

Rapport Final

12 novembre 2020



Evaluation finale du Programme

Bangué Kolossi Nyèta (BKN)

Edburgh consultants

**Team Leader : Dr Christine Thayer Expert 2 : M. Birama
Bagayogo**

Contact Person : Louk Stumpel

Vondellaan 84a, 3521GH Utrecht, The Netherlands

 +31 30 254 4975 lstumpel@edburgh.com

Table des matières

Table des matières	2
Abréviations	5
Résumé exécutif	7
PART A : CONTEXTE DE L'ÉVALUATION FINALE	14
1 Introduction	15
1.1 Le programme Bangué Kolossi Nyèta (BKN)	15
2 Le contexte socio-politique au Mali	16
2.1	La politique de
santé 16 2.2	
Le statut de la femme et les violences basées sur le genre	17
2.3	Fécondité et le taux de prévalence
2.4 contraceptive	18
Prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes	18
2.5 Le contexte politique et sécuritaire	18
3 Rappel des enjeux et des objectifs de l'évaluation	19
4 Méthodologie	19
4.1	Lieu et calendrier de
4.2 l'évaluation	19
4.3	
4.4 d'évaluation	L'équipe
Facteurs favorisants	20
Difficultés rencontrées	20
5 Limites de l'évaluation	21
6 Analyse des hypothèses de base – la théorie du changement	21
6.1 Reconstruction de la théorie du changement du programme BKN	21
PART B : CONSTATATIONS DE L'ÉVALUATION BKN	24
7 Pertinence	25
7.1 Au niveau national	27
7.2 Au niveau régional	27
7.3 Au niveau local	27
8 Cohérence	29
8.1	Marie Stopes International
(MSI) 29 8.2	
8.3	Population Services International
(PSI) 29 8.4	
8.5	L'Association Malienne pour la Protection et la
Promotion de la Famille (AMPPF)	30
Coordination	30

	9	Efficienc	33
	9.1	Le budget du programme	33
	10	Efficacit	35
	10.1	Au niveau national	35
	10.2	Au niveau régional	36
	10.3	Difficultés liées au fonctionnement des cadres de concertation	38
Valeur	10.4	ajoutée du consortium	39
	10.5	Fonctionnement du consortium	40
	10.6	Fonctionnement du consortium	40
	10.7	Possibilité du maintien/ou du changement du lead au sein du consortium.	40
	10.8	Services Techniques de l'Etat	41
	10.9	Synergie d'action avec d'autres programmes de bailleur de Fonds	42
	10.10	Rôle de l'ambassade dans l'opérationnalisation de la synergie avec les autres acteurs	43
	10.11	43	
	10.12	Contribution du programme dans la sécurité contraceptive	43
Le faible	10.13	niveau d'instruction des membres des Ecoles des Maris	44
	10.14	Performance des Ecoles des Maris	45
	10.15	Performance des Ecoles des Maris	45
	10.16	Système de motivation des EdM	46
	10.17	Contribution des EdM au niveau communautaire	46
		Les EdM comme une vitrine	46
		Difficultés évoquées par les EdM	47
		Impacts de la situation sécuritaire	52
	11	Effets du programme	54
Les	11.3	barrières socioculturelles	54
Création	11.4	de la demande en PF	55
Offre de	11.5	services de PF de qualité à un prix abordable	56
Sécurité	11.6	contraceptive.	57
	12	Durabilité	58
	12.3	Décentralisation des cadres de concertation au niveau district	59
	12.4	Extension des Ecoles des Maris	59
	12.5	Augmentation de la couverture des districts sanitaires	59
Mettre	12.6	des Ecoles des Maris au-delà des sites mères des CSCom	60
	13	Les priorités pour la phase BKN 2	61
	14	Leçons apprises :	61
	15	Recommandations	63
	15.3	Ambassade Royale des Pays-Bas :	63
	15.4	Organisations membres du consortium :	63
	16	Annexes	67
	Annex 1	Termes de référence Bangué Kolossi Nyèta	68
	Annex 2	Méthodologie	80
	Annex 3	La situation politique	86

Annex 4 Rapport d'analyse des indicateurs 88 Annex 5 Cadre de performance BKN 104

Annex 6	La liste des structures rencontrées par région	107
Annex 7	Calendrier pour l'évaluation BKN	111
Annex 8	Profil de l'équipe d'évaluation	112
Annex 9	Bibliographie	113

Les tableaux

Tableau 1:	Résultats relatifs aux services de maternité dans les aires de santé avec et sans une école des maris	9
Tableau 2:	Performance du programme	10
Tableau 3:	Nature et nombre des services de PF offerts par le programme	11
Tableau 4:	Reconstruction de la théorie du changement du programme	20
Tableau 5:	Budget BKN	29
Tableau 6:	Tableau récapitulatif du budget par objectifs en Euros	30
Tableau 7:	Niveau d'atteinte des résultats en lien avec la tenue des réunions des cadres de concertation régionaux	34
Tableau 8:	Analyse comparative entre Sites avec EdM et sites sans EdM	44
Tableau 9:	Performance du programme en lien avec la création de la demande pour la PF	50
Tableau 10:	Nature et nombre des services de PF offerts par le programme	51
Tableau 11:	Indicateurs de performance relatifs à la sécurité contraceptive	52
Tableau 12:	priorités pour la phase BKN 2	56
Tableau 13:	Sites de collecte des données	78
Tableau 14:	Echantillon des personnes enquêtées par région	78

Les graphiques

Graphique 1:	Evolution du nombre de nouvelles consultations en PF	49
Graphique 2:	Evolution du nombre de CPN4	50
Graphique 3:	Evolution du nombre de CPN effectives	51
Graphique 4:	Evolution du nombre d'accouchements assisté par un personnel qualifié	51
Graphique 5:	Evolution du taux de consultation postnatale	52

Abréviations

AMPPF	L'Association Malienne affiliée avec IPPF
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
ADC	Agent de Développement Communautaire
AMSS	Association Malienne pour la Survie au Sahel
APE	Association des Parents d'Elèves
ATR	Assistant Technique Régional

ASDAP	L'ONG Association de Soutien au Développement des Activités de Population
BKN	Bangué Kolossi Nyèta
CAFO	Coordination des Associations et ONG féminines du Mali
CCSC	Communication pour le Changement Social et de Comportement
CLAPN	Comités Locaux d'Abandon des Pratiques Néfastes
CAEB	ONG Conseils et Appui pour l'Education à la Base
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
DA	Debbo Alafia
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
EDSM	Enquête Démographique et de Santé Mali
FCI	Family Care International
FERASCOM	Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire
FO	Fistule Obstétricale
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
P(T)N	Pratiques (Traditionnelles) Néfastes
MGF	Mutilation Génitale Féminine
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MSH	Management Sciences for Health
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
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

SR (DRS)	Santé Reproductive, Droits Reproductifs et Sexuels
STE	Services Techniques de l'Etat
VBG	Violences Basées sur le Genre

Résumé exécutif

1 Introduction

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de l'évaluation finale du programme BKN financé par l'Ambassade Royale des Pays-Bas et mis en œuvre par trois (3) ONG leaders dans le domaine de la planification familiale au Mali (PSI-Mali, AMPPF et MSI Mali).

Le Bureau Edburgh consultants a assuré la mise en œuvre de l'évaluation. A cet effet une consultante internationale et un consultant national ont coordonné les activités de collecte et produit le rapport d'évaluation.

Au Mali, les régions de Kayes, Sikasso, Ségou et le district de Bamako ont été concernées par l'évaluation. Dans le but de collecter les données auprès des informateurs clés, trois équipes de collecte ont été mobilisées dont une équipe par région pendant 8 jours de collecte.

La présente évaluation a connu un certain nombre de difficultés et limitations. Grâce à l'épidémie de Covid-19, l'approche de l'évaluation a dû être réorganisée puisque l'évaluateur international ne pouvait pas se déplacer et était ainsi obligé de faire la coordination à distance. Ceci a provoqué de réelles difficultés en termes de communications, étant donné les problèmes importants de connexion (téléphone, téléconférence).

Les équipes d'enquêteurs n'ont pas pu visiter l'ensemble des régions d'intervention du programme et étant donné la mauvaise condition des routes.

Les principaux résultats obtenus de l'évaluation sont les suivants :

1.1 Synthèse

Pertinence

La documentation mise à disposition aussi bien que les entretiens menés sur le terrain ont clairement indiqué la **pertinence du programme** en termes de son alignement avec les politiques du gouvernement mais également avec les orientations internationales. Les entretiens ont montré très clairement l'intérêt au sein des communautés chez les femmes, chez les jeunes et les adolescents mais aussi, est-ce un facteur très encourageant, chez les hommes. Les succès notables d'une part relative aux cadres de concertation, où il semble y avoir une vraie possibilité d'une mise à échelle et d'autre part, relatif aux Ecoles des Maris, où le gouvernement s'est montré très intéressé semble bien être une indication claire de l'importance de prolonger ce programme.

Les trois ONG, déjà très bien implantées dans le paysage national, ont une position unique et des compétences avérées pour contribuer à ce processus d'intégration et pour améliorer la **cohérence** de l'offre. Elles ont déjà tissé, et ceci depuis des années, des relations de confiance avec le gouvernement et, d'un autre côté, elles sont présentes dans les huit régions du pays, ainsi que dans le district de Bamako, avec une couverture effective de plus de 80% des districts sanitaires. Cela s'avère très utile dans leur travail de plaidoyer et de communication avec les groupes cibles mais également par rapport au soutien qu'ils peuvent donner aux Ecoles des Maris et dans la mise en œuvre des cadres de concertation. Les trois membres du consortium ont des approches diverses et complémentaires pour surmonter les barrières socio-culturelles dans le domaine de la santé reproductive. Ainsi, prenant en compte les spécificités des trois partenaires,

leur couverture géographique et les différences et les synergies

possibles dans leurs approches, il paraît évident que dans sa conception, le programme BKN est à la fois cohérent et bien adapté au terrain.

Efficacité

La mise en place d'un certain nombre d'instances, à savoir le Comité de Pilotage Elargi, le Comité de Pilotage Interne, le Comité restreint de Suivi-Evaluation et la Commission des Ecoles des Maris a permis de faciliter la gestion du programme.

La tenue des cadres de concertation a permis de favoriser :

- La synergie des actions,
- La mise à jour d'une cartographie des intervenants,
- Le bilan des activités menées,
- L'identification des goulots d'étranglement,
- La formulation de recommandations.

Malgré ces éléments cités ci-dessus, certains participants à l'évaluation ont noté l'insuffisance en termes d'appropriation par les acteurs de l'Etat des activités du programme au plan national.

Sur le plan institutionnel, l'implication des services techniques de l'Etat (Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Ministère de Développement Social et de l'Economie solidaire, Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et leurs démembrés dans les régions) a permis de faciliter la mise en œuvre des activités et de prendre en compte leurs rôles et responsabilités dans le domaine de la SR-PF. Dans ce sens, les Assistances Techniques Régionaux (ATR) et les Superviseurs de Communication Interpersonnelle (CIP) recrutés par le programme ont joué un rôle clé dans la mobilisation des acteurs.

Malgré des progrès obtenus, il convient de noter que le fonctionnement du consortium a trébuché de temps à autre. La complémentarité voulue au départ entre les organisations membres du consortium a connu quelques insuffisances au cours de la mise en œuvre du programme. Elle a été plus visible dans l'allocation des zones que dans la réalisation des activités. Il aurait été plus souhaitable que les organisations membres du consortium créent une synergie d'action dans les zones d'intervention afin de maximiser l'atteinte des résultats.

Certains participants à l'évaluation n'étaient pas convaincus de l'efficacité de l'actuelle structure organisationnelle du consortium. Dans ce contexte, ils ont soulevé la question de l'intérêt (ou non) d'une présidence tournante du consortium ou encore concernant la nomination d'un directeur de projet. En dépit de ces quelques points d'interrogation, la majorité des personnes rencontrées ont exprimé le point de vue que MSI devrait probablement continuer à assurer le lead du consortium.

Toujours en termes d'efficacité, globalement, la majorité des objectifs du programme ont été atteints quantitativement, et dans certains cas, la mise en œuvre a même dépassé les attentes (voir l'extrait du cadre de performance en Annexe 5).

S'agissant des Ecoles des Maris, l'évaluation note qu'elles ont contribué à :

- Réduire les barrières socioculturelles liées à la SR-PF ;

- Favoriser l'engagement des hommes et des leaders communautaires dans le recours et la fréquentation des services de santé par les femmes ;
- Améliorer la fréquentation des centres de santé qui a eu un impact positif leurs ressources financières,
- Encourager l'assainissement des centres de santé et d'autres services publics (mairies, marchés, aménagement des routes),
- Améliorer la collecte des données au premier échelon de la pyramide sanitaire, etc.

Cependant, l'évaluation a noté quelques difficultés auxquelles les Ecoles des Maris sont confrontées. Il s'agit de :

- Insuffisance du suivi régulier par les agents du consortium et l'équipe cadres des districts, résultat de la distance et du mauvais état des routes
- Faible niveau d'instruction de certains coachs rendant difficile le remplissage des supports de collecte
- Rupture des outils et instruments de collecte
- Insuffisance de renouvellement des tenues
- Ralentissement des activités des EdM pendant l'hivernage.

Dans le domaine de la collecte des données, qui continue à poser des problèmes dans le domaine de la SR, le programme a contribué à la formation du personnel de santé à différents niveaux. Entre autres activités, BKN a réalisé une journée de plaidoyer à l'endroit des ordres professionnels et des associations dans le domaine de la santé, y compris auprès des structures de santé privées. Selon le personnel de santé enquêté, il y a eu une amélioration de la qualité des données sanitaires, avec un meilleur respect des délais. L'évaluation note, donc, une dynamique positive dans la collecte des données et de leur validation.

Le programme BKN a contribué au renforcement de la disponibilité des intrants en matière de planification familiale dans les différentes régions d'intervention à travers :

- La dotation des structures de santé en intrants contraceptifs
- La formation du personnel de santé afin de prévenir les cas de rupture

- La quantification des produits contraceptifs entre 2018 et 2019.

Selon les statistiques du logiciel DHIS 2, en ce qui concerne l'utilisation des services de planification familiale, il est difficile de discerner une amélioration quantitative dans les aires de santé avec EdM par rapport aux autres. En revanche, les Ecoles des Maris semblent avoir eu un effet quantitatif sur les consultations liées à la grossesse (voir ci-dessous).

Tableau 1: Résultats relatifs aux services de maternité dans les aires de santé avec et sans une école des maris

Catégorie de services offerts	Avec	Sans
Augmentation du nombre de femmes en âge de procréer ayant effectué au moins 4 CPN	79%	20%
Augmentation des accouchements par un personnel qualifié	40%	24%

Augmentation du nombre de consultations post-natales	36%	10%
--	-----	-----

Source : Evaluation finale BKN 2020.

On peut noter que, selon certaines personnes interviewées, des visites d'échanges et d'expériences entre les EdM à l'intérieur et à l'extérieur du Mali pourraient être un axe stratégique intéressant pour la consolidation des acquis pour la phase BKN 2.

La situation sécuritaire

La mise en œuvre du programme a été compliquée par des difficultés liées à l'insécurité. En particulier, la situation sécuritaire a joué sur la mise en œuvre du programme dans les régions du Nord (Tombouctou, Gao et Kidal). Dans des circonstances aussi contraignantes, il est difficile pour les services de santé de maintenir une offre de qualité, face à une pénurie de personnel qualifié et le défi d'approvisionner les hôpitaux et centres de santé en médicaments et produits contraceptifs. En termes de sécurité contraceptive, par exemple, l'approvisionnement en intrants dans les régions du Nord a connu des difficultés.

Les supervisions conjointes de l'équipe du consortium et des services techniques de l'Etat dans les régions nord n'ont pas été réalisées à hauteur de souhait à cause de l'insécurité.

Effets

L'évaluation note un début de changement des mentalités des communautés dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile. Même dans les milieux très conservateurs, la pertinence de certaines activités de santé reproductive sont désormais reconnues (accouchement assisté, CPN, vaccination etc.). Le cadre de suivi de performance de 2019 montre les résultats suivants en termes de communication et choix d'une méthode de PF :

Tableau 2: Performance du programme

Indicateurs	Cible globale du programme	Bilan réalisé
Nombre de maris enquêté favorables à la PF sur le nombre total de maris qui ont participé à l'enquête dans les sites d'intervention du projet.	Augmentation de 10%	67%
Réduction des perceptions négatives envers les méthodes de longue durée (MLD) (% des femmes qui choisissent une MLD dans le cadre du projet)	Augmentation de 20%	42%
Indicateurs	Cible globale du programme	Bilan réalisé
Réduction des barrières pour les jeunes filles/femmes % des jeunes filles ou jeunes femmes (Les moins de 25 ans) qui choisissent une méthode contraceptive dans le cadre du projet	30%	30%
Nombre de personnes touchées par la communication inter personnelle	3 200 000	2 742 526
Nombre de personnes touchées par des campagnes de médias de masse sur la PF	6 400 000	7 994 336

Nous pouvons noter aussi que les multiples initiatives dans le domaine de la communication (théâtres forums, festivals etc.) ont contribué à stimuler la demande auprès des femmes en âge de procréer et des jeunes (filles et garçons).

Toutefois leur impact sur l'augmentation de l'utilisation de la planification familiale n'est pas bien établi. Force est de constater qu'une certaine résistance existe toujours envers l'utilisation de la planification familiale et ceci au nom des principes et valeurs religieux. Toutefois, l'utilisation des services de santé relatifs à la PF par les jeunes continue à être relativement mal perçue.

En ce qui concerne l'offre de services de PF à un prix abordable, l'évaluation note que le programme a contribué à la dotation des structures de santé en produits contraceptifs. Sur ce point, la planification de base en termes de DIU, d'implant 5 ans, d'implantons, et injectable etc. n'a pas été atteinte. Le tableau ci-dessous en est l'illustration.

Tableau 3: Nature et nombre des services de PF offerts par le programme

Indicateurs	Cible globale du programme	Bilan réalisé
Le nombre de services de DIU fournis	15000	8 313
Le nombre de services d'implant 5ans fournis	60.000	49 362
Le nombre de services d'implantons fournis	N/A	29 539
Le nombre de services d'injectable fournis	117 000	54 496
Le nombre de services de pilules fournis	105 000	79 313
Le nombre de services de préservatifs fournis	3 000	383 485
Nombre de clientes de moins de 25 ans sur le nombre total de clientes	30%	34 %
Nombre de Couples années protection livrés	333275	364 449

Source : Cadre de performance BKN, 2016-2019 ;

Quant à la disponibilité des produits, plusieurs participants (femmes et hommes) ont confirmé la disponibilité des produits contraceptifs dans les structures de santé. Selon le cadre de performance BKN, 2016-2019, 72% des points de prestation n'ont pas connu de ruptures de stock de plus de 72 heures au cours des 3 derniers mois. Le programme a participé 13 fois aux réunions de quantification des produits contraceptifs contre 16 prévues initialement.

Toutefois, concernant les injectables, qui sont les produits préférés, sur le terrain, l'évaluation a constaté la rupture des stocks dans certaines structures de santé. Il s'agit par exemple des districts sanitaires de Bla (aire de santé de Nampasso) et de Barouéli (aire de santé de Boidiè). Dans la région de Sikasso, la rupture de stock des produits contraceptifs a été signalé dans les districts sanitaires de Kignan (aire de santé Sanzana,) et de Kadiolo. Par ailleurs, la majorité des femmes enquêtées pensent que le coût des produits contraceptifs est élevé eu égard à leur pouvoir d'achat.

Le défi réside dans le respect de la chaîne d'approvisionnement des intrants par les acteurs sur le plan national ainsi que dans la tenue de leurs engagements par les partenaires techniques et financiers afin de renforcer la sécurité contraceptive.

Durabilité

Une question difficile par rapport à ce type de programme concerne sa durabilité dans le temps. Dans le cadre de BKN, les différents acteurs ont acquis des connaissances et des compétences qui constituent un atout pour la continuité des actions du programme sur le plan national.

Le programme BKN a contribué à l'inscription des cadres de concertation dans le plan opérationnel des régions. Dans ce cas, il est de la responsabilité des directions régionales de la santé de mobiliser les fonds pour la continuité des cadres de concertation.

S'agissant des Ecoles des Maris, le programme BKN a contribué à la relecture du Plan Stratégique Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et la Nutrition (SRMNIA-Nut) 2020-2024 qui prend en compte l'approche des Ecoles des Maris. Le programme a contribué également à l'élaboration du manuel « Ecoles des Maris » et ce document a été validé en octobre 2020 par le Ministère de la Santé et du Développement social. Ainsi, il sera un outil de référence à la fois pour le gouvernement et pour les ONG dans le cadre de la mise à échelle des Ecoles des Maris.

Puis, en matière d'offre des services relatifs à la PF, le programme BKN a plaidé pour que deux indicateurs sur les jeunes dans le cadre de l'utilisation des méthodes modernes de PF soit insérés dans le document de santé de la reproduction qui a été révisé en 2019.

