des effets et impacts positifs de la convention. A la fin du projet, ces approches sont des outils qui restent dans les districts sanitaires pour la pérennisation. Comme le signale le Responsable de Base de AMADECOM de Kayes, « *...par exemples les GSAN, Pairs éducateurs et écoles des maris mis en place travaillent avec d'autres projets comme l'UNICEF et autres* ». (EI. AMADECOM-Kayes). Toujours dans le registre de la durabilité des effets ou impacts positifs, une stratégie de sortie de la Convention a été élaborée en collaboration avec les parties prenantes (stratégie dynamique adaptée en fonction des

conversations directes avec les services techniques, la communauté, autorités politiques et administratives...).

Cependant, il est indéniable que les efforts de renforcements de capacités, dotation en équipements, plaidoyer,... doivent se poursuivre dans les zones d'interventions du projet en vue de pérenniser et renforcer les acquis de la convention.

Le point focal de Save the Children Sikasso déclare: « *Les approches mises en place (GSAN, PE, EDM) aident et vont beaucoup aider les districts et d'autres partenaires peuvent les utiliser et appuyer car elles sont pour la communauté. Elles sont pour la pérennité et peuvent être mesurées après le projet* ». (E.I Save the Children à Sikasso).

3.1.6. Genre

A. Prise en compte de la sensibilité au genre dans la conception du projet et dans la mise en œuvre des activités

Les relations de genre entre femmes et hommes, les filles et les garçons sont le résultat d'une construction sociale qui attribue un statut différencié qui se base sur des rôles et responsabilités, des comportements, des aptitudes, des attentes... différentes, c'est-à-dire que ces relations structurent l'organisation sociale patriarcal autour d'un dispositif hiérarchique très ancré et à partir duquel se dessine le devenir des individus et des collectifs; Cet état de fait sociétal fait que généralement les violences basées sur le genre sont justifiées ou acceptées, gérées à l'amiable et rarement référées par peur de représailles, culpabilisation ou stigmatisation des victimes. Dans les districts sanitaires de la région de Kayes et de Sikasso, les violences basées sur le genre identifiées et référées généralement par des canaux non formels sont : certains mariages précoces ou forcés qui ont mal tourné, certaines exploitations sexuelles et viol, des violences physiques, des violences verbales, des violences psychologiques, des enfants en conflit avec les parents. Par unité de gestion de cas, les répondants se sont référés au canal du chef de village, la mairie, le service social.

Les résultats de cette évaluation permettent de relever quelques mécanismes institutionnels et programmatiques pour la prise en compte de la sensibilité au genre dans la conception du projet et la mise en œuvre des activités :

- Le recrutement d'une Spécialiste du genre et du plaidoyer qui a été essentielle pour promouvoir l'intégration du genre et assurer la qualité des activités transformatrices de genre, ainsi que des activités de plaidoyer. L'une de ses principales fonctions est d'accompagner techniquement les équipes dans l'intégration de l'approche transversale du genre, dans l'implémentation des activités transformatrices de genre, ainsi que d'influencer les municipalités pour qu'elles incluent dans leurs plans et budgets opérationnels des activités liées à la nutrition, à la santé; et le genre ;
- La séance de travail sur le genre dans les activités de santé pour l'équipe de la Convention et la formation sur les arguments religieux pour pouvoir répondre aux possibles réticences des communautés aux approches de genre ;
- La prise en compte des besoins spécifiques des femmes dans l'organisation des activités (ateliers, formations, sensibilisations etc) ;

- Des missions de collecte de données qualitatives en lien avec le genre ont été organisées au sein de l'équipe de la Convention pour connaître les impressions des populations par rapport aux activités de santé sexuelle et reproductive ;
- Les séances de travail avec les équipes terrain sur la communication inclusive en lien avec le genre ;
- Les groupes communautaires mis en place tels que les EdM, les Pairs éducateurs, les GSAN,... participent de la promotion du genre à travers des activités comme : Sensibilisations, sketch théâtre, visites à domicile, sensibilisation dans les écoles... (grâce aux formations sur la SSR, VBG..).

Exemples de travail avec les Pairs Educateurs et Ecoles de Maris :

Logo Sabouciré et Koniakary dans le DS de Kayes : Dans le cadre de la mise en œuvre des activités de la Convention AECID, il a été notifié des cas de mariages d'enfants/forcés aux agents de projet par les membres des EDM de Koniakary et Pairs Educateurs de Logo Sabouciré. Suite à cela, les agents du projet ont pris contact avec les autorités socio sanitaires et villageoises pour la gestion de ces cas de VBG. La synergie d'actions entre les PE et EDM a permis d'empêcher le mariage d'une jeune fille de 16 ans, témoigné par le DTC de Logo.

Kignan, Sikasso : La sage maitresse de Kignan témoigne : La sensibilisation des membres de l'EDM de Kèrèmèkoro nous a permis de constater un changement par rapport aux nombres de femmes qui fréquente le CSCOM pour la CPN. Après le recyclage en Mars 2021, nous avons vu l'impact positif sur le nombre de CPN 1, CPN 2, CPN 3, accouchement, et la CPON du village de Kèrèmèkoro. En 2021 nous avons enregistré au total 114 CPN et en 2022, 157 CPN soit une différence de 41 de plus.

- Le système de suivi-évaluation a prévu la collecte et l'analyse des données désagrégées par âge et sexe pour renseigner les indicateurs.

B. Intégration des besoins et une accessibilité différents pour les hommes et les femmes

L'évaluation met en évidence que les besoins différentiels des hommes et des femmes ont été intégrés du début la conception en fonction des cibles. L'intégration des besoins/accessibilité différentes H/F a été prise en compte au moment de designer la campagne de communication. L'étude CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) sur la SSR a permis d'identifier certaines des barrières d'accès aux services SSR par les filles et les femmes. En fonction de ces résultats de l'étude, les messages, affiches, les représentations théâtrales, les tables rondes etc. ont été conçus et désignés (en collaboration avec le CNI ECS). D'un autre côté, l'intégration des besoins d'accessibilité différente peut se voir refléter à travers les différents mécanismes de collecte des informations du système de rédevabilité : il a été constaté que les retours d'informations des femmes sont plus élevées à travers les échanges face à face. Ceci il est dû au fait qu'il y a des barrières socioéconomiques qui limitent l'accès des femmes au numéro de téléphone disponible pour collecter les retours, ainsi que de transmettre leurs avis et inquiétudes à travers les boîtes à suggestions. C'est pourquoi l'équipe a mis l'accent sur les échanges face à face pour remonter la collecte d'informations venant des femmes par rapport aux actions de la Convention. En plus de ça, l'activité de formation sur la Santé Sexuelle et Reproductive avec un focus spécial sur les jeunes et adolescent(e)s était une activité conçue pour adresser directement ces différences dans l'accès. Dans le même sens, les barrières d'accès pour les filles et les femmes aux services de

santé sont identifiées comme un déni de ressources/opportunités, ce qui constitue une violence basée sur le genre. Pour prévenir les VBG, la Convention a réalisé des formations aux: DTC, ASC, GSAN, PE, EDM.

Ainsi grâce aux efforts des équipes sur le terrain, la Convention est devenue une référence en ce qui concerne le domaine du genre et spécifiquement de la prévention des VBGs. Ce constat est fait lors des entretiens : « *Elles [les VBG] existent toujours mais en diminution. Il y en avait qui frappaient leurs femmes jusqu'à les blesser. La diminution est dû au fait que le projet [AECID] est intervenu dans ce sens*» (FGD, groupement de femmes, Yélimané).

L'approche « Ecoles des Maris » a permis aux hommes mariés de faire des sensibilisations sur les différentes thématiques de la SR avec des hommes du même âge. Les pairs éducateurs sont des jeunes et des adolescent.e.s qui ont été formé.e.s pour sensibiliser les collègues du même âge.

Les services offerts dans les centres de santé des districts d'intervention de la convention sont accessibles aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

C. Ecart entre les sexes que le projet a réussi à combler et aspects restants à examiner plus avant

Le Mali est un pays où le défi de lever les barrières socioculturelles à la promotion du genre et de la santé reproductive reste entier. Les districts d'intervention de la convention n'échappent pas à cette règle. Cependant, l'évaluation finale note un début de changement des mentalités des communautés dans le domaine de la santé maternelle, néonatale, infantile et particulièrement la planification familiale ;

La présence d'une multitude d'acteurs institutionnels et communautaires dont les écoles des maris et les pairs éducateurs, contribue à inverser les tendances et à promouvoir l'importance d'utiliser les services de santé. Le tabou autour de la PF se brise de plus en plus, les hommes s'engagent pour l'amélioration du bien-être des femmes. Toutefois, si certains leaders, notamment religieux, ne voient pas d'inconvénients à l'utilisation de la contraception, d'autres désapprouvent les actions réalisées surtout lorsqu'il s'agit de la thématique PF pour les jeunes. Selon ces personnes les questions relatives à la PF constituent des points de vue contraires aux principes et valeurs religieux. Néanmoins, ils adhèrent aux autres thématiques (accouchement assisté, CPN, vaccination etc.) et leur pertinence est reconnue.. L'évaluation met en exergue que la formation du staff sur les argumentaires religieux qui montrent que la défense des droits des femmes ne contredit pas les valeurs religieux permet de faire face à ces réticences. Aussi, à chaque activité de formation il y avait une séance préalable de révision du contenu de la formation avec les facilitateurs/trices de la zone pour voir la meilleure adaptation des contenus à chaque contexte d'intervention.

Pour réduire les écarts entre les hommes et les femmes, des activités transformatrices ont été menées par la convention :

- Redynamisation (mise en place et formation sur les thématiques SSR et VBG) des Comités Communaux pour l'Abandon des Pratiques Néfastes (CCAPN) qui après ont changé de dénomination à Comités Communaux pour l'Orientation et Suivi des VBG (CCOS-VBG). Dans la région de Sikasso SC a reçu des lettres officielles de la Promotion de la Femme, l'Enfant

et la Famille en remerciant le projet pour cet appui et en demandant l'extension de cet appui à d'autres communes ;

- le protocole national par rapport au nombre de femmes a généralement été respecté dans la mise en place des groupes communautaires (GSAN, ASACO) et les femmes sont encouragées à postuler aux postes de responsabilité.

Les activités réalisées dans le cadre de l'atteintes résultats de l'intervention contribuent à court, moyen et long terme ; à réduire les écarts entre les sexes, à travers le renforcement du leadership et de la gouvernance des autorités locales, communautaires et sanitaires par des actions de plaidoyer pour inclure des aspects tels que le genre, la couverture sanitaire universelle et la protection environnementale dans les plans locaux.

Quelques témoignages :

Témoignage d'un imam d'une commune prioritaire : « *Grâce à cette formation, je me suis rendu compte que j'ai violé l'un des droits les plus primordial pour mon enfant, dès mon retour à Kourouma je vais l'inscrire à l'école* »

Témoignage d'un Elu communal: « *Je suis autochtone d'ici et j'ai l'habitude de gérer des conflits conjugaux et familiaux mais je ne savais toutes ces conséquences des VBG surtout de l'excision* »

Témoignage d'un membre du CCOS VBG de Niéna : « *Nous ne cesserons jamais de remercier le projet de nous avoir permis de comprendre beaucoup de choses sur les droits des femmes et des enfants car grâce à la mise en place de notre comité nous avons pu gérer plusieurs cas d'abandon scolaire, violence conjugal , et annulation des cas de mariage forcé. Aussi à travers nos différentes sessions de sensibilisation, nos communautés sont aujourd'hui informées des VBG, leurs conséquences et les sanctions qui encourent.* »

Au niveau communautaire, la perception des normes sociales en matière de genre connaît de plus en plus de changements favorables. Un participant se prononce : « *La perception des normes sociales a changé car actuellement, il n'y a pas de métiers hommes et femmes. Une femme fait tout ce dont un homme est capable de faire. Que ça soit la scolarisation ou les postes de responsabilité. Avant, la fille ne durait pas à l'école, mais maintenant elle poursuit ses études* ». (FGD, femmes adultes, Kayes).

Dans le même ordre d'idées, un autre déclare : « *On voit beaucoup plus d'hommes accompagnés leurs femmes à la CPN ou la vaccination et restent jusqu'à la fin* ». (FGD, hommes adultes Niéna). « *C'est la femme qui faisait tout (travaux ménagers, éducation des enfants) avant mais la compréhension est autre actuellement car si la femme est occupée le mari s'occupe des enfants et fait même leurs toilettes* » (E.Triades, GSAN, Kayes).

