



Royaume des Pays-Bas

## **Rapport Final**

### **Mission d'évaluation à mi-parcours du Programme Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction et la Promotion des Droits des Femmes et des Filles**

**XXX**

**Financement : Royaume des Pays-Bas  
Ambassade des Pays Bas**

**Juillet- Août 2017**



Juillet 2017, évaluation à mi-parcours à Bandiagara, focus groupe avec les représentants des partenaires, communautaires et maires

## **Rapport Final**

### **Mission d'évaluation à mi-parcours du**

### **Programme Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction et la Promotion des Droits des Femmes et des Filles**

### **Ambassade des Pays Bas**

### **Debbo Alafia**

### **Juillet- Août 2017**

(Final Version)

**Auteur et expert principal : XXX**

**Consultant national : XXX**

**national : XXX**

**Coordination : XXX**

*Le contenu de cette publication est la seule responsabilité de Edburgh et ne peut en aucun cas être considéré à refléter les points de vue de l'Ambassade des Pays Bas*

**TABLE DES MATIERES**

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
1.1	Contexte et Objectifs de l'Evaluation	1
1.2	Sélection et Mise en œuvre des quatre organisations chapeaux :	2
1.3	Les différentes phases de l'Evaluation	2
1.4	Structure du Rapport	3
<b>2</b>	<b>Méthodologie d'Evaluation</b>	<b>5</b>
2.1	Méthodologie proposée	5
2.2	Recherche et collection de données	5
2.3	Questions d'évaluation et interprétation de la logique d'intervention	5
2.4	Questions d'évaluation et interprétation de la logique d'intervention	6
2.5	Approche développée pour assurer la qualité de la recherche de données	6
2.6	Contraintes et limitations de l'analyse	6
<b>3</b>	<b>Appréciation des principaux Résultats du Programme</b>	<b>8</b>
3.1	Pertinence	8
3.1.1	Le programme répond aux nécessités des groupes cibles	8
3.1.2	Cohérence avec la politique nationale et le droit universelle de la femme :	10
3.1.3	Complémentarité de la protection de la santé de la femme et sociale	11
3.1.4	Choix stratégiques	12
3.1.5	Complémentarité et synergies	14
3.2	Efficacité	16
3.2.1	Efficacité par composante	19
3.2.2	Développement des ressources humaines et des capacités	20
3.2.3	Composante complémentaire PEC des fistules	22
3.2.4	Suivi et évaluation des indicateurs	23
3.3	Efficiences	27
3.3.1	Les structures de gestion et articulation du programme	27
3.3.2	Défis et réajustements dans le progrès du Programme	32
3.3.3	Justification des frais de projet et exécution des fonds	34
3.3.4	Suivi & Evaluation et rapportage	35
3.4	Durabilité	39
3.4.1	Risques et assomptions	40
3.5	Prise en Compte du Genre	41
3.6	Les effets	41
<b>4</b>	<b>Conclusions, Leçons opérationnelles et Recommandations</b>	<b>43</b>
4.1	Conclusions	43
4.2	Leçons opérationnelles	43
4.3	Recommandations pour L'ambassade des Pays Bas	46
4.4	Recommandations pour les partenaires	47
<b>5</b>	<b>Annexes</b>	<b>50</b>
Annexe 1	Termes de Référence	51
Annexe 2	Personnes rencontrées	60
Annexe 3	Carte régions et districts sanitaires	64
Annexe 4	Présentation de restitution Debbo Alafia 26 juillet 2017	65
Annexe 5	Liste de littérature	73
Annexe 6	Tableau d'indicateurs opérationnels et financiers	75
Annexe 7	La fiche d'interview individuelle	77
Annexe 8	Fiche de relevée de bonnes pratiques et cas de succès	85
Annexe 9	Tableaux d'auto-évaluation	99

## TABLEAUX

Tableau 1: Tableau auto-évaluateur de la couverture du Programme (annexe 6).....	18
Tableau 2: Tendances des indicateurs clefs du Programme (annexe 6).....	26
Tableau 3: Justification des frais de projet et exécution des fonds.....	34
Tableau 4: Tableau d'indicateurs.....	75

**SIGLES ET ABBREVIATIONS**

AC/SRDF	Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction et la Promotion des Droits des Femmes et des Filles
AEN	Aide de l'Eglise Norvégienne
AGP	Agence de Gestion du Programme
ADC	Agent de Développement Communautaire
AMSS	Association Malienne pour la Survie au Sahel
APE	Association des Parents d'Elèves
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASDAP	L'ONG Association de Soutien au Développement des Activités de Population
ATR	Accoucheuse Traditionnelle Recyclée
CAFO	Coordination des Associations et ONG féminines du Mali
CAP	Couple Année Protection
CCSC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CLAPN	Comités Locaux d'Abandon des Pratiques Néfastes
CAEB	l'ONG Conseils et Appui pour l'Education à la Base
CLSP	Comité Local de Suivi du Programme
CROCEPS	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes sanitaires et sociaux
CRSP	Comité Régional de Suivi du Programme
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
CT	Collectivités Territoriales
CVAPN	Comités Villageois d'Abandon des Pratiques Néfastes
DA	Debbo Alafia
DAO	Dossier d'Appel d'Offre
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRPFEF	Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
DRS	Direction Régionale de la Santé
DTC	Directeur de Centre de Santé Communautaire
EDSM	Enquête Démographique et de Santé Mali
EPH	Etablissement Public Hospitalier
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
FO	Fistule Obstétricale
PGLR	Programme Gouvernance Locale Redevable
P(T)N	Pratiques (Traditionnelles) Néfastes
IOV	Indicateurs Objectivement Vérifiables
ISA	International Sports Alliance

MGF	Mutilation Génitale Féminine
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MSC	Most Significant Change
MSH	Medical Sciences for Health
OCB	Organisation Communautaire de Base
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPJ	Officier de Police Judiciaire
OSC	Organisation de la Société Civile
PDSEC	Plan de Développement Social, Economique et Culturel
PEC	Prise en Charge
PF	Planification Familial
PMO	Partenaires de mise en œuvre
PNLE	Programme National de Lutte contre l'Excision
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
Recotrade	Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement du Mali
RMMNN	Réduction de la Mortalité Maternelle et Néo- Natale
RTA	Rapport Trimestriel d'Activités
SLDSES	Service Local du Développement Social et de l'Economie Solidaire
SONU	Soins obstétriques et néonataux d'urgence
SR(DRS)	Santé Reproductive, Droits Reproductifs et Sexuels
STE	Services Techniques de l'Etat
TIC	Technologie d l'Information et de la Communication
UCP	Unité de Coordination du Programme
VBG	Violences Basées sur le Genre

### Fiche d'intervention

<i>Intitulé de l'intervention</i>	Programme Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction et la Promotion des Droits des Femmes et des Filles
<i>Zone d'intervention</i>	Mali (Ségou, Tombouctou, Mopti et Gao)
<i>Budget total</i>	16 250 000 Euros
<i>Institution partenaire</i>	ASDAP, AEN – AMSS, et MSH - CAEB
<i>Date de démarrage du projet</i>	01-10-2014 (FCI ensuite MSH-CAEB, ASDAP, AEN-AMSS), AEN Gao débute le 01-06-2016.
<i>Date de clôture du projet</i>	Fin des conventions PMO le 31-12-2018 sauf pour Gao le 30-06-2019.
<i>Impact</i>	<p>Les normes sociales dominantes protègent les filles et les femmes contre les VBG.</p> <p>Les initiatives locales améliorent la SR et les DRS des communautés, ainsi que la promotion des droits des femmes et filles.</p>
<i>Objectifs spécifiques</i>	<p>Contribuer à l'augmentation de l'utilisation des services de santé de la reproduction et l'accès aux méthodes contraceptifs modernes, de qualité et aussi de longue durée ;</p> <p>Renforcement des capacités des acteurs locaux en SR et DRS ;</p> <p>Réduction des pratiques traditionnelles néfaste et autres violences faites aux femmes, y compris les mariages précoces ;</p>
<i>Résultats attendus</i>	<p>Augmentation de la demande de service de PF ;</p> <p>Accès aux produits contraceptifs de qualité ;</p> <p>Les organisations de base de femmes et de jeunes développent et mettent à l'échelle des activités dans les thématiques SR et DRS, et la lutte contre les VBG (min 200 organisations);</p> <p>De services adéquats pour les survivantes des VBG ;</p> <p>Augmentation des connaissances sur les conséquences de l'excision et du mariage précoce et engagement pour leur abandon ;</p> <p>Le taux d'excisions baisse ;</p> <p>Les Capacités des acteurs locaux sont renforcées afin de développer des stratégies pour la mise en œuvre d'actions d'impact durable dans les thématiques de PF, lutte contre la VBG, promotion des droits des femmes et des filles dans les régions de Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka.</p>

## 1. Résumé

---

### 1.1. Constatations d'évaluation

#### 1.1.1. Pertinence et Cohérence

Le programme Debbo Alafia (DA) est pertinent en s'alignant sur la politique de santé, et répond donc aux priorités nationales. DA s'inscrit parfaitement dans la Stratégie des Pays Bas. Dans le cadre des orientations stratégiques 2014-2017, la Coopération Néerlandaise au Mali vise la thématique de la Santé et des Droits Reproductifs et Sexuels au Mali (SR et DRS), l'amélioration de la santé reproductive des Maliens : hommes, femmes, garçons et filles, avec une autonomie de décision accrue. Dans ce contexte le programme soutient spécifiquement le PRODESS, par l'accompagnement des initiatives d'organisations de la société et en synergie avec les efforts de l'Etat. Un protocole d'entente avec le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MPFEF) contribue au renforcement de la cohérence du programme avec les documents nationaux de référence sur les thématiques couvertes.

Le Programme Debbo Alafia (DA) est une réponse à une préoccupation majeure des communautés et en particulier des femmes et des jeunes filles. Le Mariage Précoce/forcé est une source de conflits au sein des familles et des communautés, vu qu'étant une cause de dystocie le MP peut se solder par une fistule ou la mort de la mère et/ou de son bébé. Le lien entre la non utilisation de la Planification Familiale (tabous au sein de la communauté) et la déscolarisation des filles due aux grossesses en milieu scolaire est reconnu comme grand problème par l'ensemble des bénéficiaires et par les femmes, les jeunes et surtout les femmes malades de fistule. Les évaluations de base démontrent que la pratique de l'excision, du mariage précoce et des violences physiques basées sur le genre a été et demeurent très répandus dans toutes les régions ciblées. L'insuffisante couverture de la région<sup>1</sup> par les intervenants auparavant explique en partie la persistance de l'excision, du mariage précoce et des violences physiques au nom des croyances<sup>2</sup>. Ceci explique leurs taux de prévalence élevés par rapport au taux national. Dans les sociétés on constate que l'absence de réaction face aux nombres de victimes de violence basé sur le genre (VBG) et mariage précoce (MP) constatés est supérieure par rapport au nombre d'interventions faites pour améliorer la situation. Certaines couches des régions du Nord pratiquent l'excision souvent à des taux supérieurs au taux national, comme le cas du cercle de Niafouké (97%). Quant au mariage précoce, pratique néfaste la plus répandue, aucune ethnie au Mali n'en est épargnée.

DA s'est mis de façon planifiée en synergie avec d'autres programmes<sup>3</sup>, entre autres des Pays-Bas (voir 3.1.5), actifs dans ces mêmes 4 régions de concentration pour la coopération : Ségou, Mopti, Gao-Ménaka et Tombouctou. La complémentarité est importante comme elle permet de propager par ce biais les connaissances des thématiques SRDRS et la sensibilisation. L'importante conclusion - qui confirme la pertinence du programme DA - est qu'auparavant, malgré une forte présence d'organisations et associations, la couverture géographique n'était pas équitable et les actions se dirigeaient surtout vers les chefs-lieux.

Pour atteindre une large couverture d'accès plus équitable le programme a introduit le principe du « faire faire » et contribue ainsi à renforcer le rayon d'action de proximité tout en

---

<sup>1</sup> Les organisations et ONG sont principalement basées dans les chefs-lieux des régions et moins à l'intérieur, entre autres pour causes de sécurité.

<sup>2</sup> Source : TdR pour l'appel à proposition pour la mise en œuvre des programmes régionaux Debbo Alafia.

<sup>3</sup> Référez à paragraphe 3.1.5 p14 et 15

impliquant la société civile (OSC), les services techniques d'état (STE), les collectivités territoriales (CT). Cette approche comporte le danger de glisser vers un laisser faire si certaines conditions (de qualité) et de suivi basé sur des directions et indicateurs clairs et préétablies ne sont pas suffisamment considérées selon les règles de l'art<sup>4</sup>. Il en est de même pour les études de base qui ont pour conséquence de ne pas livrer les données précises comme ligne de base notamment pour un suivi ultérieur plus fiable.

L'ambassade des PB a fait le choix d'utiliser cette même approche de « faire faire » en faisant l'appel à propositions aux trois organisations chapeaux, en leur laissant la liberté de développer leur propre cadre logique du programme et qui diffère donc pour les quatre régions. Rapidement les organisations ont ressenti le besoin d'aligner et d'harmoniser les indicateurs.

### 1.1.2. Efficacité

Le programme avance tendanciellement vers les résultats escomptés, bien qu'ils soient difficilement quantifiables. Une rencontre des coordinations de programme a permis de mutualiser les stratégies relatives à la synergie, d'échanger et de réfléchir sur les difficultés rencontrées par les chapeaux dans la gestion financière des Partenaires de Mise en œuvre (PMO).

Les compétences dévolues aux collectivités constituent une opportunité pour les acteurs locaux de base ayant émergé. Cela leur permet de veiller à inclure dans les programmes de développement économique et social les thématiques en matière de santé de la reproduction, des droits reproductifs et sexuels, la lutte contre les pratiques néfastes (PN : excision, mariage précoce) et autres violences basées sur le genre, à la seule condition que les collectivités prévoient un budget de fonctionnement<sup>5</sup>.

Plusieurs facteurs catalysent l'effet de l'intervention. En travaillant avec les associations de jeunes, de femmes, les relais communautaires et avec l'aide des ONG locales, l'action s'étend sur un plus grand public que celui concentré autour des chefs-lieux, ce qui était accusé comme faiblesse des multiples programmes déjà en cours dans les régions. D'autres portes d'entrée et de divulgation sont explorées avec succès : le travail avec les religieux et avec le réseau traditionnel. Ce dernier permet d'avancer dans des zones peu sécurisées.

D'autres choix stratégiques sont développés entre autres : l'importance d'améliorer les connaissances des populations de 10 à 45 ans sur les méfaits de l'excision, les raisons, les fondements, les interrelations avec les droits. Tous les 4 programmes sont engagés non seulement dans la sensibilisation de la Planification Familiale (PF) et entrent en synergie avec des ONG engagés dans la stratégie avancée et formation pour les contraceptifs de longue durée, mais en soutient des failles de distribution de préservatifs et autres produits contraceptifs achètent et distribuent à travers des associations et relais.

Le programme à Tombouctou a gardé le volet de prise en charge (PEC) des Fistules Obstétricales (FO) dans laquelle l'organisation était active auparavant. Les stratégies appliquées pour la PEC de la PO correspondent à 2 des 3 volets la Stratégie Nationale de Prévention et de PEC de la fistule : la PEC charge médicale et réinsertion Le programme à Mopti intervient avec un support budgétaire pour le PEC chirurgicale et pour l'accommodation des femmes qui demeurent loin des villages et souvent répudiées par leurs familles. A Ségou le programme met un budget important à la disposition d'un comité restreint dont les membres sont issus des Comités Locaux d'Abandon des Pratiques Néfastes (CLAPN), pour soutenir les

---

<sup>4</sup> Voir sous efficacité et indicateurs

<sup>5</sup> La prévision des activités dans les PDSEC non accompagnée d'une budgétisation de crédit par les collectivités est vouée à l'échec dans les Régions confrontées à l'insécurité où les taux de mobilisation des ressources sont bas.

victimes des abus et contribue à la prise de conscience des membres par rapport aux conséquences de l'excision. Compte tenu de la spécificité de la fistule prise en charge par d'autres projets/programmes dans la région, elle ne fait pas partie de cette prise en charge.

Vu les faiblesses en connaissance, attitudes et pratiques par rapport à la SR, VBG, DSR, PTN, constatées dans les études de base, il s'agit d'appliquer rigoureusement les politiques nationales en matière de la SR, et pour cela prévoir dans la traduction des politiques et les textes législatifs. De là l'importance de l'implication des parajuristes, agents communautaires qui possèdent des notions fondamentales du droit et de ses procédures, ainsi que la motivation, les attitudes et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre des programmes éducatifs destinés à sensibiliser les personnes défavorisées à la connaissance de leurs droits humains<sup>6</sup>.

La stratégie du faire faire dans toutes les régions couvertes par le programme permet de développer et de renforcer la synergie entre les PMO organisés en s'enrichissant avec les propres spécificités des PMO. Mais le réseau demande d'être correctement encadré, suivi et orienté sur base d'objectifs et résultats à atteindre, et à être suivi sur un minimum d'indicateurs. Sans cet encadrement basé sur la performance des PMO, le faire faire risque de ne pas aboutir à l'effet escompté. Ceci est d'autant plus important que dans les zones insécurisées, les PMO ont une capacité de mise en œuvre télécommandée mais basée sur des objectifs et indicateurs clairs.

Les trois organisations dans les 4 régions utilisent tous des cadres de mesures de rendement, avec suivi du niveau des indicateurs et cibles à atteindre. Par contre il est plus difficile à trouver l'avance en temps réel. Souvent les chiffres et pourcentages utilisés sont l'objectif théorique, mais on ne retrouve pas dans les rapports une analyse simple comme celle du tableau 2, avec des indicateurs communs pour les quatre régions. La tendance des quelques indicateurs sélectionnés par les consultants pour être d'un nombre plus réalistes, mesurables, spécifiques, pertinents, crédibles et comparables (faciles à monitorer) dans le temps et entre les 4 programmes (SMART<sup>7</sup>) sont listés dans le Tableau 2, annexe 6. Les seuils des indicateurs devront être revus annuellement pour les mettre à jour au cas qu'ils ne soient plus réalistes. Il n'est pas clair si cela est fait.

L'importance d'avoir des indicateurs communs et faciles à suivre est de pouvoir exprimer à la fin du programme le poids du changement incité grâce à un investissement des Pays Bas de plus de 10 millions d'Euros. Le poids potentiel d'une économie d'échelle sur une population atteinte de 4.5 millions d'habitants (source : les organisations mêmes), donc un tiers des habitants du Mali si on n'inclut pas Bamako, n'est pas négligeable. Une entreprise de telle envergure demande un suivi de proximité, harmonisé et reproductible si possible.

### 1.1.3. *Efficiency*

La gestion et suivi du programme passe par le montage institutionnel qui s'articule autour du Comité Régional de Suivi de Programme (CRSP), présidé par le Gouverneur de la région, les comités de suivi de cercle (1 par cercle) et les comités de suivi de communes (1 par commune). Le CRSP regroupe tous les services techniques dont la Direction Régionale de la Santé (DRS), la Direction Régionale de la Promotion de la Femme de l'Enfant et la Famille (DRPFEF) et de la Direction régionale du Développement social et de l'Economie Solidaire

---

<sup>6</sup> L'efficacité de la mobilisation de ces parajuristes étant conditionné également par un système clair d'honoraires ou de primes afin d'éviter des démobilisations. Certains programmes impliquant ces derniers ont eu leur efficacité impacté au cours des dernières années en ne stabilisant pas en amont les modalités de rémunération de ces agents communautaires.

<sup>7</sup> Spécifique, mesurable, achevable (réalisable), réaliste et dans le temps prévu (opportun)

(DRDSES) qui sont les 3 départements en charge de la mise en œuvre du PRODESS II. Avec comme but l'ancrage institutionnel du programme DA, il était prévu de tenir deux revues semestrielles du Comité Régional de Suivi de Programme (CRSP) et de tenir 4 réunions trimestrielles du Comité Local de Suivi de Programme (CLSP) par district dans le cas de Tombouctou). La fréquence de ces réunions n'est pas respectée dans toutes les régions, soit par difficulté de convocation soit par contrainte financière (Ségou). Outre le suivi du comité communal, les ADC du programme mènent des suivis d'activité mensuels des relais, associations et comités. Ces suivis servent d'espaces d'encadrement et de renforcement de capacités pour ces acteurs et bénéficiaires. L'organisation opérationnelle des 3 organisations chapeaux est similaire sauf qu'à Ségou elle a opté à couvrir la grande surface en travaillant à travers de l'accompagnement de huit ONG pour être encadreurs des associations et accompagnés d'ASDAP, sélectionnées parmi 36 ONG et des partenaires ponctuels pour des initiatives spécifiques.

Les programmes des quatre régions élaborent les plans et budgets annuels ainsi que les rapports périodiques et les audits, conformément à la convention avec le bailleur.

La couverture de la population de Gao est de 90%, Tombouctou 70%, à Mopti de 65%, et à Ségou 58%. Le nombre d'activités exécutées, en autonomie et en sous-traitance, est très dispersé dans l'application des thématiques, et en complémentarité mais également en substitution des structures techniques de l'état. Ceci rend difficile l'articulation et la cohérence des actions dans le cadre de la mission de collecte. Beaucoup de formations sont entreprises dans le contexte du programme, aux partenaires et par les partenaires aux bénéficiaires : élus municipaux, religieux, membres d'associations parents/élèves, jeunes filles, garçons, pères et maris, leaders communautaires, communicateurs traditionnels, relais communautaires, agents de santé. Les Comités Villageois d'Abandon des Pratiques Néfastes (CVAPN) sont mis en place et d'autres sont redynamisés. Après renforcement des compétences, dans une approche partenariale avec les équipes de terrain de DA pour la sensibilisation sur les thématiques, l'utilisation des relais des aires de santé est salutaire pour un bon ancrage opérationnel.

La fistule à sa place dans le programme, étant une charge importante et coûteuse pour la femme et la famille, aussi bien dans le contexte de la VBG que comme suite des MP. En plus de la charge sociale, la famille a des difficultés à prendre en charge les frais médicaux liés à la fistule, devenant une raison de plus pour répudier l'épouse.

Les taux d'exécution données par les régions sont 51% pour Mopti, 73% pour Ségou<sup>8</sup>, Tombouctou 65% et Gao/Ménaka 2%.

Le partage des données issues du programme avec les mécanismes du PRODESS et les autres partenaires gagnerait à être renforcé et systématisé. Le Directeur régional à Gao par exemple, a insisté sur la nécessité pour DA d'intégrer les cadres de concertations mises en place en matière de santé dans la région et pas seulement du cluster, où les organisations sont bien présentes. UNICEF en soutien à la DRS de Gao insiste sur la participation plus effective du programme dans les cadres de santé et de protection sociale mis en place et très fonctionnels.

La dynamique de communication sociale et stratégique du programme demande d'être renforcée à Gao. Les organisations membres du CRP indiquent un déficit de communication en dehors des sessions dudit comité. Le Gouvernorat qui préside le comité a du mal à partager systématiquement selon eux les informations.

---

<sup>8</sup> Note que la baisse de fonds après 2 ans de mise en œuvre, signifie que la plupart des activités et fonds sont engagés. La solution a été de réduire le nombre de villages couverts (par conséquent le nombre d'ONG) et le nombre d'agents des ONG qui continuent.

Ségou a opté à travailler avec huit ONG d'encadrement. Le but et la raison d'être est l'enver-gure de la couverture recherchée, une couverture géographique plus complète, et la néces-sité d'adresser la thématique d'une manière intégrée, reposant l'approche du programme sur une démarche multi-acteurs orientée sur le « faire faire » pour assurer l'atteinte des résultats visés. Dans ce cas il y a donc délégation des responsabilités des tâches qui engendre la nécessité de développer des instruments de suivi. Il faut à ce titre définir non seulement les objectifs à atteindre, le suivi de la qualité du travail, mais il y prioritairement la nécessité d'établir des indicateurs clairs, simples et vérifiables.

#### 1.1.4. Durabilité

La durabilité du programme est inscrite dans l'ancrage institutionnel, ce qui la rend subsidiaire aux engagements opérationnels et budgétaires des départements et ministères concernés. Le non planification ou exécution de budget pour le fonctionnement des STE en matière de SR et DSR mettra en cause le renforcement du réseau atteint par le programme. Dans le processus de transfert des compétences et des ressources de l'État aux collectivités territo-riales, la dévolution des budgets vers les communautés augmente le rôle et implication des cercles, des communes et ensuite des relais communautaires. Ainsi l'implication des préfets, maires, et relais constitue la base de la pérennité. Les points focaux dans les STE au niveau central et local, qui eux aussi ont bénéficié des formations et qui font des missions de suivi, seront responsables de la pérennisation des actions de développement communautaires.

Le programme est ancré au niveau de comité régional, communal et local à travers la mise place de comités de pilotage et renforcé par des groupements des premiers bénéficiaires, ainsi que l'engagement des communautés et des groupements des bénéficiaires, des Jeunes et des Femmes. Les services techniques régionaux et communaux sont de grande impor-tance dans le réseau, pour l'ancrage et la durabilité et dans le contexte de la mise en œuvre du PRODESS. Les services techniques d'état (STE) et autres font partie du comité de pilo-tage (CdP) du programme et effectue des missions de suivi dans les zones d'intervention du programme sous la coordination de la DRPFEF.

La durabilité gagne en dynamique si les Plans de Développement Social Economiques et Culturel (PDSEC) sont mis en œuvre comme planifié et les personnes formées et les asso-ciations renforcées prennent l'initiative de continuer les activités au-delà du programme. La prévision des activités dans les PDSEC, non accompagnée d'un budget par les collectivités, est vouée à l'échec dans les régions confrontées à l'insécurité où les taux de mobilisation des ressources sont bas.

Le Comité de Suivi à Ségou insiste sur une visite conjointe plus régulière avec le programme pour son suivi et intégration et à Gao une meilleure communication est demandée par les partenaires. Il semble aux évaluateurs qu'il serait d'un investissement plus bénéfique d'amé-liorer et de renforcement à ce niveau d'échanges d'expérience et de maintenir un partage d'information avec les structures membres de façon plus systématique et régulière, même en dehors des sessions du CRP. Même si l'état est déficient dans la supervision et budgétisation des structures essentielles pour la VBG, la durabilité gagnerait plus d'un plaidoyer insisté.

De même la durabilité gagne en dynamique si les PDSEC sont mis en œuvre comme planifié et les personnes formées et les associations renforcées prennent l'initiative de continuer les activités.

## 1.2. Les effets (perceptibles prévus)

Il est connu que les thématiques traitées dans la SR et les DRS sont considérés comme tabou, allant de la PF à la VBG et passant par les pratiques néfastes. Le constat que le programme DA dans toute son étendue et dans l'intérieur du pays réussi à ouvrir des portes

et lever une partie du tabou, est un résultat qualitativement appréciable. Un indicateur significatif pour mesurer l'impact est donc bien le nombre de Conventions en cours de signature ou déjà signées pour l'abandon des pratiques néfastes. Elle permet de mobiliser les communautés qui concertent autour de l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes (MP, MGF) : 76 à Mopti, à Ségou 16 communes (243 villages). A Tombouctou 24 conventions communales d'abandon de l'excision concernant 240 villages sont prévues, dont 2 sont déjà signées, 20 conventions communales d'abandon du MP prévues, dont 6 sont déjà signées). En plus elles sont une mesure directe de la synergie et coopération entre le programme DA, les programmes nationaux du PNLE et du PRODESS, Plan d'Action d'Abandon des Pratiques Néfastes (PN) et Violences Basées sur le Genre (VBG), et les services techniques d'état.

Les interventions du programme ont permis aux jeunes et femmes de jouir de leurs droits reproductifs et sexuels à travers les centres d'écoute et d'approvisionnement. Malgré quelques poches de résistances à l'abandon de la pratique de l'excision et du mariage précoce (religieux surtout), il y a aussi implication et engagement de religieux dans la réduction de la célébration de mariage précoce et forcé dans plusieurs localités. On note le changement de posture de certains leaders qui étaient farouchement opposés aux activités du programme. On peut également noter l'implication des communautés pour l'amélioration de la SR et l'abandon de PTN, et un début de renforcement de capacités d'acteurs locaux dans le domaine.

Le programme facilite et organise le référencement et l'amélioration du niveau de prise en charge des survivantes des VBG dans les hôpitaux ou lors de campagnes. Egalement, les agents de santé témoignent que la fréquentation de leur service s'est améliorée, ainsi que le rapportage des cas d'annulation d'excision ou de mariage précoce (voir document sur cas de succès, Annexe 8).

Le programme a connu une stimulation des PMO vers une capacité de planification pour le ravitaillement périodique en produits contraceptifs des structures de santé via la DRS suite à la demande créée à l'issu des activités d'IEC. Elle augmente son champ d'influence en faisant le suivi des dotations des relais et agents de santé communautaires en produits contraceptifs et leur utilisation par les populations.

### 1.3. CONCLUSIONS / RECOMMANDATIONS

Les conclusions et recommandations saillantes sont les suivantes

#### 1.3.1. *Recommandations pour L'ambassade des Pays Bas*

- 1 Vu la base de lancement de programme sur des indicateurs quantitatifs plus que qualitatifs et incitant au saupoudrage, l'ambassade pourrait être le lead des trois organisations et relancer une dynamique sur le choix d'indicateurs et leur application conséquente dans le suivi des PMO. Afin de pouvoir bénéficier de l'économie d'échelle sur une population estimée à 4.5 millions d'habitants un travail conjoint pourrait aboutir à harmoniser et simplifier les indicateurs et ajouter des éléments de suivi de qualité. Ceci facilitera l'estimation des effets à la fin du programme et l'impact possible à grande échelle (dans 5 régions du Mali). L'avantage d'utiliser des indicateurs simples est de pouvoir suivre l'action des PMO à condition qu'ils en soient instruits au début de leur action, donc dans ce cas il s'agirait d'un nouveau départ pour la seconde partie du programme prenant place dans le même contexte.
- 2 Explorer la possibilité d'appliquer un indicateur de captation de message, d'ouverture des portes et levée du tabou sur les thèmes de SR et DRS. Il a semblé aux évalua-

teurs durant les multiples entrevues et groupes focus que cet aspect est une importante porte d'entrée vers l'entente, écoute, divulgation, la compréhension de l'importance de la SR et SDR, et un objectif spécifique en soi.

- 3 Sous l'augure de l'ambassade, les organisations pourraient œuvrer à renforcer le dispositif de suivi grâce à des visites conjointes avec les paires organisations et représentants STE d'autres régions impliquées. Sous réserve un regard plus indépendant et d'échange d'expériences, ceci renforce en même temps l'action sur les thématiques à niveau national.
- 4 Impliquer les trois organisations dans le lancement, par l'ambassade des Pays Bas, du projet de support aux victimes des fistules obstétricales. Suite à cet échange les organisations chapeaux pourraient faire un choix stratégique et être transparent sur cette activité. Toutes les organisations interviennent de près ou de loin dans la PEC des victimes des VBG. L'ambassade devra inciter les programmes qu'il finance à collaborer davantage avec Intra-Health International via le projet USAID/Fistula Mali et le Ministère de la Santé pour élaborer la nouvelle stratégie nationale de prévention et de prise en charge de la fistule au Mali.
- 5 Harmoniser et documenter davantage les expériences des programmes dans la distribution des contraceptifs, dans l'offre et le suivi des activités de PF. Faire le choix si la distribution est en substitution (absence des services/fonctions d'état) ou en complément et renforcement des programmes de l'Etat. Les programmes DA gagneraient en efficacité s'ils travaillent davantage sur la création de la demande ainsi qu'à améliorer la couverture des besoins, en renforçant la synergie et la coordination avec les ONG, les autres projets et programmes et avec les services publics.
- 6 Plaider pour un encadrement de la consommation des ressources allouées aux programmes à un rythme soutenable sur leur durée/et ou l'allocation de budget supplémentaire là où la nécessité se fait sentir. Pour les budgets déjà épuisés, il existe le choix entre la contention des frais, parfois augmenté par le nombre d'intermédiaires et le mesurer contre un abandon d'activités alors que le programme peut avoir une année d'activités à dérouler. Dans le cas par exemple de ASDAP, le rythme de consommation des fonds dans la tendance actuelle pourrait nuire à certaines activités de proximité qui ne seront plus possibles dans l'année à venir. Par contre ceci doit être appliqué avec une révision des activités et contention des frais. Or que c'est la fonction des départements impliqués il est une substitution et pas un renforcement du réseau CLAPN si des fonds sont octroyés pour couvrir des indemnités de séance pour les réunions statutaires des CLAPN. Dans ce cas il vaut mieux organiser directement avec les médecins chef de district sanitaire (CSREF) et de CSCOM, la PEC des victimes de VBG et miser sur un renforcement par informations et suivi des comités en place.
- 7 Utiliser la position centrale de l'Ambassade pour renforcer ensemble avec les organisations chapeaux sur le terrain, le plaidoyer de renforcement opérationnel et budgétaire des STE décentralisées, garantes de la SR et DRS.

### 1.3.2. *Recommandations pour les partenaires*

- 8 Renforcer le dispositif de suivi et le rendre plus objectif et constructif pour les STE, en organisant des visites conjointes avec les STE des autres régions et accompagnement par les pairs, les organisations chapeaux en visite mixte en compagnie des STE comité de pilotage ou points focaux (DRS, DRPFEF, DRDSES) et selon l'endroit avec les collectivités concernées.

- 9 Elaborer un S&E commun des organisations chapeaux pour aligner les résultats atteints, enrichi de l'expérience pas toujours aisée de l'évaluation à mi-parcours. Basé sur un nouveau canevas, organiser un suivi de performance participatif pour capitaliser l'expérience (recommandation 1).
- 10 Afin de gagner en efficacité, assurer un suivi plus rigoureux et de proximité standardisé des PMO et de la sous-traitance en fonction de résultats et accompagnés d'indicateurs clairs et préétablis. Cette dimension devra être prise au sérieux et avec l'appui de l'Ambassade, les programmes devront s'organiser afin de mener une réflexion commune pour mieux standardiser la démarche opérationnelle à suivre.
- 11 Toute action de synergie avec le service publique, acteurs non-étatiques, et communautés renforce la durabilité et doit être appliquée en considérant la stratégie de sortie. Pour augmenter l'accès sur les résultats et la performance, Intégrer les rapports de DA à ceux de la santé et stimuler de façon proactive à les diffuser (voir Chapitre 3.3.4 phase 5 du suivi).
- 12 Renforcer le leadership de la DRPFEF en l'aidant à mieux appréhender ses responsabilités dans sa mission de structure d'ancrage du programme au sein du PRODESS. Il s'agit notamment de leur rôle à jouer auprès des directions membres comme DRS et DRDSES, ainsi que d'autres directions des services techniques et du Gouverneur pour la bonne marche du comité de pilotage. Renforcer la capacité technique des services de DPFEF. Exemple : les aider à avoir un plan de suivi des interventions, y compris les outils et les stratégies de collecte et de dissémination, et un plan de renforcement de capacité des acteurs locaux ainsi que les Comités locaux d'Abandon des Pratiques Néfastes. Voir dans ce contexte aussi recommandation 6 pour l'ambassade.
- 13 D'ailleurs le Comité de Suivi à Ségou insiste sur une visite conjointe plus régulière avec le programme pour son suivi et intégration et à Gao une meilleure communication est demandée par les partenaires. Il semble aux évaluateurs qu'il serait largement bénéfique de renforcer ce niveau d'échanges d'expérience et de maintenir un partage d'information avec les structures membres de façon plus systématique et régulière. Et ceci même en dehors des sessions du CRP. Même si l'état est déficient dans la supervision et budgétisation des structures essentielles pour la VBG, cette dynamique conjointe de communication et de partage permettrait d'établir des plaidoyers qui s'adapteraient à l'évolution des problématiques et auraient plus d'impact à ce titre vers l'Etat.
- 14 Il y a un besoin et il semble utile de jumeler des villages, rassembler les différents niveaux et échanges d'expérience, entre villages ou association femmes, leaders religieux. Et encadrer sans cesse d'accompagnement les porteurs de message et rôle model/modèle exemplaire (maitres, agents et relais).
- 15 Implication de la communauté et des leaders d'opinion, religieux, responsables des jeunes, garçons et filles etc. dans la théorie du changement. Les Femmes sont prioritaires dans le dialogue. Elles sont le cœur même du problème, et de plus porteuses des conséquences. Impliquer davantage les Ministère de la Jeunesse et l'Education. Cibler également les hommes pères de famille. Les impliquer sur la base de l'économie familiale : coût de la maladie, danger des accouchements, et coûts et charges des familles nombreuses, et plus nombreux, plus de malades.
- 16 Maintenir comme c'est déjà le cas, la tenue régulière des rencontres de dialogue social, intercommunautaire et intergénérationnel. Pour faciliter ceci assurer la présence d'un chargé de communication et de plaidoyer (à Tombouctou), ainsi que du matériel didactique, un appareillage audio-visuel pour diffuser les messages et films

- existants sur les dangers des VBG, excision. Développer un mécanisme d'information continu sur le programme en vue de son appropriation en organisant des séances de présentation du programme aux comités de pilotage. ex. confectionner des dépliants sur le programme, déjà appliqué à Mopti et Ségou.
- 17 **Projet/Coordination en collaboration avec la cellule de suivi évaluation des hôpitaux :** Elaborer un cadre de collaboration entre Hôpitaux inter-Régionaux avec un cahier de charge bien défini pour la réparation des cas de fistule en campagne, afin d'éviter ces problèmes de pérennisation et de dysfonctionnement. Voir l'exemple de Mopti.
  - 18 **Il y a lieu d'harmoniser le volet fistule, PEC des victimes, et budgets octroyés.** L'expérience de Mopti semble la plus intégrée et plus en ligne avec la durabilité. L'approche d'AEN est plutôt une de substitution et donne un support aux campagnes, alors que le back log (arriéré) de fistules dans la région devrait être raison suffisante pour avoir un programme continu avec l'hôpital et la formation d'une masse de chirurgiens. Avec la DRS la Coordination à Mopti pourrait renforcer la synergie d'action autour des SONU pour une meilleure prise en compte du volet prévention de la lutte contre la fistule. Le problème national demande une approche systématique sous forme d'un projet à part et à laquelle DA peut compléter et prêter synergie.
  - 19 **Nécessité de poursuite du renforcement des capacités des acteurs locaux (leaders religieux, chefs de village, communicateurs traditionnels, les associations) et la sensibilisation des populations pendant encore quelque temps.**
  - 20 **Exploiter en groupe les capacités d'auto-évaluation des organisations chapeaux ainsi que des partenaires sur le terrain.**

# 1 INTRODUCTION

---

## 1.1 Contexte et Objectifs de l'Evaluation

Le programme intitulé 'Debbo Alafia' (qui signifie 'Le Bonheur de la Femme') rassemble des « Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction et la Promotion des Droits des Femmes et des Filles » (AC/SRDF). La mission d'évaluation a lieu après 30 mois de mise en œuvre du programme (6 mois à Gao). Elle est une appréciation et analyse indépendante du niveau d'avancement vers la réalisation des objectifs et résultats attendus du programme Debbo Alafia (DA) dans les quatre régions bénéficiaires du programme (Ségou, Mopti ; Gao, Tombouctou). Spécifiquement, il s'agit d'examiner la pertinence, la cohérence dans l'exécution du programme, l'efficacité, l'efficience auprès des bénéficiaires cibles ainsi que la durabilité. Il s'agit enfin de porter un avis sur les effets perceptibles et les leçons apprises de la mise en œuvre du programme DA.

Le programme s'inscrit dans la Stratégie des Pays Bas, dans le cadre des orientations stratégiques 2014-2017 de la Coopération Néerlandaise au Mali qui vise la thématique de la Santé et les Droits Reproductifs et Sexuels au Mali, l'amélioration de la santé reproductive des Maliens : hommes, femmes, garçons et filles, avec une autonomie de décision accrue.

Le programme inspiré de la politique sectorielle de santé du Mali, est une contribution des Pays Bas au Programme de Développement Social et Sanitaire (PRODESS), un cadre d'intervention de tous les partenaires de la santé), qui soutient les initiatives des organisations de la société afin de renforcer les performances du secteur santé dans le cadre des synergies d'actions.

Il s'aligne sur la politique nationale, stratégies et plans des programmes nationaux en matière de santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels :

- Les dites Politiques, normes et procédures en matière de Santé Reproductive
- Le Plan d'Action National de Planification Familiale du Mali (2014-2018)
- La Politique Nationale du Genre
- Le Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE)
- La législation nationale concernant la SR, Loi d'orientation sur la santé (juillet 2002)
  
- Le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS-III) : abandon de Pratiques Néfastes, dans laquelle s'inscrit le support les Partenaires Techniques et Financiers (PTF).
- Le Plan d'Action d'Abandon des Pratiques Néfastes (PN) et Violences Basées sur le Genre (VBG) référant aux activités prioritaires prévues par le (Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille) MFEF :

Vu l'importance du programme qui couvre presque un tiers du territoire habité du Mali, l'évaluation suit les grandes lignes et priorités du programme en concordance avec la politique nationale. Il s'agit d'avoir une approche objective et constructive en isolant le cas échéant les leçons apprises et les approches innovantes.

L'évaluation a comme point de départ les TdR (Annexe 1) et le cadre logique du programme qui diffère pour les quatre régions. Basé sur un atelier d'harmonisation des indicateurs la chaîne de résultats est résumée dans les TdR, s'axant surtout sur des quantités à atteindre que la qualité pourtant aussi importante dans une approche de théorie du changement. Le rapport mettra en évidence les difficultés que cela peut poser.

## 1.2 Sélection et Mise en œuvre des quatre organisations chapeaux :

L'évaluation couvre quatre régions avec des activités de programme mise en œuvre par 4 contrats avec 3 organisations chapeaux. Il s'agit des mêmes 4 régions de concentration de la coopération des Pays Bas, étant les régions de Ségou, Mopti, Gao-Ménaka et Tombouctou.

Le budget total est de 10 662 518 268 FCFA, soit 16 250 000 Euros.