2 Recommandations

- Améliorer la coordination interne du consortium avec la nomination d'un directeur de projet
- Revoir le rythme et formaliser l'organisation des réunions des cadres de concertation au niveau des régions
- Revoir l'approche du consortium en ce qui concerne l'organisation du travail sur le terrain en faisant intervenir les trois organisations ensemble dans les mêmes zones pour y booster la demande et l'offre de services
- Améliorer la stratégie de communication autour du programme sur le plan national et international
- Décentraliser la tenue des cadres de concertation au niveau des districts sanitaires afin d'améliorer la gouvernance sanitaire
- Renforcer la collaboration avec les services techniques de l'Etat pour favoriser l'appropriation des actions du programme. Analyser la possibilité de collaborer plus étroitement avec d'autres acteurs/ONG dans le domaine de la SR
- Renforcer davantage les capacités du personnel socio-sanitaire sur la technologie contraceptive ainsi que la saisie et la remontée des données

- Mettre l'accent davantage sur la collecte des données dans le secteur privé aussi bien que dans le public pour ensuite renforcer l'analyse et l'utilisation des données dans la planification.
- Faire du plaidoyer auprès des ASACO pour la prise en compte d'un fond de communication internet pour la remontée des données sanitaires
- Financer une étude sur le degré d'efficacité des Ecoles des Maris qui se penchera en particulier sur une méthodologie pour renforcer la dimension planification familiale
- Organiser des visites d'échanges et d'expériences des Ecoles des Maris sur le plan national, sous- régional
- Faire participer les Ecoles des Maris dans les cadres de concertation dans les districts sanitaires et des régions
- Etendre les Ecoles des Maris aux districts sanitaires ainsi qu'aux aires de santé non bénéficiaires
- Renforcer le suivi des activités des Ecoles des Maris pour maintenir le cap
- Renouveler et renforcer les matériels et outils de travail des Ecoles des Maris (support de collecte, pagne, tee-shirts) pour la réalisation des activités.

PART A : Contexte de l'évaluation finale

1 Introduction

1.1 Le programme Bangué Kolossi Nyèta (BKN)

Le programme BKN a été conçu pour répondre à un certain nombre de problèmes qui découragent l'utilisation des services de la planification familiale et qui ont un impact à long terme sur les indicateurs démographiques. Le projet a été lancé dans huit régions du pays. Il part du constat que, si beaucoup de partenaires sont disponibles pour appuyer le Mali dans le domaine de la PF depuis quelques années (les Etats-Unis, la Banque Mondiale, le Canada, les Pays Bas et la FNUAP, entre autres), la situation est compliquée dans la mesure où ni les partenaires techniques et financiers ni l'Etat semble avoir une vue d'ensemble de la mise en œuvre du plan stratégique PF.

Si, aujourd'hui, il y a moins de ruptures de stock au niveau national, ce n'est guère le cas au niveau local et par ailleurs, le choix en produits contraceptifs est souvent limité. En clair, l'abondance des ressources de planification familiale ne se traduit pas par une répartition équilibrée sur le territoire national avec, comme résultat, des chevauchements par endroit et en parallèle, des lacunes en termes de disponibilité et de diversité de l'offre. Par ailleurs, l'objectif national en matière de PF n'étant pas très ambitieux, les stocks de produits n'étaient pas à la hauteur des ambitions des différents acteurs et bien en-dessous des quantités requises si les objectifs des différents partenaires devraient être atteints. Des difficultés dans la gestion des stocks et notamment dans leur distribution, conduit à des lenteurs voire à des blocages. Dans ce contexte, le programme Bangué Kolossi Nyèta (BKN) avait comme ambition de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Mali, et d'améliorer l'utilisation des services et méthodes de planification familiale de qualité dans le district de Bamako et à travers les huit régions du Mali.

Le programme est réalisé par un consortium qui regroupe en son sein, les trois plus grands intervenants dans le domaine de la planification familiale, notamment l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), Marie Stopes Mali (MS Mali) et Population Services International (PSI) au Mali à travers un financement de l'Ambassade Royale des PaysBas au Mali. Le budget alloué était de 6.000.000 Euro pour une période de quatre ans et le programme a démarré le 1er juin 2016 et devrait terminer le 31 mai 2020. Il s'articule autour de quatre objectifs :

- Améliorer la coordination continue des activités de PF aux niveaux district, régional et national
- Augmenter la demande pour la PF par le biais de la communication pour le changement de comportement et la réduction de barrières socioculturelles
- Améliorer l'offre de services de PF de qualité à un prix abordable
- Renforcer la sécurité contraceptive.

La vocation de ce programme était, donc, de renforcer la coordination au niveau opérationnel par un appui aux services techniques des régions et des cercles, mais avec l'inclusion d'autres acteurs et notamment les ONG et le secteur privé. Un autre aspect important était le traitement des données à tous les niveaux avec une remontée transparente et coordonnée vers le niveau national de toutes les informations pertinentes, quelle que soit leur provenance. Une telle amélioration serait indispensable pour renforcer le dialogue concernant les commandes et la gestion des stocks, la couverture géographique des différents projets et programmes etc.

Les acteurs principaux dans le cadre de ce programme sont trois ONG à visée internationale, notamment – AMPPF, une association membre de la « International Planned Parenthood

Federation » (IPPF) et Marie Stopes (Mali), deux des acteurs les plus connus dans le domaine de la PF, plus Population Services International (PSI), leader dans le développement du marketing social. Tous les trois étaient déjà bien implantées dans le paysage malien avec une zone de couverture bien définie et des années d'expérience dans le domaine, tout en étant connus pour le développement d'approches innovatrices. D'autres acteurs, ayant une expérience et une expertise de nature plus générale dans le domaine de la santé, étaient impliqués également.

Le budget total alloué au projet était de 3 935 742 167 FCFA. Sur ce montant, 2 454 649 459 FCFA avaient été dépensés à la fin de décembre 2018, c'est-à-dire 63% du budget.

2 Le contexte socio-politique au Mali

2.1 La politique de santé

Au Mali, le droit à la santé est établi par l'article 17 de la Constitution et est encadré et explicité par la Loi 02-049 AN RM « portant loi d'orientation sur la santé ». Selon l'Article 7, la politique nationale de la santé est basée sur les principes des soins de santé primaires, sur l'initiative de Bamako et sur la stratégie africaine de développement sanitaire. Cette loi contient plusieurs articles qui portent directement sur les activités du programme BKN, notamment l'Article 8, qui présente les objectifs de la politique nationale, y compris le développement des services de planification familiale et la promotion d'attitudes et comportements favorables à la santé et au bien-être de la famille. Ce même article évoque l'utilisation « d'actions d'information, d'éducation et de communication » dans le but d'améliorer l'utilisation des services de santé.

L'Article 37 évoque l'utilisation de « moyens techniques pour permettre à chaque citoyen de recevoir de façon régulière les informations nécessaires pour la protection de son état de santé » tandis que l'Article 38 fait référence à un programme de santé scolaire élaboré d'un commun accord entre le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'éducation nationale » permettant aux enfants « d'adopter des conduites appropriées dans sa vie personnelle, au sein de sa famille et vis-à-vis de son entourage ».

Au-delà de la Loi 02-049 AN RM, il existe toute une série d'instruments juridiques visant à promouvoir la santé sexuelle et reproductive et à protéger les femmes contre les différentes formes de violences basées sur le genre. Il s'agit, entre autres, des dispositifs suivants :

- La Politique Nationale de Population
- La Politique Nationale de la Jeunesse
- La Politique Nationale Genre
- Le Programme Décennal Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014 – 2023
- Le Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction (SRMNIA-Nut), 2020 – 2024
- Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali, 2019-2023
- Le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits SR
- Le Programme National de lutte contre les Violences Basées sur le Genre

Par ailleurs, le Mali a ratifié de nombreux instruments juridiques

internationaux et régionaux relatifs aux droits des enfants et des femmes Réf : «La législation en matière de santé de la reproduction en Afrique de l'ouest Action Mondiale des Parlementaires, Assemblée Nationale du Mali 3-5 novembre 2000 ». Au plan international, le Mali a adhéré à la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes et a ratifié plusieurs conventions et traités internationaux reconnaissant l'égalité des hommes et des femmes en droits et devoirs et interdisant toute discrimination contre les femmes.

Toutefois, malgré cette avancée significative il existe encore beaucoup d'insuffisances parmi lesquelles l'absence de décrets d'application pour la plupart des lois et notamment celle relative à la SR et les difficultés d'application des traités, textes et règlements à cause des réalités socioculturelles et religieuses. En effet, le manque d'harmonisation du cadre juridique national au contexte international et la non-application de la plupart des textes conduisent à la non-effectivité des droits reconnus.

2.2 Le statut de la femme et les violences basées sur le genre

Malgré des avancées significatives, le Mali a un indice d'inégalité de genre qui le classe au 184ème rang sur 189 pays selon le Rapport édition 2019 du PNUD. La faiblesse du statut juridique et social de la femme fait que celle-ci ne prend pas toujours les décisions qui sont importantes pour sa santé et sa survie. Les us et coutumes attribuent ce rôle au chef de famille qui est souvent différent du conjoint. Par conséquent des phénomènes tels les grossesses précoces et non désirées chez les jeunes filles, la déperdition scolaire, les fistules, la mortalité maternelle-infantile impactent négativement sur le développement du pays.

Par ailleurs, des traditions préjudiciables aux femmes et aux filles sont perpétuées au Mali. Nous pouvons noter que 89% des femmes de 15 à 49 ans sont victimes d'excision (EDS 2018), même si la pratique est beaucoup moins fréquente dans les régions de Kidal et Gao et dans la région de Tombouctou. Nous pouvons noter que, selon UNICEF, « les mutilations génitales féminines et l'excision sont des pratiques dangereuses aux conséquences dramatiques sur la santé des jeunes filles et femmes ».

Le gouvernement a adopté en 2018 le Programme National de Lutte contre les VBG assorti d'une Stratégie Nationale Holistique pour Mettre fin aux Violences Basées sur le Genre au Mali 2019-2030. En 2017, un avant-projet de loi contre les VBG a été déposé auprès du Gouvernement en vue de son adoption par le parlement. Mais jusqu'ici cette loi peine à attirer le soutien nécessaire pour son adoption car les leaders d'opinion au niveau des communautés n'en voient pas la pertinence.

D'après l'EDS 2018, 70 % des femmes et 68 % des hommes de 15-49 ans pensent que l'excision est une nécessité religieuse. Par ailleurs, 76 % des femmes et 74 % des hommes de 15-49 ans ont déclaré que la pratique de l'excision devrait continuer.

2.3 Fécondité et le taux de prévalence contraceptive

Selon l'EDS 2018, l'indice synthétique de fécondité est de 6,3 enfants par femme. Il est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (6,8 contre 4,9). Selon l'enquête, le nombre idéal d'enfants, en moyenne, est de 6 enfants pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans et de 8,1 pour l'ensemble des hommes de la même tranche d'âges. Toutefois, pour les 3 années précédant l'enquête, l'Indice Synthétique de Fécondité Désiré (5,5 enfants) était inférieur à l'Indice Synthétique de Fécondité (6,3 enfants).

L'utilisation de la contraception est relativement rare au Mali. Au moment de l'EDS 2018, parmi les femmes âgées de 15-49 ans, 15 % utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. La proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale s'élevait à 24 %. Cette absence d'une offre appropriée est prise en compte dans la stratégie sanitaire du pays, notamment dans le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction de 2016-2021. En même temps, le PANB 2019-2023 se donne comme objectif d'augmenter le taux de prévalence contraceptive moderne à 30% et de réduire le taux de besoins non satisfaits d'ici fin 2023.

2.4 Prise en charge de la santé des adolescents et des jeunes

Au Mali la population se caractérise par son extrême jeunesse avec 47% de moins de 15 ans. Dans ce contexte, un problème important concerne la prise en charge des besoins en santé reproductive (SR) de la jeunesse. Cette population est confrontée à de nombreux problèmes de santé notamment les IST, le VIH/Sida, les grossesses précoces et/ou non désirées, les avortements à risque, l'excision et d'autres pratiques néfastes.

Il existe une forte tendance de rapports sexuels précoces et selon l'EDS 2018, l'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 16,6 ans, un âge médian qui n'a pratiquement pas varié depuis 2001. En même temps, la prévalence contraceptive est seulement de 8 % chez les filles de 15-19.

2.5 Le contexte politique et sécuritaire

L'annexe 3 présente un aperçu de la situation politique et sécuritaire actuelle, extrait du rapport du Secrétaire général des Nations unies au Conseil de Sécurité. Depuis le coup d'état qui a eu lieu en août 2020, un gouvernement de transition a été mis en place pour 18 mois par un collège électoral. Il fonctionne sous l'égide de l'ancien ministre de la défense, colonel-major à la retraite, Bah N'Daou, en tant que Président.

En ce qui concerne la sécurité, les attaques de groupes extrémistes contre les civils et les forces de sécurité nationales et internationales se poursuivent sans relâche dans le nord et le centre du Mali. Les affrontements entre les communautés et les groupes terroristes ont également entraîné le blocus de plusieurs villages, rendant les conditions de vie de plus en plus pénibles. La situation des droits de l'homme s'est détériorée, avec des violations et des abus liés à la propagation de l'extrémisme violent. La situation humanitaire reste très préoccupante, COVID-19 aggravant une situation déjà fragile.

Dans ces circonstances contraignantes, il est difficile pour les services de santé de maintenir une offre de qualité, face à une pénurie de personnel qualifié et le défi d'approvisionner les hôpitaux et centres de santé en médicaments et produits contraceptifs.

3 Rappel des enjeux et des objectifs de l'évaluation

Cette évaluation intervient à la fin de quatre années de mise en œuvre du programme BKN et de ce fait, il est spécialement important de mettre en évidence son degré de succès, les problèmes rencontrés, les innovations introduites et les leçons apprises. Dans ce contexte, l'équipe a examiné la performance du consortium, le niveau d'atteinte des indicateurs et le fonctionnement des cadres de concertation. Ils ont fait le bilan de la disponibilité des produits contraceptifs, ils

ont cherché à identifier les gaps en termes de prestation de services, et ils ont essayé d'analyser le niveau de connaissances et les attitudes des bénéficiaires directs du programme.

Par ailleurs, les membres de l'équipe ont cherché des réponses aux questions classiques évaluatives concernant le programme, sur sa pertinence, sa cohérence, son efficacité, son efficience, sa durabilité, ses effets et « outcomes ». Enfin, ils ont recherché des leçons opérationnelles et des solutions pertinentes à la lumière d'une éventuelle deuxième phase du programme.

Les termes de référence complets sont disponibles à l'annexe 1 du présent rapport.

4 Méthodologie

4.1 Lieu et calendrier de l'évaluation

La présente évaluation a été réalisée dans les régions de Kayes, Ségou, Sikasso et dans le district de Bamako. Chacune de ces régions correspond à une zone d'intervention des organisations membres du consortium. Cette représentativité a permis d'équilibrer le choix afin d'apprécier les stratégies, les activités, les résultats et les défis pour chaque organisation.

L'évaluation a été lancée en octobre 2020 et sera terminée courant du mois de novembre (voir le calendrier en annexe 7 de ce rapport).

L'évaluation a été conçue sous un angle participatif, apprenant et intégrant. La dynamique participative a été utilisée pour répondre aux questions d'évaluations classiques (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, effets/outcomes et durabilité).

Le bureau d'étude a adopté l'approche genre de façon transversale permettant d'identifier et d'analyser les bonnes pratiques, les stratégies innovantes ainsi que les défis actuels afin d'orienter les interventions futures. Les différentes parties prenantes ont été activement impliquées dans les différentes phases de la mission (programme, bénéficiaires directes, collectivités territoriales). Ainsi, les missions ont cherché non seulement à répondre à toutes les attentes spécifiques des TDR, mais aussi à réunir les conditions de succès via une réflexion et compréhension commune des parties prenantes clés (programme, société civile, élus des communes, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Direction Générale de la Santé (DGS), Division de la Santé Reproductive (DSR) etc.). Cette approche inclusive devrait en même temps contribuer au processus de renforcement des compétences des participants en suivi-évaluation. Les missions de terrain avaient comme objectif de recueillir puis d'analyser les données et informations les plus pertinentes relatives au programme.

En appliquant les concepts et approches de la « théorie du changement », se greffant sur une bonne analyse systémique du contexte, il a été possible de tester la validité du programme par rapport aux objectifs définis. Cette approche permet de visualiser l'enchaînement des activités et événements et l'interrelation de résultats consécutifs et/ou complémentaires, et permet ainsi d'identifier les impacts du programme pour ensuite arriver aux résultats finaux de l'analyse.

4.2 L'équipe d'évaluation

L'évaluation a été réalisée par le bureau d'étude Edburgh Consultants. La consultante internationale (Christine Thayer), le responsable du projet management (Louk Stumpel) et la spécialiste du contrôle qualité (Gita Poyck) ont travaillé à distance avec le consultant national (Birama Bagayogo). Pour l'équipe complète, plus la méthodologie détaillée, voir les annexes 2 et 6.

4.3 Facteurs favorisants

Dans la mise en œuvre de l'évaluation, un certain nombre d'éléments ont favorisé la collecte des données sur le terrain :

- L'implication des organisations membres du consortium notamment à travers les Assistants Techniques Régionaux (ATR) et les superviseurs en communication interpersonnelle ;
- L'adhésion des membres des écoles maris.

4.4 Difficultés rencontrées

La présente évaluation a connu un certain nombre de difficultés :

- Grâce aux difficultés soulevées par l'épidémie de Covid-19, l'approche de l'évaluation a dû être réorganisée puisque l'évaluateur international ne pouvait pas se déplacer et était ainsi obligé de faire la coordination à distance. Ceci a provoqué de réelles difficultés en termes de communications, étant donné les problèmes importants de connexion (téléphone, téléconférence). Ceci a rendu sa participation dans des réunions compliquée et les entretiens avec des parties prenantes étaient, de ce fait, pénibles et moins fructueux que prévu. Il s'est avéré très difficile d'obtenir des entretiens téléphoniques avec des représentants des partenaires techniques et financiers, tandis qu'en général, il est relativement facile d'avoir ce type d'entretien en présentiel.
- L'envoi tardif du courrier destiné aux services techniques de l'Etat a provoqué des problèmes, aussi bien que l'omission du nom de certains services. Ainsi le médecin de Sikasso n'a pas voulu répondre aux questions des enquêteurs parce que son nom ne figurait pas dans le courrier qui a été adressé au district sanitaire de Sikasso.
- La période de collecte a coïncidé avec les missions de supervision de la campagne nationale de la planification familiale. Ceci explique l'absence de certains acteurs clés comme les Directeurs Techniques de Centre « DTC » (cas de Kayes) et des ATR (cas de Ségou).
- Le mauvais état des routes a été accentué par la période hivernale. Les véhicules des équipes de collecte ont été embourbés maintes fois surtout pour les équipes de Kayes et de Ségou. L'équipe de Kayes a été obligée de marcher plusieurs kilomètres pendant la nuit à des heures avancées pour rejoindre le site de l'aire de santé de (Diouéra).
- Les véhicules pour les équipes de Sikasso et Ségou ont connu des pannes, ce qui a retardé les activités de collecte (période hivernale).

5 Limites de l'évaluation

La principale limitation de la présente évaluation finale est liée au fait que les données quantitatives sur les attitudes, les comportements et les pratiques (CAP) n'ont pas été collectées directement auprès des membres des Ecoles des Maris ni chez les hommes et les femmes dans les zones d'intervention du programme BKN. En outre, les données quantitatives portant sur la satisfaction des bénéficiaires et du personnel de santé ont n'ont pas été collectées.

Une autre limite est que les équipes d'enquêteurs n'ont pas pu visiter l'ensemble des régions d'intervention du programme. Par exemple, les régions de Tombouctou, Gao et Mopti n'ont pas reçu la visite d'une équipe, même si un certain nombre d'entretiens téléphoniques étaient menés avec le personnel dans ces régions.

6 Analyse des hypothèses de base – la théorie du changement

Le diagramme ci-après représente la théorie du changement qui a inspiré les activités et le type d'organisation qui caractérise le programme BKN.

6.1 Reconstruction de la théorie du changement du programme BKN

Tableau 4: Reconstruction de la théorie du changement du programme

Objectifs	Activités	Outputs	Résultats
Améliorer la coordination continue des activités de PF aux niveaux district, régional et national	Mise en place de cadres de concertation régionaux <ul style="list-style-type: none"> • Mapping continu et système de remontée des données • Interventions aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal 	Meilleure coordination et information & répartition efficace des rôles et responsabilités des intervenants.	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'accès aux services et méthodes de planification familiale de qualité • Amélioration du taux de prévalence contraceptive moderne
Objectifs	Activités	Outputs	Résultats

Augmenter la demande pour la PF par le biais de la communication pour le changement de comportement et la réduction de barrières socioculturelles	Stratégie de communication à plusieurs niveaux <ul style="list-style-type: none"> • Sociétal : Communication de masse • Communautaire et interpersonnel : • Pilotage et mise en échelle l'école des maris 	Réduction de l'opposition des maris Réduction des barrières pour les adolescents/es /jeunes.	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des grossesses non désirées • Réduction des avortements à risque • Plus grand espacement des naissances
Améliorer l'offre de services de PF de qualité à un prix abordable	<ul style="list-style-type: none"> • Interpersonnel et Individuel : renforcer les mécanismes de création de la demande dans les communautés 	Réduction des perceptions négatives envers les méthodes de longue durée	
Renforcer la sécurité contraceptive	Canaux de livraison des services <ul style="list-style-type: none"> • Cliniques/ Centres fixes • Stratégie avancée • Equipe mobile • Distribution à Base Communautaire • Franchise sociale • Marketing social des produits contraceptifs 	Meilleure couverture des services de PF & augmentation de la qualité des services centrés sur la cliente	

Il est assez clair, à la lumière des différentes analyses effectuées dans le cadre de cette évaluation que la théorie de changement qui sous-tend les activités du programme tient la route. Les effets escomptés semblent découler de la mise en place des différentes approches :

- Une meilleure coordination (meilleure collaboration entre les différents acteurs, mapping continu et système de remontée des données résultant en moins de ruptures de stock et moins de duplication dans les différents programmes de SR, une meilleure qualité de services, plus centrés sur la cliente)
- Des stratégies de communication (réduction des barrières pour les adolescents/es /jeunes, moins d'opposition de la part des maris, meilleurs accès aux services de planification familiale y compris les méthodes de longue durée) ;

Les résultats en sont une amélioration de l'accès aux services et méthodes de planification familiale de qualité et une lente mais progressive amélioration du taux de prévalence contraceptive moderne. Les attitudes exprimées lors des entretiens menés dans le cadre de l'évaluation laissent penser qu'un changement, toutefois lent, est en train de se produire. Cependant, le changement des comportements demande beaucoup de temps et, étant donné l'augmentation avérée mais très progressive du taux de prévalence contraceptive, de la réduction des grossesses non désirées et des avortements à risque, ceci constitue un argument de taille en faveur de la reconduction du programme. Ces résultats, s'ils peuvent être prolongés et renforcés, pourraient nourrir l'espoir que, d'ici quelques années, un plus grand espacement des naissances deviendra la norme tandis que, en parallèle, le nombre de grossesses chez les filles en bas âge pourraient diminuer.