La réduction des écarts entre les sexes par le projet se ressent dans les communautés à travers la diminution de la fréquence des VBG. Une participante indique que : « *les VBG ne sont plus fréquentes dans notre localité. Elle est en diminution contrairement aux années antérieures car la sensibilisation sur les VBG a fait que les hommes et les femmes commencent à comprendre certaines choses. Tout n'est pas compris mais des progrès ont été faits* ». (FGD, femmes

adultes, Kignan). Une adolescente ajoute : « *Selon moi, les VBG ont beaucoup diminué dans notre communauté* ». (FGD, adolescentes, Kayes).

« *Il n'y a pratiquement plus de mariages forcés ou précoces. Les conflits entre les conjoints aussi ont diminué* » (E.Triades, GSAN, Kayes).

Un autre aspect de la prise en compte du genre était l'implication des populations vulnérables : « *A chaque fois qu'on organisait nos activités, on faisait en sorte qu'une place soit ouverte à ces personnes [personnes vulnérables] et qu'elles y participent. Elles ont vraiment bénéficié de l'appui du projet et à tous les niveaux que ça soit dans la sensibilisation au niveau communautaire ou les autres activités réalisées. Nous avons toujours fait en sorte d'impliquer les personnes vulnérables.* » (EI, AMADECOM, Kayes).

3.1.7. Sauvegarde de l'enfant

A. Prise en compte de la sauvegarde de l'enfant dans les activités programmatiques

La sauvegarde des enfants et des jeunes est la responsabilité qui incombe à une organisation dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et procédures conçues pour s'assurer que son personnel, ses opérations et ses programmes ne nuisent ni aux enfants, ni aux jeunes; que ces politiques et procédures n'exposent pas les enfants ou les jeunes au risque de préjudice ou d'abus; et que toute préoccupation de l'organisation relative à la sécurité des enfants ou des jeunes au sein des communautés dans lesquelles elle intervient soit signalée aux autorités compétentes, le cas échéant². La sauvegarde de l'enfant est un principe de Save the Children afin de s'assurer que les activités menées ne constituent pas un danger pour les enfants.

Cette évaluation finale montre que les activités programmatiques de la convention ont pris en compte la sauvegarde de l'enfant ; le personnel de Save the Children ainsi les partenaires qui exercent en son nom, étant systématiquement formés sur la sauvegarde de l'enfant. Une évaluation des risques potentiels pour les enfants et un plan avec des stratégies d'atténuation de ces risques sont réalisés lors de la planification de toutes les activités mises en œuvre. Une fois l'activité planifiée et lancée, toutes les personnes (participant.e.s et animateurs/trices) sont sensibilisées par rapport à la politique de sauvegarde et en partageant les canaux de signalement mis à la disposition de tou(te)s pour signaler d'éventuels abus.

La prise en compte de la sauvegarde de l'enfant était respectée dans le cadre de la réalisation des activités de la convention pour s'assurer que celles-ci représentent le moins de risque possible pour les enfants. En plus, l'année 2022 SC a mis l'accent sur le renforcement des capacités des partenaires en matière de sauvegarde à travers sa stratégie de Safepartnerships, donc il y a eu des nouvelles formations sur la sauvegarde concernant spécifiquement les partenaires. Des nouveaux outils d'évaluation de la sauvegarde (COSA) ont été créés pour permettre d'identifier les besoins d'accompagnement et renforcement de capacités des partenaires dans le domaine de la sauvegarde. Aussi, dans le système d'évaluation de la qualité des activités, le partage des informations par rapport à la sauvegarde, ainsi que la mise à la disposition du numéro de signalement des cas, était un critère de qualité dans toutes les activités

² Assurer la sauvegarde des enfants, « mise en œuvre des normes de sauvegarde des enfants' », 2014

évaluées : Système d'évaluation de la qualité (QBM). Ce système consiste à réaliser des visites terrain de l'équipe MEAL de façon trimestrielle pour évaluer la qualité des activités en fonction de critères préétablis.

Au niveau opérationnel, les mécanismes de sauvegarde des enfants de Save The Children étaient respectés. Lors des formations par exemple, il était demandé aux mamans qui ont des bébés de les amener avec elles. En effet, il existe un risque de négligence des enfants dont leurs mères/pères sont chargé(e)s de mener l'activité ou de participer aux activités de la convention AECID. C'est pourquoi la Convention a priorisé le fait de créer des moments de pause spécifiques pour permettre aux femmes d'allaiter leurs enfants, et les équipes ont toujours communiqué avec les participant.e.s pour les encourager à venir avec leur enfants.

Par ailleurs, les enfants font partie des cibles privilégiées de la convention notamment en ce qui concerne la nutrition et l'allaitement maternel exclusif. A ce titre, les actions du projet ne pouvaient pas être exécutées sans évaluation et gestion des risques pour les enfants.

B. Evaluation et gestion des risques pour les enfants

L'on note dans cette évaluation que tout le staff du niveau opérationnel était formé sur la sauvegarde des enfants et des mécanismes ont été mis en place pour évaluer les risques. Par exemple, un numéro était mis à la disposition des communautés pour signaler tout cas de maltraitance des enfants.

Les risques pour les enfants sont évalués et gérés à travers les séances de formation et les mécanismes mis en place. Les sensibilisations par rapport à la politique de sauvegarde, les mécanismes de dénonce etc, étaient toujours partagés au début de chaque activité, indépendamment de la commune, district sanitaire, région d'intervention ou organisation en charge de la mise en place. Spécifiquement dans les communes prioritaires de la Convention, des points focaux sauvegarde ont été identifiés dans la communauté, formé(e)s et orienté(e)s à plusieurs reprises.

3.2. Analyse des différents niveaux

3.2.1. Conception

L'évaluation dénote que la conception de la convention, à l'initiative de Save the Children, respecte de façon générale, les principes en la matière. L'intervention est pertinente parce qu'elle répond aux besoins identifiés dans l'évaluation initiale réalisée en 2018 mais aussi parce qu'elle a su s'adapter au cours de l'implémentation sur le terrain selon les besoins et réalités changeantes de chaque contexte. Il convient de souligner que cette initiative cadre parfaitement avec les missions et la vision du maître d'ouvrage.

Les objectifs et résultats attendus sont fixés sur base d'analyse situationnelle approfondie. En outre, il ressort de l'analyse documentaire qu'à l'étape de conception, les normes et procédures du partenaire financier ont été respectées.

L'accord-cadre signé avec l'ONG AMADECOM, l'organe opérationnel dans la région de Kayes fait foi fait suite à une analyse minutieuse des parties prenantes. Cependant, il ressort

des entretiens que l'ONG a « pris le train en marche » en ce sens qu'elle n'était pas associée depuis l'écriture du projet. Ce qui peut être préjudiciable pour certaines considérations

Le document de formulation présente le cadre de conception, de coordination et de mise en œuvre de la convention de façon presque complète. De plus, l'analyse des besoins de 2018 prenait en compte les aspects de genre, il y a une approche transversale qui était prévue dans l'intervention pour qu'elle soit appliquée même dans la mise en œuvre des activités en lien avec la santé et la nutrition. De la même façon, il y a des activités transformatrices sur le genre qui ont été prévues dans la formulation pour aborder directement les problématiques des inégalités entre hommes et femmes et générer des comportements transformateurs et durables dans la société. Les approches des écoles de maris et de pairs éducateurs ont été basées sur des approches qui avaient donnée des bons résultats.

3.2.2. Processus

D'une manière générale, l'analyse de la matrice de planification de la convention met en évidence sa cohérence quant à ses objectifs et ses résultats. Pour toutes les 38 interventions déployées dans le cadre de la convention, la pertinence par rapport aux besoins des populations cibles et aux objectifs est démontrée. La matrice de planification prévoit pour chaque objectif et résultat à atteindre, des indicateurs objectivement vérifiables, des sources et moyens de vérification ainsi que des hypothèses.

Les planifications programmatiques étaient conçues :

- de façon annuelle pour la soumission annuelle au bailleur (PAC 1, 2, 3 et 4);
- de façon interne au sein de l'équipe de coordination de façon trimestrielle.

Les documents suivants ont été utilisés dans le cadre de la gestion de la Convention: IPTT (Indicators Performance Tracker Table) pour le suivi du niveau d'évolution des indicateurs; les évaluations des critères de qualité étaient évaluées de façon trimestrielle à travers la méthodologie des Quality Benchmark (QBM).

Comme mentionné aussi dans d'autres parties du rapport, les stratégies des différentes activités de la Convention ont pu être adaptées en répondant aux besoins des contextes d'intervention.

3.2.3. Résultats

Pour atteindre l'objectif spécifique du projet, quatre (04) résultats intermédiaires ont été fixés. Cette évaluation permet de se rendre compte que ces résultats sont assez exhaustifs et cohérents pour atteindre l'objectif fixé. Ces résultats font appel à des actions et moyens maîtrisés et coordonnés, assortis d'indicateurs permettant d'assurer leur suivi ; les lignes de base étant définies. Les activités font objet de planification annuelle.

Toutefois, à la lumière des lignes de base des indicateurs et des résultats de cette évaluation, il apparaît que les cibles de certains indicateurs ont été trop ambitieuses par rapport aux objectifs consignés dans les documents références nationaux ; comme par exemple : le taux de couverture de la CPN4, le taux de couverture de la CPON et le pourcentage d'enfants allaités exclusivement aux seins.

3.2.4. Critères

L'évaluation montre les critères qui ont prévalu aux choix stratégiques, programmatiques et partenariaux pour la conception, la mise en œuvre et le suivi de la convention, sont ceux qui garantissent la pertinence, l'efficacité et l'efficience et la durabilité de l'intervention qui est basée sur les besoins et aux priorités des populations bénéficiaires, des autorités locales et nationales. Ces critères contribuent à une meilleure visibilité des interventions du projet.

Des critères transversaux tels que le genre, l'environnement et la sauvegarde de l'enfant sont autant d'aspects positifs qui favorisent l'adéquation et l'importance de l'intervention.

4. L'interprétation des données

Les résultats sont ici présentés par indicateur de l'objectif général, de l'objectif spécifique et des quatre (04) résultats intermédiaires. Il convient de rappeler que les limitations suivantes s'appliquent à l'analyse des données :

- la plus part des indicateurs ont été collectés à partir du DHIS2. Au moment de la collecte, toutes les données du DHIS2 (2022) n'étaient pas disponibles notamment pour la zone de Sikasso ;
- parfois l'information disponible correspond au niveau régional uniquement et ce n'est pas possible de trouver toujours les données par District Sanitaire ; ainsi l'interprétation ne devrait pas inhiber les efforts du projet ;
- les données du DHIS2 ne fournissent pas d'informations désagrégées par âge et sexe pour certains indicateurs ; ce qui limite l'analyse genre.

En dehors de ces limites, l'interprétation des données est basée sur des comparaisons entre les niveaux des indicateurs en 2019, la cible visée en 2022 et la réalisation en fin de projet. Seules les informations d'une même source (étude de ligne de base, enquête SMART, enquête ENSAN, Annuaire SLLIS) sont comparées.

OG : Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles/jeunes dans les régions de Kayes et Sikasso

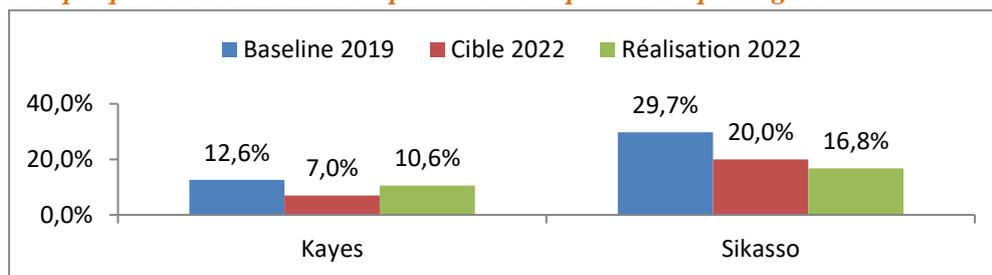
4.1. Paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Le paludisme est dû à un parasite du genre Plasmodium transmis par des moustiques femelles du genre Anophèles qui en sont porteurs. Au Mali, le paludisme est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité dans les formations sanitaires. Les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes paient chaque année le plus lourd tribut de cette maladie. En plus du fardeau humain, le paludisme affecte l'économie nationale par la réduction du Produit National Brut (PNB) et entrave la scolarité des enfants et le développement social.

Le graphique ci-dessous présente l'évolution du paludisme sur la période mise en œuvre du projet dans les régions de Kayes et Sikasso.

Selon les résultats de l'enquête SMART (2019 et 2022), la prévalence du paludisme est passée de 12,6% en 2019 à 10,6% en 2022 à Kayes. A Sikasso où l'objectif fixé est atteint, ces chiffres sont respectivement de 29,7% et 16,8%.