Ces programmes sont exécutés respectivement par les ONGs ASDAP (Association de Soutien au Développement des Activités de Population) dans la région de Ségou, MSH/CAEB (Conseils et Appui pour l'Education à la Base) à Mopti et l'AEN dans les régions de Gao-Ménaka et par l'AEN-AMSS (Aide de l'Eglise Norvégienne - Association Malienne pour la Survie au Sahel) dans la région de Tombouctou.

Les Programmes ont débuté pour la plupart, à l'exception de Gao, en 2014 et pour une période de 5 ans.

Le début de contrat avec les 3 intervenants est le 01-10-2014 (FCI puis MSH-CAEB, ASDAP, AEN-AMSS). L'évaluation à mi-parcours a inclus la région de Gao, alors que AEN y a débuté le 01-06-2016.

La fin des conventions avec les PMO est prévue le 31-12-2018, sauf pour Gao le 30-06-2019.

La fin des activités est prévue pour 31-12-2019 et pour Gao le 30-06-2020, donc au bout de 36 mois.

Suite aux TdR pour l'Appel à proposition pour la mise en œuvre des programmes régionaux en matière de santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels de 31 Juillet 2014, trois (3) ONG chapeaux ont été identifiées sur base de leur qualité à l'entrée et à leur capacité organisationnelle, c'est à dire ayant un dispositif opérationnel adéquat pour une gestion efficace du programme avec un ancrage local approprié et suivi. Et ensuite par compétition sur une présélection. Les structures des consortiums identifiés ont été soumises ensuite à l'évaluation de leur niveau de développement organisationnel et institutionnel.

## 1.3 Les différentes phases de l'Evaluation

- 1 Le 11 Juillet a eu lieu la réunion de cadrage des deux évaluateurs à l'ambassade des Pays-Bas à Bamako en présence de la responsable programme et de S.E l'Ambassadeur, ainsi que des coordinateurs et responsables suivi et évaluation des trois organisations chapeaux.
- 2 Le 12 Juillet les consultants ont tenu leur réunion avec les équipes des trois consortiums dans leurs bureaux.
- 3 Une première mission de terrain à Ségou du 13 au 15 Juillet visait à déterminer conjointement les données à collecter. Après les rencontres du CRSP au DPRFEF et à coté de visites individuelles à L'Union des radiodiffusions et télévisions libres (URTEL), Walé et l'International Sport Alliance ISA, des visites de terrain sont effectuées à Markala et Konobougou.
- 4 A Mopti la visite seule du chef de mission s'étend du 17 au 21 juillet, avec de visites individuelles au Gouverneur, le bureau des DRPFEF. Vu les contraintes de sécurité et de temps alloué, des groupes de discussions sont organisés au bureau à Sévaré avec les représentants des cercles de Douentza, Tenenkou, Youwarou, Mopti et en déplacement à Bandiagara avec les autres cercles de Bankass et Koro.

- 5 Egalement du 17 au 21 juillet une mission parallèle a été effectuée à Tombouctou par Dr Mariam Cissoko. La collecte des données a reposé sur la revue documentaire, l'organisation d'entretiens individuels, en groupe de discussions collectives et sur des visites de certains sites d'implantation du projet. Des groupes de discussions sont organisés avec des représentants de Tombouctou, Goundam, Diré, Niafunké, Gourma Rharous.
- 6 Après quelques jours de lecture des documents de base, la mission de consultation pour l'évaluation du Programme Debbo Alafia dans la région de Gao a été organisée en deux temps du 24 au 31 juillet 2017.
- 7 La première étape de Gao est effectuée par le Dr Cissoko du 24 au 28 juillet, conformément à l'agenda programmé de commun accord avec l'équipe de coordination du programme. Ici comme dans les autres visites de terrain ont lieu les entretiens individuels avec des acteurs clés et des groupes de discussion. Les premières réunions ont lieu avec les équipes de coordination du programme et les instances de pilotage, les visites de courtoisie avec les autorités (de pilotage), les partenaires opérationnels, des bénéficiaires et des populations cibles du programme.
- 8 Il a été également effectué une visite de terrain à Ansongo.
- 9 M. Sidiki KONE, dans le cadre de la poursuite de la collecte des données, a effectué la deuxième étape de la mission du 27 au 31 juillet, continuant les entretiens avec des membres du comité régional du pilotage (DRS, DRJS, DRC, DRPFEF), des PTF engagés dans l'appui aux programmes de santé de la région et dans la mise en place et l'animation du cadre de concertation santé-nutrition (UNICEF), ainsi qu'avec 5 ONG PMO qui ont accepté de répondre aux questionnaires d'entretien. L'équipe de coordination du projet DA a aussi été soumise à un certain nombre d'exercices et a répondu aux questionnaires spécifiques en complément des informations administratives diverses.
- 10 Les derniers jours des visites de terrain ont lieu les débriefings avec les équipes de coordination de programmes, sauf pour ASDAP par manque de temps le débriefing a été exécuté à la fin des voyages, le 24 Juillet. L'entrevue individuelle avec le responsable financier et la responsable de programme de l'ambassade ont eu lieu ce même jour.
- 11 La restitution de l'évaluation en réunion plénière a eu lieu à l'ambassade le 26 juillet.

## 1.4 Structure du Rapport

Le rapport donne l'historique et bien fondé du programme et l'objectif de l'évaluation du programme AC/SRDF, Debbo Alafia. La structure du rapport suit les cinq critères d'évaluation du CAD pour chacune des trois composantes et sous-composantes, de préférence en analyse transversale pour toutes les régions et d'une région séparée en cas de spécificité. Le chapitre de la pertinence développe le bienfondé de l'approche de l'action et analyse le problème d'utiliser en priorité des indicateurs de processus et de produits intermédiaires<sup>9</sup> et finaux spécifique à leurs programmes au lieu d'indicateurs harmonisés pour les 4 régions et pertinents pour mesurer l'atteinte de l'objectif. Il est suivi d'un commentaire sur la stratégie du faire faire et ce qui est appliqué ou entendu sous ce terme.

---

<sup>9</sup> Informations des activités exécutées, fournis par les coordinations des 4 régions.

L'efficacité analyse la qualité des résultats et si les résultats sont atteints ou peuvent être atteints avant la fin du programme. Dans ce contexte il est important de comprendre si l'action (le programme DA) prend en considération les objectifs finaux et résultats attendus ainsi que définis par l'Ambassade : voir l'encadré de la fiche d'intervention au début du rapport. Et si le renforcement de capacité des bénéficiaires est géré en fonction des besoins et si les activités déléguées aux PMO et associations sont assez suivies par assurer la bonne marche et l'atteinte des résultats.

Le chapitre sur l'efficacité considère d'abord les structures de gestion et son ancrage organisationnel dans les services techniques, surtout à travers du PRODESS. Les défis importants sont rapportés ainsi qu'une approche de l'exécution des fonds, sans être un audit financier.

L'analyse de l'impact est remplacée par l'analyse des effets perceptibles sur une période de 30 mois ou moins, car, même si finalisé les effets sont difficilement mesurables à cette échéance

La durabilité est concomitante avec son interface avec le PRODESS qui peut être créée avant la sortie du projet, et les trois instances en charge de la mise en œuvre du PRODESS.

Les critères sont suivis d'un chapitre sur l'intégration de la dimension de genre dans ce projet. Il est à noter que l'environnement et la bonne gouvernance ne font pas partie des composantes.

Le rapport se conclue sur une analyse des leçons apprises, par des conclusions et des recommandations pour les différents intervenants.

Les critères sont suivis d'un chapitre sur l'intégration de la dimension de genre dans ce projet. Il est à noter que l'environnement et la bonne gouvernance ne font pas partie des composantes.

Le rapport se termine par une analyse des leçons apprises, par des conclusions et des recommandations.

## 2 METHODOLOGIE D'EVALUATION

---

### 2.1 Méthodologie proposée

Les consultants, conformément aux TdR de l'évaluation ont analysé les informations collectées sur l'état de mise en œuvre du programme DA dans les 4 régions et portent une appréciation sur le niveau d'avancement du programme vers les objectifs/résultats attendus selon les critères classiques d'évaluation (pertinence ; cohérence, efficacité, efficience ; durabilité) et également donner un avis sur les effets perceptibles et les leçons apprises.

Durant l'évaluation, les experts ont considéré l'interaction possible entre tous les différents acteurs du projet, sur base d'un échantillonnage d'un segment de la société, en fonction des distances et de la sécurité.

L'équipe a examiné les thèmes suivants :

- 1 **Evaluation de la conception du projet en fonction de la couverture**, l'atteinte des bénéficiaires à la base, la population, la performance et la durabilité.
- 2 **Aspects de gestion** : structure organisationnelle, procédures administrative et interaction entre les partenaires du projet.
- 3 **Résultats atteints** : comparaison compréhensive entre les Résultats atteints en ce moment et les Résultats projetés.
- 4 **Après finalisation de l'évaluation, l'équipe fournit** des recommandations et suggestions modifications ou focus pour les années à venir.

### 2.2 Recherche et collection de données

La collection de données est basée sur la revue documentaire, les rapports et suivis des programmes mis en relief et croisé avec les visites de terrain, sites d'implantation du projet, et les discussions individuelles et focus groupes avec les partenaires et bénéficiaires. Les projets ont un système de rapportage fiable, régulier et complet.

Différents focus groupe avec discussions collectives sont organisées en présence des autorités administratives, beaucoup sont présents dans les réunions avec le CRSP, et dans d'autres groupes communautaires en présence de maires, préfets, sous-préfets, médecins chef de district sanitaire (CSREF) et de CSCOM, chefs de quartier et de villages, et/ou directeurs d'écoles et d'académies. Tous les segments de la société de la région sont représentés comme hommes, femmes, garçons et filles, et leurs associations de groupe villageois ainsi que des religieux.

### 2.3 Questions d'évaluation et interprétation de la logique d'intervention

Des questions ouvertes ont été posées aux organisations chapeaux sur leur modalité d'organisation, sur la sélection des PMO et sur la relation avec le CdP.

La fiche d'interview individuelle (voir annexe 7), montre la suite de questions utilisées dans toutes les rencontres.

A la fin de la mission il a été soumis aux organisations des 4 régions un tableau d'harmonisation des données, et ceci à titre indicatif afin d'offrir une meilleure compréhension du contexte et des indicateurs. (Voir Annexe 6). Une Fiche de relevé des bonnes pratiques et des

cas de succès susceptibles d'être répliqués (voir Annexe 8) a été présentée aux 3 organisations, ainsi qu'un tableau d'auto-évaluation (annexe 9).

## 2.4 Questions d'évaluation et interprétation de la logique d'intervention

Basé sur les approches identifiées en discussion d'équipe, les constats qui relevaient des rencontres, ainsi que les entrevues et écoutes de terrain étaient régulièrement revus à la fin de chaque visite de terrain et croisé avec la matrice d'analyse (CL- objectifs et résultats attendus). Sur cette base, une analyse était faite en équipe et en préparation à la restitution avec chaque ONG chapeau. La participation et les commentaires des organisations chapeaux lors des quatre restitutions individuelles à la fin de chaque visite et lors de la première restitution générale à l'ambassade sont repris dans le présent rapport.

## 2.5 Approche développée pour assurer la qualité de la recherche de données

La qualité des données est assurée en croisant les données d'une part issues de l'évaluation intermédiaire et d'autres issues du suivi interne des projets avec les constats de l'expertise finale.

La mission de consultation pour l'évaluation du Programme Debbo Alafia dans la région de Gao a été organisée en deux temps du 24 au 31 juillet 2017.

Les consultants, conformément aux TdR de l'évaluation devaient analyser les informations collectées sur l'état de mise en œuvre du programme afin de porter une appréciation sur le niveau d'avancement du programme vers les objectifs/résultats attendus selon les critères DAC d'évaluation et donner un avis sur les effets perceptibles et les leçons apprises.

Cette partie s'est focalisée en complémentarité avec la première étape avec :

- Des entretiens individuels avec les structures partenaires (gouvernementales, PTF, ONG et programmes à vocation similaire) programmes, les partenaires ;
- L'administration de questionnaires aux parties prenantes clefs y compris les PMO, les membres de l'équipe de coordination du programme
- La collecte d'informations pour compléter le rapport final

Suite à la restitution commune du 29 Aout à l'ambassade, les organisations ont reçu l'espace de commentaires et corrections ou complément de données manquantes au rapport provisoire. Le rapport final en tient compte.

## 2.6 Contraintes et limitations de l'analyse

**Les principales difficultés rencontrées sont la cohérence ou la fiabilité des données :**

Les organisations utilisent toutes différentes approches afin de collecter les données et autres seuils et indicateurs. Une initiative d'harmonisation a été entreprise résultant en 17 ou 19 indicateurs, mais l'harmonisation n'est pas entrée en vigueur tant que l'évaluation à mi-parcours n'ait eu lieu.

Les organisations chapeaux ont fait leur propre analyse de manque et besoin d'harmonisation des objectifs et indicateurs<sup>10</sup> initiaux des trois régions :

- On note pour Mopti 1 objectif général, 4 objectifs spécifiques, 10 résultats ayant 22 indicateurs ;
- On note principalement pour AEN 1 objectif général, 3 objectifs spécifiques, 10 résultats et 33 indicateurs des objectifs spécifiques et des résultats.
- Pour AEN Gao et Ménaka, 1 objectif général, 4 objectifs spécifiques/effets, 10 résultats et 28 indicateurs
- Pour ASDAP de Ségou on note l'objectif général (1), les objectifs spécifiques au nombre de 5, 12 résultats ayant 19 indicateurs.

Il y a également peu de conformité entre l'application du programme dans les trois premières régions (Gao étant lancé plus tard par AEN), sauf pour l'ancrage institutionnel qui est le même dans les quatre régions du programme. Ceci rend difficile l'articulation, cohérence et synergie des actions dans le cadre de la mission de collecte. Et au niveau national on perd l'économie d'échelle.

Les nombre d'activités exécutées, en autonomie et en sous-traitance, est très dispersé dans l'application des thématiques, et en complémentarité mais également en substitution de certaines activités qui incombent aux structures techniques de l'état (entre autres, la distribution des produits contraceptifs, programme nationale de la fistule, frais de fonctionnement des comités de concertation (CLAPN).

Le temps pouvant être consacré à la collecte des données est insuffisant. Parfois il y a retard de réponse sur les questions et outils participatifs proposés.

En principe la tâche de l'évaluateur se base et donc est facilité par un cadre logique (CL) harmonisé et qui applique des indicateurs pertinents pour mesurer l'atteinte de l'objectif. Egalement il est utile de discerner les activités des résultats, car ensembles les activités mènent au résultat voulu. Suite au mélange les CL sont longs et peu clairs.

Néanmoins les consultants ont la tâche de donner une idée aussi complète que possible sur les avancées, effets et résultats du projet.

Une meilleure préparation et harmonisation de l'organisation pratique de la mission et en particulier des visites de terrain planifiées en amont du démarrage ainsi qu'un cadrage plus complet aurait pu augmenter les bénéfices de la mission.

---

<sup>10</sup> Debbo Alafia, Rapport de l'atelier de revue des indicateurs, Sévaré, Juillet 2016

## 3 APPRECIATION DES PRINCIPAUX RESULTATS DU PROGRAMME

---

### 3.1 Pertinence

L'appel à proposition pour le recrutement d'organisations pour servir de « chapeaux » à des programmes régionaux en santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels (y compris la promotion des droits des femmes et des filles et la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes telles que l'excision et le mariage précoce), présente un programme qui répond aux priorités nationales et s'inscrit dans la Stratégie des Pays Bas. Dans le cadre des orientations stratégiques 2014-2017, la Coopération Néerlandaise au Mali vise la thématique de la Santé et des Droits Reproductifs et Sexuels au Mali, et dans ce cadre l'amélioration de la santé reproductive des Maliens : hommes, femmes, garçons et filles, *avec une autonomie de décision accrue*. Dans ce contexte le programme soutient spécifiquement le PRODESS, par l'accompagnement des initiatives d'organisations de la société et en synergie avec les efforts de l'Etat.

#### 3.1.1 Le programme répond aux nécessités des groupes cibles

D'une manière générale le programme est en ligne avec les préoccupations des communautés par rapport aux pratiques néfastes que sont : le mariage précoce, l'excision, les mauvaises pratiques, les violences sexuelles, la déscolarisation des filles, les grossesses non désirées.

Le mariage précoce est à l'origine de la déscolarisation des filles. Selon les statistiques scolaires, la déscolarisation des enfants de 12 ans augmente à partir de la 5ème année. En effet, sur 63 filles recensées en 5ème année, seulement 17 filles ont poursuivi l'école et une seule est arrivée à l'université. Avec les sensibilisations par exemple à Tombouctou, beaucoup de parents d'élèves viennent consulter la direction d'école pour recevoir des conseils et une orientation dès que leur fille est demandée en mariage.

Selon un représentant du Haut Conseil Islamique, le programme DA entre autres intervenants engagés dans la lutte contre les pratiques néfastes, est le seul qui a développé une approche impliquant les religieux. Le programme donne l'espace nécessaire aux religieux pour s'exprimer et leur permet de donner leur vision sur les thématiques jusque-là considérées comme tabou.

Le programme influence aussi la fréquentation des femmes aux centres de santé alors que cette fréquentation était auparavant contrainte par l'ignorance et le tabou sur la Planification Familiale (PF), et pour les enfants l'effet est bénéfique pour la fréquentation des vaccinations.

Des études au Nord du pays démontrent le bien fondé du programme. En effet, l'étude sur l'excision a montré que certaines couches des régions du Nord pratiquent l'excision souvent à des taux supérieurs au taux national (prévalence du Mali 89%<sup>11</sup>), comme le cas du cercle de Niafunké (97%). Quant au mariage précoce, la pratique néfaste la plus répandue, l'étude a montré qu'aucune ethnie au Mali n'est épargnée. Ces études ont permis la formulation du

---

<sup>11</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements, UNICEF, New York, 2013.

projet de lutte contre le mariage précoce et la fistule obstétricale dans la Région de Tombouctou. Les résultats de l'évaluation finale en 2014 du projet ont servi d'état de lieux pour le programme et sont utilisés comme indicateurs de démarrage du programme DA au Nord.

Le Programme DA est une réponse à une préoccupation majeure des communautés et en particulier des femmes et des jeunes filles. Le Mariage Précoce/forcé est une source de conflits au sein des familles et des communautés, vu qu'étant une cause de dystocie pouvant se solder par une fistule ou la mort de la mère et/ou de son bébé. Le lien entre la non utilisation de la Planification Familiale (tabous au sein de la communauté) et la déscolarisation des filles due aux grossesses en milieu scolaire est reconnue comme un grand problème par l'ensemble des bénéficiaires et par les femmes, les jeunes et surtout les femmes malades de fistule.

Le programme à Gao est basé sur des analyses situationnelles et des rapports d'un échantillon de partenaires. Selon le rapport de l'étude UNFPA réalisée en 2012, sur le mariage précoce au Mali, il ressort que seulement 7,7 % de filles précocement mariées utilisent la contraception en dépit de leur besoin d'espacer les naissances et seulement 17,9 % de ces femmes et filles ont leur besoin en planification satisfaits, soit un besoin non satisfait de 82,1 %.

Le rapport de l'atelier régional de planification du programme SR, tenu à Gao en septembre 2015, montre que les accouchements assistés au niveau de la région de Gao ne représentent que 20 % des femmes enceintes et que seulement 15 % de des femmes enceintes sont vues en consultation post natale dans les structures de référence. Selon l'étude sur les Mariages Précoces, Santé de Reproduction et Droits Humains réalisée par AEN à Gao en 2007, 75 % des unions à Gao concernent les filles âgées de moins de 18 ans et 40 % des mariages sont contractés avant l'âge de 15 ans.

Bien que les communautés de la région de Gao, pensent que l'excision est une pratique d'ailleurs, les résultats de L'EDS III ont confirmé le contraire car les régions de Gao, Tombouctou et Kidal totalisent 34% des cas de mutilation génitale enregistrés. En ce qui concerne les violences sexuelles, l'étude réalisée par Greffa dans la zone de Ménaka, sur financement ONU Femme, a montré que le groupe d'âge de filles et de femmes de 9 à 22ans étaient le plus touché. Ces résultats sont en concordance avec les témoignages des groupes focus. En effet, tous les acteurs, partenaires de la mise en œuvre, bénéficiaires et membres de la communauté, les imams et les marabouts, à l'unanimité, témoignent que le programme DA répond aux besoins des femmes, des jeunes filles, des familles et de la communauté entière de GAO : « C'est un programme qui a libéré les femmes et nos filles ».

A Ségou l'évaluation de base démontre que la pratique de l'excision, du mariage précoce et des violences physiques basées sur le genre ont été et demeurent très répandus dans la. Ces pratiques sont liées à des causes telles que la perpétuation de la tradition, l'interprétation de la religion musulmane, la méconnaissance des complications et conséquences, l'attachement des hommes et des femmes à certaines valeurs culturelles et les effets de pression sociale et de conformisme.

Pendant plus de deux décennies des ONG, des associations communautaires, des services techniques de la santé, de l'éducation de la promotion de la femme et du développement social, accompagnés par les partenaires techniques et financiers, se sont investis pour l'abandon des pratiques néfastes à la santé de la fille/femme. Et ceci souvent grâce à l'appui financier et technique des partenaires internationaux.

Les stratégies d'intervention qui se sont focalisées sur la sensibilisation, la formation, le plaidoyer, la reconversion des exciseuses, l'adoption de conventions locales et la prise en charge des victimes, toujours en cours n'ont pas encore donné les résultats escomptés. Dans les communautés ayant connu l'intervention des ONG, l'excision et le mariage précoce ne sont

pas encore jusqu'ici considérés comme une problématique malgré leur ampleur et la présence des acteurs communautaires favorables à leur abandon. Les structures d'intervention peu nombreuses sont mal réparties et ont surtout mis l'accent sur la pratique de l'excision dans des localités d'accès facile.

L'insuffisante couverture de la région par les intervenants explique en partie la persistance de l'excision, du mariage précoce et des violences physiques au nom des croyances. Ceci explique leurs taux de prévalence élevés par rapport au taux national.

L'étude confirme la conclusion les grandes lignes des discussions de groupes : ce sont surtout les hommes et les femmes âgés, les leaders religieux et traditionnels, les élus communaux et les jeunes qui militent en faveur de la perpétuation des pratiques néfastes.

A Mopti l'étude de base constate que le niveau d'engagement à réduire les pratiques traditionnelles néfastes oscille entre 40 et 42% selon les résultats de l'enquête. On remarque que l'absence de réaction face aux différents cas constatés est supérieure par rapport au nombre d'intervention faite pour améliorer la situation. Les niveaux d'intervention varient d'un cercle à l'autre. Dans les cercles de Koro, Douentza et Tenenkou on note l'absence d'intervention qui est plus prononcée ; par contre à Bankass, Bandiagara et Mopti, les interventions sont plus nombreuses.

Selon la même étude de base, la région de Mopti se caractérise par l'indifférence aux cas de violation des droits de la femme 85,6% des personnes interrogées lors l'enquête CAP de MPFEF/UNICEF affirment n'avoir pas intervenu face à un cas de violation de droits de la femme.

En ce qui concerne le mariage précoce, la majorité des femmes interrogées (70,3%) affirme avoir donné leur fille en mariage entre 14 et 18 ans. Toutefois dans la région de Mopti, 28,1% des femmes estiment que le mariage de la fille avant l'âge de 15 ans est une bonne chose. Toujours selon la même source, 10,7% des ménages de Mopti affirment avoir donné leur fille en mariage avant l'âge de 14 ans et 63,6% ont donné leur fille en mariage entre 14 et 18 ans.

### **3.1.2 Cohérence avec la politique nationale et le droit universelle de la femme :**

La Santé Reproductive et les Droits Reproductifs et Sexuels sont des priorités des orientations stratégiques 2014-2018 de la Coopération Néerlandaise au Mali. Ce cadre vise l'amélioration de la santé reproductive des Maliens (hommes, femmes, garçons et filles), avec une autonomie de décision accrue).

Le protocole d'entente avec le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MFEF) contribue au renforcement de la cohérence du programme avec les documents nationaux de référence (politiques, plans, programmes, projets et autres stratégies) sur les thématiques couvertes.

L'alignement est également de mise sur les accords internationaux, sur la convention ratifiée des droits des femmes qui défendent l'accès universel à la SR et DS et des services.

- Le Protocole de Maputo 2003 à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique
- La Charte africaine entrée en vigueur 1986, des droits de l'Homme et des peuples adoptée en 1981 à Nairobi (18ème Conférence OUA)
- La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), des articles 19, 20, 21
- Le Pacte international relatif aux articles droits civils et politiques (PIDCPR) 19, 22, 25

- La Déclaration sur les éléments défenseurs des droits (UNHRD) de l'homme 8, 9, 12, 13, 16

### 3.1.3 Complémentarité de la protection de la santé de la femme et sociale

Dans toutes les régions et au niveau nationale, le Programme est en cohérence avec les programmes sectoriels (PRODESS, Plan d'Action National contre les Pratiques Néfastes, Plan d'Action National de Lutte contre la pratique du Mariage Précoce et celui de la planification familiale 2014-2018, le plan stratégique national de prévention et de prise en charge de la fistule etc.) auxquels il contribue. Les actions ciblées par DA sont en harmonie avec les stratégies du programme national. Les stratégies développées par le programme DA pour la Prise en Charge (PEC) de la fistule correspondent à celles définies par la Stratégie Nationale de Prévention et de PEC de la fistule, surtout concernant 2 des 3 volets : la PEC médicale et la réinsertion. La stratégie nationale pour la fistule concentre ses campagnes sur une approche de renforcement des capacités davantage que de la réparation des cas. Ce dernier s'inscrit dans la continuité des soins. La femme malade de fistule n'attend pas la campagne pour être traitée. Tous les programmes de DA interviennent d'une façon plus ou moins directe dans la PEC des fistules et/ou utilisent le programme comme véhicule de sensibilisation et de renforcement des capacités. Le programme DA est moins dirigé vers le renforcement des capacités.

Les services techniques régionaux et communaux sont de grande importance dans le réseau, l'ancrage et pour la durabilité : la Direction régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DRDSES), la Direction Régionale de la Santé (DRS), et la DRPFEF, qui sont les 3 départements en charge de la mise en œuvre du PRODESS, avec comme instance de suivi le Comité Régional d'Orientation, de Coordination, et d'Exécution des Programmes Santé (CROCEPS), et en renfort aux Comités Régionaux d'Action pour l'éradication des Pratiques Néfastes à la santé de la femme et de l'enfant (CRAPN). Le programme DA vient ainsi en support aux CRAPN et aux Comités Locaux (CLAPN), dont le fonctionnement était devenu faible, tout en consolidant leurs activités et inclusion dans le CROCEPS et en s'approchant de cette façon des collectivités territoriales.

L'analyse du fonctionnement de ces différents organes dans le cadre du plan d'action nationale de lutte contre la pratique de l'excision révèle la tenue irrégulière ou absence de réunions statutaires, l'absence d'assiduité aux rencontres, l'irrégularité dans le suivi des actions, rendant difficile toute coordination aux différents niveaux.

Les services techniques et autres font partie du comité de pilotage (CdP) du programme et effectue des missions de suivi dans les zones d'intervention du programme sous la coordination de la DRPFEF incluant à Mopti la Direction régionale de la planification, de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population (DRPSIAP). A Ségou et Tombouctou ces partenaires techniques aussi constituent le Comité Régional de Suivi du Programme (CRSP).

A Mopti, FCI (intégré dans MSH) avait déjà mis en œuvre des projets de promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes du secteur informel et des apprenants des centres de formation à travers des stratégies culturellement adaptées à Mopti et à Bamako. FCI a élaboré un curriculum de renforcement des capacités des parents à mieux communiquer avec les adolescents et les jeunes en matière de SSR. Une autre intervention à Mopti a mis l'accent sur la prévention des violences basées sur le genre au sein de la communauté à travers du renforcement des points focaux en équipement de protection, des leaders communautaires, et des acteurs de la protection des enfants et violences basées sur le genre. Sauf la sensibilisation la réponse est aussi donnée à travers de la PEC médicale et psychologique gratuite des victimes de VBG.

ASDAP à Ségou a une longue expérience en travaillant avec les jeunes. L'Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP), est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) nationale malienne créée en 1993, forte de sa longue et riche expérience sur la thématique de la Santé et des Droits Reproductifs et Sexuels et de son travail prioritaire avec les jeunes à Bamako. La faible couverture géographique de la région par d'autres intervenants œuvrant dans la promotion de la santé de la reproduction, des droits reproductifs et sexuels est un argument décisif pour l'action d'ASPAD à Ségou. Certaines parties de la région sans intervenant, n'ont pas reçu de messages sur la pratique de l'excision et du mariage précoce.

L'adéquation de structures de santé adaptées à la prise en charge des besoins de santé de la reproduction des jeunes, la couverture en infrastructures est insatisfaisante, et l'utilisation des services de santé pose problèmes. Les services de CPN, CPON et PF sont peu utilisés par les cibles que sont les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les jeunes.

Au Nord, deux des programmes thématiques de l'AEN concernent les VBG et la santé de la reproduction. Elle établit des partenariats avec la société civile et intervenait déjà dans les régions de Tombouctou, Gao et Ménaka. AEN travaille en consortium avec AMSS, qui mobilise les communautés, renforce les capacités, fait la promotion des droits sexuels et reproductifs, et fait la PEC des femmes malades de fistules et/ou survivantes de viols.

La participation active de DA à Tombouctou au sein des Cluster protection et santé et en particulier en qualité de lead du groupe thématique VBG<sup>12</sup>, est la base du développement d'un partenariat dynamique entre DA et les membres de ces clusters. Dans ce cadre a été élaboré une stratégie d'accès à la justice de toutes les survivantes de VBG, la cartographie des zones d'interventions de chaque acteur et des comités mis en place par les acteurs. La cartographie a permis une fusion de certains comités afin d'éviter des doublons.

Les trois organisations participent et sont actifs dans le cluster santé de leurs régions et ont mobilisé les Comités de Pilotage du PRODESS dans le Suivi du programme DA.

FCI (MSH) avait déjà mis en œuvre des projets de promotion de la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes du secteur informel et des apprenants des centres de formation à travers des stratégies culturellement adaptées

### 3.1.4 Choix stratégiques

Le dispositif opérationnel, et ainsi que décrit dans les rapports d'activités, montrent que les stratégies utilisées ont bien permis d'atteindre les cibles même si la réalisation des activités ne couvre pas une longue période. La stratégie du « faire faire » permet de développer un partenariat dynamique avec les PMO ainsi que l'approche socio-culturelle.

L'ambassade des PB a fait le choix d'utiliser cette même approche de « faire faire » en faisant l'appel à propositions aux trois organisations chapeaux, en leur laissant la liberté de développer leur propre cadre logique du programme et qui diffère donc pour les quatre régions. Rapidement les organisations ont ressenti le besoin d'aligner et d'harmoniser les indicateurs. Ce processus a été interrompu en attendant l'évaluation à mi-parcours. Comme résultat les quatre cadres logiques s'axent plus sur des quantités à atteindre que la qualité de l'approche, pourtant tout aussi importante dans une théorie du changement.

---

<sup>12</sup> 13 structures : UNFPA, UNHCR, MINUSMA – SAJP, MINUSMA – DH, CICR, DRPFEF, DRPC, Hôpital de Tombouctou, IMC, OIM, AEDT et l'AMSS

L'accent était mis sur la proximité des activités qui sont dirigées à financer un max de projets et un max de concertations, dialogues inter, intracommunautaires et même intergénérationnelles. Cela se comprend dans le contexte du souci de s'approcher et d'impliquer dans la mise-en-œuvre les organisations de la société civile (OSC), les services techniques d'état (STE), les collectivités territoriales (CT) et autres acteurs engagés localement.

Le rapport mettra en évidence les difficultés que cela peut poser de danger de saupoudrage au profit non seulement du suivi mais plus encore de l'analyse qualitative. Se donner les moyens d'une analyse qualitative est essentiel pour en tirer de leçons et de pouvoir répliquer l'expérience.

Les études préliminaires ont préparé les choix stratégiques et les groupes à cibler :

Par rapport à l'excision :

- Améliorer les connaissances des populations de 10 à 45 ans sur les méfaits de l'excision, les raisons, les fondements, les interrelations avec les droits,
- Favoriser l'échange inter communautaire et intra-communautaire,
- Sensibiliser massivement les populations au questionnement de la tradition au regard des droits reproductifs et sexuels, genre et droit.
- Identifier des alternatives qui font sens pour la communauté dans la célébration des droits de l'enfant et de la jeune fille (16 juin, 20 novembre, 8 mars, journée de la jeune fille, et panafricaine),
- Collaborer avec les établissements scolaires afin d'atteindre la génération montante.

Par rapport au mariage précoce :

- Redynamiser la lutte contre le mariage précoce,
- Œuvrer à une meilleure implication des acteurs stratégiques : leaders d'opinion, associations féminines, Association des Mères d'Enfants, Association des Parents d'Elèves, Comité de Gestion Scolaire, personnel de santé, parajuristes, et les communicateurs modernes et traditionnels engagés dans la lutte contre les violences
- Prendre en compte dans les programmes scolaires, les modules de formation sur la pratique du mariage précoce et de l'éducation sexuelle,
- Améliorer les connaissances des hommes/garçons et des femmes/filles, des conseillers nuptiales sur les violences, notamment le mariage précoce en vue de les amener à percevoir ces pratiques comme une violation des droits reproductifs et sexuels,
- Favoriser la mise en place des comités de protection des droits des filles pour prévenir tout cas de mariage précoce dans les localités,
- Intensifier les campagnes de communication par les médias,
- Travailler auprès des leaders traditionnels pour sensibiliser les communautés à l'importance de la scolarisation des enfants, et tout particulièrement des filles,
- Mobiliser les filles, les garçons, les parents et les dirigeants politiques pour mettre fin aux pratiques qui sont source de discrimination à l'égard des filles.

Par rapport aux violences physiques faites aux femmes :

- Valoriser les bonnes pratiques de prévention et de gestion des violences physiques faites aux femmes et filles,

- Appuyer l'application et/ou l'élaboration de conventions locales de prévention et gestion des violences faites aux femmes,
- Intensifier les campagnes de plaidoyer à l'attention des décideurs communautaires sur la notion de violence, les méfaits/conséquences,
- Faciliter la mobilisation communautaire lors de la quinzaine de lutte contre les violences faites aux femmes/filles et la journée internationale de la jeune fille, de la fistule,
- Améliorer les connaissances des hommes/garçons et des femmes/filles, en vue de les amener à percevoir les violences physiques comme une violation des droits de la femme/fille.

### 3.1.5 Complémentarité et synergies

Au niveau national Care International-Mali<sup>13</sup> fait le plaidoyer auprès des députés à l'Assemblée Nationale pour l'adoption d'une loi contre les VBG, faisant partie de la coalition Education Pour Tous (EPT), en synergie avec l'ONG ACORD et beaucoup d'autres organisations e. a. UNICEF, JUPREC, le PNLE, Wildaf, CAFO, MSH.

La stratégie du faire faire dans toutes les régions couvertes par le programme permet de développer et de renforcer la synergie entre les PMO organisés en réseaux et aussi avec les acteurs d'autres programmes qui partagent les mêmes priorités.

A Mopti, le Projet d'Aménagement du Delta Intérieur du Niger » phase II (PADIN II) reçoit des financements de l'Ambassade des Pays Bas dans la Région et permet d'agrandir la base de communication.

Le Programme Gouvernance Locale Redevable (PGLR) contribue à améliorer la participation politique et la performance de la redevabilité des élus par l'implication accrue des jeunes (hommes et femmes), en faveur d'une gestion efficiente et transparente des affaires publiques : sur les thèmes de citoyenneté, et l'entrepreneuriat des jeunes et les droits sexuels et reproductifs avec One World et Action Mopti, le Near Eastern Fund (NEF, agriculture), et Wet Land (nom local : poissons et échalotes).

Avec le PGLR, le programme DA intervient dans dix communes de la région de Tombouctou. Dans le cadre de ce partenariat, PGLR forme les femmes ayant bénéficiées d'Activités Génératrices de Revenus (AGR) mis en place par DA. Des missions conjointes de supervision des associations, des comités communaux et pilotage ainsi que des activités de sensibilisation sont menées en commun en faveur des leaders jeunes garçons et filles.

Avec AMPRODE-Sahel, les équipes du programme PADIN II et SRDS travaillent mutuellement pour faciliter la mobilisation des groupes cibles autour des activités d'IEC jardins. Autre ses activités nutritionnelles, de par son programme de Clinique juridique le PADIN II permet une synergie dans la prévention et gestion des conflits, le renforcement sur les instruments juridiques par rapport aux pratiques néfastes, le renforcement des questions liées à la contraception et nutrition, au mariage précoce, la facilitation d'accès des femmes à la justice, et une amélioration de la communication autour de la sécurité et ceci grâce à une équipe de para juristes formés.

Il y a synergie et complémentarité dans le réseau MSI pour la stratégie avancée et formation pour les contraceptifs, IAMANEH et Delta survie sur les thèmes de PEC des conséquences

---

<sup>13</sup> Au début la dynamique du plaidoyer concernait 3 pôles jusqu'à l'atelier d'unification de la vision et d'élaboration de l'avant-projet de loi impliquant tous les chapeaux.

des VBG et mariage précoce. Dans des communes Sahel et AMMPF contribuent à l'utilisation/prise des contraceptifs. L'AEN travaille également depuis plusieurs années avec IA-MANEH dans la région de Mopti dans le cadre des VGB, SRDRS y compris la prise en charge de la fistule.

Le module de formation sur l'excision est échangé avec GAAS Mali, qui bénéficie d'un financement de l'Ambassade à travers ONU-Femmes. L'ONG travaille dans le Cercle de Douentza et dans les mêmes villages que ceux couverts par des PMO du programme DA. GAAS appuyait et renforçait le service local de la promotion de la femme dans l'organisation des rencontres de CLAPN. La présence du programme DA a élargi le champ d'intervention de cette assistance au service local. Egalement l'association Jigisèmè a facilité l'organisation matérielle et technique de la rencontre de CLAPN dans le Cercle de Bandiagara en appui au service local de la promotion de la femme.

A Tombouctou le programme est aussi ancré dans les activités et capacités des initiatives avec les acteurs locaux et les renseignements tirés des programmes de santé antérieure comme le programme multi acteurs sur la santé de la reproduction des jeunes adolescents (2010 -2013) exécuté sur financement ICCO, et le programme santé de la reproduction du consortium sous Handicap International, MSI, Santé Sud, SMARA financé par les Pays Bas (2011 -2013) ; et le programme Kénéya Ciwara de USAID (2003-2010). Le groupement des programmes et projets exécutés par AMSS, partenaire d'exécution de AEN permet un meilleur ancrage interne avec d'autres projets mis en œuvre par AMSS.

A Ségou le partenariat avec la Direction Régionale de la Culture vise à appuyer la contribution des acteurs culturels à la promotion de la santé de la reproduction et des droits des femmes et des filles à travers la confection et la diffusion d'œuvres plastiques ;

Un partenariat est fondé avec l'Association Muso Yiriwa Ton (AMYT) pour l'exécution d'un projet intitulé « Leadership féminin pour un développement communal et la prise en compte de la lutte contre les pratiques néfastes (mariage précoce, Excision et autres violences basées sur le genre) dans les PDESC de la région de Ségou » ;

Avec l'ONG AGIR dans le cadre de la mise en œuvre du projet « Appui au renforcement des apprentissages du centre de formation professionnelle Sissoko Aoua TRAVELE des jeunes filles du district sanitaire de Ségou » ;

Avec l'ONG APROFID dans le cadre de la mise en œuvre du projet « Appui à la Promotion de l'Abandon du Mariage Précoce des Filles et autres cas de Violences Basées sur le Genre dans les Centres d'Animation Pédagogique (CAP) des communes urbaines de Ségou et de Niono » ;

ASDAP est en partenariat avec la CAFO, le Conseil Régional de la Jeunesse, la Direction Régionale de la jeunesse, le Gouvernorat de la Région de Ségou et ses *structures décentralisées au niveau des cercles* pour la réalisation d'activités ponctuelles.

Il y a collaboration spécifique avec Danayaso, Deme-So, PGRL, Dieguè ni diaba qui ont des financements de l'Ambassade des Pays Bas. Il collabore également avec d'autres ONG comme TDH, Croix Rouge, PSI sur des Projets qui ont diverses sources de financement.

### Conclusion

Vu les faiblesses constatées dans les études de base en ce qui concerne connaissance, attitudes et pratiques par rapport à la SR, VBG, DSR, PTN, il s'agit d'appliquer rigoureusement les politiques nationales en matière de la SR, et pour le programme prévoit dans la traduction des politiques et les textes législatifs et engage les parajuristes pour la bonne entente et proximité des droits SR.

Il s'avère que la problématique des thèmes SR, VBG, DSR, PTN est aussi importante si pas plus, à l'intérieur du pays, que dans les villes. Ceci confirme la pertinence du programme DA qui, malgré une forte présence d'organisations et associations dans les chefs-lieux, avec DA élargit la couverture géographique et les actions vers l'intérieur du pays. DA se dirige de façon plus équitable non seulement hors des chefs-lieux, mais en multipliant la coordination avec les associations de base.

La complémentarité et synergie avec des activités dans la même optique ou avec des programmes qui impliquent la base est recherchée par les trois organisations chapeaux. La synergie et complémentarité est importante comme elle permet de propager par ce biais les connaissances des thématiques SRDRS et la sensibilisation. L'importante conclusion et qui confirme la pertinence du programme DA est qu'auparavant, malgré une forte présence d'organisations et associations, la couverture géographique n'était pas équitable et les actions se dirigeaient surtout vers les chefs-lieux.

L'ambassade des PB a fait le choix d'utiliser cette même approche de faire faire en faisant l'appel à propositions aux trois organisations chapeaux, en leur laissant la liberté de développer leur propre cadre logique du programme et qui diffère donc pour les quatre régions. Rapidement les organisations ont ressenti le besoin d'aligner et d'harmoniser les indicateurs.

La particularité du faire faire du programme contribue à renforcer le rayon d'action de proximité mais comporte le danger de glisser vers un laisser faire si certaines conditions (de qualité) ne sont pas suffisamment considérées, voir sous efficacité et indicateurs.