PART B : Constatations de l'Évaluation BKN

Cette section est consacrée à une analyse du programme selon les critères d'évaluation qui relèvent de la méthodologie de l'OCDE, notamment : pertinence, cohérence, efficacité, efficience, effets/outcomes et durabilité. Elle attire l'attention également sur les leçons apprises.

7 Pertinence

Dans toute considération de la pertinence du programme, une question prioritaire concerne l'alignement avec les stratégies nationales. Celles-ci sont incarnées depuis assez longtemps dans toute une série de documents qui incluent notamment : la Politique sectorielle de Santé, la Politique Nationale de la Jeunesse, la Politique Nationale Genre, le Programme National de Lutte contre les Violences basées sur le Genre, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples de 1981 et le Protocole à la Charte relatif aux droits des femmes en Afrique, le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 2014-2023 et le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2019-2023.

Avant d'analyser la politique de santé du Mali, il nous importe de rappeler les objectifs du programme. Pour mémoire, il est attendu du programme qu'il contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile à travers une amélioration de l'utilisation des services et méthodes de planification familiale de haute qualité à un prix abordable.

Plus spécifiquement, les objectifs du programme sont les suivants :

- La coordination des activités de planification familiale dans la zone d'intervention du programme aux niveaux district sanitaire, régional et national ;
- L'augmentation de la demande des services de planification familiale ;
- L'amélioration de l'offre des services de planification familiale ;
- Le renforcement de la sécurité contraceptive.

Dans ce contexte, nous pouvons noter que, dans la Loi 02-049 AN RM qui en donne les orientations, on trouve parmi les objectifs de la politique nationale de santé, évoqués dans l'Article 8 :

- La réduction des mortalités infanto-juvénile et maternelle,
- Le développement des services de planification familiale,
- La promotion des attitudes et comportements favorables à la santé et au bien-être de la famille,
- L'amélioration de l'utilisation des services de santé notamment par des actions d'information,
- D'éducation et de communication.

D'un autre côté, le document fait référence aux difficultés liées au développement d'un programme de santé scolaire et évoque, dans son Article 38, un programme de santé scolaire « élaboré d'un commun accord entre le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'éducation nationale ». Ce programme est destiné à permettre « à tout enfant au terme d'une scolarité normale de disposer du niveau minimum de connaissance lui permettant d'adopter des conduites appropriées dans sa vie personnelle, au sein de sa famille et vis-à-vis de son entourage ».

La Politique Nationale Genre du Mali (PNG-Mali) évoque explicitement le fait que « le relèvement de l'ensemble des indicateurs sociaux ne pourra se faire sans des mesures concrètes pour éliminer les disparités et les inégalités entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons.

Sans l'atteinte de cette équité, le Mali restera toujours dans une position qui lui est défavorable pour assurer [son] développement ». **Toutefois, la Politique reconnaît que « la législation interne n'étant pas harmonisée dans tous les cas avec les conventions internationales ratifiées par le Mali, la conséquence est que les droits des femmes ne sont pas toujours légalement reconnus et ne sont par conséquent pas toujours effectifs ».**

Un autre document important, le Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014 – 2023 évoque le taux très bas de la prévalence contraceptive (9.2%) de femmes en union utilisant un moyen moderne de contraception, des besoins non satisfaits estimés à 31% et un taux annuel élevé d'accroissement de la population (3.6%).

Ainsi, dans ses orientations stratégiques, il évoque comme un domaine prioritaire d'action, la planification familiale, qui devrait être « mieux repositionnée dans les activités de SR ».

Un autre domaine prioritaire concerne les violences faites aux femmes et aux enfants. Le rapport constate que « les pratiques néfastes à la santé de la femme et de la fille telles que les mutilations génitales féminines (MGF) et les violences sont encore courantes. En effet, malgré la baisse du taux de prévalence de la pratique des MGF/excision au Mali (85,2% - EDSM-IV), l'excision demeure une pratique courante ».

Les interventions prioritaires retenues dans le domaine de la planification familiale incluent :

- Diffusion de la politique et de la législation relatives à la santé de la reproduction ;

- Disponibilité permanente des produits contraceptifs ;
- Renforcement de la planification familiale, notamment les méthodes de longue durée ;
- Augmentation de la demande des services de planification familiale
- Facilitation de l'accès à la planification familiale, notamment pour les femmes et les adolescents ;
- Mise en place d'interventions de communication et d'information sur la planification familiale.

Le Plan d'Action Multisectoriel Santé des Adolescents et des Jeunes 2017-2021 évoque trois objectifs (sur 16) qui ont trait à la santé reproductive et qui correspondent étroitement aux ambitions du programme BKN :

- N° 4 : Augmenter l'utilisation des services de planification familiale pour les adolescents et les jeunes ;
- N° 5 : Réduire l'incidence des grossesses précoces et/ou non désirées chez les adolescents et les jeunes ;
- N° 6 : Assurer la prise en charge des avortements à risque chez les adolescents et les jeunes ;

Enfin, le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2019-2023 a organisé ses priorités stratégiques à travers cinq axes. Chacun de ces volets est détaillé en actions prioritaires, activités, sous-activités et indicateurs de résultat, assortis d'un échancier précis. Les cinq axes stratégiques du PANB 2019-2023, qui trouvent un écho dans les objectifs du programme, sont les suivants :

- La création de la demande
- L'offre et l'accès aux services
- La sécurisation des produits
- La politique, l'environnement habilitant et le financement
- La supervision, la coordination et le suivi-évaluation.

Ainsi, il est clair que les objectifs du programme BKN correspondent très largement aux priorités de santé telles qu'elles paraissent dans les nombreux documents de stratégie émis par le gouvernement. Toutefois, dans l'analyse de la pertinence du programme, il y a d'autres éléments à prendre en compte, notamment les suivants :

- Le processus d'identification : les objectifs du programme sont fondés sur les priorités de l'Ambassade des Pays-Bas au Mali et sont alignés avec les priorités du gouvernement du Mali aussi bien qu'avec l'agenda international.
- La couverture géographique : la sélection des sites a été basée sur la présence sur le terrain des trois partenaires, qui entre eux ont une couverture effective de plus de 80% des districts sanitaires.
- L'intégration dans les systèmes de routine et à différents niveaux du système de santé.

7.1 Au niveau national

- Soutien à la Direction de la Santé Reproductive au sein du Ministère de la Santé en ce qui concerne la coordination des différents intervenants au sein du groupe technique

- consultatif (coordination des acteurs clés au niveau national plus les partenaires techniques et financiers).
- Création d'un comité de pilotage, élargi aux autres partenaires et sous la responsabilité de la Direction Générale de la Santé, destiné à examiner la mise en œuvre du programme semestriellement.
 - Participation active des partenaires aux groupes thématiques et consultatifs en santé reproductive.

7.2 Au niveau régional

Soutien au processus de renforcement, de redynamisation et/ou de mise en place dans chaque région d'un cadre de concertation comme espace d'échanges entre la Direction Régionale de la Santé et (CSRéF), les Associations de Santé Communautaires (ASACO), les collectivités territoriales et d'autres partenaires administratifs et politiques. Participation dans ce contexte au processus de mapping trimestriel dans le domaine de la santé reproductive et la planification familiale.

7.3 Au niveau local

Mise sur pied des Ecoles des Maris dans le cadre d'un partenariat avec le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales et ceci dans le but de promouvoir l'implication des hommes dans la promotion de l'utilisation des services de santé de la reproduction afin de réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto juvénile. Il s'agit de la promotion de l'utilisation des services de santé de la reproduction à travers la communication pour le changement de comportement. Ce programme a suscité l'intérêt du gouvernement qui s'intéresserait à une mise à échelle.

Les entretiens sur le terrain ont confirmé la pertinence de la démarche BKN. Les difficultés pour les femmes et les jeunes et adolescents d'accéder les services de planification familiale. Ils ont mis en évidence la position dominante des hommes dans la prise de décision dans la sphère de la santé, y compris par rapport à la santé reproductive, et l'influence des barrières socioculturelles (les us et coutumes, la religion). Les entretiens ont très largement confirmé, par ailleurs, l'absence dans beaucoup de structures d'un choix en termes de produits et ont mis en lumière des prix qui sont inaccessibles pour bon nombre des clients.

Compte tenu de l'alignement du programme avec les politiques de santé, notamment reproductive, du gouvernement et étant donné son implication aux niveaux national, régional et local dans la mise en œuvre de différents aspects des stratégies nationales de santé reproductive et de planification familiale, il paraît évident que le programme est très pertinent dans le contexte malien. Les personnes interviewées n'ont que confirmé les difficultés auxquelles les clients, les femmes et les jeunes et adolescents en particulier, sont confrontés et donc, la nécessité de renforcer les services en termes d'accessibilité, de disponibilité et de qualité.

8 Cohérence

En ce qui concerne la cohérence du programme, il y a plusieurs dimensions qui s'avèrent importantes. Dans un premier temps, il s'agit de la cohérence de la coalition dans le contexte de la santé de la reproduction et la planification familiale au Mali. Le consortium consiste, donc, de trois organisations qui ont, chacune, sa propre histoire, ses caractéristiques et ses centres d'intérêt. Quant aux spécificités des trois organisations, elles se résument comme suit :

8.1 Marie Stopes International (MSI)

Marie Stopes International (MSI) a été fondée en 1973 et est présent dans 37 pays. Son objectif est de fournir aux couples des services de santé de qualité, y compris une planification familiale volontaire complète et des soins de santé reproductive, des soins de santé maternelle et infantile, dont l'accouchement sécurisé et les soins obstétricaux, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles, la prévention du VIH et des soins de santé généraux. L'organisation est présente au Mali depuis 2008, compte environ 135 salariés et est présente dans 6 régions et 31 districts du pays, y compris le district de Bamako.

MSI est spécialisée dans la gestion des services de SR/PF (franchise sociale, renforcement du système de santé, équipes mobiles et cliniques) Ses activités comprennent, entre autres : le renforcement de la capacité des prestataires, l'assurance qualité, la communication pour le changement social et de comportement, le marketing social, les achats, la logistique et les finances. Elle cible en particulier les femmes pauvres et les jeunes de moins de 25 ans, en particulier ceux qui n'ont que des revenus modestes. Ses agents de marketing social apportent des informations sur la santé de la reproduction et sur les avantages de la PF, ainsi que sur les méthodes disponibles. À l'échelle communautaire, l'intérêt est suscité également par le biais d'activités musicales, ludiques et de projection de films mais aussi à travers les médias de masse avec des campagnes télévisées ou à la radio. Elle est présente dans les régions de : Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Tombouctou.

8.2 Population Services International (PSI)

Population Services International (PSI) travaille dans plus de 70 pays et présent au Mali depuis 2001 où elle compte 142 salariés. Elle offre des services et distribue des produits de santé attrayants à des prix abordables aux populations cibles en se fondant sur le marketing social. Elle génère ainsi une demande pour les services et produits de santé qu'elle offre à travers des stratégies de communication innovantes et adaptées aux attentes des groupes cibles. Elle est active dans les régions suivantes : Bamako, Gao, Kayes, Mopti, Sikasso et Ségou.

Les actions menées ont pour objectif la réduction de la mortalité maternelle et infantile par l'amélioration de l'accès aux produits et services de planification familiale de qualité. PSI fait la promotion des méthodes contraceptives modernes grâce à son offre de service en collaboration avec le ministère de la santé, les centres de santé de référence (CSREF) dans le secteur public les centres de santé communautaire (CSCOM), mais aussi dans les structures de secteur privé à travers sa franchise sociale « ProFam ». Si une dimension importante de cette activité concerne des interventions de marketing social, un autre aspect clé de son travail est la communication pour le changement de comportement. Par ailleurs, elle met un accent sur le renforcement de la capacité institutionnelle, par exemple : la mise à jour des documents nationaux (procédures et normes politiques SR, plan stratégique national SR et plan d'action national PF).

8.3 L'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF)

L'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) est créée en 1972 et depuis 1983, est membre de l'IPPF. Elle a 98 salariés au Mali plus 400 volontaires, 650 jeunes pairs éducateurs et 1304 relais adultes et jeunes.

Elle travaille dans la région suivante : Bamako, Gao, Kayes, Koulikoro, Mopti, Sikasso et Ségou et intervient dans 42 aires de santé de 530 villages et/ou quartiers. Mis à part un financement par l'IPPF, ses autres partenaires financiers sont : USAID, UNFPA et la Banque Mondiale.

Ses domaines d'intervention principaux concernent :

- L'accès des populations aux services de planification familiale (PF) ;
- La prévention et la prise en charge des IST/VIH ;
- La promotion de la maternité sans risque ;
- La promotion des droits des adolescents et jeunes en matière de SR/PF ;
- Le plaidoyer en matière de droits en santé de la reproduction et planification familiale.

D'autres centres d'intérêt de l'AMPPF concernent :

- L'accroissement de l'accès aux services intégrés de qualité et aux informations sur les droits,
- Le renforcement du leadership dans le domaine des droits de santé sexuelle et reproductive,
- L'amélioration de l'efficacité des institutions et des opérations de l'AMPPF,
- Les modèles de communication pour le changement de comportement.

Ainsi, les différents membres du consortium ont des approches diverses et complémentaires pour surmonter les barrières socio-culturelles dans le domaine de la santé reproductive. Avant la constitution de cette coalition, ces approches étaient utilisées seulement à petite échelle. Il était clair qu'une mise à niveau pourrait avoir un impact national sur la levée de ces barrières.

8.4 Coordination

Au Mali, il y a une multiplicité d'acteurs dans les domaines de la santé reproductive et la planification familiale. Toutefois, si les acteurs sont nombreux au Mali, la coordination entre ces différents acteurs reste faible. Dans certaines localités les interventions sont dupliquées et dans d'autres la couverture n'est pas garantie, surtout dans les zones plus difficiles à accéder ou avec des populations plus réticentes à la PF. Au niveau national, la capacité de la Division Santé de la Reproduction (DSR), au sein de la Direction Générale de la Santé (DGS) à assurer la coordination des acteurs reste limitée. Mais l'instauration, l'animation et/ou le suivi d'un cadre de concertation entre les acteurs demeure une priorité pour assurer la rationalité, la disponibilité et l'universalité de l'offre sur le territoire national. Ces trois organisations, déjà très bien implantées dans le paysage national, ont une position unique et des compétences avérées pour contribuer à ce processus d'intégration et pour améliorer la cohérence de l'offre.

Un aspect donc de leur proposition était de soutenir la DSR au niveau national dans la coordination des différents intervenants au sein du groupe technique consultatif, par le biais d'un renforcement de la coordination avec les autres acteurs clés au niveau national et notamment avec le FNUAP, l'USAID, la Banque Mondiale et la coalition des organisations de la société civile engagées dans le domaine de la planification familiale.

Un autre aspect important de cette coordination était fondé sur le concept d'un comité de pilotage élargi aux autres partenaires sous la responsabilité de la DGS, qui examinerait la mise en œuvre du programme semestriellement. Les partenaires du consortium participent activement également aux groupes thématiques et consultatifs en santé reproductive.

Au niveau régional, les trois organisations assurent une couverture importante au sein du pays : elles sont présentes dans les huit régions ainsi que dans le district de Bamako avec une couverture effective de plus de 80% des districts sanitaires. Le succès de leurs approches est connu à travers le pays et fortes de cette présence, elles peuvent faciliter la coordination des différentes activités grâce, d'une part, à leurs relations consolidées avec les DRS, les Centres de Santé de Référence (CSREF), les Associations de Santé Communautaires (ASACO), les collectivités territoriales et d'autre part grâce à l'enracinement des activités et la visibilité des trois organisations membres du consortium.

Ainsi, dans le cadre du programme, un aspect important de leur travail concerne un appui au niveau régional aux cadres de concertation régionaux, destinés à éviter le chevauchement et la duplication des activités et de promouvoir l'optimisation des ressources. Ainsi le programme envisageait de contribuer à un processus de renforcement, de redynamisation ou de mise en place de ces cadres de concertation en évitant des duplications ou la multiplication des espaces d'échanges. Un aspect important de ce processus a été le mapping opérationnel trimestriel en santé reproductive et planification familiale, destiné à aider dans l'orientation des différentes interventions et ceci avec la participation des autorités locales administratives et politiques.

Dans le cadre du programme BKN, chaque partenaire a été chargé de mettre à la disposition de la Direction Régionale de la Santé un Assistant Technique Régional en planification familiale (ATR-PF) dans les régions qui leur étaient assignées. Le cadre de concertation trimestrielle a offert ainsi l'opportunité d'échanges, de mise à jour, de documentation des activités et interventions dans ce domaine pour les partenaires de mise en œuvre et les bailleurs de fonds dans chacune des régions. Dans ce contexte, il s'agit non seulement d'assurer la coordination avec les bailleurs de fonds internationaux tels USAID, l'Agence Française de Développement, la Coopération espagnole et des Pays-Bas, la Banque Mondiale etc., mais également avec les ONG locales présentes sur le terrain.

8.5 Cohérence et collaboration

Les évaluateurs ont souhaité « prendre la température » en ce qui concerne les attitudes et les jugements des gestionnaires du programme eux-mêmes par rapport à la cohérence de la structure organisationnelle. Les entretiens avec le personnel sénior du programme semblent conforter l'idée que ce consortium est à la fois cohérent et efficace. A quelques petites exceptions près, il n'y a pas eu de problème en ce qui concerne la collaboration entre les trois structures.

Parmi les points forts évoqués : la dynamique qui en est ressortie et qui a permis de travailler efficacement ensemble ; leur diversité et de ce fait, leur capacité de se compléter d'apporter des idées différentes mais complémentaires ; leur longue expérience de travailler dans le domaine de la santé reproductive. PSI s'est focalisé sur l'offre de services et le marketing ; AMPPF sur

l'offre des services et le marketing aussi mais avec un accent spécifique sur les jeunes et les adolescents et MSI concentre ses efforts sur l'offre de services, la communication pour le changement social et de comportement.

Les difficultés vécues au sein du consortium étaient surtout d'ordre logistique. Le programme n'est pas doté d'une logistique propre et de ce fait, il a fallu partager certaines tâches entre les partenaires production des manuels pour les Ecoles des Maris, par exemple. Il a été suggéré par un membre sénior du personnel du consortium que ce mode d'organisation pourrait être renforcé et sans doute bénéficierait de la nomination d'un directeur général qui pourrait ainsi en assurer la coordination.

Un autre problème qui a été soulevé était que le décaissement prenait souvent du temps car il fallait une validation par l'Ambassade de certaines étapes. Il y a eu une certaine lenteur aussi en ce qui concerne les banques, ce qui a eu un impact sur la mise en œuvre des activités.

Un cadre de concertation, redynamisés et équipé, fonctionne aujourd'hui dans chacun des huit régions du programme. Aujourd'hui, selon les partenaires mais aussi selon les directeurs régionaux de santé, le constat est très positif par rapport aux cadres de concertation. Le seul petit B Mol concerne l'impact du Covid qui, semble-t-il, a ralenti le rythme des concertations dans certains endroits.

A la lumière de la structuration de ces activités de soutien aux niveaux national et régional et prenant en compte les spécificités des trois partenaires, leur couverture géographique et les différences et les synergies possibles dans leurs approches, il paraît évident que dans sa conception, le programme BKN est à la fois cohérent et bien adapté au terrain.

9 Efficience

9.1 Le budget du programme

Le budget de BKN était de 6 millions d'Euros réparti comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5: Budget BKN

Budget BKN €	
MSI	2 500 000
PSI	2 000 000
AMPPF	1 500 000
Total	6 000 000

Le tableau ci-dessous en montre la répartition.

Tableau 6: Tableau récapitulatif du budget par objectifs en Euros

Tous les montants en euros	An 1	An 2	An 3	An 4	Total
Objectif 1 : Améliorer la coordination continue des activités de la PF au niveau des districts, régional et national	767 682	588 549	627 950	639 093	2 623 274
Objectif 2 : Augmenter la demande pour la PF par le biais de la communication pour le changement de comportement et la réduction des barrières socio-culturelles	368 932	315 520	327 451	321 928	1 333 830
Objectif 3 : Améliorer l'offre de services de PF de haute qualité à un prix abordable	274 748	359 425	327 487	295 633	1 257 293
Objectif 4 : Renforcer la sécurité contraceptive	46 828	55 489	68 071	68 060	238 447
COUTS INDIRECTS	144 498	133 112	136 262	133 282	547 154
Total	1 602 688	1 452 095	1 487 221	1 457 996	6 000 000

Source : Ministère des affaires étrangères Pays-Bas, tableau récapitulatif "par objectifs (2016)

Le budget total était de 6 millions d'Euros. MSI qui assurait le lead dans le consortium en avait la plus grande partie (2 500 000 Euros). La plus grande portion du budget était consacrée à l'Objectif 1 (coordination des activités de planification familiale au niveau national, régional et du district) avec 44% des dépenses, donc près de la moitié du budget. Ensuite venait l'Objectif 2 (augmentation de la demande pour la planification familiale par le biais de des activités de CCC et la réduction des barrières socio-culturelles) avec 22% du budget. Le troisième objectif (amélioration de l'offre de services de planification familiale de haute qualité à un prix abordable) n'était pas loin derrière avec 21% du budget.