Graphique.1. Evolution de la prévalence du paludisme par région



Source : Enquête SMART 2018 et 2022

Même si l'objectif de réduction de la prévalence du paludisme n'est pas atteint dans la région de Kayes, le niveau de cette pathologie est moins élevé dans cette région que Sikasso. L'objectif aurait pu être moins ambitieux dans la première région où la prévalence était déjà faible.

4.2. Situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans

L'état nutritionnel est un prédicteur essentiel de la survie des enfants et de l'état de santé des générations adultes futures. Selon les définitions de l'Unicef, la malnutrition est « *un état pathologique résultant de la carence ou de l'excès relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels. D'un point de vue physiologique, la malnutrition est la conséquence d'autres maladies et d'un déficit nutritionnel* » (UNICEF, 1998, in: J.- F. Bouville (2004)).

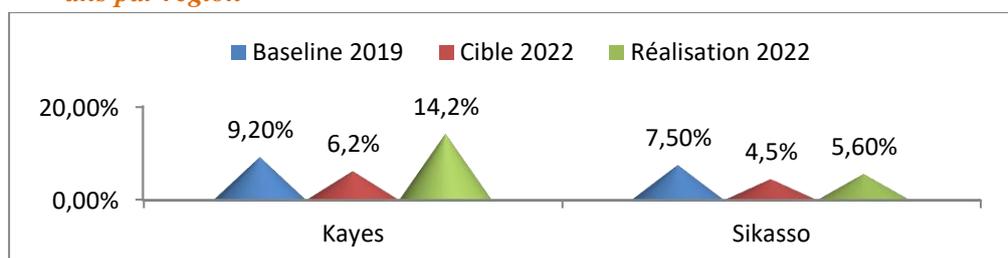
4.2.1. Malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans

Le graphique 2 ci-dessous présente les prévalences de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans en début et fin de projet.

La convention s'est fixée comme objectif de faire passer la prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) de 9,2% à 6,2% dans la région de Kayes ; et de 7,5% à 4,5% à Sikasso.

En fin de projet, il ressort qu'en dépit des avancées à Sikasso, le résultat escompté n'est pas au rendez-vous dans les deux zones.

Graphique.2. Evolution de la prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans par région



Source : Enquête SMART 2018 et 2022

❖ Variations par type, âge et sexe des enfants

Suivant le type, les prévalences de malnutrition aigüe de types modéré et sévère chez les enfants de moins de 5 ans sont en baisse dans la zone de Sikasso contrairement à Kayes, en fin de projet. Les mêmes tendances sont observées selon l'âge et le sexe des enfants bien que le niveau soit plus élevé dans la tranche d'âges des moins de 23 mois.

Tableau.8. Prévalence de la malnutrition aigüe par type, âge et sexe

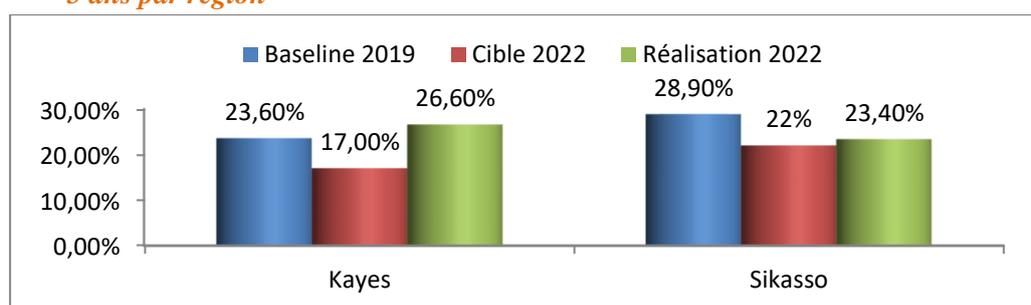
Caractéristiques	Kayes		Sikasso	
	Baseline 2019	Réalisation 2022	Baseline 2019	Réalisation 2022
Malnutrition aigüe par type				
MAG	9,20%	14%	7,50%	5,60%
MAM	8,30%	12,10%	6,50%	5,10%
MAS	0,90%	2,10%	1,00%	0,50%
Malnutrition aigüe globale par sexe				
Fille	7,70%	13,30%	5,50%	4,30%
Garçon	11,20%	15,10%	9,60%	6,90%
Malnutrition aigüe sévère par sexe				
Fille	1,10%	2,10%	0,30%	0,30%
Garçon	0,80%	2,30%	1,00%	0,80%
Malnutrition aigüe globale par âge				
0-23 mois	12,90%	20,60%	5,20%	9,30%
24-59 mois	2,00%	10,10%	1,90%	3,80%
Malnutrition aigüe sévère par âge				
0-23 mois	6,80%	4%	0,80%	1,30%
24-59 mois	0,20%	0,90%	0,00%	0,20%

Source : Enquête SMART 2018 et 2022

4.2.1. Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans

Selon les données du graphique 3 ci-contre, l'objectif fixé par la convention de faire passer la prévalence de la malnutrition chronique de 28,9% à 23,4% à Sikasso est presque atteint puisqu'en fin de projet, la prévalence est de 22% dans la zone. Tout comme pour la malnutrition aigüe, la prévalence de la malnutrition chronique est en légère hausse à Kayes ; passant de 23,6% en 2019 à 26,6% en 2022.

Graphique.3. Evolution de la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans par région



Source : Enquête SMART 2018 et 2022

❖ Variations par type, âge et sexe des enfants

Tableau.9. Prévalence de la malnutrition chronique par type, âge et sexe

Caractéristiques	Kayes		Sikasso	
	Baseline 2019	Réalisation 2022	Baseline 2019	Réalisation 2022
Malnutrition chronique par type				
MCG	23,60%	26,60%	28,90%	23,40%
MCM	18,90%	18%	21,10%	16,70%
MCS	4,80%	8,60%	7,20%	6,70%
Malnutrition chronique globale par sexe				
Fille	23,30%	23,70%	26,90%	20,70%
Garçon	23,90%	29,40%	30,90%	26,40%
Malnutrition chronique sévère par sexe				
Fille	4,90%	6,30%	7,10%	6,30%
Garçon	4,60%	10,90%	8,60%	7,10%
Malnutrition chronique globale par âge				
0-23 mois	23,00%	20,90%	26,00%	15,50%
24-59 mois	3,50%	31,20%	6,90%	28,60%
Malnutrition chronique sévère par âge				
0-23 mois	21,10%	6,2%	31,30%	4,00%
24-59 mois	5,80%	10,60%	8,60%	8,50%

Source : Enquête SMART 2018 et 2022

Quel que soit le type de malnutrition chronique considéré, la prévalence diminue chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone de Sikasso contrairement à Kayes. En fin de projet, la prévalence est plus élevée dans la tranche d'âges des moins de 24-59 mois. Les efforts de redynamisation, de formation et d'équipements des GSAN combinés aux activités intenses de sensibilisation sont des facteurs qui favorisent la situation nutritionnelle des enfants dans la région de Sikasso.

La situation à Kayes est à l'image de celle de la situation globale du pays en 2022. En effet, le Mali fait face à la pire crise alimentaire et nutritionnelle des dix dernières années. « *En fin 2021, le cadre harmonisé estimait que 1,2 million de personnes étaient en crise alimentaire au Mali, et les projections prévoient une hausse de ce nombre à 1,8 million d'ici la période de soudure agricole de juin 2022. Cette augmentation risque d'être plus importante et plus rapide qu'anticipé dans les zones affectées par des soudures pastorale et agricole précoces du fait de l'épuisement accéléré des stocks, du renouvellement inégal des pâturages, d'une hausse inhabituelle des prix, et de l'impact de l'insécurité.*

L'insécurité alimentaire associée aux problèmes d'anémie, d'accès insuffisant à de l'eau potable et de propagation de maladies infantiles telles que la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, le paludisme ou encore la rougeole, entraînent une hausse inquiétante des niveaux de malnutrition aiguë à travers le pays. Le nombre d'enfants de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë devrait ainsi augmenter de 53% comparativement à l'année dernière atteignant 1,2 million d'enfants entre septembre 2021 et août 2022. Parmi eux, les cas de malnutrition aiguë sévères (MAS) devraient augmenter de 48% atteignant 309 824 enfants. Selon les projections du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC), si rien n'est fait d'ici juin 2022 pour augmenter significativement la prévention et la prise en charge

de la malnutrition, la part de cercles administratifs faisant face à des niveaux de malnutrition sérieux ou critiques (phases 3 et 4) devrait passer de 19% à 82%.3 » tiré du document « Rompre la Spirale de Crise Alimentaire & Nutritionnelle au Mali ».

Selon l'échelle de classification de l'OMS du point de vue santé publique, la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans est à un état « précaire » en 2022. La malnutrition chez les enfants a plusieurs causes sous-jacentes dont l'insuffisance d'accès à une alimentation de qualité, les soins et les pratiques inappropriées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les mauvaises pratiques d'hygiène et d'assainissement, une insuffisance d'accès à l'eau potable et au service de santé. Une enquêtée membre de GSAN se prononce : « *Il faut reconnaître que le manque de moyen fait que certaines femmes enceintes ou allaitantes bien qu'elles connaissent l'importance de la consommation de ses aliments, n'ont pas les moyens de s'en procurer* ». (E. triade. GSAN Yélimané).

Par ailleurs, les facteurs socio anthropologiques liés à l'existence de tabous nutritionnels pour les femmes enceintes, allaitantes et les enfants pourraient expliquer certains cas de malnutrition : « *... ça existait [les tabous nutritionnels] comme l'œuf qui rendait l'enfant muet ou le poisson un nul* » (E.Triades, GSAN, Kayes).

4.3. Mortalité maternelle et infantile en milieu hospitalier

Le taux de mortalité maternelle et infantile est de nos jours une mesure importante du développement humain et social. C'est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine en particulier, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins.

4.3.1. Mortalité maternelle hospitalière

L'évaluation met en évidence que les objectifs de réduction du taux de mortalité maternelle hospitalière sont atteints dans la zone de Sikasso, et ce dans chacun des 2 districts sanitaires. Par contre dans la zone de Kayes, la situation de l'indicateur est stable sur la période de mise en œuvre de la convention ; le district de Kayes est à la base du changement négatif.

Tableau.10. Evolution du taux de mortalité maternelle hospitalière par district d'intervention

Zone		Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	0,06	0,05	0,39
	Yélimané	0,84	0,63	0,53
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	0,45	0,34	0,46
Zone de Sikasso	Kignan	0,48	0,36	0,33
	Niéna	1,32	0,99	0,31
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	0,9	0,68	0,32

Source : DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

Selon les autorités sanitaires, trois facteurs combinés expliqueraient le nombre de décès maternels relativement élevé en 2022 : les complications liées à la précocité de la grossesse, le manque de suivi et le retard dans la recherche de l'assistance par le personnel de santé. Le récit du MCD à ce sujet : « *Dans le district de Kayes, les cas de grossesses précoces sont encore*

fréquents même s'il y a des progrès. La plupart du temps, tant qu'il n'y a pas de problème constaté, le suivi de la grossesse ne se fait pas jusqu'aux 4 CPN et au moment de l'accouchement, recours est souvent fait au centre de santé quand il y a des complications. Ce qui explique un peu les cas de décès maternels. Il y a des efforts à faire dans la sensibilisation à ce niveau ». (EI, CSRéf Kayes).

4.3.2. Mortalité hospitalière des enfants de moins de 5 ans

Il ressort des résultats qu'à l'instar de la mortalité maternelle, les objectifs de réduction du taux de mortalité hospitalière chez les enfants de moins de 5 ans sont atteints dans la zone de Sikasso, notamment dans le district de Kignan. Par contre dans la zone de Kayes, la diminution n'est pas assez suffisante pour atteindre l'objectif visé dans le district de Yélimané ; l'écart étant d'un point de pourcentage (10‰).

Tableau.11. Evolution du taux de mortalité hospitalière des enfants de moins de 5 ans par district d'intervention

	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	0,11	0,08	(*)
	Yélimané	0,39	0,29	0,3
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	0,25	0,19	(*)
Zone de Sikasso	Kignan	0,32	0,24	0,12
	Niéna	3,90	2,93	3,0
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	2,11‰	1,58	1,56

(*) : Données non disponibles

Source : DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

Il ressort des entretiens que le recours tardif aux soins de santé pour les cas « compliqués » d'enfants malades est une pratique courante dans le district de Yélimané, notamment en milieu rural : « *Il y a eu beaucoup de progrès aux niveaux des indicateurs de mortalité des enfants en milieu hospitalier. Le problème est que nous recevons des cas compliqués très tardivement. Certains parents amènent souvent les enfants malades lorsqu'ils n'ont plus d'espoir quant à leur survie. Ce sont des facteurs sur lesquels il faut jouer pour développer le réflexe de chercher les soins pendant qu'il est encore temps ; c'est-à-dire dès le début de la maladie* » (EI, CSRéf Yélimané).