## 3.2 Efficacité

Le programme en grandes tendances avance vers les résultats espérés, bien qu'il soit difficilement quantifiable (voir le chapitre sur les indicateurs : Suivi & Evaluation des indicateurs, collecte de données en fonction des Indicateurs de Performance et Etudes de Base).

Dans le chapitre qui suit l'efficacité est analysée ici sous différents angles. En premier lieu l'approche pour l'augmenter en synergie des contractants et la couverture qu'ils estiment avoir sur la superficie et la population des régions réciproques (voir tableau 1).

Le premier point 3.2.1 reprends pour chaque organisation les principales activités, qui sont aussi celles élaborées dans leur CL et plan d'action individuel. Les activités sont pour la plupart suivies et « monitorées » par des indicateurs de processus intermédiaires et finaux.

Toujours dans la même logique de processus intermédiaire, il y a les formations et renforcements de capacités décrits dans le point 3.2.2. Cet investissement est à tous les niveaux, depuis la communauté (relais, tout comme les collectivités territoriales), en passant par les associations et les ONG partenaires, par le propre staff du contractant, et incluant les STE et les membres des CdP. Ces derniers prennent part dans les visites de suivis communes, élaborés sous l'aspect organisationnel et gestion sous le chapitre Efficience 3.3.4.

Un paragraphe 3.2.3 est dédié spécifiquement aux budgets et types de supports dirigées vers des programmes organisés par la santé et dans le cadre du PRODESS, notamment la PEC psychosocial et médicale des Fistules obstétricales (FO). Elles font aussi partie d'un objectif plus large qui est celle de la PEC des victimes de la VBG, car elles sont toutes malades et victimes. Ce dernier est canalisé à Ségou par des fonds mis à disposition des CLAPN, faisant partie du programme national de la lutte contre l'excision (ou MGF, mutilation génitale féminine), lancé au dernier trimestre de 2016.

Le dernier chapitre 3.2.4, décrit quelle conclusion peut être prise basée sur les indicateurs (communs) appliqués. Ceci est suivi d'une auto-évaluation des contractants sur l'atteinte des objectifs, qui en général sont des activités et des résultats. Car les indicateurs d'effet sont insuffisamment définis au départ du programme et les études de base sont tous intéressants mais très diversifiées en ce qui concerne leur échantillons et couverture de thématiques de SR et DPS. Les contractants ont bien perçu la divergence des indicateurs appliqués par chaque, ce qui a incité Mopti à organiser une rencontre des autres chapeaux en vue d'harmoniser ces indicateurs.

Lors de la rencontre semestrielle des chapeaux à Bamako les représentants de l'Ambassade, ASDAP, AMSS et AEN, FCI et CAEB font ensemble le bilan des activités des programmes dans les trois (3) et plus tard quatre (4) régions. Cette rencontre des coordinations de programme a permis de mutualiser les stratégies relatives à la synergie, le genre et les indicateurs et d'échanger et de réfléchir sur les difficultés rencontrées par les chapeaux dans la gestion financière des PMO (rapport 2015 MSH). Cette dernière s'est avérée efficace car elle a été suivie d'une formation gestionnaire nécessaire des PMO dans les régions.

Les compétences dévolues aux collectivités constituent une opportunité pour les acteurs locaux de base ayant émergé et augmente le radius des activités et de couverture. Cela permet de veiller à absorber certaines thématiques en matière de santé de la reproduction, des droits reproductifs et sexuels, la lutte contre les pratiques néfastes (excision, mariage précoce) et autres violences basées sur le genre dans les programmes de développement économique et social.

La couverture de la population de la région de Tombouctou est de 694 078 sur une population totale estimée à 877 001, soit 79%. Ce programme d'envergure régionale couvre 38 des 52 communes des 5 cercles (Tombouctou, Goundam, Diré, Niafunké, Gourma Rharous) soit 73% des communes, ou 380 des 963 villages (voir tableau 1).

Des 52 communes, 14 soit 27 % ne sont pas couvertes par le programme. Les 14 communes non-couvertes ont connu un déplacement massif de leur population en 2014. Ceci est la raison principale de ne pas être bénéficiaire. N'empêche que d'autres communes d'accès difficile sont bénéficiaires du programme, qui connaissent l'insécurité et dont 8 se trouvent dans le cercle de Goundam (Bintagoungou, Douékire, Doukouria, Issa Bery, Kaneye, M'bouna, Télé et Tonka).

A Gao, la couverture de la population est de 90%, soit 616418 sur une population totale estimée à 685 001.

Le programme couvre toutes les 24 communes des 4 cercles de la Région dont 4 à Ménaka.

A Gao l'insécurité fait que l'administration n'est pas complètement de retour. Le président du comité régional (gouverneur) a demandé de reporter pour le moment la mise en place de ces organes. Les comités de pilotage locaux et communaux, ne sont donc pas encore installés comme prévu. Malgré l'insécurité des activités peuvent se poursuivre grâce du Réseau de Communicateurs Traditionnel (Recotrade).

A Mopti la couverture de la population égale 65%, 1 572 049 sur une population totale estimée à 2 644 999 ; soit 528 villages sur 2 144, ou 60 des 108 communes dans les 8 cercles. La zone à fréquentation difficile pour cause d'insécurité ou inondée est 45%.

A Ségou la couverture de la population égale 58%, 658 656 sur une population totale estimée à 2 868 000 ; soit 1 147 villages sur 2 251, ou 100 des 118 communes dans 7 cercles que compte Ségou. La zone à fréquentation difficile pour cause d'insécurité ou inondée est de moins de 30%. Le montage institutionnel à Ségou est similaire sauf qu'elle a opté à couvrir la grande surface en travaillant à travers de l'accompagnement de huit ONG sélectionnées pour être encadreurs des associations et accompagnés d'ASDAP ; et 27 ONG de mis en

œuvre dont des ONG de sous-traitance qui pourraient aussi être considérés comme synergiques, sont Walé surtout actif dans les écoles avec NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication), en combinant avec ISA, actif en sport, compétences de la vie ; et MSI pour l'offre de méthode contraceptive de longue durée, et autre atout, disposant d'une équipe mobile.

Le travail dans les écoles et surtout au niveau des curriculums est essentiel. La prise en compte dans les programmes scolaires, les modules de formation sur la pratique du mariage précoce et de l'éducation sexuelle. Intégrer l'éducation sexuelle complète (ESC) dans les curricula des écoles demande plus de démarches, de temps et de moyens. Un projet d'envergure impliquant le ministère de l'éducation nationale axé sur l'éducation à la sexualité dans les curricula des ordres d'enseignement et au niveau communautaire est soumis à l'ambassade des Pays Bas. Ceci démontre bien le besoin existant.

Tableau 1: Tableau auto-évaluateur de la couverture du Programme (annexe 6)

Tableau 1:ubriques	Programmes dans les régions			
	Mopti	Ségou	Tombouctou	Gao/Menaka
<b>Population totale et population effectivement couverte par cible (jeunes et femmes)</b>				
<b>Régions</b>	<b>Mopti</b>	<b>Ségou</b>	<b>Tombouctou</b>	<b>Gao/Ménaka</b>
<b>Population totale</b>	2 644 999	2 868 000	877 001	685 001
<b>Femmes</b>	1 338 369	1 448 340	456 041	
<b>Hommes</b>	1 306 630	1 419 660	420 960	
<b>Population couverte par le programme</b>	1 572 049	1 658 656	694 078	616418
<b>% couvert</b>	65%	58%	79%	90%
<b>Villages et communes, totaux par et % couverts par les activités du programme dans les régions</b>				
<b>Villages totale Région</b>	2 144	2 251	963	427
<b>Hameaux</b>	1 210			
<b>Villages couverts par le programme</b>	528	1 147	380	427
<b>% villages couverts</b>	24,67	51	39	100
<b>Communes, totaux de la Région</b>	108	118	52	24
<b>Communes couvertes</b>	60	100	38	24
<b>% couvert</b>	64%	85%	73%	100%
<b>Zones d'intervention difficiles à fréquenter durant toute l'année par le programme</b>				
<b>Zone à fréquentation difficile (insécurité/inondées)</b>	45%	< 30%	42% (16 communes)	41%

**Commentaires : identiques que pour tableau 2**

### 3.2.1 Efficacité par composante

Le nombre d'activités exécutées, en autonomie et en sous-traitance, est très dispersé dans l'application des thématiques, et en complémentarité *mais également* en substitution des structures techniques de l'état. Comme expliqué, ceci rend difficile l'articulation et la cohérence des actions dans le cadre de la mission de collecte.

#### **Activités à Ségou :**

Un total de 100 907 activités d'IEC a été réalisé sur les thématiques du programme sur une prévision de 95 942.

Les activités ont touché 852 849 personnes (590 868 femmes et 261 981 hommes) dont 159 730 sont âgées de 10-14 ans.

- 4 958 femmes ont bénéficié de pose de Disposition Intra Utérin (DIU) ou d'implants (contraception de longue durée).
- 27 250 contraceptifs de courte durée ont été vendus (essentiellement pilules, injectable, condom).
- 9 348 personnes (6 340 femmes et 3 008 hommes) ont été référés à des structures de santé, parmi elles 8 336 pour besoin de contraception.
- 33 cas de complications de l'excision ont été pris en charge

#### **Les activités à Mopti :**

Au total 751 183 personnes ont été touchées par les différentes campagnes d'IEC/CCC et activités de formation initiées et réalisées par les PMO dans leur zone d'intervention, dont 387 203 femmes et 363 953 hommes

Activités de PF : La planification par les PMO du ravitaillement périodique des structures de santé via la DRS en produits contraceptifs pour soutenir la demande créée issue des activités d'IEC. 8 CSRéf et 1 CS Com centres de santé sont dotés des produits contraceptifs. Par exemple 115 397 unités de produits contraceptifs sont livrées au premier semestre de 2016, ensuite MSI a été le seul partenaire de DA qui a fourni 5 987 produits contraceptifs dans le cercle de Bankass, suite au décalage dans le plan de décaissement des PMO.

- Les PMO ont été réalisés 8996 séances de causeries éducatives et mobilisé 205135 personnes dont 105851 femmes et 99284 hommes
- 2842 visites à domiciles réalisées par les PMO, en total 24603 personnes dont 12694 femmes et 11909 hommes ont été touchées par ces visites.
- 1537 séances de counseling ont touché 2759 personnes dont 1437 femmes et 1322 hommes.
- 83 émissions à grand public, manifestations culturelles, jeux-concours, ayant mobilisé 19906 femmes et 18602 hommes.
- 18 représentations théâtrales organisées par les PMO ont permis de mobiliser 2291 personnes
- Les radios ont réalisé 3660 diffusions de micros trottoirs et tables rondes ; Il y a eu 329 projections de films et 17 conférences débat
- Dix-neuf (19) rencontres ont eu lieu de concertation entre acteurs, et 111 rencontres de dialogue intergénérationnel ont été facilitées par les PMO.

- Dans deux (02) cercles le partenariat autour de la promotion de la contraception entre le programme et les religieux s'est manifesté par leur implication dans les activités d'IEC.
- Dotation des relais et agents de santé communautaires en produits contraceptifs et leur utilisation par les populations, et mise en place de kiosques, comme points de prestation en planification familiale.

### **Tombouctou :**

98 178 séances de sensibilisation sur l'abandon du MP et les messages radios font évoluer les mentalités des communautés sur la pratique du mariage précoce et ses conséquences néfastes. 739 Marabouts et Imams mènent des missions de prêches sur l'abandon du mariage précoce. Ainsi, 64 projets de mariage précoce sont reportés / annulés pendant la période.

Grâce aux sensibilisations et la levée des tabous par les femmes guéries de la fistule, tout au cours de l'année 2017 des nouveaux cas se présentent pour solliciter une prise en charge. 46 femmes malades de la fistule ont été prises en charge et plus de 30 femmes sont en attente.

Les survivantes VBG qui se présentent reçoivent une PEC psychologique et émotionnelle et sont orientées vers d'autres structures si elles le souhaitent. 82 cas de VBG de tous types ont été pris en charge.

L'ancrage des plans opérationnels du programme dans les PO des districts sanitaire est une excellente chose. Les ADC sont toujours appuyés par les Directeurs Techniques de Centres (DTC) ou sages-femmes des CSCOM dans le cadre des sensibilisations sur la fistule, le PF et l'excision. Les DTC sont membres des comités communaux de réflexion et d'échange sur le programme DA. Ils participent à toutes les activités des comités y compris les missions de prévention des pratiques néfastes et leurs conséquences. Ils sont les animateurs principaux des débats radios sur les thématiques du programme.

### **Gao :**

Plus récent pour Gao En 2016, l'activité principale a constitué à l'identification des partenaires de mise en œuvre et les activités n'ont débuté qu'en 2017 pour GAO-MENAKA. Beaucoup d'activités ont réalisées pendant la période de janvier à juin 2017.

## **3.2.2 Développement des ressources humaines et des capacités**

Des formations entreprises dans le contexte du programme, aux partenaires et par les partenaires aux bénéficiaires :

### **Mopti :**

Formation du Semestre 2 2016 par PMO :

- Une formation a eu lieu à l'intention de 187 relais. Elle fait partie de la formation continue.
- Au cours du semestre, des sessions de formation ont été organisées par des PMO en direction du personnel socio sanitaire de certains districts sanitaires. Au total 59 agents de santé dont 14 DTC, 12 sages-femmes, 21 matrones, 07 Infirmières Obstétriciennes, 04 ASC, 01 agent vaccinateur, 34 ATR et 40 exciseuses ont été formés sur les thématiques du programme.
- 200 participants composés de 39 élus communaux et 161 leaders coutumiers et religieux.

- 4.427 séances de causeries éducatives ont été réalisées par les PMO ayant mobilisé 98.156 personnes dont 65.562 femmes et 32.594 hommes

### **Tombouctou :**

Après renforcement des compétences, dans une approche partenariale avec les équipes de terrain de DA pour la sensibilisation sur les thématiques, l'utilisation des relais des aires de santé est salubre pour un bon ancrage opérationnel.

Les acteurs de la base, associations, les relais et les ADC notent un manque de supports socio-éducatifs et audiovisuels ainsi que mentionné par, ainsi que confirmé par les membres des comités de suivi lors des focus groupe.

Le personnel du programme (16) et le Comité Régional de suivi SR/VBG (24) sont formés en technologie contraceptive.

Parmi les associations de femmes et des jeunes, 76 membres sont formés sur le Santé Reproductive, Droits Productifs et Sexuels (SRDRS).

Formation de 380 relais sur la PF, CPN, CPON, le cycle menstruel et en SRDRS.

### **Ségou :**

Les formations ont concerné une diversité d'acteurs communautaires pouvant influencer les décisions ou pouvant jouer le rôle de relais. Il s'agit principalement de :

- Formation en « Management des Projet et Communication » et sur les normes et procédures administratives et financières du Programme Formation des animateurs des radios de proximité en traitement de l'information relative à la SR et aux droits reproductifs. Au cours de ces sessions, des messages ont été élaborés en langue Bamanan et mis à leur disposition pour diffusion.
- Formation pour élus communaux femmes de la région dans un processus de plaidoyer auprès de leurs pairs pour l'introduction des thématiques du Programme dans les PDSEC. La première étape de ce processus a consisté en une formation.
- Formation de 117 agents de santé au niveau local sur les thématiques du Programme.
- Financement de la participation de deux (2) Sage Femmes de la Région au 14ème congrès de la société africaine de gynécologie et obstétrique (SAGO) au Burkina Faso, sur les thèmes de la santé maternelle, néo natale et infantile.
- Formation de 3013 leaders communautaires et de 2 977 animateurs communautaires sur les thématiques du Programme. Les leaders communautaires sont essentiellement les élus, les chefs de villages et conseillers, les leaders religieux, les leaders de femmes et de jeunes. Les animateurs communautaires sont composés de relais, coach sportifs, pairs éducateurs, membres des clubs de jeunes, animateurs radio, parajuristes, enseignants, communicateurs modernes, artistes plasticiens.
- Au total 59 agents de santé dont 14 directeurs techniques de centre, 12 sages-femmes, 21 matrones, 07 Infirmières Obstétriciennes, 04 ASC, 01 agent vaccinateur, 34 ATR et 40 exciseuses ont été formés sur les thématiques du programme.
- 200 participants composés de 39 élus communaux et 161 leaders coutumiers et religieux.

Egalement durant le second semestre 2016, l'ensemble des formations prévues ont été réalisées : 42 sessions.

2439 personnes ont participé, dont 167 élus municipaux, 314 membres d'associations, 43 autres leaders communautaires, 360 communicateurs traditionnels, 968 relais communautaires, 50 membres du parlement des enfants, 19 agents de santé.

Les communicateurs traditionnels sont représentés par les griots, les crieurs publics et autres catégories locales.

Les formations portent sur l'excision, le mariage précoce, d'autres VBG, le planning familial, la santé de la mère et de l'enfant, avec un accent sur l'interrelation entre Droits de l'Enfant et les pratiques traditionnelles néfastes.

En ce qui concerne le suivi post-formation et le suivi de proximité des projets des acteurs locaux de base au niveau du district, durant le second semestre 2016, 32 suivis (2 suivis par DTC par trimestre) prévus ont été réalisés. Les suivis ont pour but d'apporter des appuis techniques aux partenaires (ONG, associations, autres). Ces suivis portent sur les activités de formation, de CCSC, d'échanges, le partenariat, la visibilité.

40 Comités Villageois d'Abandon des Pratiques Néfastes (CVAPN) ont été mis en place et 31 autres ont été redynamisés dans deux communes. Ceci est suivi d'une formation de 3 membres de chaque comité (71 femmes et 142 hommes) sur les thématiques du projet et sur les rôles et responsabilités des CVAPN.

Le programme donne un appui au centre de formation en informatique des filles déscolarisées de Ségou de l'ONG AGIR pour l'environnement et la qualité de vie. Il s'agit de la formation de 15 auditrices du centre et de 15 autres filles de la ville de Ségou sur les concepts de la SR et sur les techniques d'animation notamment le concept de pair-éducation, la communication pour le changement de comportement et les techniques de montage de sketch. Les 30 filles ont également été formées sur les VBG et le leadership.

### 3.2.3 Composante complémentaire PEC des fistules

Dans le contexte de la VBG ainsi que comme suite des MP, la fistule a sa place dans le programme, étant une charge importante et coûteuse pour la femme et la famille. Sauf la charge sociale la famille a difficile à prendre en charge les frais médicaux liés à la fistule, devenant une autre cause pour répudier l'épouse. La PEC sociale ou médicale des femmes ayant subi une fistule augmente la considération pour le programme DA.

Dans la région de Tombouctou, le programme est fondé sur la continuité de l'ancien projet de lutte contre le mariage précoce et de la fistule financé par AEN et exécuté par l'AMSS, Afin de capitaliser les acquis des expériences de l'approche communautaire. Dans ce contexte la formulation du programme DA a pris en compte les recommandations de l'évaluation finale du projet.

Le suivi des activités de réparation de la fistule se situe dans le cadre d'un contrat établi entre l'hôpital de Tombouctou et le programme DA. Un montant forfaitaire de 185.000 FCFA par cas de fistule opéré est remis à l'hôpital, et couvre la PEC médicale des cas dans le cadre de campagnes. Un nombre total de 346 cas fut opérées en trois ans (budget total 65.000.000 FCFA). Le volet prévention de la PEC de la fistule est faible. Ainsi les activités sont concentrées sur l'identification la sensibilisation, le référencement des cas de fistule et leurs réinsertions. L'ancrage avec les activités de SONU n'est pas évident.

L'ancrage des plans opérationnels (PO) du programme DA avec les PO des districts sanitaire est une excellente chose. Les relais des aires de santé ont leur compétence renforcée sur les thématiques ciblées par le programme, et travaillent sur le terrain avec les équipes de DA pour l'identification la sensibilisation, le référencement des cas de fistule et leurs réinsertions. Les relais et les agents du programme, appuyés par les DTC des CSCOM, animent des

débats radiophoniques avec l'appui de professionnels de la santé. Les messages radios sont diffusés à travers 24 radios communautaires en langue française et locaux.

Les PEC des cas de fistule étaient assurées par le partenaire GREFFA sur un autre programme financé par l'AEN jusqu'à fin 2016. Depuis 2017, DA collabore avec GREFFA dans l'identification le référencement la réinsertion des cas.

L'approche case Vie de femmes est une opportunité pour faciliter les échanges entre victimes à travers des groupes de parole d'une part et aussi pour renforcer l'estime de soi et la confiance en soi d'autre part. Des cases d'hébergement sont également des portes d'entrée pour la planification des jeunes filles victimes de VBG (49 jeunes filles) ont eu le counseling sur la PF et la SR.

A Mopti l'approche est différente. Le directeur adjoint de l'hôpital comme coordinateur de la PEC des fistules a un budget de 8 millions FCFA pour 12 mois. Ceci permet de traiter 80 cas ou 100.000 FCFA de contribution par cas et la sensibilisation audio-visuelle des usagers dans l'hôpital. L'exécution est faite par le service social, qui fait l'animation, le counseling des victimes, l'orientation et organise la PEC. La formation a été organisée par UNFPA. La PEC social et l'hébergement sont gérés en synergie avec IAMANEH et Delta survie. Maintenant l'hôpital est à sa 2<sup>e</sup> convention de financement depuis le début avec plus de 16 millions de francs CFA.

Il n'y a pas d'organisation qui s'occupe des malades de la fistule obstétricale à Ségou. AS-DAP, dans le cadre de la dynamisation des comités locaux d'Abandon des Pratiques Néfastes (CLAPN) des 7 cercles et le comité local de suivi du programme (CLSP) de Markala, a mis à la disposition des comités des CLAPN un fonds d'appui dans des comptes ouverts à leurs noms pour faciliter la PEC des cas de complications SR liées à l'excision et la tenue des réunions statutaires. Un atelier de partage de la note technique sur les complications SR liées à l'excision fut organisé avec les CLAPN/CLSP des districts sanitaires. Pour cet effet et le soutien à la PEC des femmes et filles souffrant de complications SR liées aux pratiques traditionnelles néfastes, un budget 24 000 000 FCFA est mis à disposition des CLAPN également pour la tenue de leurs rencontres trimestrielles. Les CLAPN sont des organes du Programme National de Lutte contre l'Excision au niveau des cercles. Ils sont composés d'agents des services techniques, l'administration et la société civile. Le fonds contribue à leur fonctionnement donc à leur redynamisation et en plus de la prise en charge des patientes, l'activité contribue à la prise de conscience des membres par rapport aux conséquences de l'excision. Débuté au dernier trimestre 2016, le budget jusqu'à présent couvre surtout les indemnités de séance pour les réunions statutaires.

### 3.2.4 Suivi et évaluation des indicateurs

Fin 2016 lors de l'atelier sur les indicateurs les organisations se sont mises d'accord sur 18 indicateurs communs plus un (+1) pour AEN (fistules), qui en attendant l'évaluation mi-parcours n'ont pas encore validés par l'Ambassade des Pays Bas.

Pour les indicateurs de genre il est déjà décidé de ne pas les inclure à ce stade avancé du programme.

Mais il est clair que si les indicateurs unifiés n'ont pas été définis dès le début du programme et lors des études de base, il sera difficile d'avoir des valeurs comparables pour les quatre régions et comparables avec les données de départ, qui ne seront pas connues.

L'actuel choix d'indicateurs est multiple et n'est pas limité aux fondamentaux. Beaucoup d'indicateurs proposés et utilisés sont des *indicateurs de processus et de produits finaux et intermédiaires*. Ceci est suffisant pour le suivi du programme des intrants, des produits et des résultats mais n'apporte rien sur l'impact ou l'effet sur les bénéficiaires.

Un autre problème est que les cadres logiques élaborés par le programme et les offres techniques de certains PMO ne précisent pas toujours les cibles prévues pour atteindre les effets (outcomes) planifiés. Ce qui pourtant permettrait de donner une idée de l'impact attendu. Ceci rend difficile l'appréciation globale du programme et de son progrès accompli à court et moyen terme.

La stratégie du « faire faire » dans toutes les régions couvertes par le programme permet de développer et de renforcer la synergie entre les PMO organisés en réseaux et aussi avec les acteurs d'autres programmes qui partagent les mêmes priorités. La bonne application de l'option stratégique du faire-faire demande une mise en œuvre optimale du programme pour une atteinte accentuée des résultats et des objectifs. Si le processus n'est pas correctement encadré, suivi et orienté, cela pourrait avoir un effet contraire sans possibilité de redresser. Aussi, cette démarche de proximité exige pour la cause du suivi, l'amélioration des indicateurs du programme. Le « Faire faire » va au-delà d'une estimation de capacité organisationnelle et de gestion des associations et/ou petites ONG et de pure confiance. Elle demande un travail de conception d'abord en ce qui concerne les TdR avec objectifs et résultats à atteindre d'abord, et à suivre sur un minimum d'indicateurs. Ce travail devra occuper une grande part dans l'agenda de la coordination et ou des unités de gestion et demande plus qu'une simple vérification de rapports et de recul. Sans cet encadrement basé sur la performance des PMO, le « faire faire » risque de ne pas aboutir à l'effet escompté. Ceci est d'autant plus important que dans les zones insécurisées, les PMO ont une capacité de mise en œuvre télécommandée mais basée sur des objectifs et indicateurs clairs.

En fonction de la population cible les intervenants ont atteint un niveau d'objectif tout à fait acceptable mais pas vraiment mesurable ni exportable, par manque de données solides et harmonisées pour la réplication par exemple.

### **Ségou**

Toutes les activités prévues à cette date ont été réalisées. En plus des activités de formation il s'agit essentiellement de :

- Information, Education et Sensibilisation des populations
- D'offre de service de PF (insertion de contraceptifs de longue durée, vente de contraceptifs de courte durée).
- De référence de la population vers les structures de santé.
- De prise en charge des cas de complications SR de l'excision

Le cadre logique contient aussi bien des indicateurs quantitatifs que qualitatifs pour mesurer les résultats attendus.

Le programme dispose d'un cadre de mesure de rendement qui permet d'avoir un regard sur l'évolution des indicateurs et l'atteinte des résultats en pourcentages.

Cependant les indicateurs qualitatifs peuvent être rendus plus spécifiques en ce qui est les critères de connaissances, de satisfaction, d'opinion, de perception.

Référence de base : Rapport Evaluation de base « rapport d'étude, déterminants excision, mariage précoce, VBG » aout 2015

### **Mopti**

52% des résultats prévisionnels du programme sont atteints. Le travail qui reste à faire est surtout le maintien du rythme d'évolution de données en PF notamment.

Pour l'évolution de l'impact sur les excisions et le mariage précoce il faudra attendre les résultats de l'EDSM 2018 pour les comparer à ceux de 2012-13.

Les indicateurs permettent de mesurer périodiquement les avancées vers l'atteinte des résultats. Certains indicateurs (au nombre de 4 à 5) causent des difficultés sur la méthode de calcul, les unités de mesures et les données antérieures pour pouvoir faire des comparaisons. Ces difficultés ont amené à organiser une révision des indicateurs pas encore validée.

L'échantillonnage est faite sur base d'un programme Excel. Sur base de laquelle les agents du PMO de la zone voisine font la collecte, indépendant de leur propre zone d'intervention et en toute objectivité. Les agents sont formés et préparés à la collecte annuelle des données. Ceci permet de suivre annuellement le niveau d'évolution des indicateurs. Après une équipe suis le S&E compile les résultats pour le rapport annuel donné à l'ambassade en Mars de l'année qui suit.

En outre le programme dispose d'un cadre de mesure de rendement qui permet d'avoir un regard sur l'évolution des indicateurs et l'atteinte des résultats.

Étude situationnelle : « MSH et Conseils et Appui pour l'Education à la Base » Août 2015.

### **Tombouctou**

Le programme a connu des avancées notables dans l'atteinte des objectifs ; le taux global de réalisation des activités du programme est autour de 65%.

Les indicateurs prévus se situent bien dans la logique d'intervention du programme mais présentent certaines limites (nombre élevé et insuffisance d'harmonisation). Un travail de révision a été effectué avec le soutien de l'Ambassade, cependant ces indicateurs révisés ne sont pas utilisés pour le moment.

Le programme dispose d'un cadre de mesure de rendement (niveau d'indicateurs en %) qui permet d'avoir un regard sur l'évolution des indicateurs et l'atteinte des résultats.

### **Gao**

Il est trop tôt de parler du niveau de réalisation des indicateurs avec seulement 3 à 6 mois de mise en œuvre. Cependant, malgré l'insécurité grandissante, la réalisation des activités s'est poursuivie même dans les zones les plus insécurisées grâce aux approches novatrices basées sur la sensibilité socio culturelle comme l'utilisation du Réseau de Communicateurs Traditionnel (Recotrade).

Collecte de données de base : rapport final étude de base (2016 Final Report Data collection PDAGM).

### **Tableau commun des indicateurs**

Dans le tableau (2) suivant les consultants sont passés à l'exercice applicative avec l'intention d'expérimenter s'il y avait lieu d'utiliser quelques indicateurs essentiels dans l'atteinte des cibles noyaux des objectifs du programme de SR et DRS, dans ses thématiques clés qui sont le MP, PF, et VBG, dont MGF est plus spécifique et donc plus précis à mesurer. En ajoutant les Conventions signées ou en cours de signature pour l'abandon des pratiques néfastes<sup>14</sup>, faciles à calculer car elles sont répertoriées et gérées au niveau des DRPFEF. Ce dernier a un double avantage, celui de stimuler la synergie et coopération entre DA et les STE concernés.

Commentaire : Cet exercice est très significatif, vu la difficulté de rassembler ces informations essentielles pour mesurer l'effet ou l'atteinte des objectifs, le temps que cela a pris et pour en arriver à des résultats pas tout à fait comparables : sources différentes, années de collecte

---

<sup>14</sup> Tombouctou différence 2 types de convention : pour l'abandon d'excision 2 conventions communales sont signées et 24 sont prévues (sur 240). Pour l'abandon de MP 2 sont signées et 20 conventions prévues.

différentes etc. L'exercice est donc très éducatif et un guide d'apprentissage, un outil qui peut être utilisé afin d'atteindre une uniformité et crédibilité de mesures des cibles.

Tableau 2: Tendances des indicateurs clefs du Programme (annexe 6)

Indicateurs	Niveau de départ et actuel des indicateurs en pourcentage	Régions et programmes			
		Ségou (Asdap)	Mopti (MSH-CAEB)	Gao-Ménaka (AEN)	Tombouctou AEN-AMSS, données par cercle
Mariages précoces	Niveau de départ (baseline)	41,3%	70		49,6%
	Niveau actuel (estimé à partir des données du programme)	34,4%	18,7 (à base d'échantillon)		37,2%
Prévalence contraceptive	Niveau de départ (baseline)	16,3%	8, 64%		2,3
	Niveau actuel (estimé à partir des données du programme)	21,8%	12,63%		6
Prévalence des MGF	Niveau de départ (baseline)	87,1%			56,5
	Niveau actuel (estimé à partir des données du programme)	84,6%			41,76
Nombre de conventions signées		16 communes (243 villages)	76		Excision : 2 signés sur 24 prévus. MP 6 sur 20 prévus

**Les résultats de Tombouctou sont connus par cercle :**

- MP : passé de 49,6% à en 2014 à 36% en 2016,
- Prévalence PF : 2,3% à 6%
- MGF : 56,5% à 41,76%.

**Ségou :**

- MP : 41 à 34
- Connaissance de PF : 16 à 22%
- Perception VBG : de 47 à 50%
- Engagement contre VBG : 47 à 50%.

**Mopti :**

- MP : moyenne de la pratique du mariage précoce de 70% à l'étude de base 2015, est à 18,76% dans l'échantillon de contrôle
- PF Prévalence contraceptive 6,28% (source SIS DRS 2014), 8, 64% en 2015 ; 12,63% (source SIS DRS 2016)
- Prévalence des MGF : baseline 75,4% ; 8,97% sur 1 an.

**Conclusion :**

Les trois organisations dans les 4 régions utilisent tous des cadres de mesures de rendement, avec suivi du niveau des indicateurs et cibles à atteindre. Par contre il est plus difficile à trouver l'avance en temps réel. Souvent les chiffres et pourcentages utilisés sont l'objectif théorique, mais on ne retrouve pas dans les rapports une analyse simple comme celle du tableau 2, avec des indicateurs communs pour les quatre régions.

Les seuils des indicateurs doivent être revus annuellement pour les mettre à jour au cas qu'ils ne soient plus réalistes. Il n'est pas clair si cela est fait.

L'importance d'avoir des indicateurs communs et faciles à suivre est de pouvoir exprimer à la fin du programme le poids du changement incité grâce à un investissement des Pays Bas de plus de 10 millions d'Euros. Le poids potentiel d'une économie d'échelle sur une population atteinte de 4.5 millions d'habitants (source : les organisations mêmes), donc un tiers des habitants du Mali si on n'inclut pas Bamako, n'est pas négligeable. Une entreprise de telle envergure demande un suivi de proximité, harmonisé et reproductible si possible.

La stratégie du faire faire dans toutes les régions couvertes par le programme permet de développer et de renforcer la synergie entre les PMO organisés en s'enrichissant avec les propres spécificités des PMO. Mais le réseau demande d'être correctement encadré, suivi et orienté sur base d'objectifs et résultats à atteindre, et à être suivi sur un minimum d'indicateurs. Sans cet encadrement basé sur la performance des PMO, le faire faire risque de ne pas aboutir à l'effet escompté. Ceci est d'autant plus important que dans les zones insécurisées, les PMO ont une capacité de mise en œuvre télécommandée mais basée sur des objectifs et indicateurs clairs.

**3.3 Efficience****3.3.1 Les structures de gestion et articulation du programme**

Le montage institutionnel du programme est commun pour les quatre régions et s'articule autour du Comité Régional de Suivi de Programme (CRSP), présidé par le Gouverneur de la région, les comités de suivi de cercle (1 par cercle) et les comités de suivi de communes (1 par commune).

Le CRSP regroupe tous les services techniques dont la Direction Régionale de la Santé (DRS), la Direction Régionale de la Promotion de la Femme de l'Enfant et la Famille (DRPFEF) et de la Direction régionale du Développement social et de l'Economie Solidaire (DRDSES) qui sont les 3 départements en charge de la mise en œuvre du PRODESS.

**Composante Tombouctou**

Selon la région d'autres instances clés peuvent siéger au CRSP, comme par ex. à Tombouctou le CRSP a ouvert ses séances à des représentants de l'Académie 'Enseignement de, de l'Hôpital (HRT). A Gao étaient invités pour la visite de l'expert la Clinique Juridique, la CAFO régionale, L'Association Pour la Défense des Droits des Femmes (APDF), la Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (FERASCOM). La coordination régionale des ONG et l'Association Malienne pour la Survie au Sahel (AMSS) assure le secrétariat.

Un suivi régulier trimestriel à travers des visites terrains est mené par le Comité Régional de suivi, et concerne tous les acteurs du niveau communautaire au niveau cercle. Le comité

supervise également les activités des ADC et assistantes psychosociales. A la fin de chaque mission un rapport de suivi est fourni à la coordination du programme DA. Les coordinateurs des PMO partagent leurs rapports avec la coordinatrice de DA. L'analyse est ensuite partagée au cours des réunions mensuelles des clusters protection et VBG

Le consortium AEN/AMSS de par son montage institutionnel et organisationnel consacre le caractère multi-acteurs, multidisciplinaires et la synergie entre les différents acteurs (les membres du consortium, les ONG de mise en œuvre, les acteurs émergents et les bénéficiaires). L'approche est basée sur la mobilisation sociale et la responsabilisation des communautés et la transversalité du genre.

Le programme élabore les plans et budgets annuels ainsi que les rapports périodiques et les audits, conformément à la convention avec le bailleur.

L'AEN fournit un appui technique au programme, à travers l'équipe de son programme « Violences Basées sur le Genre ».

L'AEN et ses partenaires sont formés et disposent de mécanismes de gestion (financière, matérielle et logistique ainsi que de ressources humaines) voués à asseoir et respecter les principes de transparence et redevabilité à tous les niveaux d'intervention. Il en est de même des approches et outils : Ne Pas Nuire, Equité Genre, Plaidoyer, etc.

A Gao aussi bien qu'à Tombouctou, la faible gestion financière des PMO n'a conduit à l'arrêt d'aucun contrat avec les PMO mais a été suivi d'un accompagnement des équipes des PMO en matière de gestion financière.

Un mini diagnostic organisationnel est mis en place pour évaluer les capacités des acteurs émergents sélectionnés, ceci en vue de les appuyer dans l'élaboration de leurs plans de renforcement de capacités, par des formations, par la logistique ou d'autres besoins de ces acteurs/organisations.

Contrairement aux autres régions, la sélection des acteurs émergents est faite une seule fois dès le démarrage du programme et toutes les activités sont mises en œuvre avec ces derniers depuis 3 ans déjà. Ils fournissent chaque année un plan d'action ainsi qu'un rapport/bilan de mise en œuvre des.

Les rapports sont compilés mensuellement avec les différents clusters (santé, nutrition et protection et le sous-cluster VBG dont DA est le lead à Tombouctou)

Le comité local de suivi de cercle/district est composé du préfet (président du comité), du président conseil de cercle, médecin chef du Centre de Santé de Référence (CSRéf) et à Tombouctou par exemple, du FELACOM, (Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire), de la CAFO Locale, des représentants des comités communaux, de la coordination locale des ONG et de toutes autres personnes influentes de la société.

Au niveau du cercle, le comité local de pilotage (CLSP) mène des missions de suivi dans toutes les communes, et supervise les activités menées par les comités communaux relevant du cercle, des relais et des associations. A la fin de la mission un rapport de suivi est fourni au comité régional de suivi et à la coordination du programme.

Les membres du comité de commune sont issus de la communauté et choisis par elle-même selon leur capacité. A Tombouctou par exemple, il est composé du sous-préfet (président du comité), le maire, les chefs de villages / fractions / quartiers, les marabouts / Imams, la CAFO communale, les femmes mariées, les jeunes filles non mariées (10 à 24 ans), et jeunes garçons, les relais communautaires, le président des ASACO, le Directeur Technique des Centres (DTC), les directeurs d'écoles et toutes autres personnes influentes de la société.

Ce mécanisme de suivi favorise la participation de toutes les couches de la société en particulier les femmes et les jeunes.

Outre le suivi du comité communal, les ADC du programme mènent des suivis d'activité mensuels des relais, associations et comités. Ces suivis servent d'espaces d'encadrement et de renforcement de capacités pour ces acteurs et bénéficiaires.

Dans le cadre de l'ancrage institutionnel du programme DA, il était prévu de tenir deux revues semestrielles du Comité Régional de Suivi de Programme (CRSP) et dans les districts de tenir des réunions trimestrielles du Comité Local de Suivi de Programme (CLSP). La fréquence de ces réunions n'est pas respectée dans toutes les régions, soit par difficulté de convocation soit par contrainte financière.

L'espace est laissée aux PMO de recruter selon leur besoin et en complémentarité de leurs effectifs. La mutualisation de certains coûts avec les PMO et AEN ont permis de minimiser les coûts référents.

Dans la région de Tombouctou, le dispositif institutionnel est mis en place à travers la décentralisation des comités de suivi et la remontée des données (rapports de suivi). C'est un facteur de facilitation et de renforcement de la communication entre les acteurs de la mise en œuvre et aussi avec les instances de suivi des clusters, auxquels DA participe. Le CRSP s'est réuni deux fois déjà en 2017. Cependant la communication est quasi absente entre le programme DA avec les instances de suivi, qui est le Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes sanitaires et sociaux (CROCEPS<sup>15</sup>) du PRODESS, même si la coordination du programme participe aux réunions annuelles de suivi et de planification du PRODESS.

A Gao, l'ancrage des plans opérationnels du programme avec les plans des districts sanitaires a fortement amélioré la communication entre le programme DA et les instances de planification et de suivi évaluation du PRODESS. Cependant la collaboration en faveur de la prévention de la fistule entre les équipes de DA et des CSCOM n'est toujours pas à souhait dans la réalisation des activités (SONU). Ceci aussi bien à Tombouctou qu'à Gao.

### **Composante Ségou**

En ce qui concerne la gestion du programme il était prévu de tenir au minimum deux revues semestrielles du Comité Régional de Suivi de Programme (CRSP). Seulement une revue a eu lieu en 2016.

Le dispositif opérationnel mis en place doit permettre l'atteinte des objectifs de par :

- La mise en œuvre des activités par des acteurs locaux (associations communautaires de base, ONG, radio, services techniques).
- L'implication des organisations faitière comme le Réseau des Communicateurs traditionnels pour le Développement (RECOTRAD), la Coordination des ONG Féminines (CAFO), la Coordination Régionale des Jeunes (CRJ).
- L'implication des ONG ayant des compétences spécifiques dans la mise en œuvre des activités. Il s'agit de MSI (spécialiste de prestation de services PF), WALE (pour le NTIC) et ISA (pour le sport pour le développement), JIGI pour les jeux SR (jeux sans tabou et jeux de l'avenir), AMYT (pour le Plaidoyer auprès des élus pour l'intégration des PTN dans les PDSEC et Plans annuels des collectivités et pour le leadership féminin), AGIR (pour le développement des compétences des jeunes filles déscolarisées), et APROFID pour son approche auprès des Centres d'Animation Pédagogiques (CAP).