Si le quatrième objectif du programme était de renforcer la sécurité contraceptive, le budget pour cette rubrique était plutôt modeste (4% du total). Cependant, en ce qui concerne les ruptures de stock des produits contraceptifs, qui sont souvent plus marquées pendant la saison des pluies à cause de l'état des routes, plusieurs personnes parmi celles qui ont été interviewées ont remarqué que, de temps à autre, le programme s'est retrouvé obligé de se substituer à l'Etat. Faute de moyens, ou simplement en l'absence d'une planification efficace, les pouvoirs publics étaient incapables de livrer les produits à temps.

Il était peut-être logique, dans le contexte du programme BKN d'investir lourdement dans la partie « coordination » des activités de planification familiale. Aujourd'hui, le système de cadres de concertation semble relativement bien implanté et il est désormais probable qu'un budget destiné à financer leur organisation sera inséré dans le plan opérationnel des régions. Dans cette situation, et dans la perspective d'une prolongation du programme, il serait prudent de rééquilibrer un peu plus le budget pour investir une portion de cet argent dans les autres modules objectifs.

Par rapport à l'efficacité, un autre problème qui a été soulevé lors

des entretiens concernait le décaissement qui, souvent, prenait un certain temps. Ceci était lié pour partie à des changements dans les procédures financières du Ministère des Affaires Etrangères hollandais et pour partie aux difficultés qui existent dans le système de virements internationaux, liés à l'absence en Afrique du système IBAN.

Comme nous avons déjà noté, pour soutenir l'organisation des réunions des cadres de concertation, un Assistant Technique Régional (ATR) a été mis à la disposition de chaque région. Une bonne partie des dépenses y afférant étaient liées au paiement des transports et per diem des participants et ce coût relativement important a été pris en charge pour l'ensemble des régions par le programme. Si ce processus se veut pérenne, il va falloir assurer l'intégration de ces sommes dans le budget régional de santé.

Un autre problème soulevé pendant les entretiens concerne l'absence d'une logistique commune pour le programme. Ainsi, quand il y a eu des dépenses spécifiques en commun, hors le contexte du budget de chaque partenaire, il a été nécessaire d'en négocier la prise en charge. Un exemple est le design et impression du manuel pour l'Ecole des Maris. Les dépenses y afférant, suite à un processus de négociation, ont été réparties entre les trois partenaires.

Une question peut se poser concernant l'absence apparente d'une vraie collaboration avec d'autres partenaires techniques et financiers. Il semblerait que le programme a travaillé en parallèle avec un certain nombre d'intervenants, sans pour autant s'investir en synergie avec eux dans le cadre d'un vrai partenariat. Ce type de partenariat aurait-il pu apporter des économies en termes de personnel, d'équipement, d'infrastructure ? Cette question pourrait peut-être être explorée dans le cadre d'une deuxième phase du programme, le cas échéant.

10 Efficacité

Fonctionnement des cadres de concertation.

10.1 Au niveau national

Pour la coordination des activités du programme au plan national, le consortium et ses partenaires ont mis en place un certain nombre d'instances de prise de décision.

10.1.1 Comité de Pilotage Elargi (CPE)

Ce comité avait pour but d'impliquer l'ensemble des parties prenantes dans la gestion du programme au plan national et de favoriser l'appropriation par les services techniques de l'Etat.

Dans le cadre de l'opérationnalisation de ce comité, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales assure le lead. Les différents directeurs régionaux de la santé, du Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire, de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, des représentants des organisations membres du consortium, des PTF et autres parties prenantes participent au pilotage du programme au niveau national de façon semestrielle.

Au prime abord, l'objectif visé par le comité de pilotage élargi était de faciliter l'appropriation du programme BKN par les acteurs Etatiques pour plus de durabilité. Bien que des efforts ont été faits en matière de présentation du bilan des activités, d'identification des difficultés et de leurs solutions, certaines personnes enquêtées ont révélé que les rencontres entre les acteurs au

niveau national n'étaient pas suffisamment bien organisées pour tirer le maximum de profit. Le leadership du consortium n'a pas convenablement réussi à développer l'appropriation chez les acteurs gouvernementaux. Ainsi, il y a eu moins d'impact en ce qui concerne l'application stricte des recommandations issues des rencontres au niveau national.

10.1.2 Comité de Pilotage Interne

Les membres du consortium se retrouvaient trimestriellement et à chaque fois que les besoins se faisaient sentir. Par ailleurs, en cas d'urgence, le consortium avait développé une attitude proactive afin d'échanger et d'apporter des solutions aux problèmes identifiés. Il s'agissait d'accélérer la mise en œuvre des activités et de tenir compte des réalités particulières dans les différentes zones d'intervention du programme.

Une des valeurs ajoutées de la tenue du comité de pilotage interne est la prise de décisions importantes pour améliorer la gestion du programme. Par exemple, nous pouvons citer l'initiative de la mise en place de la commission spécifique sur les Ecoles des Maris. De façon trimestrielle, les représentants des trois organisations se rencontraient pour réfléchir et décider les aspects relatifs aux Ecoles des Maris (mise en place, fonctionnement, accompagnement etc.).

L'évaluation a constaté une avancée significative par rapport à la stratégie d'implémentation des Ecoles des Maris.

Selon le cadre de performance BKN 2016-2019, 64 Ecoles des Maris ont été mises en place conformément à la planification de départ soit une réalisation de 100%. D'après cette même source, 778 hommes ont été formés et équipés de matériel de travail et mettent œuvre des activités de sensibilisation auprès des communautés en tant qu'élèves.

Un autre fait marquant est l'élaboration du manuel de l'approche sur les Ecoles des Maris qui a été validé en octobre 2020 par le Ministère de la santé et du développement social. Ce document constitue un guide précieux à la fois pour les acteurs gouvernementaux, les ONG et les associations pour le passage à l'échelle nationale des Ecoles des Maris en matière de promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile.

A côté du comité de pilotage interne, il y a le comité restreint de suivi-évaluation qui est composé des responsables de suivi-évaluateurs des trois membres du consortium. L'opérationnalisation de ce comité a permis de concevoir et d'harmoniser les outils de collecte, de compiler et d'analyser les données pour mieux informer les parties prenantes. Il a permis d'alerter les trois organisations dans la mise en œuvre des activités conformément à la planification (calendrier de mise en œuvre).

« Certaines ONG du consortium étaient en avance et d'autres en retard. Les différentes réunions de cadrage à l'interne ont permis de comprendre pourquoi ça n'avancait pas et de cadrer les choses. Aujourd'hui, on a pu mettre en place les 64 Ecoles des Maris prévus dans le programme » Agent Consortium.

10.2 Au niveau régional

La dynamisation et la coordination des cadres de concertation sur la planification familiale constituent l'axe premier du programme BKN. Ce volet a concerné l'ensemble des régions du

Mali exceptées les nouvelles régions (Ménaka, Taoudéni) mais aussi Kidal à cause de la situation sécuritaire.

« Auparavant, les cadres de concertation se tenaient mais ce n'étaient pas aussi organisés que ça, mais avec l'arrivée du projet BKN, nous avons pris en main ces cadres tout en les renforçant » ATR Consortium

Cet axe stratégique a permis de faire le mapping des intervenants en matière de planification familiale permettant d'éviter le chevauchement et la duplication. Durant la période d'intervention du programme BKN (2016-2020), les cadres de concertation ont été des espaces de communication et de dialogue entre le consortium, les services techniques de l'Etat, les organisations de la société civile autour de la santé sexuelle et reproductive etc. La réalisation des cadres de concertation a permis de faire la mise à jour continue des intervenants en PF, de présenter le bilan des activités réalisées sur un trimestre donné, d'identifier les difficultés survenues dans la mise en œuvre et d'apporter des solutions en formulant des recommandations. A chaque cadre de concertation, un rappel des recommandations précédentes et de leur mise en œuvre sont examinés.

Du côté des services techniques de l'Etat, ce sont les chargés de la PF et ceux de la SR-PF qui sont chargés de veiller à la mise en application des recommandations ainsi qu'à la recherche des solutions des points de recommandation.

Au niveau du consortium, les rapports de synthèse des différents cadres font l'objet de partage et d'échange afin d'apporter de solutions aux recommandations qui concernent directement les trois organisations (MSI, PSI et AMPPF).

Malgré la tenue des cadres de concertation, il y a des duplications et des chevauchements qui constituent des défis à relever pour la phase BKN2.

Tableau 7: Niveau d'atteinte des résultats en lien avec la tenue des réunions des cadres de concertation régionaux

Indicateurs	Cible globale du programme	Bilan réalisé
Le nombre de cadres de concertation des intervenants en Santé de la Reproduction /Planification Familiale redynamisé à travers le financement du projet.	8	8
Le nombre des réunions tenues dans le cadre de concertations régionales	64	43
Le nombre de missions de supervision menées avec les équipes cadres des DRS et CSREF dans les zones d'intervention du projet	20	36

Source : Cadre de performance BKN, 2016-2019

La mise à disposition des ATR auprès des DRS dans les différentes régions a davantage facilité la mobilisation des acteurs pour la tenue des cadres de concertation. Ceux-ci ont travaillé étroitement avec les Directions Régionales de la Santé (DRS) pour la planification et la mise en œuvre des cadres de concertation. Ils ont joué un rôle de catalyseur et constituent les intermédiaires entre les trois organisations (MSI, PSI et AMPPF) et les services techniques de l'Etat.

Les superviseurs de communications interpersonnelles (CIP) ont contribué à l'organisation des cadres de concertation et la supervision des activités des Ecoles des Maris au niveau communautaire.

10.3 Difficultés liées au fonctionnement des cadres de concertation

10.3.1. La dynamisation des cadres de concertation jugée difficile au démarrage du programme.

Après le lancement du programme, le volet « coordination des cadres de concertation » a connu un retard dans la mise en œuvre. A cause de l'agenda, la mobilisation des parties prenantes n'a pas été facile et a joué sur le respect de la tenue des cadres de concertation régionale conformément à la planification initiale (trimestrielle). C'est ainsi que dans les régions d'intervention, la tenue des premiers cadres de concertation a connu du retard.

Pour le District de Bamako, un accent particulier a été observé dans la tenue des cadres de concertation pour raison d'indisponibilité des services techniques. Parfois il a été difficile de trouver des dates consensuelles pour la tenue des cadres de concertation.

« C'est difficile d'avoir un agenda à Bamako pour organiser les cadres de concertations, car il faut courir à chaque fois derrière le chargé de la Santé de la Reproduction, le planificateur pour qu'ils inscrivent la tenue du cadre de concertation dans l'agenda. Ensuite, il faut aussi se battre afin de fixer une date pour organiser le cadre de concertation. » Agent Consortium.

Durant toute la période de mise en œuvre du programme, le problème de « minutage consensuel » a été un facteur de blocage et les solutions ont été apportées au cas par cas. Dans le cadre d'une prolongation

éventuelle du programme, il sera donc nécessaire de soulever cette question et d'identifier une solution durable.'

10.3.2. L'impact de la crise sanitaire de Covid-19 sur la tenue des cadres de concertation

La crise sanitaire de Covid-19 a cassé la dynamique dans la tenue des cadres de concertation. Par exemple cette année 2020, les cadres de concertations n'ont pas eu lieu comme prévu. C'est récemment le 14 septembre 2020, que le district de Bamako a tenu son deuxième cadre de concertation qui était prévu pour le deuxième trimestre (juillet 2020) et reporté à cause de la Covid-19.

Le respect des mesures barrières adoptées par les autorités gouvernementales et les partenaires techniques et financiers a ainsi influé sur la régularité des cadres de concertation.

« Au niveau de Bamako nous avons fait une seule rencontre de cadre de concertation cette année en février 2020, la deuxième a été programmée au 2ème trimestre mais avec la crise sanitaire, il a été difficile d'organiser un cadre de concertation » Agent Consortium.

10.4 Valeur ajoutée du consortium

Le regroupement des trois ONG au sein du consortium a été pertinent compte tenu de leurs compétences et expertises dans le domaine de la planification familiale au Mali. Cette vision a été largement partagée par les acteurs gouvernementaux ainsi que le personnel du consortium rencontrés lors de l'évaluation.

L'initiative de l'Ambassade Royale des Pays-Bas a financé le consortium pour la mise en œuvre du programme BKN a permis de favoriser le travail collaboratif et d'augmenter la couverture des services sur le plan national.

Au-delà du bien-fondé du consortium, quelques insuffisances ont été constatées dans la mise en œuvre du programme. Les trois ONG n'ont pas suffisamment réussi à mettre à profit l'idée du consortium.

10.4.1 Réalisation des activités axée plus sur la solitude que sur la complémentarité.

Par rapport à certains paquets d'activités du programme, une synergie d'action a été constatée entre les organisations membres du consortium. Les caravanes, les théâtres, forums etc. ont été réalisés conjointement dans les zones d'intervention du programme. L'organisation de ce volet de l'activité a pris en compte des gaps de prestation en attribuant des zones spécifiques à chaque organisation.

Cependant, l'évaluation a constaté que chaque organisation membre du consortium a fait la mise en œuvre des activités dans ses zones d'intervention sans une vraie synergie d'actions, c'est-à-dire chaque acteur du consortium a travaillé dans sa zone de façon solitaire.

Par exemple AMPPF intervient dans l'offre des services, PSI pour la création de la demande et MSI pour la mobilisation sociale. Chaque ONG a tenté de cumuler les fonctions (création de la demande, mobilisation communautaire et offre de service) sans pourtant être suffisamment à la hauteur des besoins des communautés. Nous pouvons parler d'une « approche isolatrice » en ce sens où chaque organisation tente de joindre les deux bouts.

La complémentarité entre les trois organisations membres du consortium est plus axée sur le territoire (maillage des régions) que sur la mise en œuvre des activités. Le développement des

plans d'actions et du budget était une activité commune aux membres du consortium. Pour ce qui concerne la réalisation des activités sur le terrain, chaque organisation était responsabilisée dans ses zones d'intervention, par exemple, en ce qui concerne l'animation des cadres de concertation dans ses régions d'intervention.

L'atteinte des résultats allait être maximisée si les trois organisations membres du consortium intervenaient ensemble dans les mêmes zones pour booster la demande et l'offre des services. Ce qui pourrait permettre de renforcer la logique d'action.

« La compréhension de l'idée du consortium au fil du déroulement du programme, il y a eu une certaine dénaturation parce que la gestion a été difficile à certain endroit, chaque partenaire élabore un plan d'action et un budget commun mais dans la mise en œuvre des activités à ce niveau l'idée du consortium a un peu manqué. » Agent Consortium

10.5 Fonctionnement du consortium

Durant la période de mise en œuvre du programme, MSI a assuré le lead du consortium. La qualité managériale du consortium a été diversement appréciée par les participants à l'évaluation.

Dans l'ensemble les données collectées corroborent que MSI a su gérer et manager le consortium pour réaliser les activités planifiées. Globalement, la majorité des objectifs du programme ont été atteints quantitativement. Dans certains cas, les objectifs planifiés ont même été dépassés. A chaque rencontre, les TDR sont élaborés mentionnant l'ordre du jour de la rencontre ainsi que le calendrier des activités à mener. Ainsi des rapports à cet effet sont produits et partagés avec les membres du consortium.

Malgré ces points forts, quelques fois, la gestion du consortium a été difficile à cause de la lenteur de certaines organisations membres du consortium à apporter des réponses à des requêtes formulées. Il s'agit entre autres d'un retard dans la réalisation des activités, le rapportage des données etc.

Il revenait à PSI de prendre en charge la communication et la visibilité du programme au sein du consortium. Le constat est que des spots à la télévision, aux radios ont été réalisés. En plus des outils de communication à savoir les banderoles, les pagnes, les tee-shirts, les casquettes etc. ont été utilisés pour renforcer la visibilité du programme ainsi que le bailleur de fonds.

Sur le plan national, le consortium pouvait améliorer un peu plus la visibilité du programme BKN et spécifiquement celle de l'Ambassade Royale des Pays-Bas. Pour la campagne nationale de planification familiale pour cette année (2020) qui a été réalisée de façon virtuelle, la visibilité du programme BKN a été jugée faible selon certains personnels du consortium enquêtés lors de l'évaluation.

10.6 Possibilité du maintien/ou du changement du lead au sein du consortium.

Après quatre ans d'exécution du programme, la majorité des personnes rencontrées lors de l'évaluation pensent que MSI doit continuer à assurer le lead du consortium tout en repensant les aspects qui n'ont pas suffisamment marché. Pour la seconde phase, il serait souhaitable de revoir en amont le mécanisme de gouvernance du consortium pour plus d'efficacité et d'efficience avec, notamment, la nomination d'un directeur de programme.

« Il y a un besoin de revoir le mécanisme de gouvernance du consortium pour que ça puisse être véritablement un consortium. » Agent du consortium

L'idée rotative en termes de leadership a été suggérée par d'autres afin de respecter la dimension participative et le respect de l'équité au sein du consortium. Le fait de changer le lead pourrait être une source de motivation dans le but de consolider les acquis mais aussi d'innover pour améliorer la qualité de coordination ainsi que l'atteinte des résultats.

« L'idée de faire une rotation n'est pas mal, cela permettra de motiver les autres partenaires qui sont dans le consortium, par exemple cette fois-ci c'est Marie Stop qui a piloté et voici les résultats et prochainement c'est AMPPF ou PSI qui va piloter. Dans ce cas-là chacun va essayer de dépasser ce que l'autre a fait. Souvent si on reste avec la même équipe alors que c'est un projet de 4 ans cela peut créer une inefficacité et rester dans la routine » Agent service Technique Bamako

En plus, certains services techniques de l'Etat comme la Sous-direction Santé reproductive ont exprimé le besoin d'élargissement du consortium à d'autres ONG intervenant dans le domaine de la SR-PF. Cette stratégie permettrait d'aller vers l'approche du « faire-faire » et de faciliter le passage à l'échelle surtout en ce qui concerne la mise en place des Ecoles des Maris.

10.7 Services Techniques de l'Etat

Dans la mise en œuvre du programme BKN dans les différentes régions, le Consortium MSI, PSI et AMPPF a collaboré avec les structures techniques de l'Etat. Sur le plan institutionnel, la tutelle du programme est assurée par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Dans les régions, les Directions Régionales de la Santé ont travaillé en étroite collaboration avec les Assistances Techniques et les superviseurs de communication interpersonnelle (CIP) pour la mise en œuvre des activités planifiées.

Le programme a également impliqué le Ministère de Développement Social et de l'Economie solidaire ainsi que le Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et leurs démembrés dans les régions pour assurer le suivi des actions après la fin du programme.

Dans les Directions Régionales de la Santé, les points focaux PF et ceux des Ecoles des Maris participent de façon active au programme.

Cependant, l'évaluation a constaté quelques insuffisances dans la collaboration avec les structures techniques de l'Etat. A Kayes par exemple, le personnel de la Direction Régionale de la Santé, du CSRéf et des aires de santé affirme de ne pas être avisé à temps par rapport au suivi-conjoint des activités sur le terrain.

Quant à la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, l'évaluation constate qu'elle n'était pas directement impliquée dans le suivi rapproché des activités sur le terrain.

Compte tenu de ses compétences dans la création de la demande, il serait plus utile de l'impliquer davantage à travers le financement des activités de communication.

Avec l'ensemble des structures techniques de l'Etat, le programme BKN doit renforcer la communication institutionnelle afin de favoriser la participation des parties prenantes aux actions sur le terrain.

Les services techniques de l'Etat ont exprimé le souhait d'être, à l'avenir, plus étroitement associés à la conception des programmes financés par l'Ambassade Royale des Pays-Bas mais également d'autres bailleurs de fonds. Ceci permettra d'adapter les interventions aux priorités des régions d'intervention et de prendre en compte les spécificités.

« Nous avons des choses à reprocher, nous souhaitons que ces partenaires associent davantage des services de l'Etat à l'élaboration de leurs projets. Et ce n'est pas ce qui est fait souvent, ce sont des projets déjà ficelés et qu'on vient nous dérouler et nous avons l'impression qu'il y'a une mise dans les faits accomplis. Progressivement ça doit changer. Maintenant » Agent Service
Technique Kayes

10.8 Synergie d'action avec d'autres programmes de bailleur de Fonds

Le programme BKN est actif à côté d'autres programmes dans les zones d'intervention. Les résultats auxquels le programme est parvenu témoignent aussi de la présence d'autres ONG.

Par exemple à Ségou et précisément dans le district sanitaire de Ségou, les enquêtes de terrain révèlent que l'ONG Terre des Hommes, l'USAID et World Vision interviennent dans le domaine de la santé.

Le projet Atteindre le dernier Kilomètre intervient dans 2 régions d'intervention du programme BKN sur la période 2018-2021. Il s'agit des régions de Ségou et Mopti. Il vise à renforcer, d'une part, les capacités du système logistique national de contraceptifs et de médicaments essentiels jusqu'au dernier village et hameau de culture, et d'autre part, l'offre de services en planification familiale en vue de contribuer à l'accroissement du taux de prévalence contraceptive moderne chez les couples en union, à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et à l'accélération de la transition démographique.

En 2019, L'UNFPA et l'Ambassade Royale des Pays-Bas ont renforcé les capacités du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales à travers la dotation en équipements et matériels roulants ainsi qu'en produits médicaux à hauteur de 335 372 560 F CFA (500 000 Euros).