OE : Améliorer la demande et la qualité de l'offre de services de soins primaires et spécialisés (nutrition et santé sexuelle et reproductive) pour les enfants, les femmes enceintes et allaitantes et les adolescents (à Kayes et Sikasso)

4.4. Consultations curatives (pour les enfants, les adolescents et les adultes) dans les services de soins de santé primaires et les points de santé

L'objectif à long terme du Mali est de permettre à toute la population (100%) de recourir aux services de santé. En 2019, la convention AECID s'est fixé l'objectif d'atteindre 55% de taux de consultations curatives dans les districts sanitaires d'intervention en fin de projet.

L'évaluation dénote que cet objectif n'est pas atteint en dépit d'une augmentation du taux dans les différents districts à l'exception de Kignan.

Tableau.12. Evolution du taux de consultations curatives (pour les enfants, les adolescents et les adultes) dans les services de soins de santé primaires et les points de santé

Zone		Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	39,2%	55%	50,3%
	Yélimané	36,0%	55%	50,9%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	37,6%	55%	50,6%
Zone de Sikasso	Kignan	34,1%	55%	29,3%
	Niéna	36,3%	55%	48%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	35,2%	55%	38,6%

Source DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

Plusieurs facteurs pourraient expliquer les faibles taux de consultations curatives ; entre autres: l'éloignement des structures de santé (problèmes d'accessibilité géographique), l'accessibilité sociale, l'insuffisance de moyens pour supporter les couts liés aux soins et le manque de certains services de santé.

L'insuffisance de moyens est un aspect important pour favoriser les consultations des services de santé notamment pour les personnes vulnérables: « *Pour les [personnes] démunies, c'est le manque de moyen financier qui peut être un facteur qui empêche leur accessibilité aux soins SSR/PF* » (EI, CSRéf, Kayes).

« *Les facteurs économiques peuvent limiter l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive* » (E.triade, GSAN Yélimané).

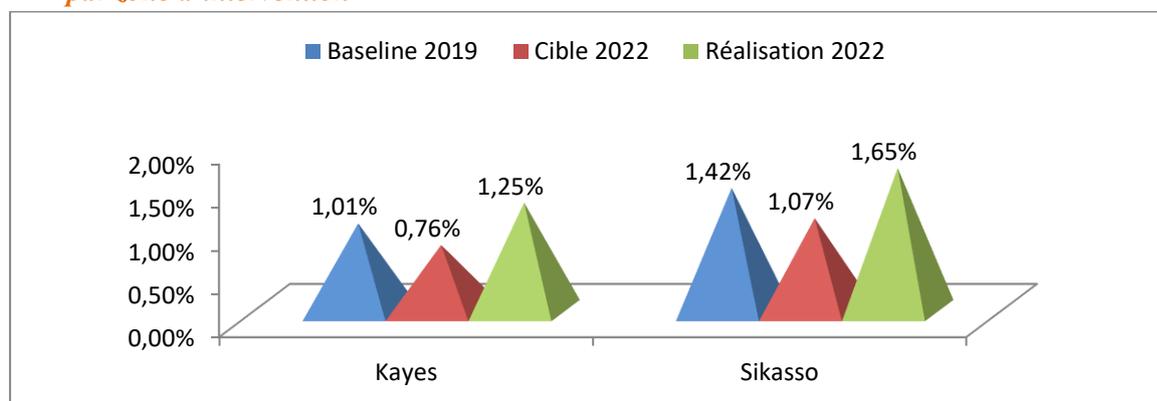
Au plan social, certaines enquêtées trouvent que la prestation de services de soins de santé ne tient pas compte certains critères tels que l'âge des prestataires. Le fait par exemple pour une femme d'un certain âge de se faire consulter par un prestataire jeune poserait problème selon certains enquêtés : « *Nous voulons que le personnel soit renforcé car tous ceux qui sont là sont très jeunes* » (FGD, groupement de femmes, Kayes). Dans le même ordre d'idées, une participante à l'enquête déclare « *Nos jeunes agents de santé ont besoin de l'assistance des agents plus expérimentés pour faire face à certaines situations comme l'accouchement* ». (FGD, groupement de femmes, Niéna).

Certains enquêtés déplorent le manque de certains services dans les centres de santé : « *La stérilité et le service de l'échographie ne sont traités ici* » (FGD, groupement de femmes, Yélimané). Une autre ajoute : « *même le scanner pour détecter les maladies dans la tête ne sont ni disponibles ici, ni à Yelimané. Pour ça il faut aller à Kayes ou Bamako* » (FGD, groupement de femmes, Yélimané).

4.5. Référencement des femmes enceintes des CSComs vers les CSRéfs

La convention s'est donnée comme ambition de réduire de 25% le pourcentage de femmes enceintes référées. Cependant, en fin de projet, aucune zone d'intervention n'a pu atteindre l'objectif fixé. D'ailleurs, une augmentation du pourcentage est observée dans les 2 zones.

Graphique.4. Evolution de la proportion des femmes enceintes référées des CSComs vers les CSRéfs par zone d'intervention



Source DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

La proportion de femmes enceintes référées relativement plus élevée s'expliquerait dans les zones d'intervention par le nombre de plus en plus élevé de grossesses à risques (précoces et tardives) ; les signes de complications médicales étant généralement plus fréquents chez les adolescentes (filles) enceintes.

Ceci est du fait qu'il est établi que les complications de la grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire³ : « *La plupart des femmes enceintes référées sont des adolescentes soient celles qui sont à des âges avancées* » (EI, CSRéf Kignan »).

Dans un contexte de croissance démographique rapide et de forte fécondité, les indicateurs de référencement des femmes se détériorent s'il n'y a pas de changement majeur dans la recherche des soins obstétricaux à temps. Ce qui pourrait expliquer la dégradation du niveau de l'indicateur dans les deux zones d'intervention.

4.6. Guérison dans les services nutritionnels (valeur protocolaire nationale comme référence)

En 2019, la convention s'est fixé comme objectif de faire passer le taux de guérison dans les services nutritionnels à 95% d'ici à 2022. L'évaluation dénote que les résultats atteints dans

³ Source: WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: WHO; 2016

l'amélioration du taux de guérison dans les services nutritionnels sont certes importants, mais en dehors du district de Yélimané, l'objectif fixé n'est pas atteint dans les autres districts d'intervention de la convention.

Tableau.13. Evolution du taux de guérison dans les services nutritionnels (valeur protocolaire nationale comme référence) par district

	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	53%	95%	95,50%
	Yélimané	49%	95%	89,90%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	51%	95%	92,70%
Zone de Sikasso	Kignan	69%	95%	86,68%
	Niéna	53%	95%	86,68%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	61%	95%	86,68%

Source : DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

Les raisons des cas d'abandon semblent être liées à l'accessibilité financière et dans une moindre mesure, géographique. En effet, la prévalence élevée de la malnutrition chronique par rapport à celle aigue laisse présager un temps de séjour plus long des admis dans les services nutritionnels. Du coup, l'épuisement des moyens peut conduire à des cas d'abandon. Quelques témoignages dans ce sens :

« *Nous avons accès aux services de traitement de la malnutrition mais souvent quand le traitement dure longtemps, les gens ont du mal à suivre jusqu'à guérison* » (Entretien en petit groupe, femme utilisatrice de services nutritionnels, district de Kignan).

« *Même si les frais de traitement sont abordables ou gratuits, tout le monde ne peut pas continuer longtemps les allers-retours entre le domicile et les centres de santé qui peuvent être souvent distants* ». (FGD, groupements de femmes, Yélimané).

Dans certains cas, l'offre de services fait défaut : « *Parfois il y'a rupture de stock des compléments nutritionnels* » (EI. Maire, district de Kayes).

4.7. Pratique contraceptive

La planification familiale est un service destiné à aider les familles pour l'amélioration de la santé des enfants par un contrôle des naissances. Elle contribue de façon notoire à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en permettant l'espacement des naissances.

Les résultats du tableau ci-dessus indiquent que l'objectif de la convention d'atteindre 30% de prévalence contraceptives modernes est effectif dans la zone de Kayes, notamment le district du même nom avec 38,6%.

Par contre dans la zone de Sikasso, l'objectif n'est pas atteint même si une nette augmentation de la prévalence est enregistrée à Niéna. Une hypothèse pour expliquer cette situation surtout dans la région de Sikasso pourrait être la prolifération de cliniques privées, pharmacies etc. qui

ne reporteraient pas des données au système de santé public : « *Il y a plusieurs structures privées, ceux qui fournissent des données, je pense qu'il y a 3 structures ; 2 cabinets médicaux et un cabinet de soins qui fournissent régulièrement les données* ». (EI, CSRéf, Kigan).

Tableau.14. Evolution du taux d'utilisation des contraceptifs par district

	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	29,63%	30%	38,60%
	Yélimané	25,67%	30%	26,60%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	27,67%	30%	32,60%
Zone de Sikasso	Kignan	14,93%	25%	11,95%
	Niéna	10,79%	25%	19,05
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	12,86%	25%	15,5%

Source : DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

Il ressort des entretiens qu'à la faveur des interventions du projet AECID, de plus en plus, les communautés approuvent l'utilisation des méthodes de contraception. Les activités de sensibilisation (PE, EdM, GSAN) et les renforcements de capacités des centres de santé (équipements, matériels) ont contribué à rehausser l'utilisation des méthodes contraceptives : « *Par rapport à la PF, notre satisfaction est que la PF était un tabou autrefois. La femme devait se cacher pour la faire. Mais avec l'approche de l'AECID/AMADECOM, maintenant, il y a eu beaucoup d'évolutions relatives. Les femmes peuvent maintenant se prendre en charge en matière de PF sans l'intervention de leurs maris* » (EI, FELASCOM, Kayes).

Si l'on tient compte de la croissance démographique, l'arrêt des activités par beaucoup d'intervenants en matière de SR/PF suite à la crise sanitaire de la covid-19 est une autre hypothèse possible de la faible prévalence contraceptive, en particulier dans la zone de Sikasso.

R1 : Des services de soins de santé primaires de qualité accessibles et utilisés par les filles et les garçons, les adolescent(e)s, les femmes enceintes et allaitantes

4.8. Vaccination des enfants

D'une manière générale, la couverture vaccinale est en augmentation quel que soit le district sanitaire et l'antigène considéré (Pent3 ou VAR). Cependant, ces bons résultats ne permettent d'atteindre l'objectif fixé qui est 95% pour la VAR et 100% pour le Pent3.

Tableau.15. Evolution du taux de couverture vaccinale par district

	Zone	Vaccin	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	Pent 3	77,98%	100%	90,0%
		VAR	74,60%	95%	91,50%
	Yélimané	Pent 3	87,86%	100%	90,10%
		VAR	85,24%	95%	94,0%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	Pent 3	82,92%	100%	90,05%
		VAR	79,92%	95%	92,80%
Zone de Sikasso	Kignan	Pent 3	85,59%	100%	83,50%
		VAR	80,60%	95%	80,30%
	Niéna	Pent 3	91,31%	100%	81,50%
		VAR	88,03%	95%	91,64%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	Pent 3	88,45%	100%	82,50%
		VAR	84,31%	95%	85,97%

Source DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

Il ressort des entretiens des efforts restent à fournir dans les zones d'intervention en matière de couverture vaccinale.

Au niveau de la prestation de services, certains enquêtés déplorent des difficultés dans l'offre de services de vaccination : « *Nous y avons facilement accès [parlant des services de santé] mais c'est au niveau de la vaccination des enfants que nous avons des difficultés car nous pouvons faire plus de 4 mois sans que nos enfants n'aient leur premier vaccin. Des fois tu quittes tôt à pieds après avoir parcouru des kilomètres pour venir faire le rang et on te dit soit le nombre est atteint ou qu'il n'y a pas assez de vaccins. Ça décourage vraiment car aucun centre n'ose continuer la vaccination commencée par un autre. Si on trouve des solutions à cette difficulté ça nous fera vraiment plaisir.* » (FGD, femme bénéficiaire, district Kayes)

Une enquêtée ajoute : « *la vaccination est vraiment difficile d'accès et j'ai fait beaucoup d'aller et retours* » (FGD, bénéficiaires, Niéna).

Au niveau communautaire, il ressort que les barrières socioculturelles sont entrain d'être levées pour ce qui est de la vaccination : « *De plus en plus, les gens acceptent que les enfants soient vaccinés même s'il y en a toujours qui pensent que la vaccination est une fabrication des blancs* » (EI, chef de village, district de Kignan).