---

<sup>15</sup> Les CROCEPS ne sont pas tenues de façon régulière dans la région. Ce sont surtout les Clusters qui sont bien animés

- Le recrutement de huit ONG pour l'encadrement des associations. Cette activité en plus de faciliter le suivi des activités des d'associations partenaires permet un renforcement de la capacité et une diversification des stratégies du Programme (chaque ONG apportant sa valeur ajoutée).
- La coordination des activités par une gestion du Programme (AGP) mise en place par l'ASDAP et basée dans la Région. Elle est composée d'une équipe de Direction et d'un agent dans chacune des 8 districts sanitaires regroupés autour de 3 unités de coordination. L'AGP est appuyée dans ses activités par une équipe technique de 3 personnes de la Direction de l'ASDAP
- L'ancrage institutionnel la DRPFEF) qui est un service technique de l'Etat avec des démembrements dans les districts (le Programme contribue à leur renforcement de capacité, ce qui favorise la pérennité des interventions qui font partie de leur mandat).
- L'implication des intervenants locaux sur les thématiques du Programme dans la sélection des ONG et associations de mise en œuvre. En effet la sélection des projets a été faite par un panel indépendant composé des cadres de l'administration, des services techniques et de la société civile de la Région
- La sélection des ONG d'encadrement a été décidé et effectué en novembre 2015 pour le coaching des 65 associations de base qui ont des initiatives et ont un bon ancrage communautaire mais pas suffisamment de compétences techniques et de gestion.
- Une définition claire des rôles de chaque acteur (associations et ONG partenaires, services administratifs, techniques, les différents comités de suivi, les collectivités, PTF, ASDAP) a été faite.
- Les stratégies d'échange et de partage des résultats ont été déterminées.
- Le Programme organise également des cadres de concertation sur les thématiques du Programme. Ces activités visent le renforcement des capacités des leaders communautaires.
- DA Ségou a traduit des textes législatifs (lois SR et VIH/SIDA) en Bamankan et a formé des parajuristes et des assistants juridiques et judiciaires sur ces textes.
- Des ateliers sont également organisés pour améliorer la gestion du Programme : l'atelier de recadrage et recentrage des activités des ONG d'encadrement, ateliers de Partage et de Capitalisation des bonnes pratiques, revue annuelle des activités.

### **Composante Mopti**

Au niveau Régional, il existe un comité de pilotage, composé de 20 membres issus des Services Techniques de l'Etat (STE), des organisations non gouvernementales nationales et internationales et d'autres acteurs de la société civile locale) présidé par le Gouverneur de Région qui le convoque semestriellement. Le comité de pilotage effectue des missions de suivi pour s'imprégner de l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme.

Ainsi que dans les autres régions la tutelle technique est assurée par la Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (DRPFEF). La DRPFEF sous l'autorisation du Gouverneur convoque le comité régional de présélection et d'approbation des projets (CRSAP). Ce comité est rotatif et s'occupe du dépouillement, de la pondération et de la présélection des projets à financer. Le processus final est fait entre le CRSAP, l'UGP et le CAP. A Mopti trois rencontres du comité de pilotage sont effectuées (1 en 2015 et 2 en 2016).

Le programme est géré par une unité qui comprend 4 pôles de coordination qui sont : Tenenkou-Youwarou ; Douentza ; Bankass-Koro et Bandiagara-Djénné-Mopti. Ces différents pôles sont constitués de superviseurs et de para juristes pour suivre et appuyer les PMO dans la mise en œuvre des projets.

Le programme dispose d'un manuel des procédures. Les ressources humaines des PMO sont formées à leur application.

L'organisation a organisé un atelier d'amélioration du rendement des ressources humaines chargées de la gestion administrative, financière et comptable des PMO afin de renforcer la qualité de production des rapports financiers.

22 coordinateurs des PMO et superviseurs sont formés en suivi et évaluation.

La sélection définitive des PMO pour la phase 2 se fait conformément au PRODOC. L'UGP a lancé trois appels à projets dont : deux (2) appels généraux à projets ; un (1) appel spécifique à projets (éducation).

Le dépouillement et la pondération des offres est faite par les membres du CRSP avec l'appui de l'UGP en comité pilotée par la DRPFEF qui assure la tutelle technique du programme. Les offres présélectionnées sont validées par l'UGP, le CAP, le CRSP et l'Ambassade. Ceci a conduit à la sélection de 22 PMO pour la phase 2, ou 128 ressources humaines (27 femmes) pour 8 cercles.

### **Composante Gao**

Egalement à Gao les Directions régionales de la santé, de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et du développement social et de l'économie solidaire assument en conjoint le pilotage du PRODESS, dans laquelle la DRS assure la coordination sectorielle. Le Programme est attaché à la Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (DRPFEF).

Les membres du Comité de Pilotage (CdP) du programme sont constitués et représenté par la Direction Régionale de la Santé, de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et du développement social et de l'économie solidaire (qui également assument en conjoint le pilotage du PRODESS dans la région de Gao, dans laquelle la DRS assure la coordination sectorielle. Selon la décision n° 2016 – 0389/GRG-CAB, le comité de pilotage régional doit se réunir 3 fois par an sur la base des plans, rapports semestriels et annuels du programme élaboré et soumis par l'AEN.

D'autres membres qui participent aux CdP sont notamment la Direction régionale de la jeunesse et des sports et la direction régionale de la culture. Ces structures membres du CPR et qui sont aussi, pour la plupart, des structures partenaires stratégiques associées à sa mise en œuvre, en conformité du document de programme.

D'autres structures membres du comité de pilotage, notamment la Direction régionale de la jeunesse et des sports et la direction régionale de la culture ont été rencontrées, en raison du fait que le programme repose un socle important dans sa mise en œuvre que constitue la participation et l'engagement des communautés ainsi que des bénéficiaires Jeunes et femmes.

Le montage institutionnel se présente comme suit :

Un comité local de suivi est mis en place dans chacun des cercles d'interventions du programme. Ce comité est composé du préfet (président du comité), du Président du conseil de cercle, du médecin chef du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Gao ; de FELACOM, (Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire) ; de la CAFO Locale, des représentants des comités communaux ; de la coordination locale des ONG et toutes autres personnes influentes de la société.

Le coordinateur du programme DA informe que les comités locaux de suivi n'avaient pas encore été mis en place, suite à une instruction du Gouverneur, président du comité régional de pilotage). Il existe un décalage entre les prévisions inscrites dans le Prodoc et la réalité de terrain. Le contexte sécuritaire pourrait expliquer cette décision. Toutefois, du moment que les activités sont déroulées sur le terrain, il n'y aurait pas de raisons valables qu'une instance prévue dans une vision du faire-faire telle que privilégiée par le Programme DA, ne soit pas effectivement mise en place dans ses zones de mise en œuvre.

Un comité communal est mis en place dans chacune des 24 communes d'interventions du programme, les membres sont issus de la communauté et choisies par elle-même selon les capacités des uns et des autres. Il est composé comme suit ; le Sous-préfet (président du comité), le Maire, les chefs de villages / fractions / quartiers, les Marabouts / Imams, la CAFO communale, les Femme mariée ou non, les jeunes filles mariées ou non mariée (de 10 à 24 ans), les Jeunes garçons (10 à 24 ans) ; les hommes ; Les relais communautaires, Le président de l'ASACO, le Directeur Technique des Centres de Santé Communautaires (DTC), les Directeurs d'écoles et toutes autres personnes influentes de la société.

Un comité régional présidé par le Gouverneur de la région regroupe en son sein tous les services techniques dont la DRS la DRPFEF et la DRDSES qui sont les 3 départements en charge de la mise en œuvre du PRODESS.

Le processus de sélection est transparent. Le comité de sélection est composé des représentants de la Direction régionale de la statistique, et de l'économie solidaire, de la DRS, du Conseil Régional, de la CAFO, de la Coordination des ONG et de AEN. Ensuite il y a consensus sur la méthodologie de choix des PMO, et critères de sélection qui sont pertinents par rapport aux objectifs du programme DA ; par rapport au contexte local ; ancrage et légitimité de l'acteur dans le contexte ; accès au groupe cible ; caractère innovant de l'initiative ; acteur stratégique important (par exemple chefs religieux) ; expérience dans des initiatives comparables ; Capacités de l'acteur à exécuter les activités ; plan d'action bien précis et réaliste. Des 164 propositions de projet et classés par catégorie d'envergure le comité de sélection a retenu 19 PMO par catégorie.

Toutefois, le Chef de Division Santé qui a participé au comité de sélection, n'a plus eu d'informations après cette mission ponctuelle à laquelle il a pris part au nom de sa direction et devrait se référer au comité dont il est membre. Sachant que ces mêmes personnes peuvent être mobilisées pour d'autres missions, il serait important qu'il y ait un retour d'informations entre les groupes de travail sur les PMO engagés.

### 3.3.2 Défis et réajustements dans le progrès du Programme

Le changement de comportement est un défi majeur, qui nécessite plus de dix années d'interventions à large base communautaire et assidue. Elle utilisera toutes les approches et points d'entrée possibles.

#### **Mopti**

Les insuffisances notées par la coordination-même de Mopti et pour lesquels des mesures ont été ou seront prises, sont :

- Le renforcement des activités d'IEC en direction des leaders religieux et coutumiers autour des thématiques du programme ;
- L'intensification des activités d'IEC autour des méthodes contraceptives à l'égard des groupes cibles et le renforcement de capacités du personnel socio sanitaire sur l'administration des méthodes contraceptives de longue durée ;
- L'intensification de la distribution à base communautaire des produits contraceptifs ;

- La poursuite du partenariat avec MSI pour le renforcement de la stratégie mobile en matière de planification familiale ;
- La poursuite du renforcement des compétences des relais et les membres des comités de protection sur les thématiques du projet ;
- Une implication plus soutenue des structures de jeunes et surtout du milieu scolaire dans la mise en œuvre des activités du programme ;
- L'encadrement continu des ressources humaines des PMO dans le rapportage technique, la gestion administrative et financière.

### **Tombouctou**

Des défis sont liés à :

- L'insécurité et la présence des groupes armés, assassinats, vols de véhicules, banditisme résiduel, causant des projets de quitter le terrain, couvre-feu avant 18heures, ou à mettre à chaque fois le matériel de travail en sécurité.
- L'enclavement de la zone
- Au retour des réfugiés, leurs 14 communes sont non couvertes par le programme, car absents en 2014, maintenant ils en ont besoin.
- La difficulté d'harmoniser avec les autres ONG une stratégie de taux de motivation des relais

### **Gao**

Alors que AEN l'AEN participe régulièrement à toutes les réunions de sous-groupes thématiques (sous-cluster VGB, santé, et le cluster protection régionale) et de ce fait les informations sont partagées à ces niveaux, la presque totalité des autres structures (DRS, UNICEF, DRJS, DRC), trouve la communication faible et mal structurée. Il arrive très souvent que les informations remontées au niveau du Gouverneur ne soient pas partagées en temps réel avec les autres membres du comité. Ce que déplore plus d'un membre. Il apparaît donc urgent au Coordinateur du Programme, de prendre l'initiative et mettre en place un système de partage d'information avec les partenaires (mailing list). Cela s'explique par un programme au début de sa mise en œuvre et dans un contexte d'insécurité et une évolution variante d'une zone à une autre.

Le Directeur régional de la santé, assisté du Chargé de planification de la DRS ainsi que du Chef de Division de santé, et en présence du chargé de suivi-évaluation du Programme DA sont explicites : le DRS encourage le Programme DA à s'intégrer davantage aux cadres de concertations mises en place dans le domaine de la santé. Malgré la réalité d'un effectif réduit et une palette d'actions déployées sur le terrain, la participation peut-être plus active, de façon plus régulière et avec un bon niveau de représentation. La même recommandation est faite par UNICEF pour le cadre de concertation santé-nutrition qu'il finance auprès de la DRS. Il ne s'agit de s'organiser davantage pour un programme qui démarre, et de s'inscrire dans une dynamique alignée sur les mécanismes du Prodess dans la région de Gao.

### **Ségou**

Les nouveaux défis à Ségou ont été relevés à travers une revue de stratégies d'intervention. Il s'agit principalement de :

- Problèmes d'insécurité et d'inondation près du fleuve
- l'interdiction de circulation d'engins à 2 roues entre 2 villages (dans certaines zones).
- Une des solutions a été l'utilisation de transport en commun.

- La baisse de fonds après 2 ans de mise en œuvre. La solution a été de réduire le nombre de villages couverts (par conséquent le nombre d'ONG) et le nombre d'agents des ONG qui continuent. Et le maintien des émissions radio dans toutes les localités.

### 3.3.3 Justification des frais de projet et exécution des fonds

Les données sont fournies par les contractants. Ceci mène parfois à des divergences de données et d'informations, qui ensuite peuvent être corrigées :

Tableau 3: Justification des frais de projet et exécution des fonds

REGION	Mopti	Ségou	Tombouctou	Gao/Ménaka
<b>Taux d'exécution 31 Déc 2016</b>	51%	73%	65%	2%
<b>Taux d'exécution frais directs, activités</b>	53	79	40%	0,55
<b>Taux d'exécution indirects, suivi et investissement</b>	47	56	7%	0.94
<b>Taux d'exécution frais fonctionnement, administratifs, et audit</b>	45	75	18%	0.51
<b>Voitures projet</b>	4 (1 à Bamako)	4	1	0
<b>Motos équipe projet</b>	8	8	15	7
<b>Motos achetées pour PMO</b>	61	61		24
<b>Budget milliards FCFA</b>	3.8	3.2	1.5	2.1
<b>Coût/population</b>	1437	1116	1710	3406
<b>Sous-traitance fistule et victime VBG</b>	8.000.000	24 000 000	65.000.000	
<b>Correction</b>		1203	RAS	
<b>Contribution propre incluse</b>	3.847 000 000	3.200.000	1.548.916.200	2.120.000

#### Ségou :

Le budget du programme est réparti sur 5 ans avec 53% réservés au financement des initiatives des organisations. Les moyens sont mis à leur disposition pour l'atteinte des objectifs et résultats du programme à travers d'une logistique adaptée à la Région. Les interventions dans la zone inondée sont difficiles et nécessitent de gros efforts physiques et financiers. Les distances sont longues et les moyens de transport sont coûteux, rares et risqués. Le programme couvre 65% de la population. Le ratio budget par population couvert est de 1116. Les résultats actuels atteints sont le fruit de l'investissement de 51% du budget du programme.

#### Mopti :

Le financement des activités et initiatives des partenaires est la majeure partie des coûts directs ou 2 milliards CCFA : avec un taux d'exécution de 56%.

Le restant ou 0.5 milliard couvre les formations, les ateliers, et les activités des 4 superviseurs du programme MSH CAEB.

Le taux d'exécution à la dernière date disponible de fin décembre 2016 est de 51 % ou une consommation totale du budget de 3.851.506.478 CFA.

- Les coûts directs (activités) comprennent 2.596.800.000 CFA ou 53%
- Les coûts indirects 47% des fonds des Pays Bas, ou 959.269.444 CFA (salaires, déplacements, frais de fonctionnement bureau, achat équipement)
- Le coût administratif est 8% (selon contrat avec l'ambassade) : exécution de 45% fin 2016.

Il y a 4 voitures sur les fonds projet dont une à Bamako et 8 motos pour les superviseurs MSK plus 61 au nom et budget des partenaires

Des formations étaient prévues en 2015 pour les ONGs et associations. Vu le manque dans le flux/présentation de justifications, la formation est reprise en ateliers avec les administrateurs-finances de Bamako et de Mopti ensemble pour tous les comptables des partenaires.

### **Tombouctou**

Le taux d'exécution à la dernière date disponible de fin décembre 2016 est de 65 %.

- Les coûts directs (activités) comprennent 40%
- Les coûts indirects 7%
- Les coûts administratifs sont de 8% (selon contrat avec l'ambassade) : exécution de 18% fin 2016

Debbo Alafia utilise les mêmes locaux que les autres programmes du partenaire AMSS, ce qui réduit considérablement les frais liés au fonctionnement (Téléphone, internet, location, transport, etc.).

Une allocation annuelle de fonctionnement aux ADC les rends autonome pour mener leurs activités sur le terrain (carburant) et est une bonne gestion de temps.

### **Gao**

Les PMO dénoncent des retards de décaissements dans le cadre du Programme. En 2016, les principales activités étaient l'identification des PMO et l'étude de leurs propositions. Aucune contractualisation n'avait été faite avec les PMO de Gao-Ménaka. De ce fait il n'y aurait pas eu de retard de décaissement.

A la demande de l'évaluateur 5 PMO ont renseigné la fiche qui leur a été soumise. 2 PMO mentionnent la lenteur dans le processus de décaissement par l'AEN entre la coordination du programme basée à Gao et le siège de l'AEN basé à Bamako. Le respect aux procédures doit garantir la sécurité des ressources. Les moyens de contrôle doivent être intégrés dans le processus décisionnel lié à la mise en œuvre du Programme DA.

### **3.3.4 Suivi & Evaluation et rapportage**

Le suivi et évaluation ont été mis en place avec un système participatif dans toutes les régions. Le système de suivi et son application ne ressortent pas clairement des rapports périodiques, sauf là où mentionné. Il est bien de comprendre qu'une compilation de rapports n'équivaut pas à un système de suivi et évaluation. Le suivi va bien au-delà d'un cadre de mesures de rendements, surtout quand le programme est appliqué par l'intermédiaire de PMO. Un système de Suivi & Evaluation performant doit pouvoir intégrer les aspects formels axés sur les données collectées au cours du travail traditionnel de Suivi Evaluation et les éléments informels de suivi et communication. Le Suivi Evaluation, doit dans toutes les cir-

constances être envisagé comme un système intégré de réflexion continue et de communication qui doit être planifiée, gérée et dotée de moyens adaptés. Planification et gestion impliquent donc des mesures et échéances établies lors des conventions avec les PMO et associations (ou entre PMO et associations également) :

- **Le suivi** est l'évaluation en permanence de l'exécution d'un projet au regard des échéances convenues, ainsi que de l'utilisation par les bénéficiaires du projet, des ressources, de l'infrastructure et des services mis à leur disposition. Il fournit les informations sur l'exécution du projet.
- **L'évaluation** permet de mesurer l'impact final du projet, de la performance et de l'efficacité d'un projet par rapport à ses objectifs initiaux (Référez au chapitre 3.2.4). Il est donc important dans le système de fournir les outils tant à l'évaluation mi-parcours que finale.

La conception d'un système de Suivi & Evaluation comporte six(6) étapes. Des tâches précises sont réalisées au cours de ces différentes phases et permettent de répondre à des questions bien précises.

- 1 Définition de l'objectif et du champ d'application du système de Suivi Evaluation : Les réponses aux préoccupations telles que le budget de fonctionnement du Suivi Evaluation, le nombre d'indicateurs à suivre, la fréquence des rapports, le types de communication nécessaire etc. sont facilement trouvées lorsqu'une définition claire de l'objectif et du champ d'action du Suivi Evaluation est faite. Le nombre d'indicateurs est analysé chapitre 3.2.4.
- 2 Identification des questions relatives à la performance, les indicateurs et les besoins en matière d'information : Cette phase est importante puisqu'étroitement liée à l'élaboration du Cadre Logique du projet. Il s'agit de définir pour chaque niveau hiérarchique des objectifs, un ou deux indicateurs permettant de mesurer le degré de réalisation de l'objectif. Les indicateurs correspondant ne permettent pas toujours d'expliquer le degré de satisfaction de tel ou tel objectif. Il est conseillé de confronter plusieurs sources d'information quantitatives et qualitatives pour maîtriser l'évolution du projet et suivre les liens qui existent entre ces différentes informations.
- 3 La collecte et l'organisation de l'information doit présenter au mix soit qualitative ou quantitative selon les indicateurs.
- 4 Les modalités de réflexion critique, sont en place.
- 5 La communication et établissement des rapports peuvent bénéficier d'une assistance proactive.
- 6 Les moyens et compétences nécessaires : une définition précise du nombre d'agents du Suivi Evaluation, de leur qualification, de leurs responsabilités et de leurs liens avec les autres acteurs du projet est fondamentale pour que le système fonctionne véritablement. Une ligne budgétaire spécifique et suffisamment dotée doit être prévue pour le Suivi Evaluation. Le budget de fonctionnement du suivi s'avère dans plusieurs cas faire partie ou être mélangé à d'autres activités de formation par exemple ou de visibilité.

#### **A Ségou :**

Le mécanisme de suivi-évaluation favorise le suivi et le partage régulier d'information à tous les niveaux et par tous les acteurs et par les bénéficiaires, et fonctionne avec :

- Des comités de suivi (au niveau région et au niveau district) composés de représentants des jeunes, des femmes, des élus communaux, des communicateurs (modernes et traditionnels), des services techniques et de l'administration ont été mis en place.
- Supervision régulière du personnel de mise en œuvre. Elles sont réalisées aussi bien par les responsables des ONG que par le personnel de l'AGP/ASDAP que par les services techniques et les Comités de Suivi du Programme. Les supervisions sont des occasions pour renforcer les capacités d'animation, de remplissage des fiches de suivi et de rapportage des agents de mise en œuvre, et aussi les appuyer dans la gestion d'éventuelles difficultés avec les bénéficiaires.
- Mise à disposition des partenaires de canevas de, supervision, collecte de données et rapportage et leur orientation sur leur utilisation. Les mêmes outils ont été mis à la disposition de tous les partenaires avec des fiches de collecte pour tous les niveaux de mise en œuvre et des fichiers Excel pour la saisie et la compilation. Les données primaires sont collectées régulièrement par ceux qui mènent les activités sur les fiches qui sont transmis aux agents des ONG. Ces derniers saisissent les données dans les fichiers Excel de façon mensuelle, ce qui permet à chaque structure de faire des rapports mensuels qui alimentent les rapports trimestriels.
- Des cadres d'échanges qui ont été créés (revues annuelles et trimestrielles, réunions périodiques entre intervenants pour la capitalisation des expériences et le partage/documentation des bonnes pratiques /cas de succès, réunions mensuelles et trimestrielles de l'équipe programme
- Un système de rapportage régulier des interventions par partenaire et partage avec l'organisation chapeaux et les comités de suivi. Des rencontres mensuelles sont organisées entre les équipes des partenaires de mise en œuvre et l'équipe de l'AGP/ASDAP au niveau districts pour le suivi de la qualité des données et des rapports.
- Les données sont saisies et compilées dans un canevas Excel qui a été mis à la disposition de tous les partenaires.

Le mécanisme de suivi-évaluation veille à améliorer la qualité des services grâce à :

- La mise à la disposition des partenaires de mise en œuvre de canevas de, supervision, collecte de données et rapportage et leur orientation sur leur utilisation.
- L'organisation de missions (trimestrielles) de supervisions facilitantes pour le renforcement de capacités par les équipes d'ASDAP et de son AGP, les responsables d'ONG et les services techniques
- La signature de conventions de collaboration avec des services techniques pour assurer la qualité de certains services : la prestation de services de PF (de MSI par la Direction Régionale de Santé) et les messages radio (des radios partenaires par l'URTEL et par la Direction Régionale du Développement social et de l'Economie solidaire).

### **Mopti :**

Le mécanisme mis en place est structuré de manière à prendre en compte et à faire intervenir chaque acteur et cibles à différents niveaux. Les PMO contractés mènent des activités d'IEC sur le terrain à l'endroit des cibles et fournissent trimestriellement des rapports techniques et financiers. Les PMO et leurs cibles sont suivis par les équipes pôles de coordination locales à travers les parajuristes et les superviseurs. Ces derniers font une compilation trimestrielle et aussi semestrielle des rapports des PMO. Les rapports des EPCL sont ensuite compilés

par l'UGP semestriellement avec en fin d'année une collecte, un traitement et une analyse de données pour mesurer l'évolution des indicateurs. Un atelier bilan est tenu à la fin de chaque année.

Des missions de suivi sont réalisées par l'UGP, le Comité d'Appui au Programme (CAP) et les services techniques. Les STE effectuent une appréciation sur la mise en œuvre du programme.

Cette structuration permet au programme de prendre en compte l'appréciation et la participation des cibles, des acteurs, des STE.

### **Tombouctou**

Le programme élabore annuellement des cadres de suivi et des fiches de suivi mensuelles, trimestrielles et fiches d'enquêtes circonstanciées selon la nature des activités, en mettant l'accent sur les indicateurs de changement. Depuis juin 2017 le programme utilise le logiciel dénommé MAGPI. Cet outil permet de collecter, analyser et partager les données.

Le suivi est réalisé à plusieurs niveaux : Au niveau village/commune : les activités mise en œuvre par les relais et associations sont suivies par le comité communal. Un rapport de suivi mensuel est fourni par le comité communal.

Niveau cercle : le comité local de pilotage mène des missions de suivi dans toutes les communes. Il supervise les activités menées par les comités communaux relevant du cercle, les relais, les associations. Un rapport de suivi est fourni à la fin de la mission.

Niveau région : un suivi régulier trimestriel à travers des visites terrains est mené par le Comité Régional de suivi. Ce suivi concerne tous les acteurs du niveau communautaire au niveau cercle, le comité supervise également les activités des ADC et assistantes psychosociales. Un rapport de suivi est fourni dès la fin de la mission.

Les ADC du programme mènent des suivis mensuels des activités des relais, associations et comités. Ces suivis servent d'espaces d'encadrement et de renforcement de capacités pour ces acteurs/bénéficiaires.

Les assistantes psychosociales supervisent les activités des ADC, ces supervisions servent d'espaces de cadrage dans la mise en œuvre des activités, mais aussi des conseils pratiques. Elles suivent également l'état d'amélioration psychologique des survivantes de VBG et de fistule.

Les Coordinateurs et l'agent de suivi du programme mènent des suivis bimensuels. Ces suivis concernent l'ensemble des activités du programme et sont participatifs et formatifs. Ce mécanisme de suivi favorise la participation de toutes les couches de la société en particulier les femmes et les jeunes.

#### **Conclusion :**

Le partage des données issues du programme avec les mécanismes du PRODESS et les autres partenaires gagnerait à être renforcé et systématisé. Le Directeur régional à Gao par exemple, a insisté sur la nécessité pour DA d'intégrer les cadres de concertations mises en place en matière de santé dans la région et pas seulement du cluster, où les organisations sont bien présentes. UNICEF en soutien à la DRS de Gao insiste sur la participation plus effective du programme dans les cadres de santé et de protection sociale mis en place et très fonctionnels.

La dynamique de communication sociale et stratégique du programme demande d'être renforcé à Gao. Les organisations membres du CRP indiquent un déficit de communication en dehors des sessions dudit comité. Le Gouvernorat qui préside le comité a du mal à partager systématiquement selon eux les informations.

Ségou a opté de travailler avec huit ONG d'encadrement. Le but et la raison d'être est l'envergure de la couverture recherchée, une couverture géographique plus complète, et la nécessité d'adresser la thématique d'une manière intégrée, reposant l'approche du programme sur une démarche multi-acteurs orientée sur le faire faire pour assurer l'atteinte des résultats visés. Dans ce cas il y a donc délégation des responsabilités des tâches et instruments de suivi qui sont les objectifs à atteindre, le suivi de la qualité du travail, et qui augmente la nécessité d'indicateurs clairs, simples et vérifiables.

Tout en tenant compte des défis causés par un lancement frais dans un contexte peu sécurisé à Gao, des précautions doivent cadrer dans le souci de sécuriser des décaissements pour les PMO dans les temps et à ne pas retarder la chaîne d'activités.

### 3.4 Durabilité

La durabilité du programme est inscrite dans l'ancrage institutionnel, ce qui la rend subsidiaire aux engagements opérationnels et budgétaires des départements et ministères concernés. Le programme est ancré au niveau de comité régional, communal et local à travers la mise place de comités de pilotage et renforcé par des groupements des premiers bénéficiaires, ainsi que l'engagement des communautés et des groupements des bénéficiaires des Jeunes et des Femmes.

Au niveau régional, le Comité de Pilotage (CdP) du programme de par leur membres, la Direction Régionale de la Santé, de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille et du développement social et de l'économie solidaire (qui également assument en conjoint le pilotage du PRODESS dans laquelle la DRS assure la coordination sectorielle), et d'autres membres du CdP ainsi que la Direction régionale de la jeunesse et des sports et la direction régionale de la culture, assurent l'ancrage local du programme. Le PRODESS constitue le cadre d'intervention des 3 départements (DRS, DRPFEF, DRDSES). La DRPFEF est l'ancrage institutionnel de la mise en œuvre du programme de DA.

Dans le processus de transfert des compétences et des ressources de l'État aux collectivités territoriales, la dévolution des budgets vers les communautés augmente le rôle et implication des cercles, des communes et ensuite des relais communautaires. Ainsi l'implication des préfets, maires, et relais est la base de la pérennité. A Ségou par exemple les thématiques du Programme ont été insérées dans des Plans de Développement Social Economiques et Culturel (PDSEC) de 14 communes et dans le Plan d'Action 2017. L'intégration du financement des activités liées aux thématiques dans les PDSEC est effectivement un facteur de durabilité.

Au niveau décentralisé l'ancrage du programme est donc assuré par le préfet et les services techniques déconcentrés (SLPFEF, SLDSES, CSRéf, le Centre d'Animation Pédagogique) et les élus communaux, mais il reste encore une nécessité de renforcement des capacités des acteurs locaux. Un acquis du programme est certainement d'être proche des collectivités territoriales.

Le dialogue avec les acteurs et les bénéficiaires tout au long du programme autour de la question de pérennisation des thématiques a permis de consolider les relais communautaires. La liste des relais est fournie par les communautés mêmes. Ces relais veilleront à la

continuité des activités de sensibilisation et de l'éveil de conscience. La stratégie du faire faire par la communauté est essentielle dans ce contexte.

Par contre pour maintenir ces dynamiques communautaires dans la dernière année, il est nécessaire de donner un renforcement sur la gestion mais aussi sur les thématiques. Et de poursuivre la formation continue et l'implication des relais dans les activités d'IEC sur les thématiques du programme Les points focaux dans les STE au niveau central et local, qui eux aussi ont bénéficié des formations et qui font des missions de suivi, seront responsables de la pérennisation des actions de développement communautaires.

Dès le début du programme, la communication ouverte avec les ayants droits, comme la société civile, les autorités locales et religieuses, est de mise pour signifier que le programme n'est pas indéfini. Une vision et un plan de retrait sont partagés avec les acteurs du programme.

A Ségou les Comités Locaux pour l'Abandon des Pratiques Néfastes (CLAPN) des 7 cercles et du district de Makala ont été dynamisés de même que les 16 Comités Communaux. Et dans toutes les régions des Comités villageois ont été mis en place.

Les capacités des acteurs locaux sont renforcées à travers le partenariat dans la mise en œuvre (formation en pratique), la formation d'animateurs communautaires (relais communautaires, coach sportifs, pairs éducateurs, membres clubs jeunes, animateurs radio, para juriste, enseignants) et la formation de leaders communautaires (élus, chefs villages et conseillers, leaders religieux, communicateurs traditionnels, leaders de femmes et de jeunes) pour obtenir une meilleure prise de décision.

#### **Conclusion :**

Le Comité de Suivi à Ségou insiste sur une visite conjointe plus régulière avec le programme pour son suivi et intégration. Il semble aux évaluateurs qu'il serait d'un investissement plus bénéfique que d'intervenir par exemple dans les indemnités de séance pour les réunions statutaires des CLAPN. Même si l'état est déficient dans la supervision et budgétisation de ces structures essentielles pour la VBG, la durabilité gagnerait plus d'un plaidoyer insisté ou une aide logistique que d'une substitution budgétaire.

La durabilité gagne en dynamique si les PDSEC sont mis en œuvre comme planifié et les personnes formées et les associations renforcées prennent l'initiative de continuer les activités.

### **3.4.1 Risques et assomptions**

Les facteurs de risques jouent dans toutes les régions et surtout les préoccupations d'insécurité restent un facteur invalidant pour tout le programme. Au Nord, surtout à Gao le retour retardé des populations et le non-retour effectif de l'administration empêche d'atteindre toutes les populations et la mise en place des comités de suivi locaux et communaux. C'est aussi une entre autres raisons de la mobilité des agents des services techniques, et qui détermine la pérennité.

Vu les grandes surfaces à couvrir et la multiplication de projets et associations à accompagner les ressources humaines ne sont pas suffisantes en nombre pour assurer la qualité des activités, de messages et des produits.

Un autre défi est l'irrégularité de représentativité des représentants des services techniques aux réunions du comité de pilotage, joint à la faible perception des responsabilités et du leadership de la structure principale d'ancrage du programme.

La période de mise en œuvre est très courte dans le contexte des changements d'attitude et perception et ne permet pas de prendre assez de recul pour mesurer les progrès accomplis. La création de la région de Ménaka qui est un défi à intégrer dans le redéploiement du programme et surtout dans l'atteinte de sa vitesse de croisière.

Le programme est faible dans sa stratégie de communication envers les partenaires, les bénéficiaires ;

A Gao pour les raisons connues, la participation du programme aux mécanismes de concertation et d'échanges dans la région, n'est pas soutenue et constante. Le manque de personnel pourrait expliquer cela. Le DRS et l'UNICEF l'ont rappelé ; et demandent une participation plus active tant au groupe thématique santé-nutrition mis en place dans la région, qu'à son financement. Et pourtant les informations sont partagées au niveau du comité de pilotage dans lequel la DRS participe en tant que membre et dans le cluster protection dans lequel l'UNICEF participe en même temps que l'AEN et les PMO de DA.

### 3.5 Prise en Compte du Genre

Les femmes et les filles sont considérées parmi les groupes les plus vulnérables de cette intervention et par conséquent la priorité leur a été donnée. Les sensibilisations se font sur le fond des droits de la femme et de la jeune fille.

Les domaines de la santé de la reproduction ont également une place de choix dans la mise en exécution du projet et une forte sensibilisation est organisée pour la participation aux CPN, vaccinations, la planification familiale, les méfaits des mariages précoces et ou forcés, la VBG et l'excision.

Dans les documents de proposition il est écrit que le programme doit promouvoir l'égalité des sexes, de façon à ce que femmes et hommes, les deux aient des opportunités égales de pouvoir bénéficier et de contribuer au développement socio-économique, culturel et politique ; profiter de retombées et ressources socialement valorisées ; et réaliser leurs droits humains n'est pas clair dans les propositions si on tient compte du genre dans la sélection du personnel. Lors du recrutement du personnel du programme DA Ségou, les candidatures féminines ont été fortement sollicitées. Dans l'analyse des participations aux activités communautaires et formations la distinction des participants est bien faite, soit souvent au profit des hommes. Néanmoins des ateliers sur le genre ont été organisés par l'ambassade. Suite à laquelle chaque programme a effectué des travaux sur l'analyse genre et pour adresser des réponses aux questions de genre.

### 3.6 Les effets

Afin de mesurer les effets il se doit d'utiliser des indicateurs SMART. La plupart des indicateurs en usage ne le sont pas. De plus, par manque de conformité entre les organisations ils ne sont pas comparables. Un effet que les coordinations perdent de vue et qui pourrait être l'effet clé de l'objectif spécifique (note que tous le CL ne se ressemblent pas) est l'ouverture communautaire pour pouvoir discuter plus ou moins en (place) publique des thématiques.

Les avancées sur la large diffusion de la problématique sont également significatives. Grâce à la multiplicité des intervenants les messages sur les droits et la dignité de la femme arrivent là où beaucoup d'ONG avant ne s'aventureraient pas. Il est connu que les thématiques traitées dans la SR et les DRS sont considérés comme tabou, allant de la PF à la VBG et passant par les pratiques néfastes. La levée du tabou sur le débat autour de ces questions de la sexualité est plus qu'un résultat. Elle est un effet bénéfique du programme, un impact. Le constat que le programme DA dans toute son étendue et dans la profondeur des villages a

réussi à ouvrir des portes est un résultat qualitativement appréciable. Que, par exemple, le programme DA a permis à la communauté de Gao de voir et accepter que l'excision est effectivement pratiquée dans la région, bien que pas reconnue ouvertement, est un premier pas vers la gestion du problème.

Un indicateur significatif pour mesurer l'impact est donc bien le nombre de Conventions en cours de signature ou déjà signées pour l'abandon des pratiques néfastes. Elle permet de mobiliser les communautés qui concertent autour de l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes (MP, MGF) : 76 à Mopti, à Ségou 16 communes (243 villages). A Tombouctou 24 conventions communales d'abandon de l'excision concernant 240 villages sont prévues, dont 2 sont déjà signées, 20 conventions communales d'abandon du MP prévues, dont 6 sont déjà signées). En plus elles sont une mesure directe de la synergie et coopération entre le programme DA, les programmes nationaux du PNLE et du PRODESS, Plan d'Action d'Abandon des Pratiques Néfastes (PN) et Violences Basées sur le Genre (VBG), et les services techniques d'état.

Les interventions du programme ont permis aux jeunes et femmes de jouir de leurs droits reproductifs et sexuels à travers les centres d'écoute et d'approvisionnement. Malgré quelques poches de résistances à l'abandon de la pratique de l'excision et du mariage précoce (religieux surtout), il y a aussi implication et engagement de religieux dans la réduction de la célébration de mariage précoce et forcé dans plusieurs localités. On note le changement de posture de certains leaders qui étaient farouchement opposés aux activités du programme. On peut également noter l'implication des communautés pour l'amélioration de la SR et l'abandon de PTN, et un début de renforcement de capacités d'acteurs locaux dans le domaine.

Le programme facilite et organise le référencement et l'amélioration du niveau de prise en charge des survivantes des VBG dans les hôpitaux ou lors de campagnes. Egalement, les d'agents de santé témoignent que la fréquentation de leur service s'est améliorée, ainsi que le rapportage des cas d'annulation d'excision ou de mariage précoce (voir document sur cas de succès, Annexe 8).

Le programme a connu une stimulation des PMO vers une capacité de planification pour le ravitaillement périodique en produits contraceptifs des structures de santé via la DRS suite à la demande créée à l'issu des activités d'IEC. Elle augmente son champ d'influence en faisant le suivi des dotations des relais et agents de santé communautaires en produits contraceptifs et leur utilisation par les populations.

## 4 CONCLUSIONS, LEÇONS OPERATIONNELLES ET RECOMMANDATIONS

---

### 4.1 Conclusions

Etant donné que les capacités du DRPFEF au niveau régional en termes de leadership, de capacités réelles technique dans la gestion des programmes et projets, il serait de tout intérêt de renforcer cette direction en les accompagnants et en facilitant le développement de synergie avec les 2 autres directions santé et développement social et économie solidaire dans le cadre d'avantage comparé. Ainsi les capacités de mobilisation ; de communication et de plaidoyer de la DRDSES sont des atouts sur lesquels la DRPFEF pourrait tirer profit. Le développement de la collaboration au niveau opérationnel de DA avec les structures déconcentrées de la DRS (CSCOM, CSREF) et le renforcement des synergies concertées et complémentaires avec les partenaires qui œuvrent dans les mêmes aires de santé pourraient aider à combler certaines limites qui, si des dispositions ne sont pas prises, vont compromettre la durabilité des actions de DA.

Un enjeu dont il faudra tenir compte en négociant la continuité du programme est que pas tous les Départements de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille ont assez de compétences pour jouer pleinement leur rôle dans la lutte contre les PNT au niveau local, car il n'est pas présent dans tous les districts et il pas suffisamment d'agents dans certaines régions.

Les consultants notent aussi une bonne capacité des partenaires et bénéficiaires de s'auto-évaluer avec une connaissance bonne et précise des défis. Il en va de même pour l'auto-évaluation des organisations chapeaux (voir annexe 9).

### 4.2 Leçons opérationnelles

Les leçons opérationnelles sont tirées par les intervenants mêmes. Il est de grande importance de se les partager et analyser ensemble avec les quatre coordinations, si et comment elles peuvent être opérationnalisées.

#### **Le travail à faire sur les indicateurs**

Ceci est largement développé et sous différents angles selon le chapitre correspondant. Mais il faudra bien ajouter comme leçon dans l'avenir d'Orienter les TdR des études : la base de données et enregistrement de cas. Ceci est important pour avoir des données d'entrée et de sortie comparables. Un problème que même les organisations chapeaux mentionnent. Ceci pourrait être facilité en étant plus directif sur les cadres logiques et indicateurs.

#### **Le caractère multi- acteurs du Programme :**

L'interdépendance des activités et des acteurs, ONG locales et acteurs émergents (comités régional, comités de locaux, comités communaux, associations de femmes, associations de jeunes les radios locales et les relais) favorisent l'atteinte des objectifs fixés par le programme DA. L'interdépendance peut être une entrave si un des partenaires d'exécution n'exécute pas le plan d'action en totalité et dans le temps. Chaque partenaire contribue avec son savoir-faire par rapport à sa propre thématique, ce qui incite une synergie d'action et connaissance.

Dans tous les focus-groupes l'équipe de consultants a observé la participation des leaders religieux et communautaires (imams et marabouts, présidente de femmes de communes, des chefs de village et de quartiers, des leaders de regroupements de jeunes (jeunes am-

bassadeurs) et d'associations de jeunes filles et garçons, de femmes et d'hommes, des communicateurs (représentants de Radio et de Recotrade). Ceci traduit bien leur adhésion au programme et constitue une opportunité d'appropriation du programme par les communautés.

L'implication des hommes particulièrement les jeunes hommes et les adolescents dans le programme est notée comme extrêmement bénéfique pour la diffusion des thèmes de SR et DRS.

L'expérience du programme a montré que les communications (sensibilisations) sur les pratiques traditionnelles néfastes mettent les hommes dans une position d'accuser (c'est vous le problème), cela peut freiner l'atteinte des résultats du programme. Il est important de leur faire comprendre qu'ils sont plutôt une solution pour promouvoir et défendre les droits des femmes et filles pour la santé sexuelle et reproductives et les violences basées sur le genre dont elles sont victime.

### **L'axe de travail auprès des leaders religieux :**

Beaucoup des actes de VBG se justifient par la référence à la religion. Les leaders religieux locaux ont la capacité d'arrêter les VBG<sup>16</sup>. Ils ont théoriquement l'autorité requise pour remettre en question les attitudes et les idées transmises qui entretiennent les VBG, et faire comprendre qu'il s'agit d'anciennes pratiques et non des prescriptions religieuses. Ainsi, partout dans le programme, les leaders religieux sont des membres incontournables des comités communaux et locaux. Leur adhésion raisonnée est une des bases importantes des résultats positifs enregistrés par le programme.

L'appui à la mise en place et au fonctionnement des dynamiques communautaires est la clé même du mécanisme de renforcement de l'ancrage du programme au niveau communautaire.

A côté de la mobilisation et l'implication des leaders communautaires et religieux (forum des religieux) qui sont des facteurs déterminants, l'implication des troupes de théâtres, les supports socio-éducatifs et audiovisuels sur l'excision (manquant à Tombouctou) et l'utilisation des radios de proximité sont des facteurs catalyseurs de la mobilisation sociale, et facilitent la conscientisation des groupes cibles pour un début de changement de comportement. De même si la plateforme click info ado est mise à échelle avec le développement des modules adaptés smartphone, des jeux thématiques SR.