Un autre programme financé par l'Ambassade des Pays-Bas, « Actions concertées pour l'amélioration de la santé de la reproduction et la promotion des droits des femmes et des filles » dénommé Debbo Alafia est actif dans les régions de Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka. Plusieurs ONG (Association ASDAP, MSH-CAEB et AEN-AMSS) font la mise en œuvre de ce programme qui comporte les axes ci-après :

- Résultat 1 : Croissance de 30% de la demande en PF y compris des méthodes contraceptives modernes de longue durée par les adolescents, les femmes et hommes en âge de procréer dans la Région de Ségou dans la période couverte par le Programme.
- Résultat 2 : 70% des demandes de services de planification familiale et produits contraceptifs de qualité des hommes et femmes, filles et garçons sont satisfaits dans la Région de Ségou en 2019.
- Résultat 3 : 60% des femmes et des jeunes (filles et garçons) touchés par les activités d'IEC connaissent leurs droits et prennent en toute responsabilité des décisions concernant leur santé reproductive et sexuelle.
- Résultat 4 : Au moins 50% des populations (hommes et femmes) des zones touchées par le programme connaissent les conséquences de l'excision et du mariage précoce et s'engagent pour leur abandon.

Les enquêtes de terrain et les rapports de Synthèse du Comité de Pilotage Elargi mentionnent la participation de l'ASDAP et HP+/USAID aux cadres de concertation au niveau national et

régional. A Mopti MSH-CAEB participe également aux cadres de concertation régionale. Cela constitue un avantage dans la coordination des activités afin de maximiser l'atteinte des résultats.

Le programme BKN collabore avec l'UNFPA dans la quantification des besoins en matière de produits contraceptifs ainsi que dans l'approvisionnement.

Quant à la région de Kayes, l'ONG IAMANEH œuvre dans le domaine de la santé maternelle et infantile.

En somme, si le programme collabore avec certains bailleurs de fonds, ils semblent plutôt travailler en parallèle avec d'autres. Il serait utile dans le futur de renforcer la collaboration pour favoriser l'atteinte des résultats.

10.9 Rôle de l'ambassade dans l'opérationnalisation de la synergie avec les autres acteurs

Dans l'ensemble, la collaboration entre le consortium et l'Ambassade Royale des Pays-Bas s'est bien déroulée. L'Ambassade Royale des Pays-Bas a eu un regard sur les activités du programme BKN par le biais de la participation aux comités de Pilotage (interne et externe).

Elle a également participé aux activités de suivi-conjoints dans les différentes régions d'intervention du programme BKN comme, par exemple, dans le cas des Ecoles des Maris.

Une difficulté signalée par le consortium concerne des lenteurs dans le décaissement des fonds qui parfois répercutait négativement sur la mise en œuvre des activités. En outre, le consortium a évoqué l'intérêt d'augmenter le nombre de rencontres avec l'ambassade pour leur permettre de faire plus régulièrement le bilan de la mise en œuvre des activités du programme.

C'est pourquoi, dans le futur, il a été souhaité d'avoir une plage trimestrielle pour la présentation des activités du programme au sein de l'Ambassade Royale des Pays-Bas. Cela permettrait de renforcer davantage la communication entre le bailleur de fonds et le consortium et d'apporter au fur et à mesure des solutions pratiques aux problèmes.

10.10 Contribution du programme dans la sécurité contraceptive

10.10.1 Au plan de la collecte et de la remontée des données sanitaires

Au Mali, la collecte et la remontée des données sanitaires se font à quatre (4) niveaux : CCom, CSRéf, Régional et National). Pour améliorer la qualité de la collecte et de la remontée des données, le programme a contribué à la formation du personnel de santé à différents niveaux.

Au plan national, la collecte et la remontée des données ont transité du logiciel de Développement Sanitaire du Mali (DSAM) au logiciel d'Information Sanitaire du District (DHIS2).

Selon le personnel de santé enquêté, il y a eu une amélioration de la qualité des données sanitaires tout en respectant le délai. L'évaluation note une dynamique positive dans la collecte des données et de leur validation.

Concernant l'implication des structures de santé privées, le programme BKN a réalisé une journée de plaidoyer à l'endroit des ordres professionnels et associations dans le domaine de la santé

Malgré l'appui du programme BKN dans l'amélioration de la collecte et de la remontée des données, un ensemble de facteurs a été identifié qui constitue un défi à relever.

10.10.2 Difficultés observées dans la collecte et la remontée des données

La négligence et l'assiduité du personnel de santé des structures publiques ont été signalées par certaines personnes enquêtées comme facteur d'irrégularité dans l'enregistrement des données sanitaires dans les supports primaires. Le fait que les données ne sont pas enregistrées automatiquement entraîne des cas d'omission. Ces différentes attitudes chez le personnel de santé ont été identifiées à Kayes, Ségou, Sikasso ainsi que le District de Bamako.

« Il y a des efforts à faire par ce que les différentes supervisions relèvent des insuffisances dans le remplissage des supports primaires, donc les registres des PF et les différentes autres fiches ; quelques fois ils ne sont pas renseignés ou même mal renseignés. » Personnel de Santé Barouéli

« Je pense qu'ils n'enregistrent pas les données comme il faut, ils ne s'assoient pas pour faire un rapport sinon le rapport de PF doit être fait, ils sont négligeant là-dessus. Ils n'accordent pas la valeur à la chose. » Agent services Techniques Kignan »

10.11 Le faible niveau d'instruction des membres des Ecoles des Maris

Dans certains cas, les coachs et les élèves n'ont pas suffisamment de niveau d'instruction pour remplir correctement les supports de collecte mis à leur disposition.

Le renforcement de leurs capacités dans le futur est nécessaire afin de contribuer davantage à la collecte des données faibles au premier échelon de la pyramide sanitaire.

10.11.1 Pour les structures privées

Les acteurs du secteur privé perçoivent l'enregistrement des données comme une charge supplémentaire (augmentation du volume du travail) et en contrepartie ne bénéficient pas d'accompagnement de la part de l'Etat. D'où la source de démotivation chez le personnel sociosanitaire du secteur privé.

Le même problème de collecte et de remontée des données a été constaté chez les vendeurs ambulants, les boutiquiers.

L'engagement des acteurs du secteur privé dans la collecte et la remontée passe par la formation, la mise à disposition des outils de travail (logiciel, ordinateurs) et le suivi mensuel.

« Si on arrivait à les insérer dans le système comme les CSCom en les dotant du logiciel et des ordinateurs pour qu'ils saisissent directement leurs données et d'envoyer au niveau district, cela sera une bonne chose. » Personnel de Santé Barouéli

10.11.2 Au plan de la sécurité contraceptive

Le programme BKN a contribué au renforcement de la disponibilité des intrants en matière de planification familiale dans les différentes régions d'intervention. Il s'agissait d'améliorer la culture de la gestion et de prévenir les cas de rupture des intrants PF.

Selon le rapport annuel 2017, le programme BKN a formé un pool de formateurs en quantification des produits contraceptifs composé majoritairement des pharmaciens des régions de Kayes,

Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti et le District de Bamako mais

aussi des représentants des structures techniques au niveau national (Direction de la Pharmacie et du Médicament, Pharmacie Populaire du Mali, MSI, AMPPEF etc.).

Sur 8 réunions de quantification des produits contraceptifs prévues, le programme BKN a eu à participer à 5 réunions. Ces différentes rencontres ont permis de développer la prise de conscience chez les acteurs pour une meilleure estimation des besoins et d'inciter davantage les bailleurs de Fonds (UNFPA et USAID) à respecter leur engagement dans l'approvisionnement des produits contraceptifs.

Selon le rapport annuel de 2018, 67 gestionnaires des dépôts de vente sur 87 prévus ont été formés en gestion de produits par MSI Mali dans les structures d'offre de services dans les districts sanitaires de Kalaban Coro (8), Tombouctou (27), Koutiala (22) et Bougouni (10).

La contribution du programme BKN a également concerné l'achat des consommables à l'endroit des structures de santé (6910 unités de Jadelle, 26910 unités d'implanon, 26910 unités de gants stériles et 1900 boîtes de compresses) (rapport annuel 2017).

La célébration de la campagne nationale de planification familiale constitue une priorité pour le programme BKN. Chaque année (2016-2020), le programme apporte un appui financier à l'Etat Malien pour la satisfaction des besoins des utilisatrices et utilisateurs des services de santé relatifs à la PF. La particularité de cette année est que la campagne a été réalisée de façon virtuelle.

10.12 Performance des Ecoles des Maris

Les écoles des maris ont été mises en place dans les localités où il y avait des réticences chez les hommes en matière de SR-PF. Cette initiative a été perçue comme une approche novatrice afin de favoriser l'engagement communautaire dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile.

De façon globale, le programme a réussi à mettre en place soixante-quatre Ecoles des Maris. La majorité de ces écoles a été mise en place à partir de 2017-2018. Seulement, 6 Ecoles des Maris ont été mises en place en 2019 (Wakoro, Banco, N'Golobougou, Kodougouni, Dougouwolo et Tonka). Les soixante-quatre Ecoles des Maris ont été réparties équitablement entre les trois membres des organisations, soit huit par région.

Les enquêtes de terrain révèlent que le processus de mise en place des Ecoles des Maris a été respecté et le critère de diversité (personnes âgées, lettrés/illettrés, jeunes etc.) a été pris en compte. A travers l'approche participative, les membres des EdM sont choisis à l'unanimité. Cette stratégie a permis de faciliter l'adhésion des communautés aux activités du programme.

Les entretiens individuels et les focus group de discussion avec les membres des EdM, du personnel de santé, et des services techniques corroborent la pertinence des modules de formation dispensés (CPN, CPON, PF, écoute attentive etc.). Les différentes formations ont permis aux membres des EdM d'acquérir des connaissances et les transférer au sein de la communauté pour un changement de comportement social.

La stratégie d'introduction et d'implémentation du programme BKN qui a consisté à mettre le focus sur les services intégrés (santé maternelle, néonatale et infantile) a favorisé l'acceptation du programme par les communautés.

10.13 Système de motivation des EdM

Pour favoriser la durabilité des EdM, le programme a mis en avant la motivation non monétaire des EdM. Elles ont bénéficié de l'appui matériel afin qu'elles puissent réaliser les activités de sensibilisation avec les communautés (hommes, femmes). D'une zone à une autre, les membres des EdM bénéficient du sucre, du thé, du lait.

10.14 Contribution des EdM au niveau communautaire

L'initiative des EdM a été une opportunité pour les communautés bénéficiaires du programme BKN. Le fait que les membres des EdM sont issus des communautés a favorisé l'acceptation du programme. L'animation des causeries-éducatives dans les familles en lien avec les thématiques de santé reproductive, la vaccination, la PF, la CPN, la CPON, le référencement, etc. sont autant d'activités menées par les membres des EdM au niveau de la communauté.

A travers leur action à la base, l'évaluation a constaté un début de changement chez les hommes et les femmes dans la fréquentation des structures de santé. Grâce aux différentes formations, les EdM ont transmis des connaissances acquises à l'endroit de la communauté.

La fréquence des interrelations entre membres EdM et communautés (hommes et femmes, jeunes filles) a permis de lever des stéréotypes sur la PF.

De façon progressive, les EdM ont voulu embrasser d'autres secteurs afin de contribuer à l'amélioration du bien-être de la population.

Les activités d'hygiène et d'assainissement des structures de santé, des écoles, des mairies etc., du don de sang, de la réparation des routes etc. ont été appréciées positivement par l'ensemble des parties prenantes (leaders communautaires, ASACO, etc.)

« Les maris modèles s'organisent pour faire du don de sang afin de sauver des vies. Ils ont vraiment l'habitude de le faire. Il y a aussi des activités communautaires par exemple les réparations du CSCom c'est-à-dire le désherbage de la cour du CSCom, la réparation des routes et d'autres initiatives » Agent du consortium Sikasso

10.15 Les EdM comme une vitrine

Les EdM constituent l'interface entre les communautés et le personnel de santé d'une part, et les ONG d'autre part. Compte tenu de leur visibilité au niveau local, il y a d'autres ONG qui se réfèrent aux EdM pour faire passer les messages d'information et de sensibilisation.

« Par exemple quand une autre ONG va sur le terrain par exemple si c'est sur la santé, donc les maris modèles sont là pour les appuyer par rapport à leurs affinités » Agent du consortium Sikasso

Leur mise en place a contribué à améliorer le travail du personnel de santé au niveau CSCom. Les membres des EdM à travers les coachs jouent un rôle dans la collecte des données et le référencement des malades.

« Les petits problèmes que le CSCom connaissait avant ont été beaucoup diminués. L'hôpital n'était pas assez fréquenté. Maintenant, grâce à la mise en place de l'école des maris, cette faible fréquentation a été diminuée, les gens viennent ici permanemment » Membre EdM_Lassa_District sanitaire de la commune IV »

« Lors d'une conférence, j'ai senti que les populations ont appris beaucoup de choses sur la PF. Ce qui montre que les Ecoles des Maris ont beaucoup pesé dans le changement de comportement. Partout où il y a l'école des maris, il y a eu l'adhésion de la communauté. Actuellement la CPN est faite, on voit fréquemment la CPN au huitième mois. »
Personnel de Santé Sikasso

Du côté des ASACO, l'initiative des EdM a permis d'améliorer le taux de fréquentation avec des répercussions positives sur l'état financier des CSCOM.

« Ce sont plutôt les maris modèles qui sont engagés. Ils sensibilisent nos maris et grâce à eux vraiment beaucoup d'hommes ont adhéré. Maintenant, ils nous accompagnent maintenant. Par contre, pour les jeunes filles, nous sommes réticentes puisque quand elles comprendront, elles peuvent fréquenter un homme sans tomber enceinte, là c'est grave pour notre société (rire) »
Participante Focus group Kalaké Sites avec EdM District sanitaire de Baraouéli

10.16 Difficultés évoquées par les EdM

Malgré l'appui du programme BKN auprès des EdM, l'évaluation a soulevé quelques insuffisances qui ont ralenti l'élan de mise en œuvre des activités.

A Bamako, Kayes, Ségou et à Sikasso, les EdM ont mis l'accent sur le non-renouvellement des tenues. A cela s'ajoute la rupture dans l'approvisionnement des outils de travail comme la fiche de référence, cahier de suivi.

A Bamako, les EdM ont révélé que les boîtes à image sont insuffisantes eu égard au nombre d'élèves. Les conditions de protection des outils de travail ne sont pas à hauteur de souhait. Certaines EdM ne disposent pas des sacs pouvant contenir les outils de travail.

Dans la mise en œuvre des activités, les EdM sont confrontées au problème d'électricité. En cas de coupure d'électricité, elles sont handicapées.

« La plupart de nos activités est menée pendant la nuit et le problème d'éclairage se pose souvent. Au Mali, tout le monde est au courant du problème d'électricité, souvent nous avons des difficultés d'aller travailler à cause de la coupure d'électricité » Participant Focus Group_EdM Lassa_District sanitaire de la commune IV.

Compte tenu du faible niveau d'instruction de certains coachs, le remplissage correct des cahiers de suivi posait des problèmes.

Le fait de ne disposer de badge par les EdM a été perçu comme une difficulté dans la collaboration avec les structures comme les CSRéf et les hôpitaux. Il y a eu aussi la nondélivrance des attestations de formation aux élèves.

10.16.1 En termes suivi-rapproché

L'insuffisance de suivi régulier des EdM a été relevée comme une difficulté. C'est pourquoi les activités de certaines EdM ont été ralenties dans certaines localité Cette irrégularité de suivi est notamment due à la distance et au mauvais état des routes notamment pour la région de Kayes. Par ailleurs, pendant la période hivernale, les activités d'information et de sensibilisation des EdM ont connu un ralenti.

10.16.2 En termes de mise en réseau

Pendant quatre ans, il a été constaté que les EdM ont été enfermées dans leurs zones sans prise de contact avec l'extérieur. Or, la mise en réseau des EdM dans les différentes régions du Mali et à l'extérieur pourrait permettre de partager les expériences et de renforcer la visibilité des EdM au niveau national.

Les visites d'échanges et d'expériences entre les EdM à l'intérieur et à l'extérieur du Mali constituent un axe stratégique pour la consolidation des acquis pour la phase BKN 2.

10.16.3 Analyse comparative entre Sites avec EdM et sites sans EdM

La comparaison entre les deux sites est faite qualitativement et quantitativement afin de mettre en exergue la valeur ajoutée des Ecoles des Maris.

Pour apprécier qualitativement, nous avons réalisé des entretiens individuels et des focus groups de discussion à la fois dans les aires de santé avec EdM et celles sans EdM. Le recoupement des informations recueillies auprès des participants à l'évaluation a permis de faire le constat suivant :

Tableau 8: Analyse comparative entre Sites avec EdM et sites sans EdM

Points de comparaison ¹	Aires de santé avec EdM	Aires de santé sans EdM
Engagement des hommes	<p>Nous retenons qu'il y a une dynamique positive en matière d'implication des hommes dans la prévention et la prise en charge des maladies de la mère, du nouveau et de l'enfant. Les EdM sont structurées et collaborent avec les ASACO dans la mise en œuvre des activités d'information, de sensibilisation à l'endroit de la communauté</p> <p>Il y a un développement de la gouvernance locale à travers l'implication des leaders communautaires et une consolidation de la relation entre personnel de santé et communautés.</p>	<p>Il n'existe pas un groupe d'hommes qui œuvrent pour le bien-être des femmes et des enfants. Généralement, ce sont les relais, les ASC qui interviennent.</p>
Collecte des données	<p>Le constat est que les EdM à travers les coaches contribuent à la collecte des données au niveau de CSCoM. (Remplissage des fiches)</p>	<p>Cette participation à la collecte des données n'existe pas dans les sites sans EdM</p>
Santé et mobilisation communautaire	<p>En fonction des réalités des CSCoM (insuffisance de fréquentation, morbidité élevée du paludisme, de la diarrhée etc.) les DTC s'appuient sur les EdM pour réaliser des activités de communication avec les groupes stratégiques au sein de la communauté.</p> <p>Les EdM sont en voie de devenir un vrai levier d'appui pour les CSCoM</p>	<p>En dehors des causeries éducatives réalisées par le personnel de santé, les relais communautaires, ce genre d'initiative n'existe pas les zones sans EdM.</p>

¹ Source : Evaluation Finale BKN, 2020

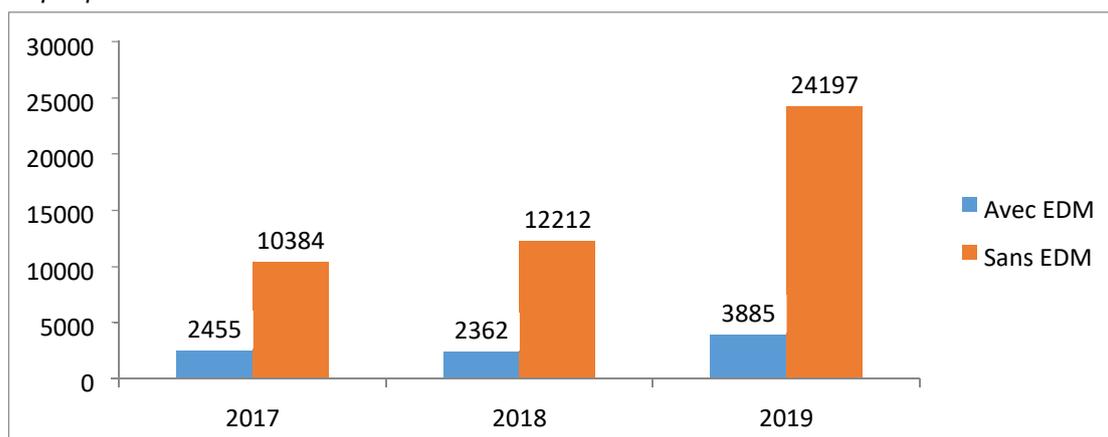
Changement social de comportements	Avec les EdM, nous assistons à un changement de comportements chez les hommes qui étaient contre l'utilisation de la PF par les femmes en âge de procréer. Le tabou autour de la PF commence à briser et les hommes jouent leur rôle dans la CPN, accouchement assisté, CPON (accord décisionnel, prise en dépenses, accompagnement et soutien moral)	Ici, il y a des hommes qui sensibles aux problèmes sanitaires des mères, des nouveau-nés et des enfants. Cela est visible individuellement que collectivement.
Enracinement des valeurs citoyennes	Nous avons constaté que les EdM réalisent des activités citoyennes à savoir l'assainissement des lieux publics (mairies, marchés, CSCom). Leur intervention est d'ordre multisectoriel	Nous n'avons pas constaté le développement de la citoyenneté dans les sites sans EdM.

Source : Evaluation finale BKN 2020

Pour l'appréciation quantitative, nous avons fait recours au logiciel DHIS 2 pour comparer certains indicateurs à la fois dans les sites avec EdM et sans EdM dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou et le district de Bamako (voir l'étude qui figure à l'Annexe 4).