Par ailleurs, les premières années de la pandémie COVID19 ont provoqué une réticence de la population à aller aux centres de santé ainsi qu'à la vaccination. Donc même si la tendance a pu être renversée en 2022, cette situation a des répercussions sur l'évolution de l'indicateur courant les années d'implémentation de la Convention.

4.9. Disponibilité des médicaments essentiels génériques

Les districts de Kayes et Niéna marquent des taux de disponibilité des médicaments essentiels génériques qui dépassent les objectifs fixés. D'ailleurs le taux est en diminution dans le district de Yélimané ; passant de 67% en 2019 à 41,7% en 2022.

Tableau.16. Evolution du taux de disponibilité des médicaments essentiels génériques (12 molécules essentielles pour les enfants, les adolescent(e)s et les adultes) et ATPE en formation sanitaire (suivi des stocks) par district.

Zone		Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	96%	95%	100%
	Yélimané	67%	95%	41,70%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	81%	95%	71%
Zone de Sikasso	Kignan	27%	70%	(*)
	Niéna	7%	70%	90,14%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	17	70%	(*)

(*) Données non disponibles

Source : OSPI-SANTE (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané)

La situation à Yélimané se trouve confirmée par le nombre de jours de rupture plus long dans l'échantillon CSComs du district.

Tableau.17. Nombre de jours de rupture des 12 molécules essentielles et RUTF/CSCOM) au niveau des CSComs par district.

N°	District Kayes		District Yélimané		District Kignan		District Niéna	
	CSComs	Nombre de jours		Nombre de jours		Nombre de jours		Nombre de jours
1	AMBIDEDI-KORE	0	FANGA	0	DOGONI	0	BLENDIO	0
2	AMBIDEDI POSTE	0	TAMBACARA	0	DOUMANABA	0	DEMBELLA	0
3	BABALA	0	BANDIOUGOULA	0	KABARASSO	0	DOUGOUKOLOBOUGOU	0
4	BANGASSI	0	KREMIS	30	KIGNAN	0	DOUMANANI	0
5	DIALANE	0	YAGUINE	0	KOUMANKOU	0	FINKOLO GANADOUGOU	0
6	DIALLA KHASO	0	KIRANE	0	KOUROUMA	0	GLADIE	0
7	DIAMOU	0	BILADJIMI	0	SANZANA	0	KOUGNAN	0
8	DIBOLI	0	NIOGOMERA	0	TELLA	0	KOUNGOBA	0
9	GABOU	0	KOMELOU	12	YIRINGASSO	0	MINIKO	0
10	GORI-GOPELA		Aire Nouv fonctionnelle		NETERBOUGOU	0	NIENA CENTRAL	0
11	KAYES N'DI	65			DAOULA SONZANA	0	N'TJIKOUNA	0
12	KAYES-KHASO	0			N'GANRA (Aire Nouv fonctionnelle)	0	NTJILLA	0
13	KONIAKARI	0					SIBIRIFINA	0
14	KOUSSANE						ZANIENA	0
15	KAYES LAFIABOUGOU	0					Banzana	0
16	LOGO SABOUCIRE	0					Karangasso	0
17	MARENA DIOMBOUGOU	0					Mandiéla	0

18	NIAMIGA	0	Tofola	0
19	PLATEAU	90		
20	SADIOLA	0		
21	SEGALA	0		
22	SERO	0		
23	SOMANKIDI	0		
24	SAME WOLOF	0		
25	LOUNTOU	90		
26	Aire Nouv fonctionnelle			

Source : Collecte de données CSComs (districts de Kayes, Yélimané, Kignan et Niéna)

4.10. Violence basée sur le genre

Les relations de genre entre femmes et hommes, les filles et les garçons sont le résultat d'une construction sociale qui attribue un statut différencié qui se base sur des rôles et responsabilités, des comportements, des aptitudes, des attentes différentes, c'est-à-dire que ces relations structurent l'organisation sociale patriarcale autour d'un dispositif hiérarchique très ancré et à partir duquel se dessine le devenir des individus et des collectifs; Cet état de fait sociétal fait que généralement les violences basées sur le genre sont justifiées ou acceptées, gérées à l'amiable et rarement référées par peur de représailles, culpabilisation ou stigmatisation des victimes.

Selon les résultats du tableau ci-dessus, l'évaluation met en avant que les ASC et les agents de santé dans les structures du projet réfèrent mieux les cas de VBG identifiés. L'objectif annuel du nombre de cas est de 70 dans la zone de Kayes et 40 dans celle de Sikasso. Cet objectif est atteint dans chaque zone. L'on note cependant que le référencement se fait moins dans les districts de Yélimané et Kignan où respectivement 4 cas de VBG ont été signalés en 2022.

Tableau.18. Evolution du nombre de cas de violence genre identifiés et référés aux unités de gestion de cas par les ASC et les agents de santé dans les structures du projet.

Zone		Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	50	52	193
	Yélimané	17	18	4
	Somme pour la zone de Kayes	67	70	197
Zone de Sikasso	Kignan	5	15	4
	Niéna	24	25	37
	Somme pour la zone de Sikasso	29	40	41

Source : Données CSComs - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané

La grande différence entre le nombre de cas de VBG identifiés et référés dans les deux zones laisse suggérer que dans la zone de Kayes, la population est plus sensibilisée et capable d'identifier les VBGs.

Dans les entretiens, il ressort qu'un début de changement de comportement en matière de VBG semble s'observer dans le district de Yélimané en matière de VBG. Certains enquêtés lient ces changements aux activités de sensibilisation de différents projets qui interviennent dans la

zone dont la convention AECID : « *Il y a eu beaucoup de sensibilisations par ce projet [AECID/AMADECOM] et d'autres projets* » (EI, FELASCOM, Yélimané).

Cependant, les services de prévention et de protection contre les VBG ne sont pas connus de tous: « *Nous ne connaissons rien de leur existence [parlant des services de prévention et de protection contre les VBG] et ne pouvons rien dire alors* » (FGD, groupement de femmes, Kignan).

Il convient de signaler que la taille (en population) des districts sanitaires crée une différence en termes de nombre absolu de cas de VBG. Dans le même ordre d'idées, les zones les plus urbanisées telles que Kayes (comparativement aux autres districts) sont susceptibles d'enregistrer plus de cas de VBG.

R2 : L'accès et l'utilisation de services de santé maternelle, de planification familiale et de santé sexuelle et reproductive de qualité sont améliorés

4.11. Consultation prénatale

Les consultations prénatales (CPN) augmentent la probabilité de détection précoce de problèmes éventuels au cours de la grossesse afin d'y remédier avant qu'ils ne menacent le pronostic vital. La prise en charge des CPN est un bon indicateur général de l'accès aux services de soins de santé pendant la grossesse. Il s'agit ici des femmes âgées de 15 à 49 ans (en âge de procréer) enceintes ayant bénéficié d'au moins 4 consultations prénatales (CPN) administrées par un prestataire de soins au cours de leur grossesse.

L'évaluation montre que de façon générale, le taux de couverture de la CPN4 est faible dans les différents districts sanitaires dont aucun n'a atteint l'objectif fixé de 30%. La zone de Kayes est un peu plus en avance sur celle de Sikasso.

Tableau.19. Evolution du taux de couverture de la consultation prénatale4 (CPN4) par les femmes

	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	14,6%	30,0%	28,1%
	Yélimané	14,9%	30,0%	19,9%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	14,72%	30,0%	24,0%
Zone de Sikasso	Kignan	10,8%	30,0%	7,9%
	Niéna	12,5%	30,0%	17,4%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	11,6%	30,0%	12,6%

Source : DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kayes, Yélimané) ; SLIS2020-Kignan

La faible couverture de la CPN4 est confirmée par les propos de certains enquêtés: « *Selon moi, certaines femmes ne fréquentent pas les centres de santé pour les 4 CPN. Elles ne viennent qu'une seule fois pendant toute la période de grossesse* ». (FGD, Adolescentes, Kignan).

En général, les femmes enceintes recourent aux centres de santé pour la 1^{ère} CPN mais beaucoup ne poursuivent pas jusqu'à la CPN4 dans les différents districts sanitaires. Selon l'annuaire statistique du SLIS 2020, le taux de couverture de la CPN1 dépasse 60% dans chacun de ces districts mais celle de la CPN4 est faible. On note tout de même que le district de Kayes avec (28,1%) dépasse l'objectif national de 26% en 2022.

Par ailleurs, la méconnaissance de l'importance de la CPN, les problèmes d'accessibilité géographique et financière sont mis en avant pour expliquer le faible taux de CPN4.

Il ressort dans les entretiens que certaines femmes ignorent l'importance de la CPN : « *C'est parce qu'elles ne connaissent pas l'importance de la CPN que certaines femmes ne fréquentent pas les centres de santé pour cette consultation* » (EI, ASACO, Kignan). Ce résultat corrobore celui obtenu à l'étude de barrières en 2018 qui indique que seulement 9% des pratiquantes pensent qu'il est possible qu'elles pratiquent les 4 CPN.

Un participant au focus group hommes déclare : « *La fréquentation n'est pas encore à hauteur de souhait car plusieurs fois les membres de l'ASACO et les relais font des séances de sensibilisation pour le respect du calendrier de CPN à domicile mais beaucoup de femmes manquent de courage. Les longues distances, le manque d'intérêt des membres de la famille et la pauvreté sont aussi à la base de cette sous fréquentation* » (FGD, hommes adultes, Yélimané).

Des femmes bénéficiaires se plaignent de la prestation de services qui n'encourageraient pas la réalisation des CPN: « *Nous quittons tôt nos familles mais ils prennent du temps avant de commencer le travail alors que ce n'est pas facile pour une femme enceinte de s'asseoir pendant longtemps. Des fois nous finissons vers 12h voire 14h alors que nous avons des douleurs lombaires et des tâches ménagères à faire. Ils font d'abord des réunions. On ne sait pas pourquoi* » (E. quatriades, Bénéficiaires, Niéna).

4.12. Assistance des naissances dans les structures sanitaires

Les résultats du tableau ci-dessous indiquent que l'objectif de la convention d'atteindre 60% de naissances assistées dans les structures sanitaires est atteint dans la zone de Sikasso, à travers notamment le district de Niéna. En fin de projet, le taux de naissances assistées dans les structures de santé est plus faible dans le district de Kayes (32,5%).

Tableau.20. Evolution du taux de naissances assistées dans les structures sanitaires par district

Zone		Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	49,63%	60%	32,50%
	Yélimané	44,20%	60%	51%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Kayes	46,91%	60%	41,75%
Zone de Sikasso	Kignan	53,08%	60%	51,04%
	Niéna	60,05%	60%	91,02%
	Moyenne en pourcentage pour la zone de Sikasso	56,56	60%	71,03%

Source : DHIS2 tool (DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kayes, Yélimané) ; SLIS2020-Kignan

Comme raisons évoquées de faible assistance des naissances dans les centres de santé, on note les barrières socioculturelles, la distance et l'insuffisance de moyens. Une participante adolescente se prononce : « *Vraiment beaucoup de femmes ne respectent pas les accouchements au centre de santé. Celles qui ne viennent pas sont plus nombreuses que celles qui viennent à cause l'état et la distance de la route* ». (FGD, Adoléscente, Kayes)

Sur le plan culturel, les accoucheuses traditionnelles constituent la voix de recours privilégiée pour assister l'accouchement notamment dans les zones rurales ; c'est ce qui semble dire une enquêtée à Kayes : « *Chez nous, les femmes font recours à l'accoucheuse traditionnelle. En cas de complications, on cherche à aller au centre de santé* » (E. quatriade, bénéficiaire, district de Kayes). Cet argument corrobore celui des autorités sanitaires relatif à l'arrivée tardive des cas de complications pour l'accouchement conduisant souvent à des cas de décès.

Comme pour les soins de santé primaire de façon générale, les problèmes d'accessibilité géographique et financière sont des facteurs de la faible assistance à l'accouchement dans les centres de santé.

4.13. Accès des adolescent.e.s aux services de santé sexuelle et reproductive

L'évaluation s'est intéressée à l'accès des adolescent.e.s aux services de SSR. Il ressort des résultats que les adolescents utilisent les services de santé dans les mêmes conditions que les personnes adultes. Il n'y a de prise en charge spécifiques pour eux (elles). En d'autres termes, la prestation de services n'est pas généralement adaptée aux besoins spécifiques.

Les adolescent.e.s et jeunes font face à certaines barrières socioculturelles en dépit des progrès réalisés en termes de changement de mentalités.