### **Approches facilitantes :**

Le sport pour le développement est également une porte d'entrée adéquate pour les jeunes.

A Gao malgré l'insécurité grandissante, la réalisation des activités s'est poursuivie même dans les zones les plus insécurisées grâce à la sensibilisation socio culturelle comme dans l'utilisation du Réseau de Communicateurs Traditionnels (Recotrade). Le travail avec Recotrade, non seulement en tant que membre du comité de pilotage mais aussi comme PMO, permet au programme de toucher les zones les plus insécurisées, de par sa vision socio-culturelle dans la mise œuvre du programme.

Le dispositif des comités de pilotage facilite une meilleure articulation avec les plans opérationnels du PRODESS de la région.

Dans le contexte toujours d'une approche multi-acteurs, Ségou a opté travailler avec huit ONG d'encadrement. Le but et la raison d'être est l'envergure de la couverture recherchée,

---

<sup>16</sup> C'est compliqué. Les religieux seraient affaiblis et potentiellement remis en cause. Il faudrait envisager des transformations progressives de discours plutôt que des injonctions brutales par rapport aux pratiques que beaucoup ne peuvent/veulent assumer.

une couverture géographique plus complète, et la nécessité d'adresser la thématique d'une manière intégrée, reposant l'approche du programme sur une démarche multi-acteurs orientée sur le faire faire pour assurer l'atteinte des résultats visés.

L'utilisation des 'campagnes ponctuelles' comme stratégie de réparation des cas de fistule n'a pas permis la formation d'équipes capables et durables de prendre la relève en cas de retrait du partenaire planifié pour 2019. Ni à l'hôpital de Gao ni au CSREF d'Ansongo ou Greffa dispose d'un bureau avec une équipe pour le recrutement des cas de fistule.

L'ancrage des plans opérationnels du programme avec les PO des districts sanitaire est une excellente chose. Cependant en 2016, la réalisation des activités SONU en faveur de la prévention de la fistule dans le cadre de la collaboration sur le terrain entre les équipes des CSCOM et celles de DA n'avait pas encore commencé. Ce retard est rectifié dans les planifications de 2017 des PMO pour réponse plus globale de prise en charge.

L'utilisation des relais des aires de santé, après renforcement de leur compétence sur les thématiques ciblées par le programme, dans une approche partenariale avec les équipes de terrain pour la sensibilisation sur les thématiques, est salutaire pour un bon ancrage opérationnel.

L'approche case Vie de femmes est <sup>17</sup>une opportunité pour faciliter les échanges entre victimes à travers des groupes de parole d'une part et aussi pour renforcer l'estime de soi et la confiance en soi d'autre part. Ces cases sont également des portes d'entrée pour la planification des jeunes filles victimes de VBG où elles reçoivent le counseling sur la PF et la SR.

### **Bonnes pratiques**

Les bonnes pratiques pourraient être documentées.

- L'instauration d'un cadre de dialogue social et intergénérationnel permet de briser le tabou autour des différentes thématiques et de permettre à toutes les couches de la communauté de s'exprimer et d'être considérées en compte dans la prise de décision.
- La réalisation d'un forum des religieux sur la question de l'excision et du mariage précoce/forcé, e. a. utilisant les argumentaires tirés des hadîth (écrits compilant de manière critique des faits, paroles et actions autour du prophète Mahomet) par les leaders religieux facilite l'appropriation du programme<sup>18</sup>.
- L'émergence d'acteurs locaux capables d'offrir des services et soins de santé reproductive et sexuelle à l'ensemble des populations, en mettant l'accent sur l'équité et le respect des droits humains notamment, les droits reproductifs et sexuels des femmes et des filles et la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes (excision et mariage précoce) et autres violences basées sur le genre. Dans la région de Ségou expérience de renforcement avec les ONG d'encadrement.
- L'utilisation des radios et des troupes théâtres pour plus de sensibilisation et de proximité avec les cibles. Avec les radios et théâtres on arrive à proximité de la population dans une participation dynamique, et débats touchants une grande population

<sup>17</sup> Une approche fait au Mali avec plusieurs organisations à donner un chez soi et une plateforme de dialogue et communication pour des femmes victimes de fistules et autres VBG, et récupérer et réintégrer la vie sociale.

<sup>18</sup> Les travaux d'exégèse et de discussion de religieux compétents et savants permet de définir le cas échéant des consensus qui peuvent faire abandonner de mauvaises pratiques (ou tout du moins la justification de ces pratiques au regard du monothéisme). Mais les imams des localités n'ont souvent pas la maîtrise des 9 sources juridiques pour établir ces consensus. Il est essentiel de mobiliser les religieux compétents et reconnus sur la base de ces compétences.

- L'expérience des jeunes ambassadeurs à Gao, des leaders de regroupements de jeunes. Cette approche est utilisée entre autres par Unicef pour atteindre les pairs jeunes par des ambassadeurs du même âge et à passer des messages.
- L'approche socio-culturelle de Recotrade avec leur sensibilité socio-culturelle typique de fonctionnement du Réseau de Communicateurs Traditionnels pour toucher les zones les plus insécurisées.
- L'utilisation des plateformes E-et B-learning (dans les écoles, voir avec Wale) et le téléphone mobile : avec sms gratuit pour les questions réponses avec les jeunes). Le NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication), en combinant avec sport, compétences de la vie, contribue à intégrer l'éducation sexuelle complète dans les écoles et chez les jeunes (smartphone et androïdes).
- La stratégie de la projection de film en visite à domicile dans les zones où les regroupements sont interdits (zones fréquentées par les groupes armés) est un bon exemple de proximité audiovisuelle très motivante.
- La prise en charge médicale et psycho-sociale des survivantes des VBG comme signe d'engagement qui peut se traduire sous différentes formes, dont l'exemple donné de Case Vie de Femmes (voir approche facilitante plus haut).
- Le renforcement mutuel des 'chapeaux' est profitable aux collègues. Cela peut s'appliquer dans le développement d'indicateurs SMART mais aussi dans un suivi par exemple du niveau de qualité des messages SR et SDR. L'expérience a montré que les indicateurs appliqués ne sont pas comparables dans le temps et entre les régions. Nombre d'activités mènent vers un résultat output (produit), pas outcome (effet). Les indicateurs essentiels sont ceux qui indiqueront l'atteinte des objectifs.
- DA Mopti avait financé un projet de services de 2 numéros verts destinés aux questions réponses via sms et destinés aux jeunes. Les numéros étaient utilisés par tous les jeunes du Mali grâce à la communication effectuée aussi par les autres chapeaux. Dans ce cadre le programme de Gao a rendu une visite d'échange à Mopti pour s'inspirer de la structuration et de la stratégie de la mise en œuvre du programme.
- La revue des indicateurs initiée par Mopti avec la participation des autres chapeaux en vue d'harmoniser les indicateurs est un exercice à poursuivre et conclure le travail déjà fait également fait durant l'évaluation à mi-parcours..
- A Ségou, un atelier de capitalisation des bonnes pratiques et des cas de succès du Programme a été organisé dans la Région en fin 2016. Cinq (5) magazines et reportages ont été réalisés sur le Programme en 2016 et 2017.

### 4.3 Recommandations pour L'ambassade des Pays Bas

- 1 Vu la base de lancement de programme sur des indicateurs quantitatifs plus que qualitatifs et incitant au saupoudrage, l'ambassade pourrait être le lead des trois organisations et relancer une dynamique sur le choix d'indicateurs et leur application conséquente dans le suivi des PMO. Afin de pouvoir bénéficier de l'économie d'échelle sur une population estimée à 4.5 millions d'habitants un travail conjoint pourrait aboutir à harmoniser et simplifier les indicateurs et ajouter des éléments de suivi de qualité. Ceci facilitera l'estimation des effets à la fin du programme et l'impact possible à grande échelle (dans 5 régions du Mali). L'avantage d'utiliser des indicateurs simples est de pouvoir suivre l'action des PMO à condition qu'ils en soient instruits au début de leur action, donc dans ce cas il s'agirait un départ frais pour la seconde partie du programme. Dans le même contexte

- 2 Explorer la possibilité d'appliquer un indicateur de captation de message, d'ouverture des portes et levée du tabou sur les thèmes de SR et DRS. Il a semblé aux évaluateurs durant les multiples entrevues et groupes focus que cet aspect est une importante porte d'entrée vers l'entente, écoute, divulgation, la compréhension de l'importance de la SR et SDR, et un objectif spécifique en soi.
- 3 Sous l'augure de l'ambassade, les organisations pourraient œuvrer à renforcer le dispositif de suivi grâce à des visites conjointes avec les paires organisations et représentants STE d'autres régions impliquées. Sauf un regard plus indépendant et d'échange d'expériences, ceci renforce en même temps l'action sur les thématiques à niveau national.
- 4 Impliquer les trois organisations dans le lancement, par l'ambassade des PB, du projet de support aux victimes des fistules obstétricales. Suite à cet échange les organisations chapeaux pourraient faire un choix stratégique et être transparent sur cette activité. Toutes les organisations interviennent de près ou de loin dans la PEC des victimes des VBG. L'ambassade peut renforcer et faciliter la collaboration avec Intrahealth Int. et avec le Ministère de la Santé pour élaborer la nouvelle stratégie de prévention et de prise en charge de la fistule.
- 5 Harmoniser et documenter les expériences dans la distribution des contraceptifs, suivi du PF. Faire le choix si la distribution est en substitution (absence des services/fonctions d'état) ou en complément et renforcement des programmes de l'état. Travailler davantage sur la création de la demande et améliorer la couverture des besoins en renforçant la coordination avec les ONG et avec les services publics.
- 6 Plaidoyer pour un encadrement/budget prolongé où la nécessité se fait sentir. Pour les budgets déjà épuisés, il reste le choix entre la contention des frais, parfois augmenté par le nombre d'intermédiaires et le mesurer contre un abandon d'activités alors que le programme peut avoir une année d'activités à dérouler. Dans le cas par exemple de ASDAP, la terminaison des fonds est nuisant pour certaines activités de proximité qui ne seront plus possibles dans l'année à venir. Par contre ceci doit être appliqué avec une révision des activités et contention des frais. Or que c'est la fonction des départements impliqués il est une substitution et pas un renforcement du réseau CLAPN si des fonds sont octroyés pour couvrir des indemnités de séance pour les réunions statutaires des CLAPN. Dans ce cas il vaut mieux organiser directement avec les médecins chef de district sanitaire (CSREF) et de CSCOM la PEC des victimes de VBG et miser sur un renforcement par informations et suivi des comités en place.
- 7 Utiliser la position centrale de l'Ambassade pour renforcer ensemble avec les organisations chapeaux sur le terrain, le plaidoyer de renforcement opérationnel et budgétaire des STE décentralisées, garantes de la SR et DRS.

#### 4.4 Recommandations pour les partenaires

- 1 Renforcer le dispositif de suivi et le rendre plus objectif et constructif pour les STE, en organisant des visites conjointes avec les STE des autres régions et accompagnement par les pairs, les organisations chapeaux en visite mixte en compagnie des STE comité de pilotage ou points focaux (DRS, DRPFEF, DRDSES) et selon l'endroit avec les collectivités concernées.
- 2 Elaborer un S&E commun des organisations chapeaux pour aligner les résultats atteints, enrichi de l'expérience pas toujours aisée de l'évaluation à mi-parcours. Basé

- sur un nouveau canevas, organiser un suivi de performance participatif pour capitaliser l'expérience (recommandation 1).
- 3 Afin de gagner en efficacité : Suivi des PMO et de la sous-traitance en fonction de résultats et accompagnés d'indicateurs clairs et préétablis.
  - 4 Toute action de synergie avec le service publique, acteurs non-étatiques, et communautés renforce la durabilité et doit être appliqué en considérant la stratégie de sortie. Pour augmenter l'accès sur les résultats et la performance, Intégrer les rapports de DA à ceux de la santé et stimuler de façon proactive à les diffuser (voir Chapitre 3.3.4 phase 5 du suivi).
  - 5 Renforcer le leadership de la DRPFEF en l'aidant à mieux appréhender ses responsabilités dans sa mission de structure d'ancrage du programme au sein du PRODESS. Il s'agit notamment de leur rôle à jouer auprès des directions membres comme DRS et DRDSES, ainsi que d'autres directions des services techniques et du Gouverneur pour la bonne marche du comité de pilotage. Renforcer la capacité technique des services de DPFEF. Exemple : les aider à avoir un plan de suivi des interventions, y compris les outils et les stratégies de collecte et de dissémination, et un plan de renforcement de capacité des acteurs locaux ainsi que les Comités locaux d'Abandon des Pratiques Néfastes. Voir dans ce contexte aussi recommandation 6 pour l'ambassade.
  - 6 D'ailleurs le Comité de Suivi à Ségou insiste sur une visite conjointe plus régulière avec le programme pour son suivi et intégration et à Gao une meilleure communication est demandée par les partenaires. Il semble aux évaluateurs qu'il serait d'un investissement plus bénéfique d'améliorer et de renforcer à ce niveau d'échanges d'expérience et de maintenir un partage d'information avec les structures membres de façon plus systématique et régulière, même en dehors des sessions du CRP. Même si l'état est déficient dans la supervision et budgétisation des structures essentielles pour la VBG, la durabilité gagnerait plus d'un plaidoyer insisté
  - 7 Il y a un besoin et il semble utile de jumeler des villages, rassembler les différents niveaux et échanges d'expérience, entre villages ou association femmes, leaders religieux. Et encadrer sans cesse d'accompagnement les porteurs de message et rôle model/modèle exemplaire (maitres, agents et relais).
  - 8 Implication de la communauté et des leaders d'opinion, religieux, responsables des jeunes, garçons et filles etc. dans la théorie du changement. Les Femmes sont prioritaires dans le dialogue. Elles sont le cœur même du problème, et de plus porteuses des conséquences. Impliquer davantage les Ministère de la Jeunesse et l'Education. Cibler également les hommes pères de famille, par exemple par le biais d'écoles de maris. Les impliquer sur la base de l'économie familiale : coût de la maladie, danger des accouchements, et coûts et charges des familles nombreuses, et plus nombreux, plus de malades.
  - 9 Maintenir comme c'est déjà le cas, la tenue régulière des rencontres de dialogue social, intercommunautaire et intergénérationnel. Pour faciliter ceci assurer la présence d'un chargé de communication et de plaidoyer (à Tombouctou), ainsi que du matériel didactique, un appareillage audio-visuel pour diffuser les messages et films existants sur les dangers des VBG, excision. Développer un mécanisme d'information continu sur le programme en vue de son appropriation en organisant des séances de présentation du programme aux comités de pilotage. ex. confectionner des dépliants sur le programme, déjà appliqué à Mopti et Ségou.
  - 10 Projet/Coordination en collaboration avec la cellule de suivi évaluation des hôpitaux : Elaborer un cadre de collaboration entre Hôpitaux inter-Régionaux avec un cahier

de charge bien défini pour la réparation des cas de fistule en campagne, afin d'éviter ces problèmes de pérennisation et de dysfonctionnement. Voir l'exemple de Mopti.

- 11 Il y a lieu d'harmoniser le volet fistule, PEC des victimes, et budgets octroyés. L'expérience de Mopti semble la plus intégrée et plus en ligne avec la durabilité. L'approche d'AEN est plutôt une de substitution et donne un support aux campagnes, alors que le backlog (arriéré) de fistules dans la région devrait être raison suffisante pour avoir un programme continu avec l'hôpital et la formation d'une masse de chirurgiens. Avec la DRS la Coordination à Mopti pourrait renforcer la synergie d'action autour des SONU pour une meilleure prise en compte du volet prévention de la lutte contre la fistule. Le problème national demande une approche systématique sous forme d'un projet à part et à laquelle DA peut compléter et prêter synergie.
- 12 Nécessité de poursuite du renforcement des capacités des acteurs locaux (leaders religieux, chefs de village, communicateurs traditionnels, les associations) et la sensibilisation des populations pendant encore quelque temps.
- 13 Exploiter en groupe les capacités d'auto-évaluation des organisations chapeaux ainsi que des partenaires sur le terrain.

## 5 ANNEXES

---

Annexe 1	Termes de Référence	51
Annexe 2	Personnes rencontrées	60
Annexe 3	Carte régions et districts sanitaires	64
Annexe 4	Présentation de restitution Debbo Alafia 26 juillet 2017	65
Annexe 5	Liste de littérature	73
Annexe 6	Tableau d'indicateurs opérationnels et financiers	75
Annexe 7	La fiche d'interview individuelle	77
Annexe 8	Fiche de relevée de bonnes pratiques et cas de succès	85
Annexe 9	Tableaux d'auto-évaluation	99

## Annexe 1 Termes de Référence

### Mission d'évaluation à mi-parcours du Programme Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction et la Promotion des Droits des Femmes et des Filles –

#### (DEBBO ALAFIA) dans les régions de Ségou, Mopti et Tombouctou

---

---

#### *Termes de références*

---

---

##### 1. Contexte

Dans ses orientations stratégiques 2014-2017, la Coopération Néerlandaise au Mali s'est engagée, dans la thématique de la Santé et les Droits Reproductifs et Sexuels au Mali, à contribuer à l'amélioration de la santé reproductive des Maliens/nes : hommes, femmes, garçons et filles, avec une autonomie plus accrue dans la prise de décisions.

Pour concrétiser cet engagement, l'Ambassade a choisi une approche double qui consiste en un appui au secteur santé de l'état à travers le soutien financier au PRODESS focalisé sur des réformes vouées à renforcer les performances du secteur et l'accompagnement des initiatives d'organisations de la société en complémentarité aux actions des services de l'état. La double approche a aussi concerné un appui au niveau central mais aussi et surtout le renforcement des capacités des acteurs régionaux et locaux à définir et prendre en charge leurs propres besoins/enjeux en matière de santé de la reproduction et droits reproductifs et sexuels.

C'est dans cette dynamique que le programme Actions concertées pour l'amélioration de la santé de la reproduction et la promotion des droits des femmes et des filles : DEBBOA ALAFIA a été initié et mis en œuvre. Ce programme est parti de postulats tirés des enseignements et constats des interventions antérieures, comme entre autres :

- la faiblesse des indicateurs de santé au Mali en général,
- le fait que le produit intérieur brut (PIB) soit pratiquement toujours inférieur aux prévisions, pendant que le taux de croissance démographique est très élevé. Ce qui constitue une menace pour la croissance économique et la capacité de l'état à fournir des services sociaux nécessaires,
- le faible taux d'utilisation des contraceptifs à cause du choix limité de produits contraceptifs disponibles. Ce qui est attesté par l'existence d'une grande demande non-satisfaite en produits contraceptifs y compris pour les méthodes modernes de longue durée,
- les pratiques traditionnelles néfastes comme l'excision et le mariage précoce qui sont très répandues dans le pays et l'encrage culturel de ces pratiques,
- les conflits intergénérationnels (ce sont les jeunes femmes qui discutent de la SR avec leur conjoint mais leurs décisions sont très souvent influencées par la famille),
- L'incapacité des services de l'état à couvrir les besoins de tous dans la fourniture des services de santé sexuelle et de la reproduction dans le pays, surtout concernant l'accès des jeunes (filles et garçons) et des couches marginalisées,
- les ONG qui prennent un rôle important dans la fourniture de service en planning familial auprès de l'état (elles se déplacent vers les communautés et sont plus à leur écoute) et sont mieux à même de promouvoir les droits reproductifs et sexuels,

- la méconnaissance par la majorité des maliens/nes des droits et de la législation et aussi des conséquences des pratiques néfastes sur la santé reproductive de la fille,
- la forte résistance au changement dans certaines localités,
- l'engagement du secteur privé et informel dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction doit être soutenu en traitant les questions d'accès et de qualité.

L'Ambassade a engagé un processus pour la mise en place de ces programmes qui a suivi les étapes ci-après :

- ✓ Des consultations avec les acteurs locaux des régions de Mopti et Ségou, Tombouctou et Gao, pour dégager les axes prioritaires d'intervention en matière de santé de la reproduction y compris les droits et les violences basées sur le genre ;
- ✓ La réalisation d'une cartographie d'organisations qui pourraient servir de 'chapeau' à ces programmes. Les conclusions de cette étude sont que le Mali connaît des organisations locales qui pourraient gérer ces fonds, que la technicité d'ONG spécialisées (ONG internationales surtout) pourrait enrichir les méthodologies d'encadrement et donc des alliances seraient à encourager.
- ✓ Suite à cette étude les organisations retenues ont été invitées à soumettre des propositions sur les base des termes de référence avec des objectifs et résultats génériques dans les quels chaque partenaire doit s'inscrire ;
- ✓ Un comité de sélection interne appuyé par un expert néerlandais, engagé dans le cadre de 'Quality at Entry' a procédé à la sélection des meilleures offres.

Ainsi, 4 organisations 'chapeaux' ont été sélectionnées pour la mise en œuvre du programme.

Les présents termes de référence concernent l'évaluation à mi-parcours du programme DEBBO ALAFIA dans les régions de Ségou, Mopti et Tombouctou après 2 ans de mise en œuvre. Gao/Ménaka ne sont pas concernés vu que le programme n'a débuté dans ces régions qu'en juillet 2016.

## 2. Aperçu sur le programme

### 2.1 Durée, budget, couverture géographique

Le programme est prévu de courir contractuellement du 1er octobre 2014 au 31 décembre 2018 pendant que la fin des activités est attendue pour le 31 décembre 2019.

<b>Régions</b>	<b>Organisations 'chapeaux'</b>	<b>Budget en Francs CFA</b>
Ségou	Association de Soutien aux Activités de Population (ASDAP)	3,200 000 000
Mopti	Consortium Management Science for Health (MSH) et l'Ong Malienne Conseils et Appui à l'Education à la Base (CAEB)	3.800 000 000
Tombouctou	Consortium Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN) et l'Association Malienne pour la Survie dans le Sahel (AMSS)	1 500 000 000

Gao/Ménaka	Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN)	2 100 000 000
	<b>TOTAL DU FINANCEMENT</b>	<b><u>10 600 000 000</u></b>

**Soit un budget d'environ 16 250 000 Euros**

Le programme intervient dans les régions de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao/Ménaka à partir de juin 2016. La base du programme est implantée dans les chefs- lieux de ces régions. Il est attendu de couvrir le plus que possible toutes les zones de ces régions. Par souci de toucher le maximum de communautés, le programme s'est fixé comme principe sélectif de favoriser le financement orienter vers les zones difficilement accessible qui bénéficient peu ou pas des interventions (comme les zones inondées Youwarou, Ténénkoun à Mopti, Macina à Ségou, certaines communes reculées de Tombouctou et Gao).

**2.2 Objectifs / résultats du programme**

Le programme DEBBO ALAFIA vise l'amélioration de la santé reproductive des populations maliennes : hommes, femmes, garçons et filles et l'accroissement de leur autonomie dans la prise de décision.

Il est attendu de susciter la mobilisation des acteurs régionaux et locaux (Organisation de la Société Civile -ONG, associations culturelles, religieuses, associations de femmes et de jeunes, services techniques, collectivités territoriales...) autour de problématiques concernant la santé de la reproduction et la vie sexuelle des populations y compris la promotion des droits des femmes et des filles par la lutte contre les violences comme les mutilations génitales féminines et le mariage précoce.

Il s'agit de mettre en place des fonds pour financer des initiatives visant les enjeux ci-après :

- ✓ l'accroissement de la demande en services de planification familiale,
- ✓ l'accroissement du taux de couverture des besoins en services PF de qualité y compris les méthodes de longues durées,
- ✓ l'amélioration de la confiance en eux et des capacités de choix appropriés des jeunes (filles et garçons) en couple ou non,
- ✓ la réduction des pratiques traditionnelles néfastes (excision, mariage précoce et autres violences basées sur le genre),
- ✓ la promotion du respect des droits des femmes et des filles.

La chaîne de résultats se résume comme suit :

<b>Objectifs</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>Résultats/Effets</b>	
Général : Soutenir les initiatives locales vouées à améliorer la santé de la reproduction et les droits reproductifs et sexuels des communautés (hommes et femmes, filles et garçons) et à promouvoir le respect des droits des femmes et des filles dans les régions concernées	
Au moins 300 projets financés Dont 120 à Ségou, 120 à Mopti et 60 Tombouctou, Gao-Ménaka	Nombre de projets financés par le projet



<ul style="list-style-type: none"> <li>Le taux de l'excision et du mariage précoce ont diminué respectivement de 10 et 5% dans les régions concernées</li> </ul>	<p>Prise de positions/engagement des leaders communautaires et des autorités administratives et politiques</p> <p>Taux de l'excision et du mariage précoce</p>
<p>Renforcer les capacités des acteurs locaux à la base afin de les amener à développer des stratégies appropriées pour la mise en œuvre efficace d'actions à impact durable dans les thématiques adressées (planification familiale, lutte contre les VBG et promotions des droits des femmes et des filles) dans les régions de Ségou, Mopti et Tombouctou.</p>	
<p>Au moins 200 organisations de base de femmes et de jeunes (dont 80 à Ségou, 80 à Mopti et 40 à Tombouctou vu la faible représentativité de la société civile dans cette région) ont acquis les capacités pour mener à bien des actions à échelle dans la thématique de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels.</p>	<p>Nombre d'organisations de femmes et de jeunes soutenues par le programme.</p>

### 3. Objectif et résultats attendus de la mission d'évaluation

La mission d'évaluation est attendue d'établir :

- ✓ Une appréciation indépendante du niveau d'avancement du programme vers les objectifs/résultats attendus et selon les plans définis ;
- ✓ Analyser d'un avis indépendant les insuffisances, les obstacles/blocages à la mise en œuvre du programme au-delà des barrières socio-culturelles et religieuses i.e la pertinence du dispositif de mise en œuvre, le jeu des acteurs (rôles joués par les différents acteurs : les services techniques déconcentrés –santé, promotion de la femme, développement social, éducation, culture ; les collectivités et les organisations de base (femmes, jeunes, confessions religieuses, leaders traditionnels...)
- ✓ Un avis indépendant de la couverture géographique du programme selon les orientations stratégiques. Le programme est attendu de couvrir l'étendue des régions d'intervention avec comme principe fondamental la priorité aux zones défavorisées. Il s'agira d'apprécier si ce principe est bien respecté (le volume financier et le nombre de projets dans les localités inondées par exemple sont-ils en équilibre avec les localités exondées (Mopti et Ségou). Il s'agit aussi si les moyens du programme permettent la couverture régionale souhaitée ; si cet élargissement de l'intervention est efficace et favorise l'atteinte des résultats ou au contraire suscite du saupoudrage sans effets probants ?

Tirer les enseignements sur la base de la performance du projet à ce jour et formuler des recommandations.

✓ **Livrables :**

- ✓ La restitution sur power point des constats, conclusions et recommandations préliminaires de la mission,
- ✓ La production d'un draft de rapport de mission,

- ✓ La production du rapport final de mission intégrant les observations/amendements (après la restitution).

#### 4. Questions évaluatives

**Les principaux éléments à apprécier par la mission sont les suivants :**

##### **La pertinence**

- *Dans quelle mesure les objectifs du programme et les lignes d'actions du programme sont-elles en adéquation avec les besoins légitimes des communautés hommes et femmes, filles et garçons en couple ou non ?*
- *Dans quelle mesure les études situationnelles ont été mises à profit pour alimenter les stratégies d'intervention au niveau des organisations 'chapeaux' ?*

##### **La cohérence**

- *La logique d'intervention du programme (théorie du changement – chaîne des résultats) reste-t-elle toujours en adéquation avec les contextes et pertinente au vu des résultats obtenus ?*
- *Les mécanismes de suivi-évaluation mis en place par les organisations 'chapeaux' – MSH-CAEB, AEN-AMSS et ASDAP sont-ils pertinents ?*
- *Les indicateurs prévus permettent-ils de mesurer les avancées vers l'atteinte des résultats ?*
- *Le dispositif opérationnel (technique et administratif du programme dans les régions) et l'organisation du programme en général, ses principes, pratiques, approches et outils permettent d'atteindre les résultats et objectifs fixés ?*
- *Le programme collabore-t-il avec les autres programmes financés par la coopération néerlandaise et d'autres programmes ? Quelles est la valeur ajoutée de ces synergies le cas échéant, quelles en sont les forces et les limites ?*
- *Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ?*

##### **L'efficacité**

- *Quel est le niveau de réalisations des outputs du programme à ce jour, au regard des prévisions ?*
- *Quels facteurs (négatifs et positifs) expliquent le niveau des réalisations ?*

##### **L'efficience**

*Les moyens déployés (ressources humaines, financières et autres) sont-ils utilisés de façon judicieuse optimale pour atteindre les résultats attendus ?*

##### **La durabilité**

*Les résultats planifiés par le programme peuvent-ils être durables ? Le niveau d'encrage local du programme permet-il d'augurer sa pérennité ? Existe-t-il d'autres prémices de durabilité des résultats du programme ?*

*Des mesures spécifiques ont-elles été prises pour assurer la durabilité (continuité des activités après le retrait du programme) ? Le cas échéant, ces mesures sont-elles appropriées ?*

##### **Les effets**

*Y a-t-il des effets perceptibles prévus ou non, positifs ou non, après 2 ans d'intervention ?*

Identifier systématiquement les éléments d'appréciation de ces effets.

### **Les leçons opérationnelles**

Quelles sont les principales leçons à tirer de ces deux années de mise en œuvre du programme ?

Quelles sont les principales recommandations pour le futur du programme ?

## **5. Approche méthodologique**

La méthodologie combinera :

1. Une analyse documentaire (pour une meilleure appréciation de l'intervention, toute la documentation jugée utile sera consultée comme entre autres : le Bêmo, les documents de projets des 3 organisations 'chapeaux', les rapports semestriels, les études de base...
2. Des visites de terrain à Bamako et à l'intérieur (elles concerneront les 3 régions Ségou, Mopti et Tombouctou) – le choix des localités et acteurs à consulter se fera en collaboration avec les agences 'chapeaux' de mise en œuvre.
3. Des techniques complémentaires peuvent être proposées par le consultant,

Pour une meilleure organisation de la mission les activités suivantes à prévoir :

- ⇒ une réunion technique de cadrage, sur la base de la proposition technique du consultant/e et du plan de travail à l'Ambassade incluant les coordinations et les responsables des organisations 'chapeaux'. Elle visera une bonne compréhension des termes de référence de la mission, des rôles et responsabilités des uns et des autres et l'adoption du plan de travail proposé par le consultant/e.
- ⇒ Une rencontre pour faire le point sera organisée dans chacune des 3 régions après les visites et les entretiens. Ces rencontres sont organisées sous l'égide des coordinations du programme mises en place par les 'chapeaux'. Les participants à ces rencontres seront les membres du Comité de Pilotage du programme dans la région et tout autre acteur dont la participation est jugée importante.
- ⇒ Une rencontre sera faite avec l'Ambassade et les responsables des organisations 'chapeaux' à Bamako à la fin de la phase terrain sur les constats et conclusions préliminaires.
- ⇒ Sur la base du plan de travail du consultant/e, les organisations 'chapeaux' fourniront à la mission les moyens logistiques et matériels nécessaire à la bonne réalisation de l'évaluation. Elles organiseront les déplacements dans les régions ; établiront un calendrier de visites et informeront les acteurs - elles effectueront toute autre activité nécessaire à la bonne réalisation de la mission.

L'offre technique et financière du consultant, doit nécessairement comporter les chapitres/points suivants :

- ✓ la compréhension du mandat et une appréciation des termes de références ;
- ✓ la démarche méthodologique pour adresser les questions évaluatives ;
- ✓ le calendrier d'exécution de la mission,
- ✓ les outils de recueil d'information aux différentes étapes,
- ✓ Le budget de la prestation, avec indication des honoraires et les frais facturés au réel.

## **6. Expertise requise**

La mission sera exécutée par un expert international et un consultant associé malien/ne. L'équipe doit avoir des compétences dans le domaine de la santé de la reproduction et des

droits reproductifs et sexuels ; disposer d'une grande capacité d'analyse, de synthèse, de rédaction en français. Les compétences requises au sein de l'équipe de consultation sont :

- ⇒ Une expérience avérée en évaluation de projets/programmes de santé ;
- ⇒ Une connaissance de l'organisation du système sanitaire au Mali, des politiques en matière de santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels ;
- ⇒ Une certaine connaissance de la société malienne (valeurs et coutumes) est un atout ;
- ⇒ Connaissance du cadre législatif malien en matière de santé de la reproduction et les droits des femmes.

Les candidats/es devraient chercher leur associé/e en fonction des compétences complémentaires à faire valoir. Donc, les curriculum vitae (CV) de l'équipe doivent accompagner l'offre technique et financière.

La notation des offres se fera sur la base de la grille ci-dessous :

Items	Notation	Observations
1. Compréhension du mandat	10	
2. Proposition méthodologique	15	
3. Expérience en évaluation	15	
4. Expertise avérée en santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels	25	
5. Connaissance de la problématique des droits des femmes / violences sur les femmes et les filles (mariage précoce, excision)	15	
6. Connaissance de la problématique de la planification familiale au Mali	10	
7. Proposition financière	10	
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	Note éliminatoire : moins de 60 points (hors offre financière)

## **7. Suivi de la mission et des conclusions/ recommandations**

La coordination de la mission sera faite par l'Ambassade des Pays-Bas au Mali qui recrutera le consultant principal.

Les partenaires de mise en œuvre (organisations 'chapeaux' – Consortium Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN) et Association Malienne pour la Survie dans la Sahel (AMSS), l'Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP) et Consortium Management Science for Health (MSH) et l'Ong Malienne Conseils et Appui à l'Education à la Base (CAEB), feront le suivi et la facilitation de la mission respectivement dans les régions de Tombouctou, Ségou et Mopti. Ils informeront régulièrement l'Ambassade des Pays-Bas à travers son équipe santé sur l'évolution de la mission en vue d'en assurer la bonne marche.

Le draft du rapport de mission sera déposé à l'Ambassade qui convoquera une rencontre de restitution avec les autres parties prenantes.

L'appréciation de la qualité et l'approbation du rapport seront faites conjointement par l'Ambassade des Pays Bas et les organisations 'chapeaux'.

Chaque organisation 'chapeaux' proposera un dispositif de prise en compte des recommandations issues de l'évaluation qui sera discuté et approuvé par l'Ambassade.

#### **8. Mandat du consultant**

Le consultant principal – chef de mission – aura principalement comme mandat :

- ✓ Proposer une offre technique et financière,
- ✓ Recruter une équipe de mission après appréciation des besoins en expertises nécessaires,
- ✓ Etablir un cadre d'évaluation et un plan de mise en œuvre,
- ✓ Proposer des instruments/outils d'évaluation à valider
- ✓ Collecter et analyser les données
- ✓ Fournir un rapport provisoire d'évaluation conformément aux TDRs ;
- ✓ Tenir des séances de travail (au début, pendant et à la fin de la mission pour des restitutions avec les parties prenantes),
- ✓ Fournir un rapport final.

#### **9. Budget et financement**

La mission sera financée sur le budget du programme DEBBO ALAFIA. L'Ambassade sélectionnera le Consultant. Le budget maximum disponible est **45 000 €**, tous frais confondus.

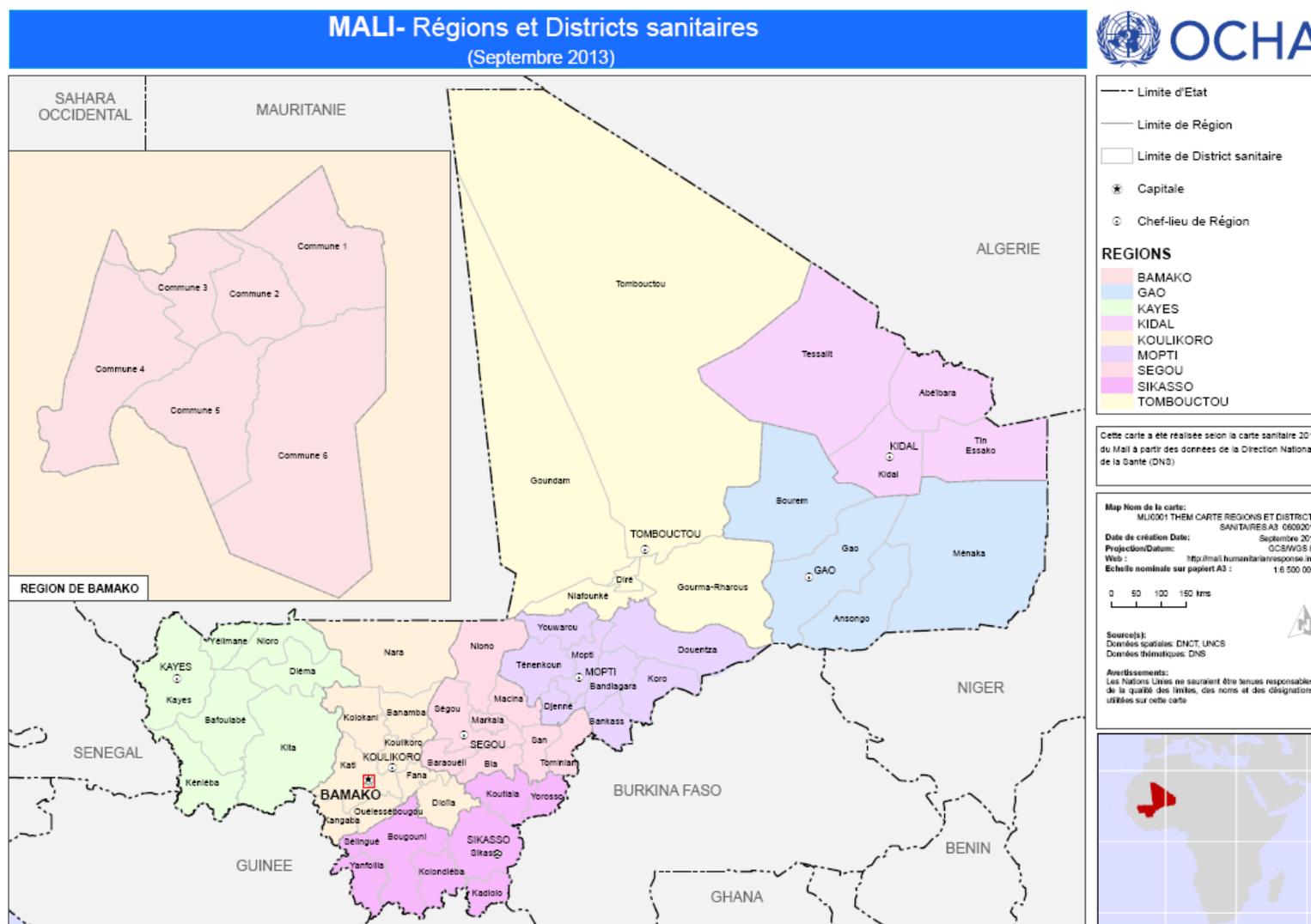
#### **10. Durée et période**

La mission est programmée pour la période d'avril à fin juin 2017

#### **11. Liste des documents de base à consulter**

- Documents de programme des organisations 'chapeaux' pour les 3 régions,
- Le Bémo
- Les rapports d'étude situationnelles des 3 régions,
- Les rapports d'activités semestriels 2015 et 2016
- Le rapport de l'atelier sur les indicateurs,
- Le rapport d'évaluation 'Genre'
- La proposition d'adaptation des indicateurs.

### Annexe 3 Carte régions et districts sanitaires



## Annexe 4 Présentation de restitution Debbo Alafia 26 juillet 2017



### Postulats tirés des interventions antérieures

- la faiblesse des indicateurs de santé,
- le taux de croissance démographique est très élevé, constituant une menace pour la croissance économique et la capacité de l'état à fournir des services sociaux nécessaires,
- le faible taux d'utilisation des contraceptifs à cause du choix limité de produits contraceptifs disponibles. Avec une grande demande non-satisfaite en produits contraceptifs y compris pour les méthodes modernes de longue durée,
- les pratiques traditionnelles néfastes comme l'excision et le mariage précoce très répandues dans le pays et leur l'encrage culturel,
- les conflits intergénérationnels (influences de la famille),

## Postulats, suite

- L'incapacité des services de l'état à couvrir les besoins de santé sexuelle et de la reproduction, surtout concernant l'accès des jeunes (filles et garçons) et des couches marginalisées,
- les ONG qui prennent un rôle important dans la fourniture de service en planning familial auprès de l'état (proximité des communautés) et sont mieux à même de promouvoir les droits reproductifs et sexuels,
- la méconnaissance des droits et de la législation et des conséquences des pratiques néfastes sur la santé reproductive de la fille,
- la forte résistance au changement dans certaines localités,
- l'engagement du secteur privé et informel dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction doit être soutenu en traitant les questions d'accès et de qualité.

## Les Acquis du Programme

- Alignement sur les politiques de santé, SR et DRS au Mali
- Protocole d'entente et ancrage institutionnel avec MS, MPFEF, et DRDSES
- Augmentation de demandes de services PF et de CPN, CPON et PF par les femmes enceintes et allaitantes et par les jeunes, garçons et filles
- Meilleure implication des acteurs stratégiques
- Réanimation des comités de protection des droits des filles pour prévenir tout cas de mariage précoce dans les localités, sensibilisations et activités
- Synergie avec autres programmes Pays-Bas et santé reproductive

## Acquis: suite

- Renforcement des organisations de base/acteurs locaux en SR et DRS
- Instauration de cadre de dialogue social et intergénérationnel
- Chaque partenaire contribue son savoir-faire par rapport à sa propre thématique, ce qui incite une synergie d'action et connaissance
- Couverture du territoire plus équitable, là où les ONGs n'atteignent pas la population
- Pouvoir décisionnel et sensibilisations PF, VBG, MP et synergie avec programmes FO,
- Communication sur les thématiques a augmenté, avec un échange inter communautaire et intra-communautaire, et formation de base.