Pour ce faire, l'accent a été mis sur quelques indicateurs : nouvelles consultations en PF

Graphique 1: Evolution du nombre de nouvelles consultations en PF

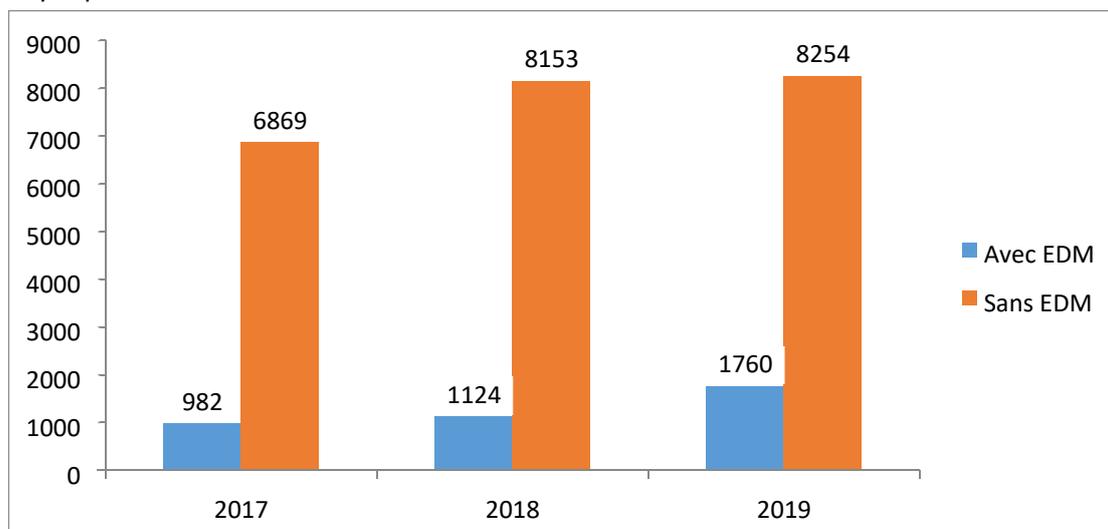


Source : Evaluation finale BKN, 2020

Le nombre de nouvelles consultations en planification familiale est globalement croissant sur la période de 2017 à 2019 aussi bien pour les aires sans écoles de maris que pour ceux avec écoles de maris. Le nombre passe de 2455 en 2017 à 3885 en 2019 soit une augmentation de 58 % dans les aires avec écoles de maris. Cependant, dans les aires sans écoles de maris, les chiffres ont plus que doublés en passant de 10 384 à 24 197. A l'évidence, il ne se dégage pas une amélioration quantitative dans aires avec EDM par rapport aux autres en ce qui concerne l'utilisation des services de planification familiale. Cette question nécessiterait une étude spécifique, afin d'en identifier les raisons. Il est possible, voire probable, que c'est plus facile pour les « maris models » d'aborder des sujets moins sensibles et plus consensuels dans leurs contacts avec la communauté. Le sujet de consultations liées à la prise en charge de la grossesse est nettement plus facile à vendre dans un environnement traditionnel et conservateur.

10.16.4 Cas de la CPN4

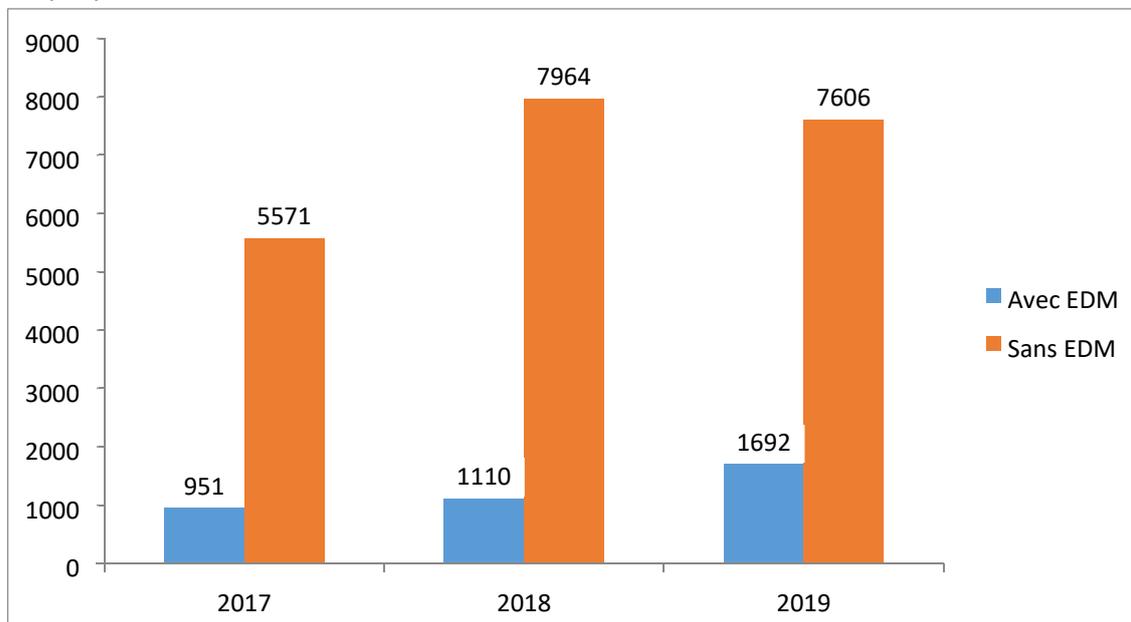
Graphique 2: Evolution du nombre de CPN4



Source : Evaluation finale BKN, 2020

Les écoles de maris semblent avoir eu un effet quantitatif sur la consultation prénatale. En effet, le nombre de femmes en âge de procréer ayant eu au moins 4 CPN a augmenté de 79 % dans les aires avec écoles de mari contre 20 % dans les aires sans écoles de maris.

Graphique 3: Evolution du nombre de CPN effectives



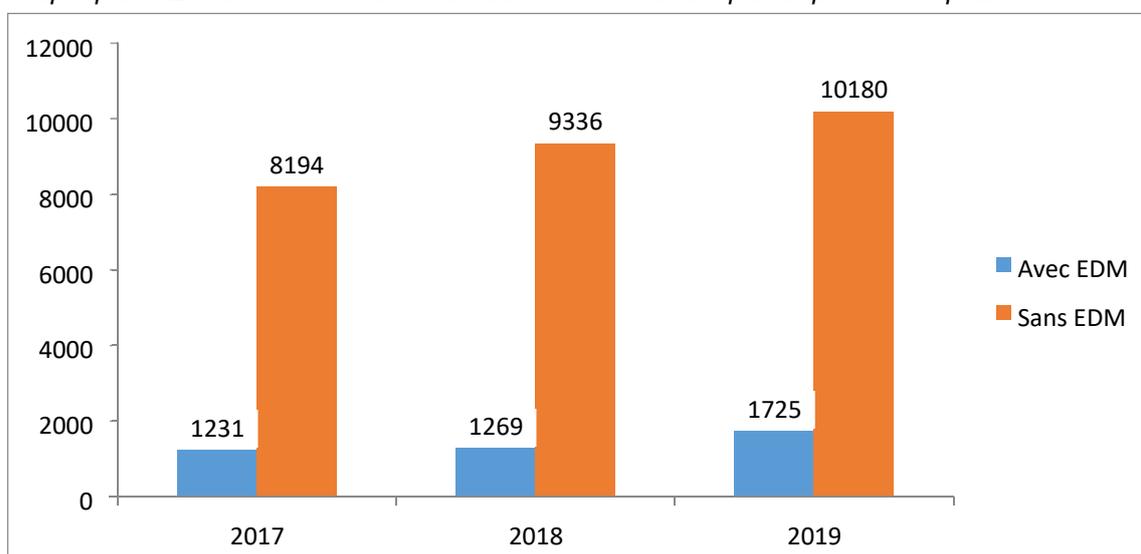
Source : Evaluation finale BKN, 2020

Le nombre de CPN effectives a augmenté de 78 % en aires avec

EDM entre 2017 et 2019 alors qu'il n'a augmenté que de 37 % dans les aires sans EDM. Cela sous-entendrait un effet positif des écoles de mari sur les CPN et leur effectivité.

10.16.5 Cas d'accouchement assisté

Graphique 4: Evolution du nombre d'accouchements assisté par un personnel qualifié

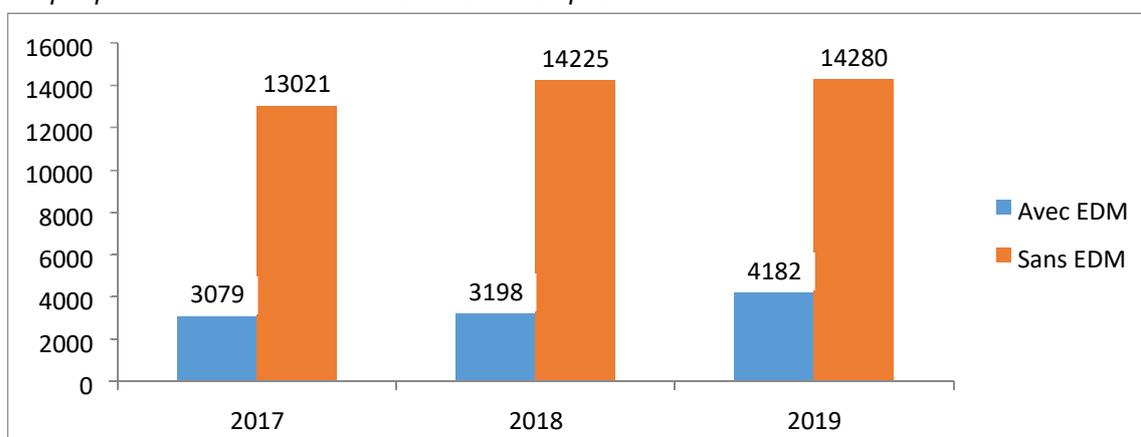


Source : Evaluation finale BKN, 2020

A l'image des consultations prénatales, les accouchements par un personnel qualifié aussi augmentent plus dans les aires avec écoles de maris que dans les aires sans écoles de maris. Le nombre d'accouchements par un personnel qualifié a augmenté de 40 % entre 2017 et 2019 dans les aires avec EDM contre 24 % dans les aires sans écoles de maris.

10.16.6 Cas de la consultation postnatale

Graphique 5: Evolution du taux de consultation postnatale



Source : Evaluation finale BKN, 2020

La consultation postnatale semble profiter d'un effet favorable des écoles de maris, du moins, l'augmentation du nombre de CPON est plus important dans les aires avec écoles de maris que dans celles sans écoles de maris. L'augmentation est de 36 % dans les aires avec écoles de maris contre 10 % dans les aires sans écoles de maris.

En somme, la mise en place des Ecoles des Maris a contribué à l'amélioration des indicateurs périnataux. En revanche, dans le domaine de la PF, étant donné les barrières socio-culturelles auxquelles elles étaient confrontées au démarrage du programme, il faudrait du temps – et sans doute une étude spécifique - pour mieux appréhender leur impact à long terme.

10.17 Impacts de la situation sécuritaire

La période de mise en œuvre du programme a coïncidé avec l'accentuation de l'insécurité dans le nord et le centre du Mali.

Le Chef d'Etat-Major Général des Armées, à travers l'adoption de la décision N°0020/CEMGA/SCEM60PS/COIA du 01 février 2018, a interdit la circulation des motos et pick up dans les régions de Ségou, Mopti et Tombouctou. Cette décision a été prise suite à l'augmentation des cas d'attaques des groupes terroristes à l'endroit des populations et des forces de sécurité (Forces Armées Maliennes, Minusma, G5 Sahel etc.) dans le centre du Mali. Cela a rendu parfois difficile la mise en œuvre des activités sur le terrain.

La région de Kidal a été exclue des zones d'intervention du programme à cause de l'insécurité. Plusieurs acteurs de l'Etat ont dû se déplacer vers les régions du Sud du Mali. Par exemple, la Direction Régionale de la Santé de Kidal était déménagée dans la ville Gao.

« BKN couvre le niveau national, Kidal était parmi les huit régions, jusqu'à nos jours on n'a pas pu faire des activités concrètes à Kidal, même la Direction Régionale était logée à Gao. L'insécurité a fait que toutes les écoles de maris étaient cantonnées à Gao » Agent consortium.

En termes de sécurité contraceptive, l'approvisionnement en intrants des régions du Nord Mali a connu des difficultés.

Les supervisions conjointes de l'équipe du consortium et des services techniques de l'Etat dans les régions nord n'ont pas été réalisées à hauteur de souhait à cause de l'insécurité.

En ce qui concerne les activités des Ecoles des Maris, il convient de noter que l'insécurité n'a pas autant impacté négativement. Le fait que les élèves sont issus de la communauté a favorisé la continuation des activités.

Parmi les mesures d'adaptation du programme au contexte sécuritaire, nous pouvons citer l'utilisation du transport en commun par les CIP, ATR afin de se mettre à l'abri aux groupes terroristes et bandits armés. La réalisation des activités dans la discrétion, l'utilisation des services intégrés comme porte d'entrée ont permis d'assurer la continuité des activités sur le terrain.

11 Effets du programme

11.3 Les barrières socioculturelles

L'évaluation note un début de changement des mentalités des communautés dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile et particulièrement la planification familiale. La présence des écoles maris a contribué à inverser les tendances et à promouvoir l'importance d'utiliser les services de santé.

A travers les activités des Visites à Domicile (VAD) axées sur la communication interpersonnelle, le tabou autour de la PF s'est brisé et de plus en plus, les hommes s'engagent pour l'amélioration du bien-être des femmes.

Malgré les actions menées sur le terrain, certains hommes et leaders communautaires ou religieux désapprouvent les actions réalisées par les Ecoles des Maris surtout lorsqu'il s'agit de la thématique PF. Selon ces personnes les questions relatives à la PF constituent des points de vue contraires aux principes et valeurs religieux. Néanmoins, ils adhèrent aux autres thématiques (accouchement assisté, CPN, vaccination etc.) et leur pertinence est reconnue.

« Actuellement, le problème se situe au niveau de la PF car les gens n'apprécient pas son utilisation » Leader communautaire_Baniéré Koré_Site EdM

Au niveau communautaire, plusieurs personnes enquêtées (parents, leaders communautaires) ont affirmé leur désaccord concernant l'utilisation des méthodes contraceptives par les jeunes filles. Celles-ci soutiennent que les jeunes célibataires adopteront des pratiques sexuelles précoces dès qu'on leur autorise à utiliser les méthodes contraceptives. Les femmes mariées sont plus légitimées à utiliser les méthodes contraceptives contrairement aux jeunes filles et garçons.

« Quand il s'agit des femmes mariées il n'y'a pas de problème parce que pour nous ce sont les femmes mariées qui ont droit à l'enfant il est indigne pour une jeune fille avant de se marier d'avoir un enfant raison pour laquelle on ne parle même pas de PF aux filles » Leader communautaire Baniré Koré_Site EdM

Dans les localités où la pratique de la religion musulmane est à forte dominante (cas de Nioro) mais aussi des milieux soninkés et bambara, les femmes rencontrent des difficultés avec leurs maris dans le cadre de l'utilisation des méthodes contraceptives. C'est pourquoi, elles se cachent pour utiliser les méthodes contraceptives sans chercher à avoir le consensus des maris.

« Beaucoup de femmes utilisent la PF à l'insu de leur mari. C'est-à-dire quand tu prends notre village tu le divises en trois, les 2/3 sont des marabouts (religieux) généralement ce sont les femmes de ces gens-là qui le font en cachette par ce que leurs maris n'accepte pas moi-même je peux témoigner cela. Vous pouvez aussi demander aux agents de santé. » Leader communautaire_Baniéré Koré_Site EdM.

Les perceptions socioculturelles des communautés autour de la grossesse ne favorisent pas le recours précoce des femmes en âge de procréer aux structures de santé. A cela s'ajoute l'âge, les attitudes et les comportements du personnel soignant qui démotivent les utilisatrices à fréquenter les structures de santé.

« Par rapport à la CPN, tu ne dois pas aller très tôt sinon les gens sauront que tu es enceinte, si le DTC est jeune, il va voir ta partie intime. » Participante Focus group Kalaké site avec EdM_District sanitaire de Barouéli.

11.4 Création de la demande en PF

Le programme BKN dans ces zones d'intervention a permis d'améliorer la demande en PF chez les femmes et les jeunes filles. Les multiples initiatives à savoir les théâtres forums, la participation au festival sur le Niger, les vidéos mobiles, le Noël Hip Hop à Bamako, Kayes, Koulikoro, la caravane « KENEYASIRA », la promotion des lignes vertes « Keneyako » et « Bangué Goundo » ont contribué à stimuler la demande auprès des femmes en âge de procréer et des jeunes (filles et garçons).

Tableau 9: Performance du programme en lien avec la création de la demande pour la PF

Indicateurs	Cible globale du programme	Bilan réalisé par le programme	Commentaires
Nombre de maris enquêtés favorables à la PF sur le nombre total de maris qui ont participé à l'enquête dans les sites d'intervention du projet.	Augmentation de 10%	67%	Dépassé
Réduction des perceptions négatives envers les méthodes de longue durée (% des femmes qui choisissent une MLD dans le cadre du projet)	Augmentation de 20%	42%	Dépassé
Réduction des barrières pour les jeunes filles/femmes (% des jeunes filles ou jeunes femmes (les moins de 25 ans) qui choisissent une méthode contraceptive dans le cadre du projet)	30%	30%	100%
Nombre de personnes touchées par la Communication Inter Personnelle	3 200 000	2 742 526	Pas atteint
Nombre de personnes touchées par des campagnes de médias de masse sur la PF	6 400 000	7 994 336	Dépassé

Source : Cadre de performance BKN 2016-2019

Selon le rapport annuel de 2019 de BKN, 23 radios locales ont été contractées pour diffuser des spots sur la SR/PF y compris la ligature des trompes dans les régions de Kayes, Sikasso, Tombouctou, Mopti et le district de Bamako. Il convient de signaler que 1 395 spots ont été diffusés et mettaient en exergue les avantages du DIU, la compatibilité de l'Islam avec la planification familiale) ; la gestion des rumeurs sur la PF ; l'implication des hommes dans la PF et la promotion des Ecoles des Maris etc.

Force est de reconnaître que si autrefois, l'utilisation des méthodes modernes de PF était considérée comme une mécréance ou une idée importée, de nos jours, elle est reconnue dans ces sites en tant qu'un produit permettant d'espacer les naissances et de prévenir d'autres problèmes de santé.

« Grace aux conseils donnés par les membres de notre école Maris, c'est moi-même qui a autorisé ma femme d'aller se planifier au CScom. Nous avons compris que ça peut éviter des grossesses indésirées » Leader communautaire CScom Baniéré Koré District sanitaire de Nioro

Du côté des jeunes, le recours et l'utilisation des méthodes contraceptives varie d'une zone à une autre. Il a été constaté que certaines EdM réalisent des activités de sensibilisations à l'endroit

des jeunes filles par exemple les EdM de Lassa (commune 3 du district de Bamako) et de Nampasso, (district sanitaire de Bla, région de Ségou).

Par contre, il ressort des différents entretiens que les jeunes ne bénéficient pas directement des activités de sensibilisation dans les zones comme Baniéré Koré (site avec EdM ; district de Nioro). L'utilisation des services de santé relatifs à la PF par les jeunes est mal perçue.

« Les services de PF ne doivent concerner que les femmes mariées ou les femmes qui vivent avec leurs époux. L'utilisation de la PF par les jeunes filles contribuerait à encourager la sexualité hors mariage. Chez nous, les jeunes filles se marient à partir de 13 ans » Triade_ leaders communautaires CScom Baniéré Koré Nioro

Face à ces pesanteurs socioculturelles, certaines jeunes adoptent des pratiques clandestines pour non seulement accéder aux informations mais aussi aux méthodes contraceptives. C'est dans cette optique, que les jeunes (filles et garçons) utilisent les structures parallèles d'approvisionnements des produits contraceptifs (vendeurs ambulants, boutiques etc.).

« Les jeunes (filles et garçons) aussi l'utilisent malgré qu'ils se cachent pour le faire car ils ont peur de ce que la communauté va penser [...] » Agent Service Technique Baraouéli.

11.5 Offre de services de PF de qualité à un prix abordable

Tableau 10: Nature et nombre des services de PF offerts par le programme

Indicateurs	Cible globale du programme	Bilan réalisé
Le nombre de services de DIU fournis	15000	8 313
Le nombre de services d'implant 5ans fournis	60.000	49 362
Le nombre de services d'implanon fournis	N/A	29 539
Le nombre de services d'injectable fournis	117 000	54 496
Le nombre de services de pilules fournis	105 000	79 313
Le nombre de services de préservatifs fournis	3 000	383 485
Nombre de clientes de moins de 25 ans sur le nombre total de clientes	30%	34 %
Nombre de Couples années protection livrés	333275	364 449

Au niveau des sites visités, les femmes en âge de procréer, les hommes et les jeunes utilisent différentes méthodes de PF. Il s'agit notamment de la pilule, le DIU, l'injectable, l'implanon, les préservatifs (féminine et masculine), etc. Plusieurs participants (femmes et hommes) ont confirmé la disponibilité des produits contraceptifs dans les structures de santé. Il a été constaté que les injectables sont les plus préférées. Il s'agit par exemple des districts sanitaires de Bla (aire de santé de Nampasso) et de Barouéli (aire de santé de Boidiè). Dans la région de Sikasso, la rupture de stock des produits contraceptifs ont été signalés dans les districts sanitaires de Kignan (aire de santé Sanzana,) et de Kadiolo.

En termes de qualité des produits contraceptifs, les femmes et les hommes ont évoqué les effets secondaires qui sont toujours une réalité patente. A cet effet, ils développent des perceptions

polysémiques. Par exemple, il y a des utilisatrices de Diéoura, (Dièma), de Kalaké (Barouéli), qui pensent que l’implant peut causer des problèmes de menstruation.

En termes d’appréciation du coût de méthodes contraceptives, les avis sont partagés. La majorité des femmes enquêtées pensent que le coût des produits contraceptifs est élevé eu égard à leur pouvoir d’achat. L’insuffisance d’autonomie financière chez les femmes est un facteur de blocage pour accéder aux services de santé maternelle, néonatale et infantile. Le coût relatif à la CPN, PF, CPON etc. contraint les femmes à ne pas fréquenter les services de santé à temps.

« Oui d’autres sont chères et d’autres ne le sont pas. Pour les CPN, les hommes n’aiment pas payer chaque fois les ordonnances. Nous avons cette difficulté. » Participante Focus group Kalaké site avec EdM District sanitaire de Barouéli.