Pour certains enquêtés, les préjugés seraient à la base du non recours de certaines adolescentes aux services de SSR/PF. Une répondante explique : « *le service est peu utilisé par les adolescentes à cause de la mauvaise perception populaire* ». (FGD, Adoléscentes, Kayes). La non utilisation des services SSR est reconnue dans les discours notamment pour les jeunes filles non mariées. Une répondante dit : « *toute adolescente non mariée qui fait recours à ce service (PF) est considérée comme une fille qui a déjà connu le sexe* ». (FGD, femmes, Niéna).

Les adolescentes ont parfois peur de la réaction de leurs parents qui n'encourageraient la pratique contraceptive des jeunes filles : « *Certaines filles veulent prendre une méthode de PF mais, elles ont peur de le faire à cause de leurs parents. Elles se cachent pour le faire souvent. Selon moi, les parents n'encouragent pas les enfants à le faire* » (FGD, Adoléscentes, Niéna).

La méconnaissance des points de prestation de services et les mauvaises rumeurs autour des méthodes contraceptives sont également évoquées comme étant des barrières à l'accès des adolescentes à la PF : « *Selon moi, pour certaines, c'est la méconnaissance de là où, on doit aller pour les services de santé sexuelle et reproductive* ». « *Ce sont les mauvaises rumeurs qui limitent l'accès des adolescentes à des services de santé sexuelle et reproductive* ». (FGD, Adoléscentes, Kignan).

Pour certaines filles, « *c'est la peur de ne pas être traitée comme des prostituées par leurs semblables* » (FGD, Adoléscentes, Kayes).

4.14. Intégration du genre dans les sessions de sensibilisation des GSAN

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que les stratégies mises en place dans le cadre de la convention ont permis de renforcer la prise en compte du genre dans les activités de sensibilisation des GSAN dans les 4 District sanitaires concernés par cette évaluation. En effet, le nombre de GSAN en fonctionnement qui intègrent le genre dans les sessions de sensibilisation dépasse largement le résultat attendu. Au total, 206 GSAN de la zone de Kayes et 512 GSAN de la zone de Sikasso ont été relevés.

Il est à noter que la convention a appuyé la mise en place/redynamisation de 80 GSAN dans chacune des deux zones d'intervention (Kayes et Sikasso).

Tableau.21. Evolution du nombre de GSAN fonctionnels qui intègrent le genre dans les sessions de sensibilisation

Zone		Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	50	70	186
	Yélimané	10	30	20
	Somme pour la zone de Kayes	60	100	206
Zone de Sikasso	Kignan	68	88	281
	Niéna	33	53	231
	Somme pour la zone de Sikasso	101	141	512

Source : Données CSComs - District sanitaire de Niéna, Kignan, Kayes, Yélimané.

R3 : Améliorer la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes

4.15. Intégration de la méthodologie CMAM surge dans les formations sanitaires

La méthodologie CMAM Surge est en voie d'intégration dans les structures sanitaires. Au total, 66 formations de la zone de Kayes dont 56 du district de Kayes et 10 de la zone de Sikasso appliquent cette méthodologie. L'approche CMAM-Surge a été introduite dans la région de Sikasso grâce à la Convention, qui a accompagné les Districts Sanitaires dans les orientations, formations et implémentation de l'approche dans 10 structures sanitaires. Il convient de mentionner qu'à Kayes 16 structures de santé ont reçu l'appui de la Convention pour l'implémentation de l'approche. La convention a dépassé son objectif initial d'introduire l'approche CMAM dans 6 structures de Kayes et 10 de Sikasso.

Tableau.22. Nombre de formations sanitaires ayant intégré la méthodologie CMAM surge.

Zone		Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	6	16
	Yélimané	0	0
	Somme pour la zone de Kayes	6	16
Zone de Sikasso	Kignan	5	5
	Niéna	5	5
	Somme pour la zone de Sikasso	10	10

Source : Collecte de données DRS de Sikasso et Kayes - District sanitaire de Niéna, Kayes, Yélimané

4.16. Allaitement exclusif aux seins des enfants de 0-6 mois

L'allaitement maternel exclusif présente beaucoup d'avantages à la fois pour les enfants, femmes allaitantes, les familles, les communautés et le pays. Les objectifs liés à l'atteinte des cibles mondiales de nutrition à l'horizon 2025 de l'Assemblée Mondiale de la Santé, est d'atteindre au moins 50% de l'allaitement maternel exclusif.

L'allaitement maternel exclusif a été évalué à travers la question suivante posée aux mères des enfants dans les ménages : « *L'enfant a-t-il/elle été allaité exclusivement aux seins jusqu'à 6 mois ?* » Les résultats du tableau ci-dessous indiquent que des efforts restent encore à fournir en matière d'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois.

A première vue, excepté le district de Kayes, le pourcentage d'enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 6 mois est en diminution dans les autres districts sanitaires. Niéna avec 50% enregistre le plus faible taux.

Tableau.23. Evolution du pourcentage d'enfants de 0-6 mois allaités exclusivement aux seins

Zone		Baseline 2019	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	66,0%	79,0%
	Yélimané	82,0%	61,5%
	Moyenne de pourcentage pour la zone de Kayes	74,0%	70,3%
Zone de Sikasso	Kignan	88,0%	83,3%
	Niéna	75,0%	50,0%
	Moyenne de pourcentage pour la zone de Sikasso	82,0%	66,7%

Source: Enquête ménage, Evaluation finale Convention AECID, Save the Children

Les déclarations des enquêtés lors des entretiens plaident en faveur d'une amélioration de la pratique de l'allaitement maternel exclusif dans les zones d'interventions à la faveur du travail des GSAN, des EdM, des ASC et centres de santé : « *il y a vraiment des avancées dans l'allaitement maternel exclusif* » (EI, CSRéf, Niéna).

Il apparaît donc que l'enquête de ligne de base semblerait avoir surestimé la proportion d'enfant.e.s exclusivement allaité.e.s aux seins jusqu'à 6 mois. Les chiffres obtenus dans l'enquête SMART 2018 vont également dans ce sens. Selon cette source les proportions sont de 31% et 29% respectivement pour les régions de Kayes et Sikasso.

Avec cette réserve, l'évaluation peut se prononcer en faveur d'une nette amélioration du niveau de l'indicateur dans tous les districts sanitaires.

4.17. Fréquence et diversité alimentaire des enfants de 6 à 23 mois

Dans cette évaluation, l'enquête auprès des ménages a permis d'évaluer la fréquence et la diversité alimentaire des enfants de 6-23 mois. Pour être considéré comme ayant une bonne fréquence alimentaire, l'enfant devrait consommer plus de trois (03) repas en 24 heures. Pour être considéré comme enfant bénéficiant d'une diversité alimentaire, il devrait consommer au moins 5 groupes d'aliments (Protéines + glucide +lipide +vitamines+ sels minéraux) dans les 24 heures précédant l'enquête.

4.17.1. Fréquence alimentaire des enfants de 6-59 mois

De façon générale, la fréquence alimentaire, mesurée par la consommation de plus de 3 repas au cours des dernières 24 heures, est bonne dans les zones d'intervention de la convention.

Le niveau de l'indicateur dépasse l'objectif fixé dans chaque district sanitaire. Les pourcentages varient d'un minimum de 51,7% à Yélimané à un maximum de 81% à Kignan.

Les efforts du projet ont contribué à l'atteinte des résultats relatifs à la bonne fréquence alimentaire des enfants de 6-23 mois.

Tableau.24. Evolution du pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont une bonne fréquence alimentaire

Zone		Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	16,0%	17,6%	71,74%
	Yélimané	0,0%	0,0%	51,72%
	Somme pour la zone de Kayes	16,0%	17,6%	62%
Zone de Sikasso	Kignan	39,0%	42,9%	81%
	Niéna	50,0%	55,0%	70,00%
	Somme pour la zone de Sikasso	45,0%	49,5%	76%

Source: Enquête ménage, Evaluation finale Convention AECID, Save the Children

4.17.2. Diversité alimentaire des enfants de 6-59 mois

Tout comme pour la fréquence, la diversité alimentaire, mesurée par la consommation de groupes alimentaires (Protéines + glucide +lipide +vitamines+ sels minéraux) au cours des dernières 24 heures, est bonne dans les zones d'intervention de la convention. Le niveau de l'indicateur atteint ou dépasse l'objectif fixé dans chaque district sanitaire. Les pourcentages varient d'un minimum de 35% à Niéna à un maximum de 59,4% à Kignan.

Tableau.25. Evolution du pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont une bonne diversité alimentaire

	Zone	Baseline 2019	Cible 2022	Réalisation 2022
Zone de Kayes	Kayes	25,3%	35%	43,48%
	Yélimané	25,3%	35%	37,93%
	Somme pour la zone de Kayes	25,3%	35%	40,71%
Zone de Sikasso	Kignan	25,6%	35%	59,38%
	Niéna	25,6%	35%	35%
	Somme pour la zone de Sikasso	25,6%	35%	47,19%

Source: Enquête ménage, Evaluation finale Convention AECID, Save the Children

A la faveur des activités de sensibilisation des GSAN, certains tabous nutritionnels sont entrain d'être levés : « *Avant ça existait [les tabous nutritionnels] comme l'œuf qui rendait l'enfant muet ou le poisson un nul mais les formations nous ont permises d'abandonner ces idées et de savoir qu'il y avait des aliments riches qu'on interdisait aux femmes enceintes, allaitantes et aux enfants* » (E.Triades, GSAN, Kayes).

R4 : le leadership et la gouvernance des autorités locales, communautaires et sanitaires sont améliorés par des actions de plaidoyer pour inclure des aspects tels que le genre, la couverture sanitaire universelle et la protection environnementale dans les plans locaux.

4.18. Leadership et gouvernance des autorités locales, communautaires et sanitaires

Ce résultat cible 8 communes prioritaires de la convention AECID dont 2 par district sanitaire. Il est suivi à travers les indicateurs suivants :

- *Pourcentage des communes où le projet intervient qui incluent dans le budget une ligne destinée à soutenir les activités de santé et de nutrition (Paiements du personnel des ASC ou CSCOM...)*
- *Pourcentage des communes qui ont signé une convention avec l'ASACO et l'ont mise en œuvre ;*
- *Pourcentage des communes qui veillent à ce que les enfants de moins de 5 ans et les adolescents vulnérables aient une assurance maladie gratuite (RAMED).*
- *Pourcentage des communes qui ont consacré des ressources pour inclure les questions de genre et la violence basée sur le genre dans les activités de santé.*

4.18.1. Inclusion d'une ligne dans le budget destinée à soutenir les activités de santé et de nutrition (Paiements du personnel des ASC ou CSCOM...)

L'évaluation met en évidence qu'au niveau des 8 communes prioritaires où intervient le projet dans l'atteinte du résultat 4, il est prévu généralement une ligne dans le budget pour soutenir les activités de santé et de nutrition. Cela se confirme dans chacune des communes. Le secrétaire général d'une FELASCOM affirme : « *Par rapport aux programmes de santé et nutrition, les élus sont beaucoup impliqués. Ils financent certaines activités de la nutrition. Par exemple les références évacuation, la pris en charge de certains malnutris* » (E.I. FELASCOM, Kayes).

Pour plus d'efficacité, des élus locaux prévoient d'intégrer la prévention et le traitement de la malnutrition dans les PDSEC : « *Le programme de la commune est de pouvoir intervenir efficacement dans le cadre de la malnutrition à travers sa prise en charge dans le PDSEC. Chaque année, prendre la prise en charge de la malnutrition dans le budget communal. Il s'agit aussi d'impliquer la diaspora dans la prise en charge de la malnutrition des enfants de la commune* » (EI. Maire, district de Kayes).

4.18.2. Signature et mise en œuvre de convention avec l'ASACO au niveau des communes

Au niveau des 8 communes prioritaires d'intervention pour le volet plaidoyer et gouvernance, les autorités communales prennent des engagements et essaient de les mettre en œuvre. Néanmoins, les engagements se font parfois attendre à être honorés. Le président du comité de gestion d'une ASCO se justifie : « *Je pense que c'est l'ASACO qui est le vrai acteur. Je dis ça parce que lors des réunions entre la mairie et l'ASACO, les représentants de la mairie s'engagent à faire des choses, mais enfin de compte, on voit peu, L'ASACO est souvent obligé de se débrouiller* » (EI ; ASACO, Yélimané).

4.18.3. Assurance maladie gratuite (RAMED) pour les enfants de moins de 5 ans et les adolescents vulnérables dans les communes

L'évaluation dénote qu'en général, les communes prioritaires veillent à ce que les enfants de moins de 5 ans et les adolescent.e.s vulnérables aient une assurance maladie gratuite (RAMED). L'existence d'une RAMED a été confirmée par les élus locaux dans chacune de ces communes. « *Nous avons une RAMED chez nous* » (EI. Maire, district de Niéna)

4.18.4. Mobilisation de ressources pour inclure les questions de genre et la violence basée sur le genre dans les activités de santé dans les communes

Les informations recueillies sur le terrain indiquent que chacune des 8 communes prioritaires a consacré des ressources pour inclure les questions de genre et la violence basée sur le genre dans les activités de santé.