## Effets secondaires bénéfiques:

- Augmentation de scolarisation des filles et des jeunes en général
- Effet économique et social d'espacement de naissances
- Baisse de complications de MP et VBG
- « Le programme libère les femmes et les filles »
- Une brèche est frappée dans la persistance de l'excision, du mariage précoce et des violences physiques au nom des croyances
- Plaidoyer auprès des députés à l'Assemblée Nationale pour l'adoption d'une loi contre les VBG
- Formation, reprise par nécessité, des admin-finances pour les comptables des partenaires

## Aléas

- Complémentarité d'activités mais parfois en substitution des structures techniques de l'état, au lieu de faire faire les STE
- Comités de pilotage et points focaux des 3 départements en charge de la mise en œuvre du PRODESS sont sous-utilisés, pourtant essentiel pour la durabilité et cohérence
- Accompagnement et suivis des multiples ONG et associations mène parfois au laisser faire sans guidance au lieu du faire faire
- Sous-traitances sans traçabilité d'utilisation des fonds avec possibles pertes
- L'interdépendance peut être une entrave si un des partenaires d'exécution n'exécute pas le plan d'action en totalité et dans le temps
- Travail à intégrer les activités dans les écoles avec les modules de formation Programmes scolaires : pratique du mariage précoce et éducation sexuelle, et à harmoniser entre les régions
- Grande quantité donc difficile à superviser l'aspect qualité de services et des messages transmis

## Indicateurs à simplifier SMART

- On note pour Mopti 1 objectif général, 4 objectifs spécifiques, 10 résultats ayant 22 indicateurs ;
- On note principalement pour AEN 1 objectif général, 3 objectifs spécifiques, 10 résultats et 33 indicateurs des objectifs spécifiques et des résultats.
- Pour AEN Gao et Ménaka, 1 objectif général, 4 objectifs spécifiques / effets, 10 résultats et 28 indicateurs
- Pour ASDAP de Ségou on note l'objectif général (1), les objectifs spécifiques au nombre de 5, 12 résultats ayant 19 indicateurs.

## Indicateurs simples sont déjà difficiles

Indicateurs	Niveau de départ et niveau des indicateurs en pourcentage	Régions et programmes			
		Ségou (Ardap)	Niorti (MSH-CAED)	Geo-Mensaka (ADN)	Tombouctou ADN-ANES, données par cercle
Mariages précoces	Niveau de départ (baseline)	41,3%	70		42% / 48 / 60 / 56
	Niveau actuel (niveau à partir des données de programme)	34,8%	18,7 (à base d'échantillon)		36% / 37 / 45 / 42
Prévalence contraceptive	Niveau de départ (baseline)	10,5%	8,64%		30 / 21 / 0,5
	Niveau actuel (niveau à partir des données de programme)	21,8%	12,63%		26,5 / 31,9
Prévalence des MSF	Niveau de départ (baseline)	87,1%			48 / 55 / 33 / 90
	Niveau actuel (niveau à partir des données de programme)	84,6%			36 / 35 / 20 / 76
Nombre de conventions signées		10 communes (243 villages)	70		3 en 2016 et 21 prévues

## Leçons apprises

- En tous les cas, que soit FO, contraceptifs et autres, le premier rôle du programme est l'accès à l'information, la sensibilisation, et l'accompagnement plutôt que la substitution des structures existantes
- L'implication des hommes particulièrement les jeunes hommes et les adolescents
- La capacité des leaders religieux locaux d'arrêter les VBG. Faire comprendre qu'il s'agit d'anciennes pratiques et non des prescriptions religieuses. Envisager des transformations progressives de discours plutôt que des injonctions brutales par rapport aux pratiques que beaucoup ne peuvent/veulent assumer.
- Un rôle pour Recotrade, non seulement comme membre du CdP mais comme PMO, pour toucher les zones insécurisées, de par sa vision socio-culturelle.
- Le dispositif des comités de pilotage facilite une meilleure articulation avec les plans opérationnels du PRODESS de la région.

## Leçons: suite

- L'instauration d'un cadre de dialogue social et intergénérationnel permet de briser le tabou autour des différentes thématiques
- L'utilisation des radios et des troupes théâtres pour plus de sensibilisation et de proximité avec les cibles.
- L'utilisation des plateformes E-et B-learning (dans les écoles, voir avec Wale) et le téléphone mobile : avec sms gratuit pour les questions réponses avec les jeunes).
- L'importance de l'implication des para-juristes par rapport aux connaissances, attitudes et pratiques de la SR, VBG, DSR, PTN.
- Utilisation audio-visuelle ET en déplacement
- PEC psycho-sociale des survivantes des VBG comme signe d'engagement.
- Les indicateurs essentiels sont ceux qui indiqueront l'atteinte des objectifs.
- L'approchement des collectivités territoriales.

## Role leader de l'ambassade

- Augmenter l'encadrement : Pour la simplification et cohérence des indicateurs et visites de suivi de pairs (mixte)
- Demander des clarifications des rapports des sous-traitances. Comment est géré les fonds pour les fistules et VBG?
- Un programme de sensibilisation de PF est plus gérable que les distributions et fonds alloués aux contraceptifs, dont le contrôle de qualité du processus est ingérable
- Se porter garant pour la durabilité en intégrant le programme dans et en renforçant les structures étatiques de santé.
- Orienter les TdR des études : base de données et enregistrement de cas. Ceci est important pour avoir des données d'entrée et de sortie comparables.

## Recommandations aux contractants

- Elaborer un S&E commun des organisations chapeaux pour aligner les résultats atteints ; organiser un suivi de performance participatif pour capitaliser l'expérience.
- Renforcer le dispositif de suivi par visites conjointes : accompagnement en pair par organisations chapeaux en visite mixte et en compagnie des STE comité de pilotage ou points focaux (DRS, DRPFEE, DRDSES)
- Pour augmenter l'accès sur les résultats et la performance, Intégrer les rapports de DA à ceux de la santé, et Améliorer la communication des données collectées vers la base, proactif avec le MS

## Recommandations suite

- Toute action de synergie avec le service publique, acteurs non-étatiques, et communautés renforce la durabilité et doit être appliqué en considérant la stratégie de sortie
- Jumeler des villages, rassembler les différents niveaux et échanges d'expérience (entre villages ou association femmes, leaders religieux), encadrer sans cesse d'accompagnement les porteurs de message et rôle model/modèle exemplaire : maitres, agents et relais
- Gagner en efficacité : Sous-traitance en fonction de résultats avec indicateurs clairs
- Appliquer des outils et supports de communication vidéo, boîte images etc.

MERCI

A vous la parole

15

## Annexe 5 Liste de littérature

Les liste de références :

- AEN 2016 Proposition I SR & DRS, Debbo Alafia dans les regions de Gao-Ménaka, 2016
- Amb P-B, Appréciation de la Prise en Compte du Genre dans le Programmes Sectoriel Santé de la Reproduction et Droits Reproductifs et Sexuels SRDRS, de L'Ambassade des Pays-Bas au Mali, 2016
- Amb P-B, Note conceptuelle, de la mise en place d'un programme sur la SR et DRS dans la région de Mopti, 2014
- Amb P-B, TdR appel à proposition pour le recrutement d'organisations pour servir de « chapeaux » à des programmes régionaux de SR et DRS, 31 Juil 2014
- Amb P-B, TdR appel à proposition pour le recrutement d'organisations pour servir de 'chapeaux' à des programmes régionaux de SR et DRS, Gao, 2 oct 2015
- ASDAP Rapport Evaluation à mi-parcours ASDAP Ségou, 09 mars 2017
- ASDAP, Evaluation à mi-parcours des interventions du programme PACASRPDDF, Analyse des résultats de l'enquête dans les Ménages, Info-Stat, 9 Mars 2017.
- ASDAP, PROPOSITION technique et financière, ASDAP 22 09 2014
- ASDAP, Rapport Evaluation de base « rapport d'étude, déterminants excision, mariage précoce, et autres VBG dans la region de Ségou, Koita consulting, août 2015
- Click-info-ado interactif
- Collecte de données de base : rapport final étude de base (2016 Final Report Data collection PDAGM)
- Compte rendu de la synergie des la rencontre de synergie entre les programmes de l'ambassade des Pays Bas dans la region de Mopti, Sevaré, le 31 Mars 2016
- Debbo Alafia, Document de l'atelier: Indicateurs Revus, Novembre 2016
- Debbo Alafia, Rapport de l'atelier de revue des indicateurs, Sévaré, Juillet 2016
- DRS Ségou Annuaire statistique de Ségou, 2014, 2015, 2016
- EDS 2012 2013
- Etude de base du projet Santé de la Reproduction et des Droits Sexuels et Reproductifs de l'AEN Mali, Gao Ménaka, AMRAD, janvier 2017
- Étude situationnelle : Family Care International et Conseils et Appui pour l'Education à la Base, Août 2015
- Etude sur la Santé de la Reproduction, des Droits Sexuels, Reproductifs et des Droits des AEN-AMSS, Femmes, des Jeunes et des Fillettes dans la Région de Tombouctou , CAEC pour AEN, Novembre 2015
- FCI Mali (MSH-CAEB), Document programme SRDS Réponse à Appel à Proposition pour la mise en œuvre de programmes régionaux en matière de Santé de la Reproduction à Ségou, Mopti et Tombouctou, Soumis à l'Ambassade des Pays Bas au Mali, août 2014
- FCI-CAEB, Rapport final étude d'analyse situationnelle, FCI-CAEB, Mopti Aout 2015

- Gouvernement du Mali, CSLP II, Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR), 2007-2011, 26 décembre 2006
- Gouvernement du Mali, MS, PRODESS II (2005-2011) et III (2014-2018), le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)
- La liste de contrôle pour l'évaluation de la capacité organisationnelle (COCA)
- MPFEF, Politique Nationale Genre du Mali. (PNG-Mali). MPFEF, 2016
- MS, Rapport de Formation en SONU des Prestataires de la région de GAO (juillet 2017)
- MS, Rapport mensuel SONU 2016, DRS de Gao
- MS, Standards de Qualité en Prévention et Prise en Charge de la Fistule Obstétricale au Mali
- MS, Stratégie Nationale de prévention et Prise en Charge des Fistules Obstétricales au Mali, Bamako – Janvier 2009
- MS, Version finale TdR Evaluation mi-parcours PRODESS III, 2014-2018, Janvier 2017
- MSH-CAEB, Plan de correction des faiblesses du programme, Janvier 2017
- ONG Walé, Ségou, Rapport de mission, Renforcement de capacités et diagnostic des associations, 295 associations sur les 300 associations retenues à la suite d'un appel à manifestation d'intérêt dans les 8 districts sanitaires de la région de Ségou, pour la mise en œuvre du PACASRPDFF, Avril 2016
- Plan d'Action National de Planification Familiale du Mali, 2014 2018
- Plan de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction et des Produits Sanguins du Mali 2011 2015
- Politique Genre des Pays-Bas, PPT, 30 Aout 2016
- Rapport de l'étude d'évaluation des structures sanitaires et des ONGs opérant dans le domaine de la Santé de la Reproduction et des Droits Sexuels et Reproductifs de la Région de Tombouctou, Cabinet d'Etude d'Expertise pour le Développement des Initiatives Locales, CEEDIL / DIRE, juin 2015
- Rapport de l'Etude sur les Mariages Précoces, Santé de Reproduction et Droits Humains dans la Région de Tombouctou en 2008
- Rapport de l'Etude sur les Mutilations Génitales Féminines au Mali en 2005
- Rapport Final de l'évaluation de la capacité organisationnelle des organisations chapeaux : Aide de l'Eglise Norvégienne, Association de Soutien aux Activités de Développement des Populations (ASDAP) et Family Care International)
- Situation des CSCOM médicalisés en 2017, région de Gao
- TdR De l'évaluation de la capacité organisationnelle (COCA) de : Family Care Mali, L'Aide de Eglise Norvégienne, l'Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP)
- TdR, Appel à proposition An2 pour le recrutement des partenaires de mise en œuvre (PMO) du programme SRDS Debbo Alafia Région Mopti, Décembre 2015

## Annexe 6 Tableau d'indicateurs opérationnels et financiers

Tableau 4: Tableau d'indicateurs

Rubriques	Programmes dans les régions			
	Mopti	Ségou	Tombouctou	Gao/Ménaka
<b>Taux d'Exécution des programmes au 31/12/2016 (global, frais indirects et ratio fonctionnement, dépenses d'administration et d'audit sur coût du projet)</b>				
Taux d'exécution 31 Déc 2016	51%	73%	65%	2%
Taux d'exécution frais directs, activités	53	79	40	0,55
Taux d'exécution indirects, suivi et investissement	47	56	7	0.94
Taux d'exécution frais fonctionnement, administratifs, et audit	45	75	18	0.51
<b>Matériels roulants du programme</b>				
Véhicules du projet	4 (1 à Bmko)	4	1	0
Motos équipe projet	8	8	15	7
Motos achetées pour PMO	61	61		24
<b>Budget initial, budget par cible couverte et correction d'ici la fin annoncée du programme y compris la contribution estimée des chapeaux</b>				
Budget milliards FCFA	3.8	3.2	1.5	2.1
Coût/population	1437	1116	1710	3406
Correction sur fonds requiert		1203		
Contribution incluse	3.847 000 000	3.200.000	1.548.916.200	2.120.000
<b>Population totale et population effectivement couverte par cible (jeunes et femmes)</b>				
Régions	Mopti	Ségou	Tombouctou	Gao/Ménaka
Population totale	2 644 999	2 868 000	877 001	685 001
Femmes	1 338 369	1 448 340	456 041	
Hommes	1 306 630	1 419 660	420 960	
Population couverte par le programme	1 572 049	1 658 656	694 078	616 418
% couvert	65%	58%	79%	90%
<b>Villages et communes, totaux par et % couverts par les activités du programme dans les régions</b>				
Villages totale Région	2 144	2 251	963	427
Hameaux	1 210			
Villages couverts par le programme	528	1 147	380	427

<b>% villages couverts</b>	24,67	51	39	100
<b>Communes totaux de la Région</b>	108	118	52	24
<b>Communes couvertes</b>	60	100	38	24
<b>% couvert</b>	64%	85%	73%	100%
<b>Zones d'intervention difficiles à fréquenter durant toute l'année par le programme</b>				
<b>Zone à fréquentation difficile (insécurité/ inondées)</b>	45%	< 30%	42% (16 communes)	41%
<b>Conventions signées pour l'abandon des pratiques néfastes</b>				
<b>Conventions prévues à être signées dans les programmes et nombre de villages concernés</b>				
<b>Conventions en cours de signature pour l'abandon des pratiques néfastes</b>	76	16 communes (243 villages)	Excision : 2 signés sur 24 prévus. MP 6 sur 20 prévus	
<b>Conventions effectivement signées sans début de réalisation</b>				
<b>Conventions effectivement signées et en cours réalisation</b>				

## Annexe 7 La fiche d'interview individuelle

Fiche d'interview individuelle (à administrer aux intervenants clefs et structures partenaires et de mise en œuvre opérationnelle du Projet Debbo Alafia dans la région de Gao)

Identification		
1.1	Pays	Consigner les réponses ici
		Mali
1.2	Région	Gao
1.3	Cercle	Gao
1.4	Nom de l'intervenant Clef	Maïga Ibrahim
1.5	Structure d'appartenance	Consortium d'ONG 3A
1.6	Position/Rôle dans la structure	Chargé de suivi Programme Debbo Alafia
1.7	Date de l'entretien	28 Juillet 2017
1.8	Nom de l'enquêteur	Maïga Ibrahim

**(ii) Questions globales destinées au personnel et prestataires directs du projet et aux structures partenaires**

N°	Questions	Réponses à consigner	
2.1	Quelle est votre structure ?	Consortium d'ONG 3A.	
2.2	Comment s'appelle-t-elle ?	Consortium 3A (ACODIS, ADIRAM, IRAD)	
2.3	Quelle est votre position dans la structure ?	Chargé de suivi	
2.4	Quelles sont vos missions ?	<p>Planification des activités sur le terrain en collaboration avec le coordinateur du projet,</p> <p>Elaboration d'un plan de suivi et des outils de collecte de données (fiches de collectes des informations sur les activités, les résultats, et les risques) en collaboration avec l'équipe du projet.</p> <p>Suivi de proximité des activités sur le terrain,</p> <p>Analyser les écarts entre les prévisions et les réalisations afin de dégager l'impact et les effets produits sur les bénéficiaires du projet. Evaluer les performances de réalisations par rapport aux prévisions.</p> <p>Faire des recommandations des rapports des missions antérieures.</p> <p>Rapportage mensuel et trimestriel des activités prévues et le niveau des réalisations en vue de mettre en évidence les écarts.</p>	
2.5	Depuis quand travaillez-vous pour ou avec le projet ?	Nous travaillons avec le projet il y a cinq (5) mois.	
2.6	En quoi consiste ce travail ?	Travail fait pour le projet	Travail fait en collaboration avec le projet
	Décrire le travail que vous faites pour la mise en œuvre du projet ou en collaboration avec le projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de démarrage du projet,</li> <li>- Prise de contact avec les autorités locales, les services techniques, responsables de l'administration scolaire.</li> <li>- Identification des bénéficiaires directs et indirects</li> </ul>	Planification, cadrage et harmonisation du projet par rapport au programme, suivi de proximité, rapportage et coordination.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des responsables des services administratifs, des enseignants, des acteurs et partenaires impliqués dans la mise en œuvre du projet,</li> <li>- Mise en des cadres de concertation dans 04 communes d'intervention, du cercle de Gao(Gao, Gounzoureye, Gabero et Soni Ali Ber)</li> <li>- Organisation de 290 IEC dans les six communes d'intervention (Gao, Gounzoureye, Gabero, Soni Ali Ber Anchawadj et N'Tillit)</li> </ul>	
2.7	<p>Que pensez-vous du projet ?</p> <p>Décrire vos appréciations le plus objectivement possible.</p>	<p>Le projet Debbo vient à point nommé.</p> <p>Il rentre dans le cadre de la promotion de la santé de reproduction, la préservation des droits et la lutte contre les violences basées sur le genre.</p>	
2.8	<p>Pouvez-vous nous donner 1 ou 2 faits saillants qui illustrent vos appréciations données plus haut ?</p>	<p>Les directeurs des Cap de Gao, de Wabaria, les directeurs des medersas et les maires des collectivités ont affirmés que c'est une première fois que les écoles du second cycle, les lycées, les écoles de formation technique professionnelle et les medersas ont bénéficiés spécifiquement de tel projet dont le thème est intitulé : « La promotion de la santé de la reproduction et la mobilisation dans la lutte contre les VBG en milieu scolaire ». Donc pour ce faire ils ont déclaré qu'ils feront tout dans la mesure du possible pour nous accompagner pour sa bonne mise en œuvre des activités du projet.</p> <p>Le maire de Gao a adressé une correspondance officielle, au préfet central, le sous-préfet du cercle de Gao, et au directeur régional du CAP de Gao, relative à la création d'un comité de lutte contre les violences basées sur le genre en milieu scolaire dans la commune urbaine de Gao dans le cadre de la mise en œuvre des activités du projet Debbo en milieu scolaire.</p>	
2.9	<p>Que Pensez-vous de l'efficacité des approches de travail du projet dans ses zones d'interventions</p> <p>Décrivez vos réponses</p>	<p>Ces approches ne sont pas aussi efficaces car la réalité du terrain est aussi différente de la théorie.</p> <p>Basées sur les causeries débats, les prêches publiques, l'organisation des séances d'IEC sans rafraichissement ni motivation ont tendance à démotiver certains participants. Par exemple le cadre de concertation de Gabero</p>	

		refuse son soutien aux activités d'IEC puisque le consortium ne peut pas leur donner de primes de participation à chaque IEC.
2.10	Aviez-vous des propositions d'amélioration dans ce domaine ?	<p>Pour que le projet soit plus efficace surtout dans les communes il faut que le projet prend en compte les frais de transport des participants au prêches publiques c'est-à-dire créer des conditions pour les causeries débats et les prêches se fassent dans un engouement de plus chez les participants prendre en charge également les frais de rafraichissement.</p> <p>Impliquer les ONG locales dans la mise en œuvre et l'exécution des activités pour que le projet soit mieux implanté dans les zones cibles.</p>
2.11	Pensez-vous, au rythme actuel de l'exécution du projet, que ses objectifs seront atteints ?	<p>Pour que ses objectifs soient atteints il faut donner plus de temps et plus de moyens pour que le changement de comportement et de mentalités souhaités puisse être atteint au sein des communautés.</p> <p>A ne pas freiner le rythme des activités sur le terrain par des retards dans les décaissements des fonds.</p>

**(iii) Volet spécifique destiné aux structures partenaires de l'Administration et des collectivités locales**

No	Questions	Réponses
3.1	Le Projet contribue-t-il à la réalisation des politiques nationales et ou programmes nationaux élaborés et mis en œuvre par le Gouvernement dans vos secteurs respectifs.	Oui
3.2	Décrivez vos réponses	<p>Défense et protection droits des personnes vulnérables notamment des filles, femmes et jeunes garçons,</p> <p>Promotion de la sante de la mère et de l'enfant,</p> <p>Lutte contre les violences basées sur le genre(VBG)</p>
3.3	Pensez-vous que la collaboration avec vos structures se passe normalement ?	Oui.
3.4	<p>Ya-t-l une dynamique systématique de partage des informations stratégiques avec le projet ?</p> <p>Expliquez/Justifiez vos réponses ?</p>	<p>Oui. Les responsables du projet Debbo Alafia Gao-Ménaka (AEN) étaient toujours disponibles pour écouter et orienter les actions des PMO dans la bonne direction en cas de besoin et ils ont toujours partagés les informations avec les partenaires de mise en œuvre. Ainsi dans ce souci de dynamisme systématique de partage d'informations stratégiques une formation de renforcement de capacités sur le logiciel MAGPI est faite pour tous les PMO et des canevas de rapportage ont été déjà mis à la disposition de tous les PMO.</p>
3.5	Si vous avez des recommandations spécifiques allant dans le sens de l'amélioration du partenariat de travail avec le projet à des fins d'impacts et d'efficacité sur les groupes cibles en commun, que diriez-vous ?	<p>Pour que le projet ait plus impacts il faut qu'on revoie à la hausse le taux des per Diems des participants aux ateliers de formations qui causent énormément de problèmes presque pour l'ensemble des partenaires de mise en œuvre. Cela permettra de faciliter la mise en œuvre des activités et donner plus de poids à Debbo à s'implanter dans la région.</p> <p>Création d'un réseau de synergie entre les PMO pour mener des actions d'impacts.</p> <p>Mettre en contact direct les PMO avec des structures de prise en charge psycho-sociales des malade de la futilles obstétricale</p>

**(iv) Volet spécifique destiné au personnel d'administration et du Gestion du projet**

No	Questions	Réponses
4.1	Pourriez-vous nous donner des informations sur les statistiques liées aux villages, communes, cercles et régions couvertes (population cible détaillée par sexe et catégorie de groupes cibles)	Oui informations disponibles.
4.2	Couvrez-vous tous les sites prévus à cette date	Non.
4.3	Si oui, expliquez Sinon dites pourquoi	Accès difficile à cause de l'insécurité grandissante dans ces deux zones nomades (N'Tillit et Anchawadj) avec des braquages, poses des engins explosifs etc..
4.4	Au cas où le projet ne couvre pas tous les sites à cette date, qu'envisagez-vous pour pallier cette situation à court temps ?  Expliquez/Justifiez vos réponses?	Nous reprendrons les activités dès que la situation s'améliore dans peu de temps  Malgré la situation sécuritaire qui reste encore précaire, le Consortium 3A a déjà pu atteindre ces cibles grâce aux relations partenariats développés entre les autorités locales, les services techniques et le consortium pour les activités de formations des Directeurs d'écoles, des enseignants et d'autres acteurs de l'école tels les responsables de comite de gestion scolaire(CGS), les APE, les AME.  Ce pendant l'équipe du consortium compte dynamiser ses relations de partenariat dans ces deux localités (N'Tillit et Anchawadj)  en s'appuyant sur des synergies d'actions avec d'autres PMO comme Gourma qui opère déjà dans les zones nomades.
4.5	Pensez-vous que les indicateurs du projet sont réalistes et adaptés aux réalités de la région de Gao ayant connu une occupation récemment et qui est sujette à une insécurité ?	Oui, les indicateurs du projet sont bel et bien réalistes et adaptés aux réalités de la région malgré l'insécurité au quelle elle est assujettie mais avec revue des moyens financiers afin de développer les stratégies.

4.6	Cet état de fait permettra-t-il d'atteindre les objectifs initiaux à termes ?	Oui
4.7	Si oui comment comptez-vous vous organiser ? Si non pourquoi ?	En mettant à profit les liens déjà établis avec certains leaders communautaires. Malgré la nécessité du besoin des populations, pour que les objectifs soient atteints il faut que les partenaires de mise en œuvre soient des partenaires locaux qui connaissent bien le terrain et qui maîtrisent mieux la langue du milieu. Il faut que les PMO soient des partenaires qui puissent atteindre le maximum de cibles mais aussi qui prennent en compte les préoccupations des communautés.
4.8	Comment appréciez-vous le partenariat avec les structures de l'Etat, les structures d'encadrement et l'organisation de mise en œuvre ?	Partenariat encourageant qui s'améliore du jour au lendemain. Par exemple le CAP de Gao, de Wabaria et l'Académie dans le cadre de l'identification et la formation de nos groupes cibles à travers les six communes d'intervention du cercle de Gao, ont mis chacun à notre disposition un conseiller comme point focal qui est chargé de nous donner toutes les informations sur nos groupes cibles. Ainsi de même au niveau des collectivités locales, le maire chargé de l'éducation joue ce rôle de point focal.
4.9	Comment appréciez-vous l'engagement des communautés et des bénéficiaires directs du projet à vos côtés dans la mise en œuvre du projet	Engagement prompt, sans faille des communautés surtout des leaders chef coutumiers, leaders religieux, les directeurs et enseignants des medersas et certains leaders communautaires qui, malgré les discussions chaudes souvent engagées avec nous, finissent par adhérer après de larges explications des objectifs et la vision du projet. Les bénéficiaires directs sont toujours disponibles pour nous écouter et échanger avec nous dans une ambiance inestimable.
4.10	Le projet, tel que monté et réalisé, donne-t-il la garantie d'une durabilité et d'une appropriation des populations à termes ?	Non pour qu'il y ait une garantie de durabilité et une appropriation des populations à termes il faut que le partenaire puissent former et équiper les ressources humaines locales et prolonger la durée du projet sur cinq à dix ans.

**Nous vous remercions pour toutes les informations utiles fournies à l'équipe de consultation**

*NB : Personnes à qui le questionnaire est administré (non exhaustif)*

- 1 Responsables du Projet (coordinateur, gestionnaire)
- 2 Responsables des structures d'encadrement
- 3 Responsables des structures de mise en œuvre recrutées par appel d'affres

- 4 Responsables des structures nationales partenaires dans les régions (directions de la santé, de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, du développement social, de la jeunesse, de la Cafo et du CRJ)
- 5 Président du conseil régional, du maire
- 6 Chef du bureau de l'UNICEF
- 7 Chef du bureau d'OXFAM etc.

## Annexe 8 Fiche de relevée de bonnes pratiques et cas de succès

### Fiche de relevé des bonnes pratiques et des cas de succès susceptibles d'être répliqués

Dans le cadre de l'évaluation à mi-parcours des programmes Debbo Alafia au Mali et consécutivement à la réunion de restitution des données préliminaires, il est demandé à chaque programme de faire ressortir les bonnes pratiques et les succès enregistrés sur le terrain.

#### Ségou

Les leçons apprises, les bonnes pratiques et les cas de succès obéissent à un certain nombre de critères (non exhaustifs) qui sont :

Innovation : en quoi, le programme a-t-il innové dans un domaine ou dans l'utilisation de stratégies dans le but d'impulser une dynamique facilitant l'atteinte des résultats et des objectifs ;

Efficacité : L'action ou les actions proposée (s) sont efficaces en termes de temps, de ressources utilisées et capable (s) de changer plus rapidement une situation donnée et ou résoudre un problème existant

Impact perceptible : L'action devra permettre aux cibles de sentir ou percevoir une amélioration de leur situation ou des problèmes qui existaient

Met les communautés au centre et contribue à la promotion de leur bien-être

Peut-être répliqué par d'autres intervenants au Mali et ailleurs

Cohérence : L'action est en lien avec le programme tel quel il est mis en œuvre ainsi qu'avec les politiques et programmes nationaux en vigueur dans les domaines thématiques ciblés par le programme

Cible : Met les jeunes (filles et garçons, les femmes les hommes) en avant, en œuvrant à la promotion de leurs droits sexuels et reproductifs

Question principale : Il est demandé à chaque programme d'identifier et de décrire brièvement 3 bonnes pratiques et 2 à 3 cas de succès enregistrés depuis son démarrage

N°	Exemples de bonnes pratiques du programme (BPP)	Justification : Argumentation propre au programme, se fondant sur les critères ci-dessus
1	- Engagements écrits et individuels des Elus et Femmes Elues/Leaders de la région de Ségou à lutter contre les pratiques néfastes à la SR/DRS, et à inscrire les actions dans les PDESC	Ces engagements sont le fruit des actions de plaidoyer menés par les femmes élues leaders suite à un renforcement de leurs capacités.

	<p>communaux, suite à des actions de plaidoyer par l'ONG AMYT.</p> <p>- Inscription des actions (lutte contre l'excision, le mariage précoce, VBG) dans des plans d'actions et PDSEC communaux</p>	<p>Les engagements ont eu comme résultats : Inscription des thématiques dans 13 PDESC et 80 plans d'actions communaux.</p>
2	<p>Une femme a annulé l'excision de 6 de ses petites filles.</p>	<p>La femme fait partie d'une famille maraboutique d'un quartier de San de renommée où la pratique de l'excision se fait chaque année et concerne toutes les filles de la famille</p> <p>Ayant bénéficié de la formation sur les conséquences de l'excision étant membre du RECOTRADE (Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement), elle a empêché l'excision de ses petites filles en sensibilisant les autres femmes sur les conséquences de la pratique. Convaincues de la pertinence de ses idées, elles ont abandonné ladite pratique.</p>
3	<p>Témoignage sur les conséquences liées à l'excision dans le village de DAELLAN</p>	<p>Ce témoignage vient d'un couple dudit village à la suite des complications lors du 1er accouchement dans leur foyer, liées aux séquelles de l'excision.</p> <p>En effet, la femme a eu un accouchement difficile nécessitant une évacuation vers le centre de santé de référence qui leur a coûté une somme remarquable imprévue. Il leur a été notifié que cette complication est due aux conséquences de l'excision qu'elle a subies pendant son enfance.</p> <p>Ce témoignage avait juste pour objet la compréhension de la communauté que l'excision n'a rien à avoir avec les préceptes religieux et qu'il faut toujours ignorer les rumeurs qui nous poussent vers l'excision de nos jeunes filles.</p>
N°	<p>Cas de succès enregistrés par le Programme à mi-parcours</p>	<p>Justification : Argumentation propre au programme, se fondant sur les critères ci-dessus</p>

1	<p>Annulation de cas de mariage précoce d'une fille de 13 ans dans le village de Tissana N9, District sanitaire de Niono, par l'ONG JIGI, en 2015.</p>	<p>Se sentant forcée pour un mariage par son père, la fille ayant fui le village a pris contact avec un relais qui l'a mise en relation avec l'ONG JIGI.</p> <p>Après un diagnostic de la situation par l'ONG, ils ont à travers la mairie entrepris des démarches et sensibilisation sur les conséquences de la pratique. Convaincu des conséquences, le père a renoncé à la célébration du mariage de sa fille.</p> <p>Cette annulation a permis à la fille d'échapper aux conséquences que cause la pratique.</p>
2	<p>L'engagement solennel de la présidente du réseau des associations des femmes de la commune de Kala-Siguida (organisatrice des rituelles de l'excision), et le chef de village ont décidé de ne plus organiser et de contribuer à sensibiliser la population pour un abandon de la pratique.</p> <p>Aujourd'hui les cérémonies rituelles au cours de l'excision ne sont plus organisées.</p>	<p>Cet acte est le fruit des actions de sensibilisations des Agents de l'ONG JIGI sur les conséquences néfastes de la pratique de l'excision.</p> <p>La présidente est une femme leader respectée et écoutée. Convaincue des conséquences néfastes de la pratique, elle peut contribuer à faire passer le message et amener beaucoup de femmes à abandonner la pratique.</p> <p>Son engagement a été fait l'or d'un cadre d'échanges et en présence de plusieurs autorités communales.</p>
3	<p>L'engagement d'un Chef de village dans la lutte contre les Pratiques traditionnelles néfastes.</p>	<p>Le chef de village de N'gara suite aux actions de sensibilisation du programme a pris conscience des conséquences liées à l'excision dont a été victime sa sœur (cas de fistule)</p> <p>Ayant bénéficié du renforcement de capacité, il mène un véritable plaidoyer au sein de la communauté à travers la sensibilisation, la mobilisation communautaire autour des thématiques etc.</p> <p>En sa qualité de chef de village, il constitue à cet effet une opportunité pour le programme de contribuer au changement social de comportement.</p>
4	<p>Changement de comportement des populations de l'aire de santé Samabogo face à la sous-fréquentation du CSCOM.</p>	<p>Avant l'intervention du programme le CSCOM de Samabogo était sous fréquenté. Les services de santé, notamment</p>

		<p>la vaccination, la CPN et CPON étaient moins utilisés.</p> <p>Avec les actions du programme singulièrement les séances de sensibilisation, le renforcement de capacité, le plaidoyer, les populations ont été édifiées par rapport aux services offerts par le CSCOM d'où une nette amélioration dans la fréquentation.</p> <p>Ainsi, à la faveur de ces différentes actions impliquant la mairie, les Chefs de village, les chefs de famille, les communicateurs traditionnels, les leaders religieux, Relais, Pairs, Enseignants, techniciens sanitaires, Médias, la plupart des résistants ont fini par changer d'avis et de comportement.</p>
--	--	--

NB : Lorsque le programme n'a pas 3 cas dans chaque catégorie, il se limitera au nombre réel. Lorsqu'il y a plus de 3 cas, il peut les reporter tous.

## MOPTI

Les leçons apprises, les bonnes pratiques et les cas de succès obéissent à un certain nombre de critères (non exhaustifs) qui sont :

**Innovation** : en quoi, le programme a-t-il innové dans un domaine ou dans l'utilisation de stratégies dans le but d'impulser une dynamique facilitant l'atteinte des résultats et des objectifs ;

**Efficacité** : L'action ou les actions proposées (s) sont efficaces en termes de temps, de ressources utilisées et capable (s) de changer plus rapidement une situation donnée et ou résoudre un problème existant

**Impact perceptible** : L'action devra permettre aux cibles de sentir ou percevoir une amélioration de leur situation ou des problèmes qui existaient

Met les communautés au centre et contribue à la promotion de leur bien-être

Peut-être répliqué par d'autres intervenants au Mali et ailleurs

**Cohérence** : L'action est en lien avec le programme tel quel il est mis en œuvre ainsi qu'avec les politiques et programmes nationaux en vigueur dans les domaines thématiques ciblés par le programme

**Cible** : Met les jeunes (filles et garçons, les femmes les hommes) en avant, en œuvrant à la promotion de leurs droits sexuels et reproductifs

**Question principale** : Il est demandé à chaque programme d'identifier et de décrire brièvement 3 bonnes pratiques et 2 à 3 cas de succès enregistrés depuis son démarrage

N°	Exemples de bonnes pratiques du programme (BPP)	Justification : Argumentation propre au programme, se fondant sur les critères ci-dessus
1	Sensibilisation à travers des projections films pour l'abandon de la pratique de l'excision.	<p>dans le cadre de la sensibilisation pour l'abandon de l'excision, le programme et ses partenaires ont mis l'accent sur la réalisation des projections vidéo à cause de son caractère illustratif et palpable.</p> <p>Considérée comme la technique de communication la mieux appropriée, la projection vidéo permet de mieux illustrer les dangers inhérents à la pratique de l'excision pour une meilleure conscientisation des populations dans la prise de décision en faveur de l'abandon de l'excision.</p> <p>Suite aux projections vidéo, plusieurs leaders communautaires (chefs de village, Imams ...) se sont engagés à soutenir le programme dans la lutte contre l'excision. Aussi le processus d'abandon a été enclenché dans plusieurs villages grâce à l'intensification des projections films par les partenaires de mise en œuvre.</p> <p>Les projections films sont réalisées principalement à l'endroit des : leaders communautaires, hommes, femmes, jeunes.</p>
2	Prise en charge médicale des victimes/survivantes de l'excision et du mariage précoce.	<p>La prise en charge médicale des victimes/survivantes est une stratégie adoptée par le programme à travers son partenaire Hôpital Sominè Dolo visant à assurer des soins aux personnes ayant subies des complications par suite d'excision et du mariage précoce. Aussi, elle permet de susciter une prise de conscience chez les victimes et leur environnement social aboutissant parfois à l'abandon des causes de leurs maux (excision, mariage précoce).</p> <p>Au total, plus de 76 victimes/survivantes de l'excision et du mariage précoce ont été prises en charge par le programme à travers l'hôpital Sominé DOLO entre 2015 et 2016.</p> <p>L'impact de la prise en charge a été principalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le rétablissement de 98% des victimes/survivantes ;</li> <li>une meilleure prise de conscience des méfaits de l'excision par les victimes/survivantes et leur environnement (parents, époux, voisins, amis...) ;</li> </ul> <p>Environ 70 déclarations d'abandon de l'excision et du mariage précoce ont été enregistrées suite à la prise en charge.</p>

		<p>Cette stratégie s'inscrit en droite ligne de la politique et du programme national de lutte contre l'excision au Mali.</p> <p>Les cibles sont les filles et les femmes.</p>
3	<p>Tenue des rencontres de dialogue social et intergénérationnel pour la levée du tabou sur les pratiques traditionnelles néfastes et pour la promotion des droits sexuels et reproductifs.</p>	<p>Eu égard à la complexité de communication qui entoure les pratiques traditionnelles néfastes et les droits sexuels et reproductifs, le programme a initié cette stratégie de communication dont l'objectif est d'instaurer le dialogue entre différentes générations (vieux, jeunes, hommes et femmes) autour des thématiques susvisées.</p> <p>L'implémentation de la stratégie a permis de lever des tabous sur les pratiques traditionnelles néfastes notamment l'excision et le mariage précoce et favoriser l'implication des leaders communautaires dans la lutte contre ces pratiques. Elle a aussi permis de renforcer la capacité de prise de parole en public de certains jeunes et femmes sur la sexualité.</p> <p>A titre d'impact nous pouvons citer entre autres :</p> <p>Amélioration du niveau de prise de conscience des groupes cibles sur les dangers liés à la pratique de l'excision et du mariage précoce ;</p> <p>L'engagement de certains leaders communautaires en faveur de la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes ;</p> <p>L'instauration et le renforcement du dialogue social sur la sexualité au sein des communautés.</p> <p>La stratégie de dialogue social cadre avec la politique nationale genre dans la mesure où celle-ci prône l'équité entre les sexes.</p> <p>Les principales cibles sont : les autorités communales, les leaders communautaires, les hommes, les femmes, les jeunes.</p>
N°	<p>Cas de succès enregistrés par le Programme à mi-parcours</p>	<p>Justification : Argumentation propre au programme, se fondant sur les critères ci-dessus</p>
1	<p>Changement de position d'un chef de village réfractaire aux sensibilisations sur la pratique de l'excision</p>	<p>Traversé par la route RN16 en allant vers Gao, le village de Pétaka est limité à l'est par la commune de Dallah, à l'ouest par celle de Douentza, au nord par la commune de Kerena et au sud par le village de Kikara. La commune de Pétaka/village de Pétaka est composée de cinq (5) villages qui sont : Pétaka, Gono, Dansa, Almina, Alabengouma. La population est estimée à environ 2879 habitants majoritairement</p>

		<p>composée de Dogons mais aussi de Peulhs et de Sonrhais. La langue courante est le Dogosso. Les principales activités économiques sont : l'agriculture, l'élevage et le commerce.</p> <p>La pratique de l'excision est très fréquente dans la région de Mopti précisément dans les milieux peulhs comme le cercle de Douentza.</p> <p>Nous citons ici un cas emblématique, celui d'un chef de village qui était très farouchement réticent à l'abandon de la pratique de l'excision dans son village car, ne voulant même pas aborder le sujet avec l'équipe d'animation. Les différentes visites à domicile, les nombreuses rencontres de plaidoyer ont fini par avoir raison de l'attitude conservatrice du chef de village. Ainsi, après avoir fait le constat des méfaits et divers problèmes liés à l'excision, notre chef de village a raisonnablement basculé en faveur d'un abandon total de l'excision sous toutes ses formes dans la commune. Il a ainsi dépêché des émissaires auprès des autres villages de la commune pour les tenir informés de la nouvelle donne.</p> <p>Suite à la réticence du chef de village, les actions suivantes ont été entreprises :</p> <p>L'invitation du chef de village à toutes les activités menées par le projet ;</p> <p>L'intensification des visites à domicile à l'endroit du chef de village (se rendre chez lui pour mieux discuter avec lui sur les dangers liés à la pratique de l'excision) ;</p> <p>L'intensification des séances de projections vidéo dans son village sur les complications liées à la pratique de l'excision ;</p> <p>La multiplication des activités d'IEC notamment les causeries éducatives dans le village à l'aide de la boîte à images ;</p> <p>L'organisation des rencontres de plaidoyers en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision dans son village.</p> <p>La mise en œuvre de ces différentes activités a favorisé une prise de conscience générale dans le village. cette prise de conscience s'est traduite par l'interdiction de la pratique de l'excision par le chef de village à la suite d'une rencontre tenue avec ses conseillers. Ainsi le village de PETAKA prépare éventuellement la signature d'une convention d'abandon de l'excision à l'occasion d'une cérémonie pour prendre à témoin les acteurs et partenaires.</p>
--	--	---

<p>2</p>	<p>La volte-face d'un imam réticent.</p>	<p>situé dans le cercle de Bankass et dans la commune du même nom, le village de TINTO</p> <p>est composé en majorité de Dogons ; la religion dominante est l'islam (wahhabite ). Sa population est estimée à 686 dont 329 hommes et 359 femmes (source : RGPH 2009). Les principales activités économiques sont l'agriculture, l'élevage et le commerce. L'activité touristique connaît des difficultés depuis la crise de 2012.</p> <p>A l'instar des autres villages de la commune de Bankass, la pratique de l'excision est très répandue le village de Tinto. Plus de 95 % de la population y pratique sous la forte influence de l'islam. c'est ainsi que l'ONG ACEF intervient dans ce village dans le cadre du programme Debbo Alafia pour mener des actions visant à réduire la pratique de l'excision. Dans la mise en œuvre des activités, l'équipe projet a été confrontée à de multiples difficultés dont principalement la réticence farouche de l'imam du village à toutes les activités de sensibilisations contre la pratique de l'excision.</p> <p>Face à ce problème l'équipe projet a entrepris des actions dont principalement :</p> <p>Tenue d'un entretien avec l'imam aux fins de trouver une solution au problème ;</p> <p>Organisation d'une mission du Directeur du programme dans le village pour échanger avec les autorités villageoises sur le différend ;</p> <p>L'invitation de l'imam à l'atelier thématique organisé par l'Unité de Gestion du Programme à Bankass.</p> <p>Suite à sa participation à cette formation et ayant pris conscience des dangers liés à la pratique de l'excision à travers des images et films, l'imam a reconsidéré sa position en acceptant la poursuite des activités du projet dans son village.</p>
<p>3</p>	<p>Le comité de protection de droits de fille de Bendiéli à l'assaut du mariage précoce dans la Commune de Soroly.</p>	<p>Bendiéli est un petit village situé dans la Commune de Soroly dans le Cercle de Bandiagara. Dans ce village y vivent plusieurs communautés qui depuis des siècles sont liées par les liens de sang et surtout du mariage. La population de ce village est estimée à 836 habitants dont 426 femmes et 410 hommes. Elle est composée principalement de Dogon, de peulh vivant de l'agriculture, de l'élevage du commerce et de l'artisanat.</p> <p>Bendieli est un village où le phénomène du mariage précoce est une pratique courante ancrée dans les mœurs. Plus de 6/10 filles sont mariées entre 15 et</p>

		<p>16 ans. Les raisons essentiellement évoquées sont en rapport avec la religion, les us et coutumes, le renforcement des liens parentaux, la pauvreté, etc...</p> <p>Face à cette situation, l'association JIGISEME, dans le cadre de la mise en œuvre du programme DEBBO-ALAFIA a initié un projet dénommé : « Promotion et protection des droits des petites filles » dans les communes de Soroly, Pelou et Dandoli. Son objectif est d'assurer le bien-être de la fille et de la femme à travers l'abandon des pratiques de l'excision et du mariage précoce, la promotion de la planification familiale.</p> <p>En vue de prévenir des cas d'excision et mariage précoce, l'association a adopté une approche participative et inclusive en mettant en place dans chaque village d'intervention un comité de protection et de promotion des droits des filles. Ces comités sont composés essentiellement de jeunes filles et garçons qui soutiennent les actions menées par l'association dans ce sens. Il faut rappeler que les membres de ces comités ont été formés sur les différentes thématiques du programme et orientés sur leurs rôles et responsabilités.</p> <p>A peine ce travail de renforcement des capacités terminé, le comité de protection du village de Bendieli a été informé d'un projet imminent de mariage précoce de deux filles âgées respectivement de 15 et 16 ans. Elles avaient abandonné l'école au niveau du premier cycle fondamental pour des raisons liées à la pauvreté. N'étant plus dans le système scolaire et compte tenu de la difficile situation financière des parents, ces deux filles ont été proposées au mariage sans tenir compte de leur âge et de leur consentement. Aussitôt les membres du comité ont entrepris des actions suivantes afin d'empêcher ces projets de mariage précoce :</p> <p>Concertation entre les membres du comité pour définir la conduite à tenir ;</p> <p>Rencontre avec le chef de village et ses conseillers pour échanger sur les mesures envisageables ;</p> <p>Accompagnement des membres du comité par certains leaders communautaires aux domiciles des parents des deux filles pour les sensibiliser sur les dangers liés au mariage précoce et solliciter l'annulation de ces projets de mariage jusqu'à ce que les filles aient l'âge requis (18 ans);</p> <p>Suivi du reste du processus par les membres du comité.</p>
--	--	--

		<p>Suite aux différentes actions menées par les membres du comité soutenus par les leaders communautaires du village, un dénouement heureux a été obtenu qui porte sur :</p> <p>Le report des deux mariages précoces ;</p> <p>L'engagement des parents à respecter l'âge requis du mariage ;</p> <p>L'engagement de tout le village à accompagner le comité à prévenir d'éventuel cas de mariage précoce dans le village</p> <p>Le principal enseignement tiré du cas de Bendiéli a été la mobilisation communautaire doublée de l'implication des leaders qui s'est avéré comme étant une stratégie efficace de pérennisation et de prévention de lutte contre le mariage précoce.</p>
--	--	---

NB : Lorsque le programme n'a pas 3 cas dans chaque catégorie, il se limitera au nombre réel. Lorsqu'il y a plus de 3 cas, il peut les reporter tous.