11.6 Sécurité contraceptive.

Le programme a contribué à l’évaluation et à l’estimation des besoins en matière de produits contraceptifs. Selon, le cadre de performance BKN 2016-2019, 72% des points de prestations n’ont pas connu de ruptures de stock de plus de 72 heures au cours des 3 derniers mois.

Tableau 11: Indicateurs de performance relatifs à la sécurité contraceptive

Indicateurs	Cible globale du programme	Bilan réalisé par le programme
% de points de prestations de services du projet n’ayant pas connu de ruptures de stock de plus de 72 heures au cours des 3 derniers mois sur le nombre total de points de prestations de services du projet	90%	72%
Participation aux réunions du Tableau d’Approvisionnement Contraceptif	16	13

Source : cadre de performance BKN, 2016-2019.

Le personnel socio-sanitaire formé sur la gestion de stock est de plus en plus actif dans le cadre de la prévention des ruptures des intrants.

La prise de conscience a été renforcée et certains Directeurs Techniques de Centres (DTC) se déplacent jusqu’au niveau district pour envoyer les données compte tenu de l’instabilité du réseau de connexion.

Sur le terrain, l’évaluation a constaté la rupture des injectables dans les structures de santé Les initiatives nécessitant un passage à l’échelle nationale.

12 Durabilité

L’évaluation a permis d’identifier des preuves de la pérennisation des activités du programme BKN à différents niveaux. Au plan institutionnel, la tutelle du programme est assurée par le Ministère de la santé et des affaires sociales et ses démembrements au niveau régional et communautaire.

La participation active des directeurs régionaux de la santé, des points focaux PF et des Ecoles des Maris ainsi que ceux des services de Développement Social et de l'Economie Solidaire, de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille dans la mise en œuvre des activités du programme a permis de faciliter l'appropriation même si des insuffisances persistent.

Les différents acteurs ont acquis des connaissances et des compétences qui constituent un atout pour la continuité des actions du programme au plan national.

Pour ce qui concerne la durabilité des cadres de concertation, le programme BKN a contribué à l'inscription de la tenue des cadres de concertation dans le plan opérationnel des régions. Dans ce cas, il est de la responsabilité des directions régionales de la santé de mobiliser les fonds pour la continuité des cadres de concertation.

S'agissant des Ecoles des Maris, le programme BKN a contribué à la relecture du Plan Stratégique Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et la Nutrition (SRMNIA-Nut) 2020-2024 qui prend en compte l'approche des Ecoles des Maris. L'Objectif Spécifique 1 de ce document (Réduire de 325 à 240 pour 100 000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle d'ici 2024) met l'accent sur l'extension des Ecoles des Maris. Dans le même ordre d'idée, l'Objectif Spécifique 4 (Rendre accessibles les services conviviaux à 40% des jeunes et adolescents.es), attire l'attention sur le besoin de renforcer les activités de communication pour le changement social et de comportement en impliquant les Ecoles des Maris.

Le programme BKN a contribué à l'élaboration du manuel « Ecoles des Maris ». Il a pour objectif d'outiller les acteurs de mise en œuvre des projets et programmes de développement socio sanitaire afin de favoriser l'implication des hommes dans la promotion des services et la fréquentation des structures sanitaires afin de lutter contre la mortalité maternelle et infantile juvénile. Ce document a été validé en octobre 2020 par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales en collaboration avec l'Ambassade Royale des Pays-Bas et le Consortium BKN. Le document fait ressortir les points ci-après :

- Le processus de mise en place d'une Ecole
- L'encadrement de l'Ecole des Maris
- Le cahier de charges du Coach et Superviseur du Coach
- Le Fonctionnement de l'Ecole des Maris
- Le Suivi/ Evaluation.

En matière d'offre des services relatifs à la PF, le programme BKN a plaidé pour que deux indicateurs sur les jeunes dans le cadre de l'utilisation des méthodes modernes de PF soit insérés dans le document de santé de la reproduction qui a été révisé en 2019.

Quant à la sécurité contraceptive, la durabilité passe par le respect de la chaîne d'approvisionnement des médicaments par l'ensemble des acteurs intervenant. Sur le terrain, des insuffisances ont été signalées concernant le respect strict de la chaîne d'approvisionnement. Cette désorganisation occasionne parfois des cas de rupture qui pouvaient être évités.

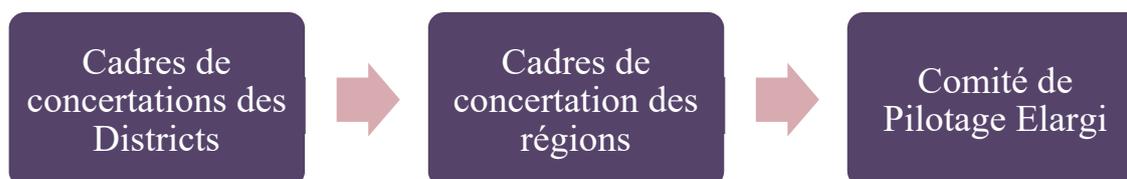
Les initiatives nécessitant un passage à l'échelle nationale :

12.3 Décentralisation des cadres de concertation au niveau district

Les résultats obtenus par suite de la tenue des cadres de concertation aux niveaux national et régional sont des preuves qui attestent qu'il faut aller vers la tenue des cadres au niveau district. Il s'agit de regrouper les acteurs socio-sanitaires du premier échelon de la pyramide sanitaire (CSCoM) ainsi que les ASACO. Ces différents acteurs se retrouveront au niveau district pour faire le mapping des intervenants ainsi que l'inventaire des difficultés qui freinent l'offre des services de santé.

Cette décentralisation des cadres de concertation permettra de faciliter la mobilisation des acteurs et de prendre en compte les besoins spécifiques de l'ensemble des aires de santé qui composent le district sanitaire.

Dans cette optique, les cadres de concertation au niveau régional seront des espaces pour faire une analyse des synthèses des recommandations issues des cadres de concertations des districts. Dans l'ensemble, le schéma ci-dessous a été recommandé par plusieurs participants à l'évaluation.



12.4 Extension des Ecoles des Maris

La mise en place des Ecoles des Maris a permis d'obtenir des résultats dans le cadre de l'engagement communautaire en matière de santé maternelle, néonatale et infantile.

Les focus group de discussion réalisés avec les membres des Ecoles des Maris ainsi que les entretiens individuels avec d'autres acteurs sur le terrain (CIP, agents des services techniques) indiquent une volonté réelle chez les élèves à continuer avec la mise en œuvre des activités auprès des communautés.

Dans le but de favoriser l'atteinte des résultats, la mise à échelle des Ecoles des Maris doit se faire à deux niveaux :

12.5 Augmentation de la couverture des districts sanitaires

Dans le futur, la maximisation des résultats passe par l'implantation des Ecoles des Maris dans les districts sanitaires non couverts lors de la première phase du programme BKN.

L'augmentation de la couverture permettra de lever les barrières socioculturelles pour l'utilisation des méthodes contraceptives.

12.6 Mettre des Ecoles des Maris au-delà des sites mères des CSCoM

La sphère d'action des Ecoles des Maris a été limitée aux sites CSCoMs dans les districts sanitaires. Les sites villages n'ont pas directement bénéficié des activités des Ecoles des Maris. Ce qui influe sur l'augmentation des indicateurs sanitaires.

« Le point faible c'est l'insuffisance du nombre d'aire de santé dans lesquelles BKN intervient dans notre district sanitaire. Je propose que BKN augmente le nombre d'aires de santé d'intervention qui est de cinq (5) sur vingt-huit (28) aire de santé » Agent Service Technique Niore du Sahel

Dans le cas où les villages seront couverts par les Ecoles des Maris, et que les actions seraient menées convenablement, les attitudes et les comportements des communautés pourraient changer favorablement pour une meilleure utilisation des services de santé.

« J'ai échangé avec un notable du village qui m'a fait le point sur la valeur ajoutée des EDM dans le village. Il m'a proposé de recommander à MSI d'implanter les EDM dans les autres communes car les efforts ont faits leur effet » Membre EdM Kalaké District sanitaire de Baraouéli

13 Les priorités pour la phase BKN 2

Pour la consolidation des acquis, les différents acteurs ayant participé à l'évaluation ont mis en avant l'importance de reconduire le programme BKN dans une deuxième phase. Le bien-fondé de la 2ème phase s'explique par les résultats obtenus suite à la mise en œuvre de la 1ère phase du programme BKN notamment en lien avec la dynamisation des cadres de concertation et la mise en place des Ecoles des Maris.

Un autre élément qui tend à justifier une deuxième phase est la fragilisation de la situation sécuritaire et socio-économique au Mali. Au regard des réalités sur le terrain, nous proposons que le programme BKN continue avec les 4 objectifs de la 1 ère phase tout en les renforçant.

Tableau 12: priorités pour la phase BKN 2

Objectifs	Priorités
Objectif 1 : Améliorer la coordination continue des activités de PF aux niveaux district, régional et national	Pour BKN 2, il serait utile de déconcentrer les cadres de concertation vers les districts sanitaires, ce qui permettra d'impliquer toutes les aires de santé afin d'identifier les goulots d'étranglements relatifs à l'offre de services relatifs à la SR-PF.
Objectif 2 : Augmenter la demande pour la PF par le biais de la communication pour le changement de comportement et la réduction de barrières socioculturelles	<p>Pour BKN 2, l'objectif 2 reste une priorité. Un accent particulier pour la 2ème phase du programme sera la mise à échelle sur le plan national des Ecoles des Maris afin de réduire les barrières socio-culturelles liées à la SR-PF.</p> <p>En outre, le suivi et le renforcement des capacités des élèves ainsi que la mise à disposition d'outils de travail sont autant d'activités qui doivent constituer une priorité pour la phase 2 du programme.</p> <p>Dans le but de favoriser l'utilisation accrue des services par les jeunes (filles et garçons, le programme doit s'atteler à mettre en place des services conviviaux adaptés à leurs besoins.</p>
Objectif 3 : Améliorer l'offre de services de PF de qualité à un prix abordable	Compte tenu de la mobilité du personnel de santé et lié à ceci, les difficultés du personnel débutant, il est important de continuer avec le renforcement des capacités sur la technologie contraceptive pour l'améliorer l'offre de services de PF.
Objectif 4 : Renforcer la sécurité contraceptive	Cet objectif reste pertinent pour la phase BKN 2. Il s'agira de former le personnel de santé à la collecte et à la remontée des données mais également de plaider auprès des partenaires techniques et financiers pour le respect des engagements pris en faveur des intrants contraceptifs.

14 Leçons apprises :

A la lumière de cette évaluation, nous pouvons tirer un certain nombre de leçons :

- La dynamisation des cadres de concertation est une stratégie qui permet de fédérer l'ensemble des acteurs pour une meilleure coordination des interventions afin d'optimiser l'utilisation des ressources.
- La mise en place et le suivi des Ecoles des Maris dans les communautés favorise l'engagement des hommes pour la promotion des services de droits sexuels et santé reproductive. Elles permettent de créer un changement social de comportement pour l'amélioration du bien-être des communautés et particulièrement des femmes et des enfants.
- L'implication des autorités (sanitaires, administratives, villageoises, autorités coutumières et religieuses) est indispensable pour la réussite de la stratégie EdM.
- La traduction des outils de travail (boîte à images, cahier du Coach, carnet de référence et les fiches de supervision) en langue Bamanan kan facilite la compréhension des messages diffusés
- L'implication des structures privées dans les cadres de concertations au niveau district permettent de renforcer la collaboration public-privé et la remontée des données des structures privées vers les structures publiques
- La supervision conjointe régulière des Ecoles des Maris permet de maintenir le rythme d'évolution des activités. Elle constitue une source de motivation pour les élèves et les coachs
- Le comité de pilotage élargi ainsi que le comité de pilotage interne favorisent la gestion du projet et d'apporter des solutions concrètes aux difficultés observées.

15 Recommandations

Aux termes de la présente évaluation finale, nous formulons les recommandations ci-après :

15.3 Ambassade Royale des Pays-Bas :

- Financer et accompagner le consortium pour une phase 2 de BKN
- Prévoir une rencontre trimestrielle par les membres du consortium pour un meilleur suivi des activités et pour apporter des solutions pratiques aux difficultés survenues
- Financer une étude sur le degré d'efficacité des Ecoles des Maris qui se penchera en particulier sur une méthodologie pour renforcer la dimension planification familiale
- Analyser les causes des difficultés de transmission du budget pour essayer d'améliorer le processus de décaissement.

15.4 Organisations membres du consortium :

Pour une meilleure visibilité, les points de recommandations ont été classés dans le tableau cidessous en fonction des objectifs du programme.

Recommandations par objectifs

Axes d'intervention du programme		Points d'opérationnalisation
Objectif 1 : Améliorer la coordination continue des activités de PF aux niveaux district, régional et national	Nommer un directeur de projet pour assurer la coordination du consortium et des activités	L'Ambassade Royale des Pays-Bas et le consortium doivent échanger sur le renforcement du fonctionnement du consortium y compris sur l'intérêt de maintenir ou de changer le lead du consortium en prenant en compte les points forts et faibles de chaque organisation.
	Financer une étude sur le meilleur moyen de renforcer les cadres de concertation au niveau régional et sur l'intérêt d'introduire une démarche similaire au niveau des districts.	L'accent serait mis sur les questions de participation, d'organisation et de financement.
	Revoir le rythme et formaliser l'organisation des réunions de concertation régionale	Il sera important de poursuivre et de consolider le travail avec les cadres de concertation et de faire en sorte que les acteurs puissent mettre en application les recommandations issues des cadres de concertation régionale.
	Revoir l'approche du consortium en ce qui concerne l'organisation du travail sur le terrain en faisant intervenir les trois organisations ensemble dans les mêmes zones pour y booster la demande et l'offre de services.	Il s'agit de créer une plus grande synergie entre les trois membres du consortium.
	Améliorer la stratégie de communication autour du programme au plan national et international	Ce rôle doit être redéfini en donnant un mandat bien défini et des objectifs à atteindre pour la phase 2 du programme. De façon semestrielle, l'organisation chargée de la communication et de la visibilité du programme doit rendre compte aux autres membres du consortium plus l'Ambassade Royale des Pays-Bas. Des points de recommandations seront pris en charge par l'organisation qui assure le mandat.
	Décentraliser la tenue des cadres de concertation au niveau des districts sanitaires afin d'améliorer la gouvernance sanitaire,	Pour BKN 2, le consortium doit faire en sorte que les cadres de concertations se tiennent à la fois les régions et les districts sanitaires. Cette stratégie permettra de faire impliquer les DTC afin d'identifier et d'apporter des solutions à la base.

	Renforcer la collaboration avec les services techniques de l'Etat pour favoriser l'appropriation des actions du programme.	Dans le but d'assurer la durabilité des activités du programme, le consortium doit réviser l'approche d'implication des services techniques de l'Etat.
--	--	--

Axes d'intervention du Aspects à améliorer Points d'opérationnalisation programme		
		Il s'agira de développer davantage le partenariat en informant les responsables bien avant la mise en œuvre des activités. Il serait important de faire en sorte que chaque service technique clé puisse accomplir sa responsabilité
	Analyser la possibilité de collaborer plus étroitement avec d'autres acteurs/ONG dans le domaine de la SR	Au Mali, il existe plusieurs ONG qui interviennent dans le domaine de la SR-PF. L'établissement d'un partenariat fécond permettra de renforcer les acquis du programme et contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.
Objectif 2 : Augmenter la demande pour la PF par le biais de la communication pour le changement de comportement et la réduction de barrières socioculturelles	Financer une étude sur le degré d'efficacité des Ecoles des Maris qui se penchera en particulier sur une méthodologie pour renforcer la dimension planification familiale	Il sera important d'analyser la contribution des Ecoles des Maris à l'amélioration de la prise en charge des grossesses et en même temps, d'examiner les raisons pourquoi elles n'ont pas donné les résultats espérés en termes d'augmentation des services de PF.
	Etendre les Ecoles des Maris aux districts sanitaires ainsi qu'aux aires de santé non bénéficiaires	Il s'agira d'élargir les Ecoles des Maris vers d'autres districts sanitaires et aires de santé. Un autre élément important est de mettre en place les Ecoles des Maris dans les villages. Ce qui permettra d'améliorer l'utilisation des services relatifs à la SR-PF
	Organiser des visites d'échanges et d'expériences des Ecoles des Maris au plan national, sous-régional.	Pour BKN 2, il serait bien d'aller vers la mise en réseau des EdM des différentes régions mais également dans la sous-région
	Faire participer les Ecoles des Maris dans la tenue des cadres de concertation dans les districts sanitaires et des régions,	Ce qui permettra de développer la prise de conscience chez les EdM afin d'atteindre les résultats visés
	Renforcer le suivi des activités des Ecoles des Maris pour maintenir le cap,	Le consortium doit assurer le suivi en recrutant des CIP pour accompagner les EdM dans la mise en œuvre des activités à la base

	Renouveler et renforcer les matériels, et outils de travail des Ecoles des Maris (support de collecte, pagne, tee-shirts) pour la réalisation des activités ;	La rupture des matériels sont parfois une source de démotivation des EdM. Des mesures appropriées méritent d'être prises pour améliorer les conditions de travail des EdM
--	---	---

Axes d'intervention du programme	Aspects à améliorer	Points d'opérationnalisation
Objectif 3 : Améliorer l'offre de services de PF de qualité à un prix abordable	Renforcer davantage les capacités du personnel de santé sur la technologie contraceptive	Compte tenu de la mobilité du personnel de santé et les débutants, la formation reste importante pour renforcer les capacités.
Objectif 4 : Renforcer la sécurité contraceptive	Mettre l'accent davantage sur la collecte des données dans le secteur privé aussi bien que dans le public pour ensuite renforcer l'analyse et l'utilisation des données dans la planification.	La collecte des données constitue encore des problèmes. Il s'agit de former le maximum de personnel pour assurer la collecte surtout en cas de l'absence des premiers responsables (DTC). Le consortium doit continuer le plaidoyer auprès des structures de santé privées pour rendre les résultats. Il s'agira de les former et suivre tout en mettant des outils de travail pour collecter les données et les remonter.
	Faire du plaidoyer auprès des ASACO pour la prise en compte d'un fond de communication internet pour la remontée des données sanitaires.	La sensibilisation des ASACO est importante afin qu'elles comprennent l'utilité d'accorder une somme forfaitaire aux DTC, relais pour la collecte et la remontée des données. Cela permettra de pérenniser l'accès à des données fiables.

16 Annexes

Annex 1	Termes de référence Bangué Kolossi Nyèta	68
Annex 2	Méthodologie	80
Annex 3	La situation politique	86
Annex 4	La liste des structures rencontrées par région	107
Annex 5	Calendrier pour l'évaluation BKN	111
Annex 6	Profil de l'équipe d'évaluation	112
Annex 7	Bibliographie	113

Annex 1 Termes de référence Bangué Kolossi Nyèta



Royaume des Pays-Bas

Termes de référence : Evaluation du Programme Bangué Kolossi Nyèta (BKN)

LISTE DES ACRONYMES :

- AMPPF : Association Malienne pour la promotion de la Planification Familiale
- AQ : Assurance Qualité
- ASACO : Association des Agents de Santé Communautaire
- ASDAP : Association de Soutien aux Développements des Activités de Population
- BKN : Bangué Kolossi Nyèta
- CAP : Couple Année Protection
- CIP : Communication Interpersonnelle
- CSCOM : Centre de Santé Communautaire
- CSRéf : Centre de Santé de Référence
- DGS : Direction Générale de la Santé
- DIU : Dispositif Intra Utérin
- DNDSES : Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
- DPM : Direction de Produits et Médicaments
- DRS : Direction Régionale de la Santé
- FAP : Femme en Age de Procréation
- FNUAP : Fonds de Nations Unies pour la Population
- MS Mali : Marie Stopes Mali
- ODD : Objectifs du Développement Durable
- OSC : Organisation de la Société Civile
- PPM : Pharmacie Populaire du Mali
- PSI : Population Service International
- RGPH : Recensement général de la population et de l'habitat
- SNIS : Système National d'Information Sanitaire
- SR : Santé de la Reproduction
- TPC : Taux de Prévalence Contraceptive

[DR évaluation finale du Programme BKN | 1



Royaume des Pays-Bas

I. CONTEXTE – JUSTIFICATION

Avec une population estimée à 20 millions d'habitants en 2019 selon les calculs du taux d'accroissement annuel du Recensement général de la population et de l'habitat du Mali (RGPH), le Mali est caractérisé par sa croissance démographique élevée de 3,6% et son extrême jeunesse avec 49% de moins de 15 ans. Parmi, cette population jeune, la proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréative est de 11%, et 66% pour celles âgées de 19 ans. 50% de cette tranche (15 – 19 ans) était en union avant 18 ans. Ainsi selon le rapport sur l'état de la population mondiale en 2013, au Mali, une fille sur 10 a un enfant avant l'âge de 15 ans. L'indice synthétique de fécondité est resté quasiment constant depuis 1987. En effet, il a augmenté de 6,1% en 2013 à 6,3% en 2018. Même si on constate une augmentation significative du taux de prévalence contraceptive (TPC) entre 2013 et 2018, passant de 9,9% d'utilisatrices de méthodes modernes à 16,4%, le Mali reste loin en marge de l'atteinte des Objectifs du Développement Durable (ODD) 4 et 5¹. Cette situation s'explique par de multiples barrières socioculturelles et religieuses freinant la mise en œuvre des programmes de Santé de la Reproduction et de Planification Familiale (SR/PF), parmi lesquelles, le faible statut de la femme dans la société, la faible implication des hommes dans la promotion des Droits en matière de Santé Sexuelle et Reproductive, le mariage précoce et/ou forcé, les tendances pro natalistes, les violences basées sur le genre notamment l'excision, la faible implication des leaders communautaires, religieux et de la société civile dans la prise de décision etc. A cela s'ajoute la faible coordination des interventions et la faible communication et synergie entre les acteurs de mise en œuvre des programmes de Santé de la Reproduction.