Au niveau des acteurs sur le terrain, il apparaît que les ressources consacrées par les communes pour inclure ces questions dans les activités de santé sont insuffisantes et parcellaires tant les questions de genre et VBG ne sont intégrés dans les PDSEC qui doivent être révisés. « *C'est toujours les anciens PDSEC qui demeurent, il faut améliorer* » (EI. Service local de la promotion de la femme, Kayes).

L'évaluation met en évidence que des actions spécifiques de révision des documents Plan de Développement Social, Economique et Culturel (PDSEC) des communes prioritaires auraient pu favoriser une meilleure intégration des questions de nutrition, santé sexuelle et reproductive, genre et violence basée sur le genre dans les plans locaux.

5. Leçons apprises

Les leçons apprises à l'issue de la présente évaluation sont ici structurées autour des constats généraux, des points forts (bonnes pratiques) et des insuffisances à améliorer.

Constats généraux :

- L'environnement socioculturel n'est pas assez favorable. Cependant l'on note un début de changement des mentalités des communautés dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile et particulièrement la planification familiale. De plus en plus les hommes comprennent les bénéfices de l'utilisation des méthodes contraceptives.

« *La perception des normes sociales a changé car actuellement, il n'y a pas de métiers hommes et femmes. Une femme fait tout ce dont un homme est capable de faire. Que ça soit la scolarisation ou les postes de responsabilité. Avant, la fille ne durait pas à l'école, mais maintenant elle poursuit ses études* ». (FGD, femmes adultes, Kayes).

- A la faveur des interventions de la convention, les indicateurs de SR/PF se sont améliorés dans les districts de Kayes, Yélimané, Kignan et Niéna.
- La mise en place et le suivi des approches (Ecoles des Maris, GSAN, ASC, Pairs éducateurs) dans les communautés favorisent l'engagement des hommes pour la promotion des services de droits sexuels et santé reproductive. Elle permet de créer un changement social de comportement pour l'amélioration du bien-être des communautés et particulièrement des femmes et des enfants.
- Le renforcement de capacités des formations sanitaires (CSréf, CSCcom) en ressources humaines (en quantité et en qualité) est essentiel pour la satisfaction des utilisatrices de services PF.
- Le mécanisme de rédevabilité ne recevait pas trop d'informations de la part de la communauté au début. Néanmoins, le focus a été mis sur la collecte de données face à face et aussi à travers les agents des équipes, ce qui a facilité énormément la remontée des informations des populations en général mais aussi de la part des femmes en particulier.

Points forts et bonnes pratiques

Après réflexion avec l'équipe de la Convention et analyse des informations collectées des cas de succès et bonnes pratiques sont notés :

- Les rencontres régulières avec les PE et EdM renforcent leurs capacités, leur implication et renforcent la connaissance des agents du CSCCom sur les activités et le suivi des groupes communautaires, ce qui facilite leur accompagnement technique, la qualité et la durabilité de l'approche.
- Les émissions à grand public sont un bon moyen de sensibilisation et d'information et contribue à un épanouissement des communautés (notamment accès aux services de santé) à travers l'aspect festif de l'activité. Elles ont contribué à :
 - Un éveil de conscience par rapport aux avantages de l'utilisation des services de santé;
 - Une appropriation des thématiques de vaccination, nutrition, CPN, CPON, accouchement assisté et PF par les membres de la communauté ;

- Une forte mobilisation et implication des acteurs de la santé, les leaders communautaires, les élus, les OCB pour une meilleure utilisation des services de santé.
- Les activités de suivi surtout le plaidoyer avec le sous-préfet (réunion d'échanges, concertation) soumettent les partenaires à une obligation de résultat et renforce leur implication et motivation. Cette leçon est applicable pour tous les résultats mais en ce qui concerne le genre : analyse budgétaire et suivi des plans de mobilisation de ressources allouées à la santé, nutrition et genre. Ex : l'amélioration de la prise en compte de certaines dépenses de santé, nutrition et genre (construction et équipement des salles d'accouchement et d'hospitalisation, construction d'un local approprié pour les ASC, dépistages actifs de la malnutrition, démonstrations nutritionnelles et la clôture et équipements de la maison des femmes de Koniakary) dans les budgets des communes et des ASACO ; et la mobilisation communautaire autour des questions de santé, nutrition et genre (contribution des communautés) se sont vue améliorées grâce à cette implication des autorités administratives, politiques et communales.
- Suite à l'amélioration de la performance des indicateurs sanitaires et à la demande express des Districts de Kignan et Niena, le projet a commencé à appuyer les revues des données SEC au niveau des aires de santé et sur une périodicité trimestrielle. Ces données ont permis de mieux accompagner les ASC dans leur performance, ainsi que leur engagement (dans un moment où les salaires des ASC n'étaient pas pris en compte par aucune structure), de la même façon qu'elles ont aidé le système sanitaire dans la collecte et complétude des données dans le DHIS2 (ce qui facilite le monitoring des indicateurs de santé et la prise de décisions en conséquence).

Quelques insuffisances à améliorer :

- Les actions de plaidoyer auprès des autorités locales notamment dans l'atteinte du résultat 4 ne visaient pas spécifiquement la révision des documents PDSEC des communes à l'effet d'y intégrer les questions de nutrition, genre et violence basée sur le genre. L'intégration de ces questions dans les PDSEC aurait pu favoriser la mobilisation des ressources pour les activités de santé dans les communes ;
- Relativement aux objectifs ambitieux de la Convention, une insuffisance qui a été constatée est que le nombre de staff dans l'équipe était un peu limité. Il serait peut-être nécessaire de revoir la structure/nombre de personnes dans l'équipe en fonction des résultats attendus.
- Dans le domaine spécifique du genre, il y avait eu seulement une personne dans l'équipe avec la formation technique et l'expérience dans le domaine de l'égalité et de prévention des VBGs pour accompagner toutes les équipes dans le renforcement de capacités, la mise en place des activités transformatrices de genre, assurer la transversalité de l'approche genre et faire le suivi des activités de plaidoyer. Il aurait peut-être été pertinent de compter aussi sur les figures de Officer Genre dans l'équipe qui auraient pu être présentes sur le terrain et faciliter la mise en place, la collecte de données etc.

- Les cibles de certains indicateurs étaient trop ambitieuses ; dépassant largement les objectifs nationaux. Une validation des cibles en référence aux objectifs nationaux et mondiaux aurait pu mettre en évidence une plus grande efficacité du projet.
- Les données secondaires disponibles dans les structures de santé (DHIS2/SLIS) et de nutrition (enquête SMART) ne permettent de désagréger certaines informations par âge et sexe. Une implication des chargés de données des formations sanitaires dans la finalisation des indicateurs aurait-êtré pu relever cette insuffisance. Une stratégie alternative aurait été de mobiliser suffisamment de moyens pour mener l'étude de base et l'évaluation finale en s'assurant de la complétude des informations désagrégées pour tous les indicateurs.

6. Conclusion et recommandations

Conclusion

L'évaluation finale externe a été essentiellement orientée vers les objectifs assignés dans les termes de référence. Les conclusions sont faites en fonction des différentes questions de l'évaluation auxquelles des réponses ont été apportées à travers la collecte et l'analyse des données.

Pertinence
- L'intervention correspond-elle aux priorités et aux besoins de la population bénéficiaire ?
<i>Les 4 résultats attendus de l'intervention sont alignés aux principaux problèmes prioritaires identifiés dans les zones d'intervention lors de l'étude de ligne de base, tels que :</i>
<i>- L'insuffisance de la prévention et la prise en charge de la malnutrition chez les enfants (filles et garçons) de moins de 5 ans, et les femmes enceintes et allaitantes ;</i>
<i>- L'accès limité des enfants, adolescents/es, femmes enceintes et allaitantes aux services de soins de santé primaire de qualité ;</i>
<i>- Le faible accès et la faible utilisation des services de santé sexuelle et reproductive de qualité;</i>
<i>- La fréquence élevée des violences basées sur le genre contre les filles et les femmes ;</i>
<i>- le faible leadership et la gouvernance des autorités locales, communales et sanitaires.</i>
- Quelle est l'importance de la pertinence ou de l'importance de l'intervention par rapport aux exigences et priorités locales et nationales ?
<i>L'importance de la pertinence de l'intervention est démontrée à travers son alignement aux documents de référence nationale des politiques et programmes de développement tels que savoir le Cadre Stratégique pour la Relance Economique et le Développement Durable du Mali (CREDD, 2019-2023) , le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS 2014- 2023) , le Plan d'Actions Multisectoriel Nutritionnel (PAMN 2021-2025), la Politique Nationale Genre (2011), les Plans de Développement Social, Economique et Culturel (PDSEC) des communes.</i>
- Les priorités des bénéficiaires ont-elles changé depuis la définition de l'intervention ? Si c'est le cas, l'intervention s'est-elle adaptée à ces changements ?
<i>La Convention s'est bien adaptée aux changements des priorités des bénéficiaires notamment la riposte à la COVID-19, la réponse aux besoins exprimés des bénéficiaires qui n'étaient pas prévus. Quelques propos soutiennent cela :</i>
- La sélection des zones d'intervention de la Convention a été-elle pertinente ?

Avant de commencer la convention, une analyse situationnelle a été faite et les districts d'intervention ont été retenus en tenant des indicateurs de tous les axes ainsi que du mapping des acteurs pour éviter le doublon. Le choix des districts de Kayes, Yélimané, Kignan et Niéna s'est avéré pertinent.

Efficienc

- Les budgets initialement établis dans le document ont-ils été respectés ?

L'exécution financière des activités se fait sur la base d'un Plan Annuel de travail revu. Aussi, à chaque demande d'appui des partenaires, services techniques, communautés, pour fournir un appui technique et financier il y avait toujours une évaluation du budget ainsi que des objectifs pour étudier la pertinence de l'appui dans le cadre de la convention.

- Les objectifs sont-ils atteints économiquement par le projet ?

Le budget de chaque activité est préparé en avance et partagé avec les finances/responsables budgétaires pour validation. En termes de justification, un audit financier annuel a été mené dans le cadre de la Convention et soumis au bailleur.

- La transformation des ressources en résultats a-t-elle été efficace ?

L'évolution globale du budget par poste confirme la tendance de transformation des ressources en résultats. De façon générale, plus de 70% du budget étaient consacrés aux directs. Environ 7% du budget global étaient alloués aux coûts indirects. Les rémunérations du personnel, toutes catégories confondues sont à hauteur de 22,6% du budget.

- Dans quelle mesure la collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion coordonnée ont-ils atteint les résultats de l'intervention?

L'évaluation a pu constater que les responsabilités et attributions de chaque poste sont définies de sorte à assurer une bonne communication afin d'éviter des confusions et chevauchements. De même, la synergie entre les différentes composantes (orientation stratégique, coordination technique et mise en œuvre sur le terrain) est assez bonne.

Efficacité

- Tous les résultats escomptés de l'intervention ont-ils été atteints ?

La convention a globalement fait montre d'une efficacité satisfaisante dans l'atteinte des résultats escomptés. Sur les 16 indicateurs qui renseignent sur la performance des 4 résultats, 9 (soit 56%) ont des taux de réalisation atteignant ou dépassant les seuils attendus au 31/12/2022. Les raisons de non atteinte du reste de ces indicateurs sont diverses et varient d'un indicateur à l'autre.

- Quelle est l'efficacité du projet par rapport aux objectifs prévus ?

En fin de projet, l'évaluation met en évidence que sur les quatre (04) indicateurs de suivi de l'objectif général de la convention, trois (03) indicateurs affichent une performance qui va dans le sens attendu. En particulier, l'indicateur 4 relatif à la planification familiale dépasse les attentes avec un taux de réalisation de 108,7% dans les deux districts de la région de Kayes pris globalement.

- D'autres effets qui n'étaient pas prévus ont-ils été également obtenus ?