## Tombouctou

Les leçons apprises, les bonnes pratiques et les cas de succès obéissent à un certain nombre de critères (non exhaustifs) qui sont :

- Innovation : en quoi, le programme a-t-il innové dans un domaine ou dans l'utilisation de stratégies dans le but d'impulser une dynamique facilitant l'atteinte des résultats et des objectifs ;
- Efficacité : L'action ou les actions proposée (s) sont efficaces en termes de temps, de ressources utilisées et capable (s) de changer plus rapidement une situation donnée et ou résoudre un problème existant
- Impact perceptible : L'action devra permettre aux cibles de sentir ou percevoir une amélioration de leur situation ou des problèmes qui existaient
- Met les communautés au centre et contribue à la promotion de leur bien-être
- Peut être répliqué par d'autres intervenants au Mali et ailleurs
- Cohérence : L'action est en lien avec le programme tel quel il est mis en œuvre ainsi qu'avec les politiques et programmes nationaux en vigueur dans les domaines thématiques ciblés par le programme
- Cible : Met les jeunes (filles et garçons, les femmes les hommes) en avant, en œuvrant à la promotion de leurs droits sexuels et reproductifs

Question principale : Il est demandé à chaque programme d'identifier et de décrire brièvement 3 bonnes pratiques et 2 à 3 cas de succès enregistrés depuis son démarrage

N° Exemples de bonnes pratiques du programme (BPP) Justification : Argumentation propre au programme, se fondant sur les critères ci-dessus

1 L'implication des leaders religieux dans le programme dès sa conception

Quand les leaders religieux sont impliqués dès la conception, ils comprennent, assimilent et adhèrent plus facilement au programme, les textes religieux sont de ce fait mieux interprétés en faveur du changement de comportement et l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes comme le mariage précoce.

La religion est également un point d'entrée sur certains sujets tabou, tel que les violences sexuelles et l'excision.

2 Etre à l'écoute des acteurs émergents car leurs stratégies peuvent porter fruits.

Les associations de femmes et de jeunes nous ont donné de réelles leçons sur leurs façons de faire. L'ensemble des membres sont renforcés sur les thématiques du programme, sur les techniques d'animations et de plaidoyer. Nous avons ainsi compris la technique des associations à ne pas se reposer sur un ou deux membres, mais de multiplier les sensibilisateurs pour ne pas paralyser le processus, ce qui peut entraîner des conséquences sur la motivation des populations.

3 Permettre aux garçons et aux hommes d'explorer leurs propres expériences de violence et d'abus avec leurs pairs et les transformer en masculinités positives.

Cet exercice permet aux jeunes hommes de comprendre comment ils ont été éduqués, souvent dans l'injonction et la douleur, à devoir se comporter d'une certaine manière. Il s'agit pour eux de comprendre que cette injonction sociale à se comporter en homme n'est

pas sans cout pour eux-mêmes. Ils n'ont pas la liberté d'explorer et d'exprimer des émotions, telles que la peine ou la peur. Ils subissent une pression sociale, en particulier de la part de leurs pairs, pour se montrer forts et parfois violents. Si les filles et les femmes sont les premières victimes de ces agissements, les garçons et les hommes eux-mêmes sont confrontés aux violences masculines. Ceci est particulièrement vrai en situation de conflits où les garçons sont agressés ou enrôlés de force par des hommes armés.

N° Cas de succès enregistrés par le Programme à mi-parcours Justification : Argumentation propre au programme, se fondant sur les critères ci-dessus

1 la mise en place des Centres d'écoute et d'approvisionnement pour la distribution à base communautaire des Produits contraceptifs Cela permet la disponibilité permanente et gratuite des produits contraceptifs à toutes les périodes de l'année en Distribution à Base Communautaires (DBC). Cette disposition facilite l'accessibilité et favorise aux jeunes et aux femmes de jouir de leur droits reproductifs et sexuels.

2 Un exemple dans le cadre de l'autonomisation de la femme et de la fille Dans les communes de Lafia et Tombouctou, les bénéficiaires d'AGR ont mis en place une caisse pour renouveler et permettre de financer d'autres femmes. Ceci a permis non seulement aux femmes de réaliser des bénéfices mais aussi sur leur propre initiative de financer d'autres femmes. Ainsi à Lafia, en décembre 2016, les fonds de la caisse ont permis de financer six (6) nouvelles bénéficiaires et 7 nouvelles bénéficiaires à Tombouctou. Cette innovation se reprend dans les autres communes.

3 Fadimata poursuit enfin ses études. Fadimata est une jeune fille âgée de 16 ans qui venait de réussir à son examen de DEF. En pleine joie et d'empressement de découvrir son lycée, son père lui annonça que ses études sont terminées car elle va bientôt se marier. La jeune fille vient de connaître le plus grand désespoir de sa vie. L'association Dundou de Saraféré partenaire du programme Debbo Alafia a mis les bouchés doubles et a fini par convaincre le père de Fadimata. A la satisfaction de tout le monde, notre jeune lycéenne poursuit actuellement ses études au lycée.

NB : Lorsque le programme n'a pas 3 cas dans chaque catégorie, il se limitera au nombre réel. Lorsqu'il y a plus de 3 cas, il peut les reporter tous.

## Gao Ménaka

Les leçons apprises, les bonnes pratiques et les cas de succès obéissent à un certain nombre de critères (non exhaustifs) qui sont :

Innovation : en quoi, le programme a-t-il innové dans un domaine ou dans l'utilisation de stratégies dans le but d'impulser une dynamique facilitant l'atteinte des résultats et des objectifs ;

Efficacité : L'action ou les actions proposée (s) sont efficaces en termes de temps, de ressources utilisées et capable (s) de changer plus rapidement une situation donnée et ou résoudre un problème existant

Impact perceptible : L'action devra permettre aux cibles de sentir ou percevoir une amélioration de leur situation ou des problèmes qui existaient

Met les communautés au centre et contribue à la promotion de leur bien-être

Peut-être répliqué par d'autres intervenants au Mali et ailleurs

Cohérence : L'action est en lien avec le programme tel quel il est mis en œuvre ainsi qu'avec les politiques et programmes nationaux en vigueur dans les domaines thématiques ciblés par le programme

Cible : Met les jeunes (filles et garçons, les femmes les hommes) en avant, en œuvrant à la promotion de leurs droits sexuels et reproductifs

Question principale : Il est demandé à chaque programme d'identifier et de décrire brièvement 3 bonnes pratiques et 2 à 3 cas de succès enregistrés depuis son démarrage

N°	Exemples de bonnes pratiques du programme (BPP)	Justification : Argumentation propre au programme, se fondant sur les critères ci-dessus
1	Comme bonne pratique c'est l'implication du Réseau de Communicateur Traditionnel.	L'implication du réseau des communicateurs traditionnels de la région de Gao et Ménaka est une des stratégies du programme car ancré dans les communautés ; il est le point sur lequel le programme s'appui pour faire passer des messages auprès des personnes cibles tels que les leaders religieux et communautaires dans des zones les plus difficiles d'accès en cette période de grande insécurité. Ils sont les mieux écoutés en leur qualité de gardien des mœurs et des traditions. Leur savoir parler et leurs méthodes d'approche avec les hommes, femmes, filles et garçons de la société facilitent la transmission des messages sur la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels dans la région de Gao en temps de conflits.
2	L'approche utilisant les leaders religieux avec des argumentaires et des hadits.	Cette technique a fait ses preuves, à travers l'implication des leaders religieux le programme parvient à communiquer avec un des groupes cibles le plus difficile face à leur adhésion à la promotion de certaines thématiques telles que le planning familial. C'est uniquement à travers leurs paires que le programme parviendra à les toucher par des actions d'IEC.
3	la stratégie de faire-faire	Cette approche a permis de recruter des ONG et Associations locales sur place qui sont issues des communautés. Cette pratique permet au programme de toucher plus de bénéficiaires et d'être auprès même des populations dans toutes les zones couvertes par le programme. Utile en ce sens que le programme intervient dans une zone de conflit.
4	Le mode de sélection des PMO	Appels à candidature ouverte et mise en place d'un comité de sélection neutre au niveau local.

5	La couverture géographique	Les PMO couvrent toutes les communes
6	La classification par catégorie des PMO	Les PMO ont été classées selon leur capacité de mise en œuvre des projets. Cela a rendu efficace et cohérente l'exécution du programme.
7	La mixité dans le choix	Implication des services techniques et les ONG ainsi que les associations
N°	Cas de succès enregistrés par le Programme à mi-parcours	Justification : Argumentation propre au programme, se fondant sur les critères ci-dessus
1	La construction et l'animation d'une case Vie de femmes	Cela a permis de fédérer les associations féminines locales et à créer une synergie d'actions
2	Les visites de courtoisie, les rencontres d'échanges avec les leaders religieux, les chefs coutumiers, les femmes et les jeunes.	Cette stratégie a permis d'atteindre les vrais acteurs locaux et leur faire prendre conscience des dangers des VBG et MPF et l'avantage de la PF/SR.
3	L'engagement des acteurs à la base (villages)	Les chefs, les leaders jeunes et femmes qui sont les bénéficiaires sont directement impliqués et sont acteurs de la mise en œuvre.

NB : Lorsque le programme n'a pas 3 cas dans chaque catégorie, il se limitera au nombre réel. Lorsqu'il y a plus de 3 cas, il peut les reporter tous.

## Annexe 9 Tableaux d'auto-évaluation

### Tableau récapitulatif des résultats dans les régions du Programme

#### SEGOU

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
<b>1</b>	<b>Aspects liés à la pertinence du programme</b>						
1.1	Les objectifs du programme et les lignes d'actions du programme sont-elles en adéquation avec les besoins légitimes des communautés hommes et femmes, filles et garçons en couple ou non ?	oui			L'adéquation les objectifs du Programme et les besoins des communautés peut être illustrée, par les résultats d'études, qui ont révélées : <ul style="list-style-type: none"> <li>- De faibles taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception et de d'exposition des femmes et des hommes à des messages sur la PF</li> <li>- Des taux élevés d'excision et de mariage précoce.</li> <li>- Une proportion importante de femmes favorables à ce qu'un homme batte sa femme quelle que soit la raison</li> </ul>	l'EDSM 2012-2013 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- taux d'utilisation d'une méthode moderne de la contraception est de 9,5% chez les femmes</li> <li>- 38% des femmes et des hommes de 15-49 ans n'ont été exposés à aucun message de la planification familiale</li> <li>Sur une période de 12 mois avant l'enquête</li> <li>- 45,4% des filles de moins de 5 ans excisées</li> </ul>	Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents  Analyse du contexte de réalisation du projet  Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs

						<p>- 76.3% de femmes favorables à ce qu'un homme batte sa femme quelle que soit la raison.</p> <p>Une étude menée par l'UNFPA en 2006 donne un taux de mariage précoce de 65% dans la région de Ségou</p>	
1.2	Les études situationnelles ont été mises à profit pour alimenter les stratégies d'intervention au niveau des organisations 'chapeaux	oui			<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude de base a confirmé le niveau des indicateurs ayant servi à l'élaboration du Programme (EDSV).</li> <li>- orientations d'ONG d'encadrement et d'associations vers des zones où l'étude sur les déterminants des Pratiques Traditionnelles Néfastes à la santé des femmes et des filles a révélé une faible couverture en matière d'intervenants sur ces thématiques.</li> <li>- les capacités des ONG ont été renforcées sur la base des résultats d'un diagnostic organisationnel.</li> <li>- l'étude sur l'efficacité et la pertinence des stratégies de communication a permis de définir une terminologie (SR et PTN) appropriée pour la Région et de retenir la radio comme un canal important de communication.</li> </ul>		idem
<b>2</b>	<b>Aspects liés à la cohérence du Programme</b>						
2.1	La logique d'intervention du programme (théorie du changement – chaîne des résultats) reste-t-elle tou-	oui			<p>Durant les 2 ans de mise en œuvre du Programme, très peu de changements sont intervenus dans le contexte de mise en œuvre qui puisse justifier une modification de la chaîne des résultats. Les nouveaux défis ont été relevés à travers une</p>		idem

	jours en adéquation avec les contextes et pertinente au vu des résultats obtenus				<p>revue de stratégies d'intervention. Il s'agit principalement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'interdiction de circulation d'engins à 2 roues entre 2 villages (dans certaines zones).</li> </ul> <p>Une des solutions a été l'utilisation de transport en commun.</p> <p>La baisse de fonds après 2 ans de mise en œuvre. La solution a été de réduire le nombre de villages couverts (par conséquent le nombre d'ONG) et le nombre d'agents des ONG qui continuent. Et le maintien des émissions radio dans toutes les localités.</p>		
2.2	Les mécanismes de suivi-évaluation mis en place par les organisations 'chapeaux' – MSH-CAEB, AEN-AMSS et ASDAP sont-ils pertinents ?	oui			<p>Le mécanisme de suivi-évaluation mis en place :</p> <p><b>1. Favorise le suivi et le partage régulier d'information à tous les niveaux et par tous les acteurs et par les bénéficiaires.</b> En fait :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des comités de suivi (au niveau région et au niveau district) composés de représentants des jeunes, des femmes, des élus communaux, des communicateurs (modernes et traditionnels), des services techniques et de l'administration ont été mis en place.</li> <li>- Des cadres d'échanges ont été créés (revues annuelles et trimestrielles, réunions périodiques entre intervenants)</li> <li>- Un système de rapportage régulier (par activités ou trimestriel selon le cas) des interventions par partenaire et partage avec l'organisation chapeaux et les comités de suivi.</li> </ul> <p><b>2. Améliore et veille à la qualité des services :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise à la disposition des partenaires de mise en œuvre de canevas de, supervision,</li> </ul>		idem

					<p>collecte de données et rapportage et leur orientation sur leur utilisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation de missions de supervisions facilitantes pour le renforcement de capacités par les équipes d'ASDAP et de son AGP, les responsables d'ONG et les services techniques</li> <li>- La signature de conventions de collaboration avec des services techniques pour assurer la qualité de certains services (à prestation de services de PF (de MSI par la Direction Régionale de Santé) et les messages radio (des radios partenaires par la Direction Régionale du Développement social et de l'Economie solidaire).</li> </ul>		
2.3	Les indicateurs prévus permettent-ils de mesurer les avancées vers l'atteinte des résultats ?	Oui			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le cadre logique contient aussi bien des indicateurs quantitatifs que qualitatifs pour mesurer les résultats attendus.</li> </ul> <p>Cependant les indicateurs qualitatifs peuvent être rendus plus spécifiques en ce qui est les critères de connaissances, de satisfaction, d'opinion, de perception.</p>		Idem

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
2	Aspects liés à la cohérence du programme (suite et fin)						

2.5	<p>Le dispositif opérationnel (technique et administratif du programme dans les régions) et l'organisation du programme en général, ses principes, pratiques, approches et outils permettent d'atteindre les résultats et objectifs fixés ?</p> <p>la dimension institutionnelle du programme : dispositif institutionnel de gestion – comité de pilotage, la contractualisation avec les organisations de mise en œuvre locale - Comité de sélection des projets – fonctionnalité, efficacité – transparence des instruments institutionnels,</p>	oui		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dispositif opérationnel mis en place doit permettre l'atteinte des objectifs de part :</li> <li>- la mise en œuvre des activités par des acteurs locaux (associations communautaires de base, ONG, radio, services techniques).</li> <li>- l'implication d'ONG ayant des compétences spécifiques dans la mise en œuvre des activités. Il s'agit de MSI (spécialiste de prestation de services PF), WALE (pour le NTIC) et ISA (pour le sport pour le développement)</li> <li>- le recrutement d'ONG pour l'encadrement des associations. Cette activité en plus de faciliter le suivi des activités des d'associations partenaires permet un renforcement de la capacité et une diversification des stratégies du Programme (chaque ONG apportant sa valeur ajoutée).</li> <li>- la coordination des activités par une gestion du Programme (AGP) mise en place par l'AS-DAP et basée dans la Région. Elle est appuyée dans ses activités par une équipe technique de 3 personnes de la Direction de l'AS-DAP</li> <li>- l'ancrage institutionnel la DRPFEEF qui est un service technique de l'État avec des démembrements dans les districts (le Programme contribue à leur renforcement de capacité, ce qui favorise la pérennité des interventions qui font partie de leur mandat).</li> <li>- l'implication des intervenants locaux sur les thématiques du Programme dans la sélection des ONG et associations de mise en œuvre. En effet la sélection des projets a été faite par</li> </ul>	<p>L'AGP est composée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-d'une Direction basé à Ségou ville.</li> <li>-d'un conseiller basé dans chaque district.</li> </ul> <p>Les activités ont été mises en œuvre par 36 ONG et 65 associations</p> <p>Chaque ONG a recruté des agents (dont le nombre varie en fonction de la zone couverte) basé au niveau des communes et a formé des relais communautaires ou des pairs éducateurs pour les activités d'IEC et pour certains de distribution de contraceptifs à base communautaire.</p> <p>Les associations n'ont pas recruté du personnel, leurs sont menées par des membres formés.</p> <p>Le personnel de l'AGP, des ONG et les responsables des associations ont été formés en « Management des Projet et Communication » et orientés sur les normes et procédures administratives et financières du Programme.</p> <p>Des animateurs des radios partenaires ont été formés en traitement de l'information relative à la SR et aux droits reproductifs.</p>	idem
-----	--	-----	--	---	---	------

				<p>un panel indépendant composé des cadres de l'administration, des services techniques et de la société civile de la Région</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une définition claire des rôles de chaque acteur (associations et ONG partenaires, services administratifs, techniques, les différents comités de suivi, les collectivités, PTF, AS-DAP) a été faite.</li> <li>- Les stratégies d'échange et de partage des résultats ont été déterminées.</li> <li>- Le renforcement des capacités des structures et des agents de mise en œuvre (équipement, formation)</li> <li>- Le Programme organise également des cadres de concertation sur les thématiques du Programme. Ces activités visent le renforcement des capacités des leaders communautaires.</li> <li>- Des ateliers sont également organisés pour améliorer la gestion du Programme (atelier de recadrage et recentrage des activités des ONG d'encadrement, ateliers de Partage et de Capitalisation des bonnes pratiques, revue annuelle des activités)</li> </ul>	<p>Pour la logistique et les équipements se référer au tableau de données.</p> <p>Formation de 117 agents de santé au niveau local sur les thématiques du Programme.</p> <p>Financement de la participation de 2 Sage Femmes de la Région de Ségou au 14ème congrès de la société africaine de gynécologie et obstétrique (SAGO) au Burkina Faso. Le thème de ces journées scientifiques était « la santé maternelle, néo natale et infantile : enjeux et perspectives ».</p>	
2.7	Le programme collabore-t-il avec les autres programmes financés par la coopération néerlandaise et d'autres programmes ?	oui		<p>Le Programme collabore avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les intervenants sur les mêmes thématiques à travers des activités organisées par les services techniques</li> <li>- Il collabore spécifiquement avec Danayaso, Deme-So, PGRL, Dieguè ni diaba qui ont des financements de l'Ambassade des Pays Bas. Il collabore également avec d'autres ONG</li> </ul>	<p>Orientation de 238 para justes de Deme-So et Danayaso sur la Loi N°02-044/du 24 juin 2002 Relative à la santé de reproduction et la Loi 06-028/du 29 Juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH-SIDA.</p>	<p>Entretien avec les autres programmes financés ou faisant le même type d'intervention avec le Programme</p> <p>Entretien avec les directeurs régionaux partenaires des programmes</p>

					comme TDH, Croix Rouge, PSI sur des Projets qui ont diverses sources de financement.		
	Quelle est la valeur ajoutée de ces synergies, quelles en sont les forces et les limites ?	oui			<p>Cette collaboration qui se fait à travers des cadres de concertation, la célébration de Journées commémorative, la participation à des revues des autres, la co-animation lors d'activités IEC, permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement mutuel de capacités (formation de l'autre dans un domaine spécifique, partage de documents, de bonnes pratiques et d'information)</li> <li>- La mutualisation des efforts de sensibilisation des populations et de plaidoyer.</li> </ul>		Idem
2.8	<i>Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ? et Comment ?</i>	oui			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financement des initiatives des femmes et des jeunes</li> <li>- Commémorations des journées dédiées aux femmes et aux jeunes,</li> <li>- Utilisation de stratégies d'information, de sensibilisation et de communication répondant aux aspirations des jeunes (plate-forme, jeux, sport, page face book, animations musicales et théâtrales)</li> <li>- Ciblage des lieux favorables à la participation des jeunes et des femmes (comme l'école, les lieux de rencontres des femmes pour la gestion d'AGR) pour les animations.</li> </ul>		Focus groupes ou GDCD avec les bénéficiaires directs et indirects

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
<b>3 Aspects liés à l'efficacité du Programme</b>							
3.1	Quel est le niveau de réalisations des outputs du programme à ce jour, au regard des prévisions ?	100%			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les activités prévues ont été réalisées. En plus des activités de formation (cf. 5.1 pré-misse durabilité) il s'agit essentiellement de :</li> <li>- Information, Education et Sensibilisation des populations</li> <li>- D'offre de service de PF (insertion de contraceptifs de longue durée, vente de contraceptifs de courte durée).</li> <li>- Référence de la population vers les structures de santé.</li> <li>- Prise en charge des cas de complications SR de l'excision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 907 activités d'IEC sur les thématiques du programme ont été réalisées sur une prévision de 95 942.</li> <li>- Les activités ont touché 852 849 personnes (590 868 femmes et 261 981 hommes) parmi elles 159 730 sont âgées de 10-14 ans.</li> <li>- 4 958 femmes ont bénéficié de pose de Disposition Intra Utérin (DIU) ou d'implants (contraception de longue durée).</li> <li>- 27 250 contraceptifs de courte durée ont été vendus (essentiellement pilules, injectable, condom).</li> <li>- 9 348 personnes (6 340 femmes et 3 008</li> </ul>	<p>Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents</p> <p>Analyse du contexte de réalisation du projet</p> <p>Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs</p>

					hommes) ont été référé à des structures de santé, parmi elles 8 336 l'ont été pour besoin de contraception. - 33 cas de complications de l'excision ont été pris en charge par le Programme	
3.2	Quels facteurs (négatifs et positifs) expliquent le niveau des réalisations ?			Les facteurs suivants expliquent le bon niveau de réalisation des activités : - La stratégie de proximité - Actions concertées des partenaires - La disponibilité des groupements de femmes, des pairs éducateurs, des leaders des clubs de jeunes		Idem Entretien avec les responsables des structures partenaires, des leaders communautaires et religieux
<b>4 Aspects liés à l'efficience du Programme</b>						
4.1	Les moyens déployés (ressources humaines, financières et autres) sont-ils utilisés de façon judicieuse optimale pour atteindre les résultats attendus ?	OUI			- Répartition adéquate (tenant compte de la zone à couvrir) des ressources humaines, matérielles, et financières	Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents Analyse du contexte de réalisation du projet Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs
	Y-a-t-il de l'adéquation entre le budget et la couverture/ et l'atteinte des résultats attendus ?	oui			Mais, il faut noter comme faiblesse : - La non planification d'activités de « recyclage » des agents de mise en œuvre du Programme - La réduction de la zone d'intervention après 2 ans de mise en œuvre	Recueil et analyse des informations et données sur le projet, la zone de couverture réelle, les populations cibles Analyse du budget planifié et réalisé et les résultats enregistrés

					- La non planification des activités des ONG le dernier trimestre 2018.		
<b>5 Aspects liés à la durabilité du programme</b>							
5.1	Les résultats planifiés par le programme peuvent-ils être durables ?	Oui			<p>Les stratégies (faire faire par la communauté, niveau d'implication des services techniques et des leaders communautaires) du Programme sont favorables à la pérennité des résultats.</p> <p>Et comme effets on peut noter surtout des avancées significatives sur la large diffusion de la problématique, la volonté d'implication des communautés pour l'amélioration de la SR et l'abandon de PTN, un début de renforcement de capacités d'acteurs locaux dans le domaine.</p> <p>Mais les effets positifs actuellement perceptible seront difficilement durables s'ils ne sont pas consolidés encore pendant quelques temps surtout en ce qui est du renforcement des capacités des acteurs locaux.</p>		Examen des documents de programmation mis en relation avec l'analyse contextuelle
	Le niveau d'encrage local du programme permet-il d'augurer sa pérennité ?	Oui			<p>Les thématiques du Programme ont été insérées dans des Plan de Développement Social Economiques et Culturel (PDSEC) de 14 communes et dans le Plan d'Action 2017 de 80 et la capacité de plaidoyer de 38 femmes pour une prise en compte du genre dans les PDSEC a été renforcée.</p> <p>Les Comités Locaux pour l'Abandon des Pratiques Néfastes (CLAPN) des 7 cercles et du district de Makala ont été dynamisé de même que les 16 Comités Communaux. Et 243 Comités villageois ont été mis en place.</p> <p>Les services techniques, l'administration, les collectivités et les communautés sont impliqués dans la mise en œuvre du Programme.</p>		Appréciation des consultants après les entretiens de groupes et individuels avec l'équipe de projet, le comité de suivi, les responsables du projet, les bénéficiaires et autres acteurs et leaders

					L'implication des services techniques, des collectivités et des communautés dans la mise en œuvre du Programme.		
	Existe-t-il d'autres prémices de durabilité des résultats du programme ?	Oui			Capacités acteurs locaux renforcés à travers le partenariat dans la mise en œuvre, la formation d'animateurs communautaires (relais communautaires, coach sportifs, pairs éducateurs, membres clubs jeunes, animateurs radio, para juriste, enseignants) et la formation de leaders communautaires (élus, chefs villages et conseillers, leaders religieux, communicateurs traditionnels, leaders de femmes et de jeunes) pour une meilleure prise de décision	65 associations sont partenaires de mise en œuvre du Programme.  Le Programme a formé plus de 2 977 animateurs communautaires et plus de 3013 leaders communautaires	idem
	Des mesures spécifiques ont-elles été prises pour assurer la durabilité (continuité des activités après le retrait du programme)? Le cas échéant, ces mesures sont-elles appropriées ?			Possible	Cela est possible si les PDSEC sont mis en œuvre comme planifié et les personnes formées et les associations renforcées prennent l'initiative de continuer les activités.		Idem

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet</li> <li>2. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG,</li> <li>3. Focus ou GDCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires</li> </ol>					
5.2	Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ? et Comment ?	Traité en 2.8					Focus groupes et groupe de discussions collectives dirigées avec les bénéficiaires, les organisations de femmes et de jeunes dans les zones d'interventions
<b>6 Aspects liés aux effets</b>							
6.1	Y a-t-il des effets perceptibles prévus ou non, positifs ou non, après 2 ans d'intervention ?	oui			<p>Le niveau des indicateurs s'est amélioré de l'étude de base à l'étude à mi-parcours (cf. document tendance indicateurs)</p> <p>Il y a des témoignages d'agents de santé qui disent que la fréquentation de leur service s'est améliorée.</p> <p>Il y a des cas d'annulation d'excision ou de mariage précoce qui nous ont été rapporté (cf. document sur cas de succès)</p>		Analyse du contexte et prise en compte des avis exprimés par les structures nationales/régionales partenaires
	Identifier systématiquement les éléments d'appréciation de ces effets.						
<b>7 Relevés des leçons opérationnelles à partager à mi-parcours du programme</b>							
7.1	Quelles sont les principales leçons à tirer de ces deux années de mise en œuvre du programme ?	oui			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertinence du programme vu l'ampleur des PTN dans la région.</li> <li>- Les communautés montrent de jour en jour un intérêt croissant pour les thématiques du Programme.</li> </ul>		<p>Revue des documents du projet</p> <p>Exploitation des fiches d'entretien individuel et des focus ou GSCD</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise à échelle de la plateforme click info ado, des jeux SR et du sport pour le développement pourrait potentialiser les effets du Programme notamment en ce qui concerne les jeunes.</li> <li>- Nécessité de poursuite du renforcement des capacités des acteurs locaux (leaders religieux, chefs de village, communicateurs traditionnels, les associations...) et la sensibilisation des populations pendant encore quelque temps.</li> </ul> <p>Le Département de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille n'a pas assez de compétences pour jouer pleinement son rôle dans la lutte contre les PNT au niveau local (car il n'est pas présent dans tous les districts et il pas suffisamment d'agents dans la Région)</p>		
7.2	Quelles sont les principales recommandations pour le futur du programme ?	Oui		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer le partage d'expérience entre les programmes Debbo Alafia</li> <li>- Mettre sur place un cadre d'échange entre les intervenants sur les thématiques (financement Pays Bas et autres projets)</li> <li>- Mettre à échelle la plateforme click info ado, les jeux SR et le sport pour le développement.</li> <li>- Renforcer d'avantage les capacités des acteurs locaux (associations femmes, jeunes, mixtes) sur les PTN, la SR.</li> <li>- Renforcer la capacité technique des services de Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Exemple, les aider à avoir un plan des suivi des interventions (y compris les ou-</li> </ul>		

					tils et les stratégies de collecte et de dissémination) et un plan de renforcement de capacité des acteurs locaux (notamment les Comités locaux d'Abandon des Pratiques Néfastes).		
<b>8</b>	<b>Autres questions d'investigation soulevées</b>						
8.1	la capitalisation des expériences	Oui			Un atelier de capitalisation des bonnes pratiques et des cas de succès du Programme a été organisé dans la Région en fin 2016  Cinq (5) magazines et reportages ont été réalisés sur le Programme en 2016 et 2017		Relevé des expériences pertinentes susceptibles d'être partagées
8.2	le renforcement mutuel des 'chapeaux'. Qui fait quoi de bien profitable à un autre 'chapeau' ;						Relevé des actions de renforcement spécifiques ayant concerné les autres chapeaux.

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
8.3	<b>Relevés d'actions pour une analyse comparative des contractants chapeaux : savoir pourquoi une méthode X ne marche pas en Région Z, si possible aussi une comparaison sur les démarches des principaux de partenaires de mise en œuvre.</b>						Revue documentaire  Entretien avec les responsables du programme  Comparaison avec les résultats des autres contractants chapeaux

## MOPTI

Tableau récapitulatif des résultats dans les régions du Programme

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		1. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet	2. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG,	3. Focus ou GDCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires	Oui		
<b>1</b>	<b>Aspects liés à la pertinence du programme</b>						
1.1	Les objectifs du programme et les lignes d'actions du programme sont-elles en adéquation avec les besoins légitimes des communautés hommes et femmes, filles et garçons en couple ou non ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le faible accès et la qualité des services liés à la santé de la reproduction et leur inadéquation aux modes de vie de certaines populations dont les éleveurs transhumants, les pêcheurs dans le Delta intérieur du Niger.</li> <li>- La persistance des violences basées sur le genre et les pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme et la fille</li> <li>- La faiblesse de la promotion des droits sexuels et reproductifs/des droits des femmes et des filles</li> </ul>		Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents Analyse du contexte de réalisation du projet Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs
1.2	<i>Les études situationnelles ont été mises à profit pour alimenter les stratégies d'intervention au niveau des organisations 'chapeaux</i>	X			A partir des résultats issus de l'étude d'analyse situationnelle, le programme dans sa mise en œuvre tient compte des thématiques qui constituent des tabous dans la Région. Il a élaboré des stratégies pour atteindre les cibles surtout celles qui constituent les goulots d'étranglements. On		idem

					peut citer l'exemple la stratégie de communication assortie d'un plan, le dialogue social inclusif et intergénérationnel pour les activités innovées en vue de lever le tabou sur les thématiques du programme (Excision, Mariage précoce, VBG, droits sexuels). Chaque année le programme procède aux renforcements des capacités opérationnelles des ressources humaines des PMO sur 5 axes stratégiques transversales à savoir : le suivi évaluation, les procédures administratives et financières, le plaidoyer, la documentation des cas de succès et le genre		
<b>2 Aspects liés à la cohérence du Programme</b>							
2.1	La logique d'intervention du programme (théorie du changement – chaîne des résultats) reste-t-elle toujours en adéquation avec les contextes et pertinente au vu des résultats obtenus	X			L'atteinte des objectifs et résultats du programme passe par un certain nombre de directive et de programmation consignés dans le document programme. Dans sa mise en œuvre le programme a rencontré quelques difficultés. Une auto-évaluation a été faite. A l'issu de cette activité, le programme a procédé à l'élaboration d'un document de plan de correction de quelques faiblesses constatées çà et là. Cela pour toujours rester en parfaite cohésion avec le contexte d'intervention.		idem
2.2	Les mécanismes de suivi- évaluation mis en place par les organisations 'chapeaux' – MSH-CAEB, AEN-AMSS et ASDAP sont-ils pertinents ?	X			Le mécanisme mis en place est structuré de manière à prendre en compte et à faire intervenir chaque acteur et cibles à différents niveaux. Les PMO contractés mènent des activités d'IEC sur le terrain à l'endroit des cibles et fournissent trimestriellement des rapports techniques et financiers. Les PMO et leurs cibles sont suivi par les équipes		idem

					<p>pôles de coordination locales à travers les parajuristes et les superviseurs. Ces derniers font une compilation trimestrielle et aussi semestrielle des rapports des PMO. Les rapports des EPCL sont ensuite compilés par l'UGP semestriellement avec en fin d'année une collecte, un traitement et une analyse de données pour mesurer l'évolution des indicateurs. Un atelier bilan est tenu à la fin de chaque année.</p> <p>Des missions de suivi sont réalisées par l'UGP, le comité d'appui au programme (CAP) et les services techniques. Les STE effectuent une appréciation sur la mise en œuvre du programme.</p> <p>Cette structuration permet au programme de prendre en compte l'appréciation et la participation des cibles, des acteurs, des STE.</p>		
2.3	Les indicateurs prévus permettent-ils de mesurer les avancées vers l'atteinte des résultats ?	X			<p>Oui les indicateurs permettent de mesurer périodiquement les avancées vers l'atteinte des résultats. Seulement nous avons rencontré quelques difficultés avec certains indicateurs (au nombre de 4 à 5) sur la méthode de calcul, les unités de mesures et les données antérieures pour pouvoir faire des comparaisons. Ces difficultés nous ont amené à réaliser une revue des indicateurs qui n'a malheureusement pas été validée par l'Ambassade.</p> <p>En outre le programme dispose d'un cadre de mesure de rendement qui permet d'avoir un regard sur l'évolution des indicateurs et l'atteinte des résultats</p>		idem

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
<b>2 Aspects liés à la cohérence du programme (suite et fin)</b>							
2.5	Le dispositif opérationnel (technique et administratif du programme dans les régions) et l'organisation du programme en général, ses principes, pratiques, approches et outils permettent d'atteindre les résultats et objectifs fixés ? la dimension institutionnelle du programme : dispositif institutionnel de gestion – comité de pilotage, la contractualisation avec les organisations de mise en œuvre locale - Comité de sélection des projets – fonctionnalité, efficacité – transparence des instruments institutionnels,	X			<p>Le programme est géré par une unité qui comprend 4 pôles de coordination qui sont : Tenenkou-Youwarou ; Douentza ; Bankass-Koro et Bandiagara-Djénné-Mopti. Ces différents pôles sont constitués de superviseurs et de para juristes pour suivre et appuyer les PMO dans la mise en œuvre des projets.</p> <p>Le programme dispose de manuel des procédures à l'application duquel les ressources humaines des PMO sont formées.</p> <p>Au niveau Régional, il existe un comité de pilotage (composé de 20 membres issus des STE, des organisations non gouvernementales nationales et internationales et d'autres acteurs de la société civile locale) présidé par le Gouverneur de Région qui le convoque semestriellement. Le comité de pilotage effectue des missions de suivi pour s'imprégner de l'état d'avancement de la mise en œuvre du programme. La tutelle technique est assurée par la Direction Régionale de</p>		Idem

					la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (DRPFEF). La DRPFEF sous l'autorisation du Gouverneur convoque le comité régional de présélection et d'approbation des projets (CRSAP). Ce comité est rotatif et s'occupe du dépouillement, de la pondération et de la présélection des projets à financer. Le processus final est fait entre le CRSAP, l'UGP et le CAP.		
2.7	Le programme collabore-t-il avec les autres programmes financés par la coopération néerlandaise et d'autres programmes ?	X			Au niveau régional, le programme a initié un cadre de synergie entre les organisations financées par l'ambassade du Royaume des Pays Bas. On peut citer, la NEF, WETLANDS, DEMESO, CARE, MSI, Delta Survie, AMPPF, PSI et aussi le projet BKN.		Entretien avec les autres programmes financés ou faisant le même type d'intervention avec le Programme  Entretien avec les directeurs régionaux partenaires des programmes
	Quelle est la valeur ajoutée de ces synergies, quelles en sont les forces et les limites ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>- La coordination harmonieuse des différentes interventions sur le terrain.</li> <li>- L'atteinte facile des résultats des différents programmes.</li> <li>- La facilitation du suivi et de la pérennisation des acquis.</li> <li>- La facilitation de la mobilisation sociale autour des différentes activités menées conjointement.</li> <li>- Les limites peuvent découler de la difficulté de conformité des plans d'action.</li> <li>- Le faible engouement de certains partenaires vis-à-vis des questions de synergie.</li> </ul>		Idem

2.8	<i>Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ? et Comment ?</i>	X			<p>Les jeunes et les femmes sont les cibles prioritaires du programme car directement touchés par les différents problèmes. Les PMO organisent spécifiquement des séances d'IEC à l'endroit des femmes et des jeunes pour leur faire prendre conscience de leurs droits en matière de santé. Au niveau communautaire, les séances de dialogue social et intergénérationnel ont permis d'ouvrir aux jeunes et aux femmes cette porte de participer et de donner leur avis sur les questions de santé de la reproduction et des droits sexuels. Les 2 cibles peuvent prendre souvent des initiatives de dynamiques communautaires qui sont appuyées par les PMO et/ou l'UGP. Ils sont considérés et consultés pour des spécificités les concernant.</p>		Focus groupes ou GDCD avec les bénéficiaires directs et indirects
-----	---	---	--	--	---	--	---