La convention a contribué à positiver le regard des partenaires sur les organes de mises en œuvre (Save the Children et AMADECOM) à travers la prise en compte de leurs doléances. La dynamique diligence et/ou la rigueur dans le paiement des pertes des partenaires est également relevée comme un atout dans ce registre. A cela s'ajoutent la riposte dans le cas de la vaccination, la réponse favorable à beaucoup d'autres demandes d'appui des Districts Sanitaires et de demandes d'adaptation des stratégies des activités définies dans la formulation

- Le outils ou système intégral de monitoring ont-ils été utiles et opératifs pour réaliser le suivi de la Convention

La convention s'est dotée d'un système de suivi-évaluation animé par un chargé de suivi-évaluation qui travaille en étroite collaboration avec les autres parties prenantes impliquées dans la collecte et gestion de données. La base de données a été mise en place pour suivre l'évolution des indicateurs de la Convention par rapport aux données obtenues dans l'étude de ligne de base. Les documents suivants ont été utilisés dans le cadre de la gestion de la Convention: IPTT (Indicators Performance Tracker Table) pour le suivi du niveau d'évolution des indicateurs; les critères de qualité étaient évalués de façon trimestrielle à travers la méthodologie des Quality BenchMark (QBM). Aussi, il a été procédé aux revues mensuelles du projet et analyse financière mensuelle pour faciliter le suivi. Il existe des sources secondaires de données fiables telles que le site Web d'information sanitaire de district, la version 2 (DHIS 2) qui est officiellement utilisée dans les aires de santé des deux régions. Le système de suivi s'appuie également sur la plateforme web qui intègre les données des différents programmes de santé et du Système National d'Information Sanitaire et Sociale du Mali. En outre, la Convention utilise les données du Système d'information sanitaire (SIS), générées par les centres de santé eux-mêmes. La détermination des cibles de quelques indicateurs n'est pas toujours objectivement vérifiable (manque de lisibilité et de traçabilité). En outre, des insuffisances ont été constatées dans la façon dont les cibles annuelles sont déterminées et qui ne permet pas d'apprécier adéquatement la performance annuelle.

Impact

- L'intervention a-t-elle contribué à atteindre l'objectif global proposé ?

Malgré les pesanteurs socioculturelles encore très marquées dans les zones, des progrès notables ont été enregistrés par la convention dans le cadre de la réduction de la morbidité et de mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile dans les zones de Kayes et Sikasso. L'évaluation note une diminution spectaculaire appréciable des niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile en milieu hospitalier dans l'ensemble des districts sanitaires d'intervention de la convention.

- Quel est l'impact mesurable ou l'effet du projet par rapport à la situation globale du groupe cible ou des personnes concernées ?

L'indicateur relatif à la prévalence du paludisme affiche un taux de réalisation de 119% dans la région zone de Sikasso et 66% dans la région celle de Kayes par rapport à la cible fixée. Les prévalences de la malnutrition aigüe et de la malnutrition chronique la malnutrition sévère se sont considérablement réduites durant la période de mise en œuvre ; en particulier dans la région de Sikasso. Toutefois, on remarque une tendance à la hausse à la hausse de la mortalité maternelle dans le district de Kayes.

Le début de changement observé dans les districts d'intervention présage que les communautés vont continuer avec les pratiques qui ont contribué à l'amélioration de la performance du projet pour réduire les niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile.

Faisabilité

- Les ressources nécessaires sont-elles toujours générées pour maintenir les activités ?

L'évaluation met en évidence que SC, en collaboration avec toutes les parties prenantes, a élaboré un document pour assurer la pérennisation des activités. Le travail avec les groupes communautaires (Pairs éducateurs, écoles de maris, GSAN...) a toujours prioriser l'appropriation des stratégies pour favoriser leur autonomisation. La convention a été conçue sur des bases qui permettent de toujours générer des ressources pour maintenir les activités

- La capacité institutionnelle a-t-elle été positivement influencée ?

Dans le cadre du projet, objet de cette évaluation, l'influence positive de la capacité institutionnelle pour l'atteinte des résultats est notable. Les mécanismes ainsi mis en place sont entre autres :

- *Participation active des autorités de district (administratives et sanitaires), des dirigeants communautaires, des associations de santé communautaire (ASACO), des agents de santé communautaire (ASC) et des groupes de femmes à toutes les phases de la Convention*
- *Alignement sur les systèmes et mécanismes existants (CSCOM et CSRef et avec les ASACO et ASC locaux, de la même façon que les Pairs éducateurs, Ecoles des Maris ou les GSAN...*
- *Renforcement des capacités des responsables de la gestion du système de santé dans les domaines d'intervention du projet ;*
- *Gestion des connaissances ;*
- *Plaidoyer*

- Les effets ou impacts positifs sont-ils durables ?

A travers cette évaluation, l'on note que l'intervention a développé un certain nombre d'approches qui contribuent à la durabilité des effets et impacts positifs de la convention. A la fin du projet, ces approches sont des outils qui restent dans les districts sanitaires pour la pérennisation.

- Comment évaluer la durabilité ou la permanence de l'intervention et de ses effets ?

Dans le registre de la durabilité des effets ou impacts positifs, une stratégie de sortie de la Convention a été élaborée en collaboration avec les parties prenantes (stratégie dynamique adaptée en fonction des conversations directes avec les services techniques, la communauté, autorités politiques et administratives...). Cependant, il est indéniable que les efforts de renforcements de capacités, dotation en équipements, plaidoyer, doivent se poursuivre dans les zones d'interventions du projet en vue de pérenniser et renforcer les acquis de la convention.

Genre

- Comment le projet a-t-il pris en compte la sensibilité au genre à la fois dans la conception du projet et dans la mise en œuvre des activités ?

Les résultats de cette évaluation permettent de relever quelques mécanismes institutionnels et programmatiques pour la prise en compte de la sensibilité au genre dans la conception du projet et la mise en œuvre des activités : le recrutement d'une Spécialiste du genre et du plaidoyer, la formation sur les argumentaires religieux pour pouvoir répondre aux possibles réticences des communautés aux approches de genre, la prise en compte des besoins spécifiques des femmes dans l'organisation des activités, la mise en place de groupes communautaires tels que les EdM, les Pairs éducateurs, les GSAN, ...

- Le projet a-t-il intégré des besoins et une accessibilité différents pour les hommes et les femmes ?

L'intégration des besoins/accessibilité différentes H/F a été prise en compte au moment de designer la campagne de communication. L'étude CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) sur la SSR a permis d'identifier certaines des barrières d'accès aux services SSR par les filles et les femmes. En fonction de ces résultats de l'étude, les messages, affiches, les représentations théâtrales, les tables rondes etc. ont été conçus et désignés (en collaboration avec le CНИЕCS).

- Quels sont les écarts entre les sexes que le projet a réussi à combler et quels aspects restants doivent être examinés plus avant ?

La présence d'une multitude d'acteurs institutionnels et communautaires dont les écoles des maris et les pairs éducateurs, contribue à inverser les tendances et à promouvoir l'importance d'utiliser les services de santé. Le tabou autour de la PF se brise de plus en plus, les hommes s'engagent pour l'amélioration du bien-être des femmes. Les activités réalisées dans le cadre de l'atteinte des résultats de l'intervention contribuent à court, moyen et long terme ; à réduire les écarts entre les sexes, à travers le renforcement du leadership et de la gouvernance des autorités locales, communautaires et sanitaires par des actions de plaidoyer pour inclure des aspects tels que le genre, la couverture sanitaire universelle et la protection environnementale dans les plans locaux.

Sauvegarde de l'enfant

- Les activités programmatiques ont-elles été conçues, planifiées, mises en œuvre et contrôlées pour garantir qu'elles ne représentent pas un danger pour les enfants ?

Une évaluation des risques potentiels pour les enfants et un plan avec des stratégies d'atténuation de ces risques sont réalisés lors de la planification de toutes les activités mises en œuvre. Une fois l'activité planifiée et lancée, toutes les personnes (participant.e.s et animateurs/trices) sont sensibilisées par rapport à la politique de sauvegarde et en partageant les canaux de signalement mis à la disposition de tou(te)s pour signaler d'éventuels abus.

- Comment le projet a-t-il évalué les risques pour les enfants et ces risques existent-ils toujours à ce jour ? - Les risques ont-ils été réduits, contrôlés et gérés par les actions de minimisation ?

Les sensibilisations par rapport à la politique de sauvegarde, les mécanismes de dénonce etc, étaient toujours partagés au début de chaque activité, indépendamment de la commune, district sanitaire, région d'intervention ou organisation en charge de la mise en place. Spécifiquement dans les communes prioritaires de la Convention, des points focaux sauvegarde ont identifiés dans la communauté, formé(e)s et orienté(e)s à plusieurs reprises.

Recommandations

Aux regards des résultats de l'évaluation, quelques recommandations sont formulées pour améliorer les prochaines interventions à travers des indications spécifiques

Étapes	Recommandations	Responsables
<p>Pour améliorer la conception</p>	<p>1. Associer les organes opérationnels partenaires de mise en œuvre à la phase préparation (écriture) des nouveaux projets. <i>L'évaluation révèle que l'AMADECOM a « pris le train en marche ».</i></p>	<p>Equipe projet/SC</p>
	<p>2. Impliquer les chargés de données des structures sanitaires dans la formulation des indicateurs de suivi pour les projets qui utilisent leurs données secondaires bien avant l'évaluation de base. <i>Certains indicateurs ne correspondent pas à ce qui est disponible dans le système d'informations sanitaires.</i></p>	<p>Equipe projet/SC</p>
	<p>3. Assurer plus de lisibilité et de traçabilité dans la détermination des cibles des indicateurs en adoptant une approche standard basée sur des informations consignées dans les documents de référence. <i>Les cibles des indicateurs n'étaient pas fixées annuellement mais en fin de projet.</i></p>	<p>Equipe projet/SC</p>
	<p>4. Intégrer des aspects d'autonomisation économique des femmes/filles dans les projets de santé maternelle et infantile à travers la création d'activités génératrices de revenus. Le manque de moyens pour payer les services et pour le déplacement est noté comme un facteur clé limitant l'utilisation des services par les femmes : <i>« Même si les frais de traitement sont abordables ou gratuits, tout le monde ne peut pas continuer longtemps les aller-retours entre le domicile et les centres de santé qui peuvent être souvent distants ».</i> (FGD, groupements de femmes, Yélimané).</p> <p>5. Prévoir suffisamment de moyens pour conduire les évaluations (baseline et finale) à l'effet de collecter des données complètes pour renseigner les indicateurs. <i>Il y a des difficultés pour renseigner certains indicateurs dans les structures sanitaires.</i></p>	<p>Equipe projet/SC</p>
	<p>Pour améliorer les résultats et</p>	<p>6. Appuyer l'extension des approches EdM, GSAN, Pairs éducateurs, ASC à l'ensemble des aires de santé des districts d'intervention.</p> <p>7. Prévoir des actions de gratuité ou de facilitation des frais pour accéder aux services de santé maternelle et</p>

<p>les impacts des actions.</p>	<p>infantile. <i>Le problème d'accessibilité financière se pose.</i></p> <p>8. Mettre en place un mécanisme rigoureux de rapportage des données des structures privées au système d'informations des aires de santé ; en particulier dans le district sanitaire de Kignan. <i>Pour certains d'indicateurs, la faible performance dans le district de Kignan pourrait s'expliquer par la non prise en compte des données des structures privées.</i></p> <p>9. Renforcer les capacités des groupes communautaires en sensibilisation sur les retards dans la recherche de soins de santé et accentuer cette sensibilisation au niveau communautaire. <i>L'évaluation révèle que le retard est un facteur de décès maternel.</i></p> <p>10. Renforcer, par une stratégie active de communication, le plaidoyer en faveur de l'adoption de la loi contre les VBG et de la mobilisation communautaire pour l'abandon définitif des MGF et autres pratiques néfastes (VBG et mariage précoce).</p> <p>11. Appuyer la révision des PDSEC des communes à l'effet d'y intégrer les questions de nutrition, santé sexuelle et reproductive, genre et violence basée sur le genre. <i>Le PDSEC est le document de référence des communes qui guide les actions en matière de santé maternelle et infantile.</i></p> <p>12. Planifier dans l'équipe technique de gestion de projet, suffisamment de ressources humaines compétentes dans les domaines nouveaux et émergents tels que le genre et la violence basée sur le genre. <i>Le projet a souffert de l'insuffisance de spécialistes en genre et VBG.</i></p> <p>13. Mener le plaidoyer pour l'opérationnalisation du Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)</p> <p>14. Envisager la possibilité de préparer une deuxième phase de la convention afin de capitaliser les acquis et atteindre les résultats complémentaires. <i>Les moyens déployés et les efforts fournis n'ont pas permis d'atteindre tous les objectifs dans les districts sanitaires.</i></p>	<p>CSRéf</p> <p>Equipe projet/SC CSRéf</p> <p>Equipe projet/SC</p> <p>Equipe projet/SC</p> <p>Equipe projet/SC</p> <p>Niveau national/Equipe projet/SC /AECID /ASACO/</p> <p>Equipe projet/SC /AECID</p>
--	--	--

Annexes

Les annexes sont compilées dans des documents séparés.

TdRs

Méthodologie proposée

Outils de collecte de données utilisés

Plan de travail,

Composition et la description de la mission

Plan d'adaptation des activités en fonction des seuils