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		1. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet	2. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG,	3. Focus ou GDCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires			
		Oui	Non	Autres	Justification		
3	Aspects liés à l'efficacité du Programme						

3.1	Quel est le niveau de réalisations des outputs du programme à ce jour, au regard des prévisions ?				52% des résultats prévisionnels du programme sont atteints. Nous avons encore du chemin et surtout le maintien du rythme d'évolution de certaines données en PF notamment.		<p>Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents</p> <p>Analyse du contexte de réalisation du projet</p> <p>Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs</p>
3.2	Quels facteurs (négatifs et positifs) expliquent le niveau des réalisations ?				<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'adhésion, l'engagement et l'implication des cibles/bénéficiaires à la mise en œuvre du programme ;</li> <li>- L'ancrage institutionnel au niveau régional, local et communautaire;</li> <li>- La structuration du programme ;</li> <li>- Les sessions de renforcements sur les thématiques et les capacités stratégiques transversales</li> <li>- Les synergies</li> <li>- La disponibilité et l'accessibilité des produits contraceptifs dans les communautés auprès des relais et agents de santé communautaire.</li> <li>- La sensibilisation et l'adhésion de bons nombre de leader religieux.</li> <li>- L'adéquation et l'efficacité de la stratégie de communication adoptée par le programme.</li> </ul>		<p>Idem</p> <p>Entretien avec les responsables des structures partenaires, des leaders communautaires et religieux</p>
<p><b>4 Aspects liés à l'efficience du Programme</b></p>							

4.1	Les moyens déployés (ressources humaines, financières et autres) sont-ils utilisés de façon judicieuse optimale pour atteindre les résultats attendus ?				Le budget du programme est reparti sur 5 ans avec 53% réservés au financement des initiatives des organisations. Les moyens sont mis à leurs dispositions pour l'atteinte des objectifs et résultats du programme à travers une logistique appropriée et adaptée à la Région		Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents  Analyse du contexte de réalisation du projet  Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs
	Y-a-t-il de l'adéquation entre le budget et la couverture/ et l'atteinte des résultats attendus ?	X			La Région de Mopti est divisée en deux zones géographiques : la zone exondée et la zone inondée. Les interventions dans la zone inondées sont difficiles et nécessitent de gros efforts physiques et financiers. Les distances sont longues et les moyens de transport sont coûteux, rares et risqués. Le programme couvre 65% de la population. Le ratio budget par population couvert est de 2 417. Les résultats actuels atteints sont le fruit de l'investissement de 51% du budget du programme.		Recueil et analyse des informations et données sur le projet, la zone de couverture réelle, les populations cibles  Analyse du budget planifié et réalisé et les résultats enregistrés
<b>5</b>	<b>Aspects liés à la durabilité du programme</b>						
5.1	Les résultats planifiés par le programme peuvent-ils être durables ?	X			Le programme dans sa stratégie du faire faire a mis en place à travers les PMO des organes communautaires (comités de gestion de projet, comités de défense et/ou de veille). Les relais formés et ces dynamiques communautaires composées de différentes sensibilités sont des organes de pérennisation des acquis du programme. Les services techniques déconcentrés au niveau local et impliqués dans la mise en œuvre constituent eux-		Examen des documents de programmation mis en relation avec l'analyse contextuelle

					aussi des niveaux d'amplification, de suivi et de pérennisation des résultats du programme.		
	Le niveau d'ancrage local du programme permet-il d'augurer sa pérennité ?	X			<p>Au niveau local l'ancrage du programme est assuré par le Préfet et les services techniques déconcentrés (SLPFEF, SLDSES, CSRéf, le Centre d'Animation Pédagogique) les élus communaux.</p> <p>Quant à l'ancrage communautaire, il est assuré par le chef de village et ses conseillers appuyés par les relais et les dynamiques communautaires. Ces organes et structures collaborent étroitement avec les communautés.</p>		Appréciation des consultants après les entretiens de groupes et individuels avec l'équipe de projet, le comité de suivi, les responsables du projet, les bénéficiaires et autres acteurs et leaders
	Existe-t-il d'autres prémices de durabilité des résultats du programme ?	X			- L'intégration du financement des activités liées aux thématiques dans les PDSEC est un autre facteur de durabilité.		idem
	Des mesures spécifiques ont-elles été prises pour assurer la durabilité (continuité des activités après le retrait du programme)? Le cas échéant, ces mesures sont-elles appropriées ?	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les dynamiques communautaires mises en place au niveau communautaire peuvent constituer des relais de continuité des activités du programme après son retrait. Mais ces dynamiques ont encore besoin de renforcement sur la gestion mais aussi sur les thématiques.</li> <li>- Il existe des points focaux dans les STE au niveau central et local et ceux-ci ont des missions régaliennes de suivi et de pérennisation des actions de développement communautaires.</li> <li>- La formation continue et l'implication des relais dans les activités d'IEC sur les thématiques du programme.</li> </ul>		idem

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
		4. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet 5. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG, 6. Focus ou GDCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires					
5.2	Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ? et Comment ?				Les jeunes et les femmes sont les cibles prioritaires du programme car directement touchés par les différents problèmes. Les PMO organisent spécifiquement des séances d'IEC à l'endroit des femmes et des jeunes pour leur faire prendre conscience de leurs droits en matière de santé. Au niveau communautaire, les séances de dialogue social et intergénérationnel ont permis d'ouvrir aux jeunes et aux femmes cette porte de participer et de donner leur avis sur les questions de santé de la reproduction et des droits sexuels. Les 2 cibles peuvent prendre souvent des initiatives de dynamiques communautaires qui sont appuyées par les PMO et/ou l'UGP. Ils sont considérés et consultés pour des spécificités les concernant.		Focus groupes et groupe de discussions collectives dirigées avec les bénéficiaires, les organisations de femmes et de jeunes dans les zones d'interventions
<b>6</b>	<b>Aspects liés aux effets</b>						
6.1	Y a-t-il des effets perceptibles prévus ou non, positifs ou non, après 2 ans d'intervention ?				- La volonté manifeste de bon nombre d'exci-seuses disposées à abandonner la pratique de l'excision suite aux projections vidéo sur l'excision.		Analyse du contexte et prise en compte des avis exprimés

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'amélioration du niveau de connaissances des cibles sur les différentes thématiques du programme.</li> <li>- L'amorce du processus d'abandon de la pratique de l'excision par 76 villages est un effet des activités d'IEC menées auprès des communautés.</li> <li>- La levée du tabou sur le débat autour de la question de sexualité.</li> <li>- Le référencement et l'amélioration du niveau de prise en charge des survivantes des VBG par l'hôpital Sominé Dolo.</li> <li>- L'augmentation de la prévalence contraception dans la Région de 8,64% en 2015 à 12,63% en 2016.</li> <li>- La valeur ajoutée issues de la réalisation d'activités en synergies avec d'autres partenaires financés par l'ambassade des Pays Bas dans la Région mais aussi les autres acteurs intervenants sur les questions de santé de la reproduction et des droits sexuels et reproductifs.</li> <li>- La réduction de la célébration de mariage précoce et forcé dans certaines localités (avec l'implication et l'engagement de certains religieux).</li> <li>- Cependant il existe toujours quelques poches de résistances à l'abandon de la pratique de l'excision et du mariage précoce (religieux surtout).</li> </ul>		par les structures nationales/régionales partenaires
	Identifier systématiquement les éléments d'appréciation de ces effets.				<ul style="list-style-type: none"> <li>- La volonté, l'engagement et le respect des comités de veille mis en place pour surveiller</li> </ul>		

					<p>l'application de l'entente communautaire sur l'abandon de l'excision</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le changement de posture de certains leaders qui étaient farouchement opposés aux activités du programme</li> <li>- La planification par les PMO du ravitaillement périodique des structures de santé via la DRS en produits contraceptifs pour soutenir la demande créée issu des activités d'IEC</li> <li>- La dotation des relais et agents de santé communautaires en produits contraceptifs et leur utilisation par les populations.</li> <li>- La mise en place de kiosque servant de points de prestation en planification familiale.</li> <li>- La tenue des concertations villageoises en vue de la signature des conventions d'abandon de l'excision et du mariage précoce.</li> </ul>		
<b>7</b>	<b>Relevés des leçons opérationnelles à partager à mi-parcours du programme</b>						
7.1	Quelles sont les principales leçons à tirer de ces deux années de mise en œuvre du programme ?				<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'appui à la mise en place et au fonctionnement des dynamiques communautaires comme mécanisme de renforcement de l'ancrage du programme au niveau communautaire.</li> <li>- La mobilisation et l'implication des leaders communautaires et religieux qui sont des facteurs déterminant pour favoriser la continuité du processus normal d'abandon de la pratique de l'excision et du mariage précoce.</li> <li>- L'implication des troupes de théâtres, la projection de film sur l'excision et l'utilisation des radios de proximité sont des facteurs décisifs dans la mobilisation sociale, la conscientisation</li> </ul>		<p>Revue des documents du projet</p> <p>Exploitation des fiches d'entretien individuel et des focus ou GSCD</p>

					<p>des groupes cibles pour un début de changement de comportement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La tenue régulière des rencontres de dialogue social et intergénérationnel.</li> <li>- La tenue périodique du forum des religieux</li> </ul>		
7.2	Quelles sont les principales recommandations pour le futur du programme ?				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le financement des projets pertinents dans la consolidation des acquis du programme ;</li> <li>- Un financement conjoint des chapeaux pour la conception d'une application mobile en santé de la reproduction et aussi le refinancement du projet de la plateforme mobile des numéros verts sms pour les questions réponses en santé de la reproduction et droits sexuels avec les jeunes ;</li> <li>- La formation du personnel sanitaire (DTC, Sages-femmes, Infirmières-Obstétriciennes) sur l'administration des méthodes contraceptives de longue durée.</li> <li>- Le renforcement de la synergie</li> </ul>		
<b>8</b>	<b>Autres questions d'investigation soulevées</b>						
8.1	la capitalisation des expériences				<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'instauration d'un cadre de dialogue social et intergénérationnel permet de briser le tabou autour des différentes thématiques et de permettre à toutes les couches de la communauté de s'exprimer et d'être considérées en compte dans la prise de décision.</li> <li>- La réalisation d'un forum des religieux sur la question de l'excision et du mariage précoce/forcé.</li> </ul>		Relevé des expériences pertinentes susceptibles d'être partagées

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation des radios et des troupes théâtres pour plus de sensibilisation et de proximité avec les cibles.</li> <li>- L'utilisation des plateformes E-learning et mobile (sms gratuit pour les questions réponses avec les jeunes).</li> <li>- La stratégie de la projection de film en visite à domicile dans les zones où les regroupements sont interdits (zones fréquentées par les groupes armés).</li> <li>- La prise en charge médicale et psycho-sociale des survivantes des VBG.</li> </ul>		
8.2	Le renforcement mutuel des 'chapeaux'. Qui fait quoi de bien profitable à un autre 'chapeau' ;				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debbo Alafia Mopti avait financé un projet de services de 2 numéros verts destinés aux questions réponses via sms et destinés aux jeunes. Les numéros étaient utilisés par tous les jeunes du Mali grâce à la communication effectuée aussi par les autres chapeaux.</li> <li>- Le programme de Gao a rendu une visite d'échange à Mopti pour s'inspirer de la structuration et de la stratégie de la mise en œuvre du programme.</li> <li>- La revue des indicateurs initiés par Mopti a vu la participation des autres chapeaux en vue d'harmoniser les indicateurs.</li> </ul>		Relevé des actions de renforcement spécifiques ayant concerné les autres chapeaux.

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		Revue documentaire Entretien avec les responsables du programme Comparaison avec les résultats des autres contractants chapeaux
8.3	<b>Relevés d'actions pour une analyse comparative des contractants chapeaux : savoir pourquoi une méthode X ne marche pas en Région Z, si possible aussi une comparaison sur les démarches des principaux de partenaires de mise en œuvre.</b>						

## Tombouctou

Tableau récapitulatif des résultats dans les régions du Programme

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		1. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet	2. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG,	3. Focus ou GDCCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires	Oui		
<b>1 Aspects liés à la pertinence du programme</b>							
1.1	Les objectifs du programme et les lignes d'actions du programme sont-elles en adéquation avec les besoins légitimes des communautés hommes et femmes, filles et garçons en couple ou non?	X			<p>Le programme a privilégié la stratégie basée sur <b>la mobilisation sociale et la responsabilisation des communautés</b> à travers des campagnes d'<b>IEC, de CCC</b> et de mise à disposition des contraceptifs gratuitement. Les comités pilotent le programme à tous les niveaux. Ils sont composés de toutes les couches de la communauté.</p> <p>les jeunes et les femmes se sont beaucoup renforcé mutuellement pour mener à bien les tâches qui leurs sont confiés. Ils sont acteurs et bénéficiaires du programme.</p>	<p>1 comité régional,</p> <p>5 comités locaux de pilotes,</p> <p>38 comités communaux,</p> <p>76 associations dont 38 de femmes et 38 de jeunes.</p> <p>76 Centres d'écoutes et d'approvisionnements gérés par les associations.</p> <p>178 leaders religieux qui prêchent et soutiennent le programme.</p>	<p>Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents</p> <p>Analyse du contexte de réalisation du projet</p> <p>Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs</p>

1.2	Les études situationnelles ont été mises à profit pour alimenter les stratégies d'intervention au niveau des organisations 'chapeaux	X			<p>L'Etude sur les Mutilations Génitales Féminines au Mali en 2005</p> <p>L'Etude sur les Mariages Précoces, Santé de Reproduction et Droits Humains dans la Région de Tombouctou en 2008.</p>	<p>L'Etude sur les Mutilations Génitales Féminines au Mali en 2005, première étude du genre qui a permis de lever les zones d'ombre sur la pratique de l'Excision dans le Nord du Pays.</p> <p>L'Etude assez exhaustive a mis en parallèle le mariage précoce avec la Santé de reproduction et les droits humains. Elle aussi démontré l'ampleur du phénomène, qu'aucune ethnie au Mali n'en est épargnée.</p>	idem
<b>2 Aspects liés à la cohérence du Programme</b>							
2.1	La logique d'intervention du programme (théorie du changement – chaîne des résultats) reste-t-elle toujours en adéquation avec les contextes et pertinente au vu des résultats obtenus	X			<p>La logique d'intervention a permis d'obtenir des résultats positifs par rapport à la participation active des leaders religieux, la jouissance des jeunes et femmes de leurs droits reproductifs et sexuels, l'engagement des autorités administratives et politiques, une forte synergie avec le FNUAP, l'UNHCR, la MINUSMA, le CICR, l'OIM, etc. Cependant, il reste un certain nombre de défis liés à l'insécurité et la présence des groupes armés, l'enclavement de la zone, au changement de comportement, au retour des réfugiés et déplacés internes - nécessite plusieurs années -</p>		idem

2.2	Les mécanismes de suivi- évaluation mis en place par les organisations ‘chapeaux’ – MSH-CAEB, AEN-AMSS et ASDAP sont-ils pertinents ?	X			<p>Le programme élabore annuellement des cadres de suivi et des fiches de suivi mensuelles, trimestrielles et fiches d’enquêtes circonstanciées selon la nature des activités. L’accent est toujours mis sur les indicateurs de changements. C’est ce qui permet de collecter les informations sur le terrain et mesurer l’atteinte des résultats. Depuis juin 2017 le programme utilise le logiciel dénommé MAGPI. Cet outil permet de collecter, analyser et partager les données.</p> <p>Le suivi est réalisé à plusieurs niveaux</p> <p><b>Niveau village / commune :</b> les activités mises en œuvre par les relais et associations sont suivies par le comité communal. Un rapport de suivi mensuel est fourni par le comité communal.</p> <p><b>Niveau cercle :</b> le comité local de pilotage mène des missions de suivi dans toutes les communes. Il supervise les activités menées par les comités communaux relevant du cercle, les relais, les associations. Un rapport de suivi est fourni à la fin de la mission.</p> <p><b>Niveau région :</b> un suivi régulier trimestriel à travers des visites terrains est mené par le Comité Régional de suivi. Ce suivi concerne tous les acteurs du niveau communautaire au niveau cercle, le comité supervise également les activités des ADC et assistantes psychosociales. Un rapport de suivi est fourni dès la fin de la mission.</p>		idem
-----	---	---	--	--	---	--	------

				<p><b>Les ADC</b> du programme mènent des suivis mensuels des activités des relais, associations et comités. Ces suivis servent d'espaces d'encadrement et de renforcement de capacités pour ces acteurs / bénéficiaires.</p> <p><b>Les assistantes psychosociales</b> supervisent les activités des ADC, ces supervisions servent d'espaces de cadrage dans la mise en œuvre des activités, mais aussi des conseils pratiques. Elles suivent également l'état d'amélioration psychologique des survivantes de VBG et de fistule.</p> <p><b>Les Coordinateurs et l'agent de suivi du programme</b> mènent des suivis bimensuels. Ces suivis concernent l'ensemble des activités du programme. ces sont des suivis participatifs et formatifs.</p> <p>Ce mécanisme de suivi favorise la participation de toutes les couches de la société en particulier les femmes et les jeunes.</p>		
2.3	Les indicateurs prévus permettent-ils de mesurer les avancées vers l'atteinte des résultats ?	X		<p>Les indicateurs prévus se situent bien dans la logique d'intervention du programme mais présentent certaines limites (nombre élevé et insuffisance d'harmonisation). Un travail de révision a été effectué avec le soutien de l'Ambassade, cependant ces indicateurs révisés ne sont pas utilisés pour le moment.</p>		idem

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
<b>2 Aspects liés à la cohérence du programme (suite et fin)</b>							
2.5	Le dispositif opérationnel (technique et administratif du programme dans les régions) et l'organisation du programme en général, ses principes, pratiques, approches et outils permettent d'atteindre les résultats et objectifs fixés ? la dimension institutionnelle du programme : dispositif institutionnel de gestion – comité de pilotage, la contractualisation avec les organisations de mise en œuvre locale - Comité de sélection des projets – fonctionnalité, efficacité – transparence des instruments institutionnels,	X			<p>Le programme Debbo Alafia Tombouctou est un consortium AEN/ AMSS.</p> <p>Le montage institutionnel, organisationnel consacre le caractère multi-acteurs, multi disciplinaires et la synergie entre les différents acteurs (les membres du consortium, les ONG de mise en œuvre, les acteurs émergents et les bénéficiaires). L'approche est basée sur la mobilisation sociale et la responsabilisation des communautés et la transversalité de genre.</p> <p>Le programme élabore les plans et budgets annuels ainsi que les rapports périodiques et les audits, conformément à la convention avec le bailleur.</p> <p>L'AEN fournit un appui technique au programme, à travers l'équipe de son programme « Violences Basées sur le Genre ».</p>	 141211 ASB Montage institutionne	idem

				<p>L'AEN et ses partenaires sont formés et disposent de mécanismes de gestion (financière, matérielle et logistique ainsi que de ressources humaines) voués à asseoir et respecter les principes de transparence et redevabilité (HAP) à tous les niveaux d'intervention. Il en est de même des approches et outils : Ne Pas Nuire, Equité Genre, Plaidoyer, etc.</p> <p>Un mini diagnostic organisationnel est mis en place pour évaluer les capacités des acteurs émergents sélectionnés, ceci en vue de les appuyer dans l'élaboration de leurs plans de renforcement de capacités, par des formations, par la logistique ou d'autres besoins de ces acteurs/organisations.</p>		
2.7	Le programme collabore-t-il avec les autres programmes financés par la coopération néerlandaise et d'autres programmes ?	X		<p>Debbo Alafia et PGLR financé par la Coopération Néerlandaise travaillent en synergie sur plusieurs activités notamment, celles relatives à la jeunesse, au genre et au plaidoyer dans 10 communes.</p> <p>Debbo Alafia est membre des clusters protection et Santé. Au sein du cluster protection, il est lead du groupe thématique VBG avec en son sein 13 structures : UNFPA, UNHCR, MINUSMA – SAJP, MINUSMA – DH, CICR, DRPFEF, DRPC, Hôpital de Tombouctou, IMC, OIM, AEDT et l'AMSS/ Debbo Alafia.</p> <p>Par ailleurs, le programme travaille avec le projet Monitoring de AMSS / HCR dans le cadre de la prise en charge de la fistule et les VBG. Avec le</p>		<p>Entretien avec les autres programmes financés ou faisant le même type d'intervention avec le Programme</p> <p>Entretien avec les directeurs régionaux partenaires des programmes</p>

					<p>FNUAP dans le cadre du renforcement de nos capacités sur le GBVIMS, la gestion des cas, la mise à disposition de la base de données VBG.</p> <p>Il y a aussi une synergie entre MSI et Debbo Alafia dans 23 communes conjointes.</p> <p>Le programme a également eu une rencontre avec DEME-SO qui est financé par l'Ambassade des Pays bas pour un meilleur accès à la justice des communautés à la base.</p>		
	Quelle est la valeur ajoutée de ces synergies, quelles en sont les forces et les limites ?				Le programme Debbo Alafia étant dans les mêmes zones géographiques que les structures citées ci-haut et travaillant sur les thématiques et les ayants droits étant les mêmes, la synergie permet de ne pas éparpiller les efforts, d'éviter le gaspillage de ressources par des doublons et de maximiser les efforts.		idem
2.8	Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ? et Comment ?	X			<p>L'approche est basée sur la mobilisation sociale et la responsabilisation des communautés et la transversalité de genre.</p> <p>Les comités pilotent le programme à tous les niveaux. Ils sont composés de toutes les couches de la communauté.</p> <p>les jeunes et les femmes se sont beaucoup renforcé mutuellement pour mener à bien les tâches qui leurs sont confiées. Ils sont acteurs et bénéficiaires du programme.</p>		Focus groupes ou GDCC avec les bénéficiaires directs et indirects

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
<b>3 Aspects liés à l'efficacité du Programme</b>							
3.1	Quel est le niveau de réalisations des outputs du programme à ce jour, au regard des prévisions ?			X	Le programme a connu des avancées notables dans l'atteinte des objectifs ; le taux global de réalisation des activités du programme est autour de 65%.	 170804 Tableau d'évolution des Outpu	Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents  Analyse du contexte de réalisation du projet  Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs
3.2	Quels facteurs (négatifs et positifs) expliquent le niveau des réalisations ?			x	L'implication de toute la communauté à travers la stratégie de mobilisation et responsabilisation communautaire. L'implication, le soutien et l'engagement des leaders religieux dans la mise en œuvre sont des facteurs qui ont favorisé l'atteinte des objectifs.  L'appropriation du programme par les autorités administratives et politiques, de même que les collectivités. L'accompagnement des professionnels de la santé est également un facteur favorable.		Idem  Entretien avec les responsables des structures partenaires, des leaders communautaires et religieux

					<p>La perceptibilité des jeunes filles et garçons.</p> <p>Cependant des défis liés à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'insécurité et la présence des groupes armés assassins, vols de véhicules, banditisme résiduelle (Les projets doivent quitter le terrain, le bureau avant 18heures, et mettre le matériel de travail en sécurité)</li> <li>- L'enclavement de la zone</li> <li>- Le changement de comportement reste un défi majeur : nécessite plusieurs années ;</li> <li>- Le retour des réfugiés : 14 autres communes non couvertes par le programme, car en 2014, les populations étaient réfugiées, ces populations sont de retour et sont dans le besoin.</li> <li>- Les différentes stratégies de motivation des relais : d'autres ONG motivent plus les relais que DA Tombouctou (plus matériels ; sacs, boîte à images, « indemnités » des relais plus élevés que les nôtres).</li> </ul>		
<b>4</b>	<b>Aspects liés à l'efficacité du Programme</b>						
4.1	Les moyens déployés (ressources humaines, financières et autres) sont-ils utilisés de façon judicieuse optimale pour atteindre les résultats attendus ?	x			<p>Debbo Alafia bien qu'étant un programme d'envergure :</p> <p>Utilise les mêmes locaux que les autres programmes du partenaire AMSS, ce qui réduit considérablement les frais liés au fonctionnement (Téléphone, internet, location, transport, etc.)</p> <p>Les ressources humaines sont également utilisées de manière optimale.</p>		<p>Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents</p> <p>Analyse du contexte de réalisation du projet</p> <p>Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs</p>

	Y-a-t-il de l'adéquation entre le budget et la couverture/ et l'atteinte des résultats attendus ?	X			 Données a remplir_6 Evaluation a mi-parco		Recueil et analyse des informations et données sur le projet, la zone de couverture réelle, les populations cibles  Analyse du budget planifié et réalisé et les résultats enregistrés
<b>5</b>	<b>Aspects liés à la durabilité du programme</b>						
5.1	Les résultats planifiés par le programme peuvent-ils être durables ?	x			Dès le début du programme, une communication franche, permanente avec les ayants droits, la société civile, les autorités locales et religieuses est de mise pour signifier que le programme n'est pas indéfini. Une vision partagée de retrait et plan de retrait est mis en place par tous les acteurs de ce programme.		Examen des documents de programmation mis en relation avec l'analyse contextuelle
	Le niveau d'encrage local du programme permet-il d'augurer sa pérennité ?				Le programme est ancré au niveau de comité régional, communal et local à travers la mise place de comités de pilotage.		Appréciation des consultants après les entretiens de groupes et individuels avec l'équipe de projet, le comité de suivi, les responsables du projet, les bénéficiaires et autres acteurs et leaders
	Existe-t-il d'autres prémices de durabilité des résultats du programme ?				Le dialogue avec les acteurs et les bénéficiaires du programme autour de la question de pérennisation du programme a permis d'installer des relais communautaires (liste fournie par les communautés elles-mêmes.		idem

	Des mesures spécifiques ont-elles été prises pour assurer la durabilité (continuité des activités après le retrait du programme)? Le cas échéant, ces mesures sont-elles appropriées ?				Les relais veilleront à la continuité des activités de sensibilisation et d'éveil de conscience pour la pérennisation.		idem
--	--	--	--	--	--	--	------

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
		1. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet 2. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG, 3. Focus ou GDCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires					
5.2	Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ? et Comment ?	x			 170804 COMPOSITION ET TA		Focus groupes et groupe de discussions collectives dirigées avec les bénéficiaires, les organisations de femmes et de jeunes dans les zones d'interventions
<b>6 Aspects liés aux effets</b>							
6.1	Y a-t-il des effets perceptibles prévus ou non, positifs ou non, après 2 ans d'intervention ?	x			Les interventions du programme ont permis aux jeunes et femmes de jouir de leurs droits reproductifs et sexuels à travers les centres d'écoute et d'approvisionnement.  Les communautés sont mobilisées autour de l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes (MP, MGF) notamment la signature de convention d'abandon de ces pratiques.		Analyse du contexte et prise en compte des avis exprimés par les structures nationales/régionales partenaires
	Identifier systématiquement les éléments d'appréciation de ces effets.			x	En décembre 2016 entre autres éléments d'appréciation, nous pouvons citer :  98 178 séances de sensibilisation sur l'abandon du MP et les messages radios font évoluer les mentalités des communautés sur la pratique du mariage		

				<p>précoce et ses conséquences néfastes. 739 Mara-bouts / Imams mènent des missions de prêches sur l'abandon du mariage précoce. Ainsi, 64 projets de mariage précoce sont reportés / annulés pendant la période.</p> <p>Grâce aux sensibilisations et la levée des tabous par les femmes guéries de la fistule, nous avons enregistré tout au cours de l'année des nouveaux cas se présentant d'elles-mêmes pour solliciter une prise en charge. 46 femmes malades de la fistule ont été prises en charge et plus de 30 femmes sont en attente.</p> <p>Les survivantes qui se présentent reçoivent une prise en charge psychologique et émotionnelle et sont orientées vers d'autres structures si elles le souhaitent. 82 cas de VBG de tous types ont été pris en charge.</p> <p>16 membres du personnel, 24 membres des comités, 380 relais et 76 membres des associations de femmes et de jeunes ont été formés.</p>		
<p><b>7 Relevés des leçons opérationnelles à partager à mi-parcours du programme</b></p>						
7.1	Quelles sont les principales leçons à tirer de ces deux années de mise en œuvre du programme ?			<p><b>1. Le caractère multi- acteurs du Programme</b></p> <p>L'interdépendance des activités et des acteurs : ONG locales et acteurs émergents (comités régional, comités de locaux, comités communaux, associations de femmes, associations de jeunes les radios locales et les relais) est une approche favorisant l'atteinte des objectifs fixés par le programme Debbo Alafia, mais elle peut être une entrave si un des partenaires d'exécution n'arrive pas à exécuter son plan d'action en totalité et/ou dans le temps.</p>		<p>Revue des documents du projet</p> <p>Exploitation des fiches d'entretien individuel et des focus ou GSCD</p>

				<p>Elle permet à chaque partenaire de mettre en exergue son savoir- faire par rapport à sa thématique et incite à une synergie d'action entre eux.</p> <p><b>2. L'implication des hommes particulièrement les jeunes hommes et les adolescents dans le programme</b></p> <p>L'expérience du programme a montré que les communications (sensibilisations) sur les pratiques traditionnelles néfastes mettent les hommes dans une position d'accuser (c'est vous le problème), cela peut freiner l'atteinte des résultats du programme. Il faut plutôt leur faire comprendre qu'ils sont la solution (grâce à eux et pour eux) pour promouvoir et défendre les droits des femmes et filles pour la santé sexuelle et reproductives et les violences basées sur le genre dont elles sont victime.</p> <p><b>3. Travail auprès des leaders religieux :</b></p> <p>Beaucoup d'hommes commettent des actes de VBG en se basant sur la religion. Les leaders religieux ont la capacité d'arrêter les VBG au Mali. Ils peuvent remettre en question les attitudes et les idées reçues qui entretiennent les VBG qui ne sont des us et coutumes et non des prescriptions religieuses. Ainsi, à Debbo Alafia Tombouctou, les leaders religieux sont des membres incontournables des comités communaux et locaux. Leur adhésion est sans nul doute la base des résultats positifs enregistrés par le programme.</p>		
--	--	--	--	--	--	--

7.2	Quelles sont les principales recommandations pour le futur du programme ?			x	<p>Reconduire le programme et augmenter le montant de la subvention afin de couvrir toutes les communes de Tombouctou et la région de Taoudéni nouvellement créée ;</p> <p>Renforcer le dispositif d'identification et de référence des malades de la fistule et toutes les survivantes de VBG ;</p> <p>Intensifier la synergie avec les autres programmes de l'AEN et ceux financés par l'Ambassade des Pays-Bas en fonction de la pertinence ;</p> <p>Le besoin de renforcement de capacité des agents du programme, des relais et acteurs émergents et mettre à leur disposition des outils de communication adéquats.</p> <p>Le besoin d'intensifier des micros projets, débats et émissions publiques avec les radios de proximité sur toutes thématiques du programme ;</p> <p>Le travail avec les leaders religieux doit être soutenu et encouragé afin de consolider les acquis et ouvrir de nouvelles perspectives.</p>		
<b>8</b>	<b>Autres questions d'investigation soulevées</b>						
8.1	la capitalisation des expériences	x			Le programme recense fréquemment les bonnes pratiques et les leçons apprises qui constituent une base de référence pour améliorer et mieux répondre aux besoins de la population.		Relevé des expériences pertinentes susceptibles d'être partagées
8.2	le renforcement mutuel des 'chapeaux'. Qui fait quoi de bien profitable à un autre 'chapeau' ;			x	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le travail avec les leaders religieux peut être partagé.</li> <li>- Le système de suivi informatisé, de collecte de données et la capitalisation</li> </ul>		Relevé des actions de renforcement spécifiques ayant concerné les autres chapeaux.

					<ul style="list-style-type: none"><li>- Les applications/méthodes d'apprentissage des questions de la SR par les jeunes</li><li>- Le travail avec le plaidoyer du niveau local au niveau national.</li></ul>		
--	--	--	--	--	--	--	--

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet</li> <li>2. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG,</li> <li>3. Focus ou GDCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires</li> </ol>					Revue documentaire Entretien avec les responsables du programme Comparaison avec les résultats des autres contractants chapeaux
8.3	<b>Relevés d'actions pour une analyse comparative des contractants chapeaux : savoir pourquoi une méthode X ne marche pas en Région Z, si possible aussi une comparaison sur les démarches des principaux de partenaires de mise en œuvre.</b>						

## Gao Ménaka

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
<b>1 Aspects liés à la pertinence du programme</b>							
1.1	Les objectifs du programme et les lignes d'actions du programme sont-elles en adéquation avec les besoins légitimes des communautés hommes et femmes, filles et garçons en couple ou non?	X			Le programme dans sa conception est en adéquation avec les indicateurs de la politique sectorielle de la santé ; mais aussi est aligné avec les actions menées dans le PRODESS.  A la base le programme travail avec les leaders d'associations et les ONGs qui sont issues des communautés. La jeunesse est respectivement représentée à travers sa direction et les PMO/Associations. Les différentes thématiques qui sont traitées par le programme Debbo - Alafia s'inscrivent dans la logique de l'amélioration de la santé de la population.	19 Partenaires de mises en œuvre ont été financés pour la région de Gao et Ménaka.	Revue documentaire : Recueil, exploitation, analyse des documents  Analyse du contexte de réalisation du projet  Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs
1.2	<i>Les études situationnelles ont été mises à profit pour alimenter les stratégies d'intervention au niveau des organisations 'chapeaux</i>	X			En 2016 une étude situationnelle a été réalisée couvrant les deux régions Gao et Ménaka pour établir la situation de Baseline des indicateurs du programme Debbo.	1 une réalisée	Exploitation Rapport d'étude.
<b>2 Aspects liés à la cohérence du Programme</b>							
2.1	La logique d'intervention du programme (théorie du changement –	X			Le programme s'appuie sur le principe du faire-faire prôné par l'Ambassade des Pays-Bas qui a		Revue documentaire/plan stratégique AEN.

	chaîne des résultats) reste-t-elle toujours en adéquation avec les contextes et pertinente au vu des résultats obtenus				permis de recruté des partenaires de mise en œuvre qui ont des indicateurs qui s'aligne avec le cadre d'intervention de Debbo-Alafia. Cette stratégie de travail a permis d'avoir des PMO issues des communautés et donc peuvent permettre d'obtenir les résultats escomptés.		Le cadre logique
2.2	Les mécanismes de suivi- évaluation mis en place par les organisations 'chapeaux' – MSH-CAEB, AEN-AMSS et ASDAP sont-ils pertinents ?		X		Au niveau de la coordination des chapeaux, il n'existe pas un mécanisme de suivi-évaluation. Par contre l'AEN dispose en son sein un mécanisme de suivi-évaluation des programmes.		idem
2.3	Les indicateurs prévus permettent-ils de mesurer les avancées vers l'atteinte des résultats ?	X			Oui, les indicateurs que nous disposons par objectifs/résultats permettent de suivi l'évolution et d'apprécie le niveau de réalisation tout en dégageant les écarts. Par ailleurs les indicateurs doivent-être mieux reformulés et dissociés.		idem

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
<b>2 Aspects liés à la cohérence du programme (suite et fin)</b>							
2.5	Le dispositif opérationnel (technique et administratif du programme dans les régions) et l'organisation du programme en général, ses principes, pratiques, approches et outils permettent d'atteindre les résultats et objectifs fixés ? la dimension institutionnelle du programme : dispositif institutionnel de gestion – comité de pilotage, la contractualisation avec les organisations de mise en œuvre locale - Comité de sélection des projets – fonctionnalité, efficacité – transparence des instruments institutionnels,	X			Le dispositif opérationnel du programme est fonctionnel et est partie intégrante dans la mise en œuvre, le suivi technique, l'évaluation et la validation des rapports. Les outils élaborés par le dispositif opérationnel ont permis dans la transparence de sélectionner les partenaires de mise œuvre et d'harmonisation des indicateurs et des budgets opérationnels des PMO.  L'approche adaptée est le faire-faire qui permet aussi un ancrage et appropriation du programme au niveau communautaire.		idem
2.7	Le programme collabore-t-il avec les autres programmes financés par la coopération néerlandaise et d'autres programmes ?	X			Le programme DA collabore avec d'autres programmes financés par l'ambassade des Pays-Bas : - Bangué-Kolosi - Deme-So		Entretien avec les autres programmes financés ou faisant le même type d'intervention avec le Programme

					- Danayasso - Amppf		Entretien avec les directeurs régionaux partenaires des programmes
	Quelle est la valeur ajoutée de ces synergies, quelles en sont les forces et les limites ?	X			La valeur ajoutée réside dans la complémentarité au niveau des activités.		Idem
2.8	<i>Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ? et Comment ?</i>	X			Le mécanisme de mise en œuvre favorise la participation active des cibles stratégiques car ils sont associés à toutes les étapes de la mise en œuvre des activités. Ils sont généralement eux-mêmes acteurs de mise en œuvre dans leurs communautés.		Focus groupes ou GDCD avec les bénéficiaires directs et indirects

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
<b>3</b>	<b>Aspects liés à l'efficacité du Programme</b>						
3.1	Quel est le niveau de réalisations des outputs du programme à ce jour, au regard des prévisions ?		X		Le niveau d'appréciation des résultats ressortir dans le rapport semestriel.		Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents Analyse du contexte de réalisation du projet Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs
3.2	Quels facteurs (négatifs et positifs) expliquent le niveau des réalisations ?		X		Idem		Idem Entretien avec les responsables des structures partenaires, des leaders communautaires et religieux
<b>4</b>	<b>Aspects liés à l'efficacité du Programme</b>						
4.1	Les moyens déployés (ressources humaines, financières et autres) sont-ils utilisés de façon judicieuse optimale pour atteindre les résultats attendus ?			X	Les ressources déployées sont partiellement utilisées pour l'atteinte des résultats ; mais l'accent doit être sur les activités de suivi et la région de Ménaka qui nécessite pour la bonne réussite des résultats escompte un budget conséquent.		Revue documentaire : recueil, exploitation, analyse des documents Analyse du contexte de réalisation du projet

							Entretien avec les responsables du projet, le comité de suivi et les autres acteurs
	Y-a-t-il de l'adéquation entre le budget et la couverture/ et l'atteinte des résultats attendus ?		X		Idem		Recueil et analyse des informations et données sur le projet, la zone de couverture réelle, les populations cibles Analyse du budget planifié et réalisé et les résultats enregistrés
<b>5</b>	<b>Aspects liés à la durabilité du programme</b>						
5.1	Les résultats planifiés par le programme peuvent-ils être durables ?			X	Dépendant de la stratégie développer au niveau des zones d'interventions. Pour la durabilité il faut la continuité du programme dans ensemble.		Examen des documents de programmation mis en relation avec l'analyse contextuelle
	Le niveau d'encrage local du programme permet-il d'augurer sa pérennité ?	X			Le programme est stipulé de tel sorte qu'au niveau local l'ancrage puisse être tenu et l'appropriation du programme par les comités locaux.		Appréciation des consultants après les entretiens de groupes et individuels avec l'équipe de projet, le comité de suivi, les responsables du projet, les bénéficiaires et autres acteurs et leaders
	Existe-t-il d'autres prémices de durabilité des résultats du programme ?		X		RAS		idem

	Des mesures spécifiques ont-elles été prises pour assurer la durabilité (continuité des activités après le retrait du programme) ? Le cas échéant, ces mesures sont-elles appropriées ?	X			L'objectif global du programme est le transfert de compétence et l'appropriation du programme par les communautés.		idem
--	--	---	--	--	--	--	------

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Oui	Non	Autres	Justification		
		1. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet 2. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG, 3. Focus ou GDCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires					
5.2	Les mécanismes de mise en œuvre favorisent-ils la participation active des cibles stratégiques du programme à savoir les femmes et les jeunes (filles et garçons) ? et Comment ?				Déjà répondue		Focus groupes et groupe de discussions collectives dirigées avec les bénéficiaires, les organisations de femmes et de jeunes dans les zones d'interventions
<b>6 Aspects liés aux effets</b>							
6.1	Y a-t-il des effets perceptibles prévus ou non, positifs ou non, après 2 ans d'intervention ?			X	Très tôt pour apprécier		Analyse du contexte et prise en compte des avis exprimés par les structures nationales/régionales partenaires
	Identifier systématiquement les éléments d'appréciation de ces effets.			X	Idem		
<b>7 Relevés des leçons opérationnelles à partager à mi-parcours du programme</b>							
7.1	Quelles sont les principales leçons à tirer de ces deux années de mise en œuvre du programme ?			X	Idem		Revue des documents du projet Exploitation des fiches d'entretien individuel et des focus ou GSCD
7.2	Quelles sont les principales recommandations pour le futur du programme ?			X	Idem		

<b>8</b>	<b>Autres questions d'investigation soulevées</b>						
8.1	la capitalisation des expériences			X	Idem		Relevé des expériences pertinentes susceptibles d'être partagées
8.2	le renforcement mutuel des 'chapeaux'. Qui fait quoi de bien profitable à un autre 'chapeau' ;			X	Idem		Relevé des actions de renforcement spécifiques ayant concerné les autres chapeaux.

N°	Questions et sous-questions de l'évaluation	Points de Notation				Statistiques ou données relatives aux questions soulevées	Travail à faire pour répondre aux questions
		Qui	Non	Autres	Justification		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recueil, exploitation et analyse des documents et informations clefs sur le processus de mise en œuvre du projet</li> <li>2. Entretiens individuels avec les responsables du projet, les acteurs clefs et partenaires (stratégiques, administratifs et sociaux) de mise en œuvre, les structures en charge de l'encadrement des ONG,</li> <li>3. Focus ou GDCD avec les bénéficiaires, les leaders et autres acteurs communautaires</li> </ol>					Revue documentaire Entretien avec les responsables du programme Comparaison avec les résultats des autres contractants chapeaux
8.3	<b>Relevés d'actions pour une analyse comparative des contractants chapeaux : savoir pourquoi une méthode X ne marche pas en Région Z, si possible aussi une comparaison sur les démarches des principaux de partenaires de mise en œuvre.</b>						