C'est dans ce contexte que le Programme « Promotion de la Planification Familiale au Mali » intitulé « Bangé Kolossi Nyéta » a été initié pour répondre aux défis cités ci-dessus.

II. DESCRIPTION DU PROGRAMME BKN

Le Programme BKN est un consortium qui regroupe en son sein, les trois plus grands intervenants dans le domaine de la planification familiale, notamment l'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF), Marie Stopes Mali (MS Mali) et

¹ EDMS 2013 et EDMS 2017-2018



Royaume des Pays-Bas

Population Services International (PSI) au Mali à travers le financement de l'Ambassade Royale des Pays-Bas du Mali qui s'élève à **trois milliards neuf cent trente-cinq millions sept cent quarante-deux milles cent soixante-sept** (3 935 742 167) de francs CFA pour une période de quatre ans et mis en œuvre entre 2016 et 2020. Ce montant est reparti comme suit :

- **AMPPF** : 983 985 800 FCFA ;
- **MS Mali** : 1 639 892 488 FCFA ;
- **PSI Mali** : 1 311 913 879 FCFA.

Le Programme contribuera à la **réduction de la mortalité maternelle et infantile au Mali**, et vise à **améliorer l'utilisation des services et méthodes de planification familiale (PF) de qualité dans le district de Bamako et à travers les huit régions du Mali**.

Ainsi le consortium qui regroupe les trois plus grands intervenants dans le domaine de la planification familiale au niveau national a une couverture effective des districts sanitaires et des approches nationalement reconnues.

Le Programme « Bangué Kolossi Nyèta » (BKN) s'articule autour **de quatre axes** :

- **Objectif 1 : Améliorer la coordination continue des activités de PF aux niveaux district, régional et national**

Le Programme BKN a pour mission de contribuer à l'amélioration de la SR/PF au Mali à travers un mécanisme d'appui des Directions Régionales de la Santé (DRS) des régions d'intervention dans leurs efforts de coordination pour la mise en place/ dynamisation de cadre de concertation entre les différents acteurs et intervenants en SR/PF, ceci pour faciliter l'identification des gaps, mettre à jour périodiquement la cartographie des intervenants, éviter la duplication et le chevauchement des interventions dans une optique d'optimisation des ressources et renforcer le partenariat avec les acteurs de la société civile jouant un rôle dans l'amélioration de la SR/PF au Mali. Le cadre de concertation fonctionnel est aussi un moyen d'encourager la dissémination des bonnes pratiques et intégrer les données des structures privées dans le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

Bien que l'appui à la coordination soit focalisé sur les régions, le consortium assure le renforcement de la coordination avec d'autres acteurs clés au niveau national. En premier lieu le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers la Direction Nationale de la Santé/ Division Santé de la Reproduction, mais aussi les autres parties prenantes telles que



Royaume des Pays-Bas

le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) ; les Programmes financés par l'USAID « High Impact Health Services II », « Social Behavior Change Communication/Social Marketing », « Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services » ; la Banque Mondiale ; et la coalition PF.

- **Objectif 2 : Augmenter la demande pour la PF par le biais de la communication pour le changement de comportement et la réduction de barrières socioculturelles**

Le second axe vise à augmenter la demande pour la PF à travers des campagnes annuelles de promotion et la mise en place d'écoles des maris pour soutenir l'engagement des hommes en faveur de la PF.

- **Objectif 3 : Améliorer l'offre de services de PF de qualité à un prix abordable**
La livraison des services de PF avec un accent particulier sur les couches vulnérables (jeunes, les femmes en milieu rural). Cette livraison des services tiendra compte également de la cartographie des gaps identifiés.

- **Objectif 4 : Renforcer la sécurité contraceptive**

Le dernier axe vise à renforcer la sécurité contraceptive pour minimiser les ruptures de produits contraceptifs et par extension de services. Le consortium à ce titre constituera une entité majeure en termes d'appui, d'accompagnement, d'influence et d'impact sur la thématique de PF aux niveaux national voire régional.

Ainsi, le consortium BKN à travers Marie Stopes Mali qui en assure le lead, envisage de mener une évaluation sur les activités du Programme dans le district de Bamako et les régions de Kayes, Koulikoro, Ségou, Sikasso, Mopti, Gao, Tombouctou et Kidal.

Le Programme BKN a démarré le 01 juin 2016 et prendra fin le 31 Mai 2020. En annexe, voir le cadre de performance des indicateurs et le tableau qui résume les membres du consortium, et la répartition des sites par région et par partenaire du consortium.



Royaume des Pays-Bas

III. OBJETIFS DE L'ETUDE

3.1. OBJECTIF GENERAL

Faire l'évaluation du Programme BKN, afin d'apprécier les progrès réalisés, identifier les goulots d'étranglement à la mise en œuvre et proposer des actions adéquates.

De façon générale, la mission attendue de l'équipe d'évaluation est de :

- ✓ Faire une appréciation du niveau d'avancement du programme en termes de résultats attendus.
- ✓ Analyser les insuffisances, les obstacles/blocages à la mise en œuvre du programme au-delà des barrières socio-culturelles et religieuses. Il s'agira d'apprécier :
 - Dans quelle mesure le programme BKN a développé des nouvelles approches d'intervention et d'adaptation pour une mise en œuvre efficace et efficiente des activités en adéquation avec la théorie du changement initialement retenue ;
 - Si les hypothèses qui sont à la base de la théorie du changement se confirment ou non ;
 - Si le rôle des acteurs (les services techniques déconcentrés de la santé, les collectivités locales, les OSC, les partenaires...) a été bien clarifié et le dispositif de mise en œuvre a été saluaires auprès des différents acteurs.
- ✓ Faire une analyse de la pertinence des approches stratégiques mise en œuvre pour l'opérationnalisation de la théorie du changement. Autrement dit est ce que les stratégies déroulées ont permis de créer le changement souhaité et à quel niveau ?
- ✓ Faire une analyse de la répartition du travail au sein du consortium - couverture géographique du programme selon les orientations stratégiques versus partage selon les backgrounds et compétences des 3 organisations.
- ✓ Evaluer le niveau d'atteinte des résultats du programme en termes d'outcomes.
- ✓ Apprécier le niveau d'appropriation et d'encrage du dispositif de coordination des intervenants par les structures de l'Etat (national, régional et local).
- ✓ Faire une appréciation des innovations entreprises qui pourraient être dupliquées pour améliorer les interventions futures.
- ✓ Apprécier l'efficacité du consortium MSI-PSI-AMPPF, en tant que groupes d'acteurs institutionnellement reconnus comme leaders dans la planification familiale.

TDR évaluation finale du Programme BKN | 5



Royaume des Pays-Bas

3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

Il s'agit entre autres de :

- Apprécier le fonctionnement des cadres de concertation dans les régions d'intervention du programme ;
- Apprécier la disponibilité des produits contraceptifs dans les régions d'intervention du programme ;
- Faire la cartographie des gaps de prestation des services de PF dans les zones d'intervention du programme ;
- Mesurer le niveau d'atteinte des indicateurs clés de performance du programme ;
- Apprécier l'approche « Ecoles des maris » au sein des communautés cibles ;
- Déterminer le degré de satisfaction des bénéficiaires (Prestataires de santé, les femmes etc.) directs du programme ;
- Mettre en exergue les leçons apprises et proposer des solutions pertinentes pour une éventuelle seconde phase du programme.

3.3. LES QUESTIONS EVALUATIVES

Les sept questions évaluatives ci-dessous doivent être axées sur les quatre objectifs du projet cité en II.

- 1- La pertinence du programme
- 2- La cohérence –revue de la ToC
- 3- L'efficacité – progrès dans la réalisation des outputs-produits
- 4- L'efficience
- 5- La durabilité
- 6- Les effets/outcomes
- 7- Les leçons opérationnelles

IV. RESULTATS ATTENDUS

- Le bilan du fonctionnement des cadres de concertation dans les régions d'intervention du Programme est fait ;
- L'appropriation et le niveau d'encrage de la coordination sont analysés ;
- La disponibilité des produits contraceptifs dans les régions d'intervention du Programme est appréciée ;



Royaume des Pays-Bas

- Le niveau d'atteinte des indicateurs clés de performance du programme est mesuré ;
- L'approche écoles des maris est appréciée au sein des communautés cibles ;
- Le niveau de connaissances, d'attitudes et pratiques des bénéficiaires directs du programme est apprécié ;
- L'efficacité du Consortium en termes de fonctionnalité en tant que groupe attendu pour assurer une meilleure couverture d'offre de services SR-PF de qualité est appréciée.

Livrables :

- Restitution sur Powerpoint des analyses, constats, recommandations et conclusions préliminaires de la mission ;
- Draft du rapport de l'étude ;
- Rapport final de l'étude intégrant les observations/amendements issus des premiers échanges sur le rapport.
- Présentation Power Point sur les résultats finaux de l'étude

V. METHODOLOGIE

Pour une meilleure organisation de la mission, il est à prévoir :

- Une réunion technique de cadrage, sur la base de la proposition technique du consultant et du plan de travail. Cette rencontre doit inclure les parties prenantes clés de la mise en œuvre du programme notamment les membres du consortium BKN et l'équipe de l'Ambassade. Elle visera une compréhension commune des TdR, des rôles et responsabilités des parties prenantes, l'adoption de l'approche méthodologique et du plan de travail.
- Une rencontre de restitution des résultats préliminaires à l'Ambassade avec la participation des membres du consortium et le point focal BKN à la direction générale de la santé.



Royaume des Pays-Bas

1. Revue documentaire

Le consultant ou le bureau recruté aura à sa disposition la documentation nécessaire pour la revue documentaire. Il s'agit entre autres, de la proposition, du budget, des rapports d'étude de base, des rapports annuels, des plans de travail annuel etc.

2. Population cible

La population cible de cette étude sera composée ainsi :

➤ Les bénéficiaires directes :

- Les prestataires de santé ayant bénéficié des activités du programme
- Les prestataires de santé des sites des écoles des maris
- Les hommes chefs de ménages
- Les femmes en âge de procréer (FAP) y compris les adolescents et les jeunes
- Les maris modèles et les coachs des écoles des maris ;
- Les femmes ayant bénéficié des activités des écoles des maris et leur communauté.

➤ Les bénéficiaires indirectes :

- **Le niveau national :**
 - Le Ministère de la santé et des affaires sociales ;
 - La Direction générale de la santé ;
 - La Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire (DNDSES) ;
 - La Direction des Produits et Médicaments (DPM) ;
 - La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) ;
- **Les partenaires techniques et financiers :**
 - L'Ambassade Royale des Pays-Bas ;
 - UNFPA ;
 - ASDAP ;
 - Débo Alafia ;
- **Le niveau régional :**

TDR évaluation finale du Programme BKN | 8



Royaume des Pays-Bas

- Les DRS ;
- Les Directions Régionales du Développement Social et de l'Economie Solidaire ;
- **Le niveau district sanitaire :**
 - Les Centres de Santé de Références (CSRéf.) ;
 - Les Centres de Santé Communautaires (CSCom.).
 - Les Associations de Santé Communautaires (ASACO).

3. Echantillonnage quantitatif et qualitatif :

L'échantillonnage proposé par le consultant doit être représentatif et prendra en compte les structures de santé dans les sites abritant les écoles des maris d'une part et les sites n'abritant pas les écoles des maris d'autre part à travers les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et le district de Bamako (*voir en annexe le tableau récapitulatif des sites des écoles des maris et la répartition zonale des partenaires du consortium par région*).

4. Elaboration et traduction des outils de collecte :

Les outils de collecte des données seront élaborés et validés par le bailleur et le consortium.

5. Collecte de l'information aux niveaux national, régional, district et aires de santé

La présente étude prévoit une phase de collecte sur terrain au niveau national, régional, district et communautaire.

VI. ACTIVITES ET RESPONSABILITES DE L'AGENCE DE RECHERCHE

L'agence/ bureau/ cabinet/ consultant de recherche retenue pour l'exécution de cette évaluation sera chargé des activités suivantes :

- Elaborer le protocole de l'évaluation et soumettre devant le comité d'éthique national pour approbation ;
- Traduire le questionnaire et les guides d'entretien en langues locales ;
- Rédiger un rapport préliminaire de l'étude ;

TDR évaluation finale du Programme BKN | 9



Royaume des Pays-Bas

- Soumettre un rapport final après y avoir incorporé les observations conformément aux dispositions contractuelles.

Expertise requise

La mission sera exécutée par un bureau d'étude international avec un équipe composé d'un expert international et un ou deux consultants associés de préférence maliens). L'équipe doit avoir des compétences dans le domaine de la santé de la reproduction, des questions de la planification familiale (demande, offre de services, qualité...); avoir une capacité d'analyse, de synthèse, de rédaction en français. Les compétences spécifiques au sein de l'équipe sont entre autres :

- Expérience avérée en évaluation de programmes de santé, SR-PF ;
- Connaissance avérée de l'organisation du système sanitaire au Mali, des politiques dans le domaine de la santé reproductive, la planification familiale et la santé sexuelle et reproductive des jeunes ;
- Avoir des connaissances et expériences solides et confirmés dans les études d'évaluation des projets et programmes.
- Avoir des connaissances et expériences solides et confirmés en lien avec la théorie de changement

Les bureaux-candidats doivent former leur équipe sur la base des compétences requises (donc les CV doivent accompagner l'offre technique et financière).

La grille de notation des offres :

Critères	Notes	Observations
Compréhension du mandat	15	
Démarche méthodologique (chronogramme)	45	Pertinence de l'échantillonnage
Qualité de l'équipe (Expérience en évaluation de Programmes de Santé de la reproduction, autres expertises requises dans les évaluations d'impact)	30	Equipe pluridisciplinaire, connaissance du terrain
Offre financière	10	
Observations	Note éliminatoire : moins de 70 points Les offres techniques totalisant 70 points et plus seront départagées par les offres financières.	



Royaume des Pays-Bas

VII. ELEMENTS DE L'OFFRE A FOURNIR PAR L'AGENCE

L'agence/ bureau/ cabinet/ consultant retenu devra fournir les éléments suivants à MS Mali en triple (copie imprimée) et sous format électronique :

Une proposition technique et financière de l'évaluation comprenant :

- Un plan de collecte des données ;
- Un plan d'échantillonnage ;
- Un planning détaillé avec le délai de bouclage ;
- Un budget détaillé ;
- Les curriculum vitae de l'équipe en charge de l'évaluation.

Durée contractuelle

La durée contractuelle est de **35 jours** effective de travail échelonnés sur 60 jours. Le consultant devra entreprendre les travaux à partir du mois du 15 février pour prendre fin 15 avril 2020.

Préparation du budget

Un budget détaillé par rubrique et un résumé du budget doivent être fournis. Les budgets doivent être présentés en monnaie locale (Franc CFA).

Le budget détaillé doit être soumis et devra inclure :

- Honoraires : Taux journalier et le nombre de jours de travail pour chaque catégorie de personnel (consultants, agents enquêteurs, les superviseurs, et conducteurs) sera calculé sur le barème applicable selon que le consultant est international ou local ;
- Perdiem : Taux journalier et le nombre de jours de travail pour chaque catégorie de personnel sera calculé sur le barème applicable selon que le consultant est international ou local.

Suivi de la mission :

L'équipe de suivi- évaluation du consortium sans interférence s'assure de la bonne exécution de l'évaluation. En plus, une équipe constituée de deux représentants de chaque partenaire du consortium plus deux représentants de l'Ambassade sera mise en place pour apprécier et valider la qualité des résultats fournis pendant le processus de l'évaluation.



Royaume des Pays-Bas

Les documents à consulter :

Les documents programme et tous les autres documents nécessaires pour l'évaluation seront partagés avec le consultant retenu par l'équipe suivi-évaluation du consortium.

Date et heure limite de réception des offres

Les dossiers de soumission, comprenant une offre technique et financière, doivent être déposés à Maries Stopes Mali au plus tard le **30 janvier 2020 à 12 heures**, aux adresses emails ci-après : mariam.namogo@minbuza.nl; evelien.boersma@minbuza.nl et order@msimali.org

ANNEXE

Tableau des membres du consortium, la répartition des régions,
Sur la couverture géographique du Programme Bangué Kolossi Nyèta (BKN).

TDR évaluation finale du Programme BKN | 12

Annex 2 Méthodologie

1 Organisation de l'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation, des approches qualitatives et quantitatives ont été adoptées. Les données qualitatives ont été collectées auprès d'une gamme de parties prenantes très diversifiées (personnel du consortium, services techniques de l'Etat, hommes mariés, femmes en âge de procréer, jeunes célibataires, leaders communautaires etc.)

L'approche qualitative a permis d'analyser les questions classiques d'évaluation et de formuler des recommandations pour la seconde phase du programme.

Quant à l'approche quantitative, elle a permis de collecter les données à travers le logiciel (DHIS2). Pour ce faire, l'analyse des indicateurs a été faite sur la période de 2017-2019. C'est pour cette période que des données désagrégées pour les aires de santé sont disponibles au sein de la base de données DHIS2 de la Direction générale de la Santé (DGS).

La méthodologie est fondée sur une comparaison entre l'évolution des indicateurs dans les aires de santé ayant une école des maris par rapport aux aires de santé sans Ecoles des Maris sur la période 2017 et 2019. Les données des aires de santé avec et sans Ecoles des Maris dans les districts sanitaires des communes III et IV du district de Bamako, de Diéma et de Nioro dans la région de Kayes, de Kadiolo et de Kignan dans la région de Sikasso et de Baraouéli et de Bla dans la région de Ségou ont été collectées. Les indicateurs analysés sont des nombres absolus et l'analyse faite compare les niveaux d'augmentation entre 2017 et 2019.

Pour les besoins de l'analyse, un graphique et un tableau ont été faits pour chaque indicateur. Ainsi, le graphique montre l'évolution de l'indicateur d'une part dans les aires avec Ecoles des Maris et d'autre part, dans les aires sans école des maris.

2 L'équipe d'évaluation

L'évaluation a été réalisée par le bureau d'étude Edburgh Consultants. La consultante internationale (Christine Thayer), le responsable du projet management (Louk Stumpel), et la spécialiste du contrôle qualité (Gita Poyck) ont travaillé à distance avec le consultant national (Birama Bagayogo).

3 Les outils de collecte de données

3.1 Pour la partie qualitative

Dans le cadre de la présente évaluation, les guides d'entretien semi-structurés et les focus groups de discussion ont été administrés auprès des groupes cibles dans les sites avec EdM et sans EdM :

3.1.1 Les guides d'entretien semi-structurés :

- Les responsables des trois organisations (MSI, PSI et AMPPF) ainsi que le personnel terrain (Assistants Techniques Régionaux, Superviseurs de Communication interpersonnelle) ;

- Le personnel de santé (Médecin Chef, Directeur Technique de Centre, Matrone, Sagesfemmes, Infirmières-obstétriciennes) ;
- Les coachs des écoles maris ;
- Les leaders communautaires (Chefs de village, Imams, femmes leaders etc.)
- Les hommes et femmes mariés ;
- Les jeunes adolescents (filles et garçons) ;
- Les services techniques de l'Etat (Direction Générale de la Santé/Sous-Direction Division de la Santé de la Reproduction, Directions Régionales de la Santé, du Développement Social et de l'Economie Solidaire, de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille) ;
- Les Partenaires Techniques et Financiers (Fond des Nations pour la Population).

3.2 Les guides de focus groups de discussion :

- Les membres des écoles maris ; • Les femmes en âge de procréer,
- Les hommes mariés.
- Les étapes clés de l'évaluation
- Revue documentaire

Après la signature, l'équipe de consultants a demandé auprès des trois organisations un ensemble de documents afin de les exploiter. Parmi ces documents, nous pouvons citer :

- Le cadre conceptuel du programme ;
- Le cadre de suivi-évaluation du programme ;
- La structure managériale du programme ;
- Les rapports de capacités institutionnelles des ONG (MSI, PSI et AMPPF)
- Les rapports d'étude de base et d'évaluation à mi-parcours ;
- Les rapports annuels 2017, 2018 et 2019 ;
- Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du mali 2017-2018 etc.

Suite à la réception de ces différents documents, l'équipe de consultants a fait un examen critique.

Un rapport à cet effet a été élaboré et soumis à l'Ambassade Royale des Pays et aux trois organisations (MSI, PSI et AMPPF) pour observations et suggestions. Ce rapport a permis de mieux préparer l'atelier de cadrage.

3.3 Réunion de cadrage

Elle a été tenue le 25 Août 2020 dans les locaux de l'Ambassade Royale des Pays-Bas au Mali sur téléconférence. Les représentants des trois organisations (MSI, PSI et AMPPF), de l'ambassade Royale des Pays-Bas ainsi que le consultant national et la consultante internationale ont pris part.

Le cadrage a permis d'harmoniser les points de vue des participants et d'apporter des clarifications aux questions posées par les consultants surtout en matière de sécurité, du plan de la stratégie d'échantillonnage des zones concernées par l'évaluation etc. En plus, Les participants ont mis en exergue les points forts et faibles de la méthodologie de l'évaluation et de formuler des recommandations pour une meilleure collecte des données.

En conclusion, il a été nécessaire d'organiser un mini-atelier qui a eu lieu le 01/09/20 pour valider les outils de collecte des données. Un représentant de chaque organisation chapeau a pris part à ce mini atelier en plus avec le consultant national.

Avant de commencer la phase proprement dite de la collecte, toutes les observations ont été prises en compte par les consultants.

4 Formation des superviseurs/ enquêteurs

Après la validation des outils de collecte de données, le recrutement et la formation des superviseurs/enquêteurs ont été faits à Bamako du 03 au 05 septembre 2020 soit trois (3) jours de formation.

Les éléments ci-après ont fait l'objet de présentation :

- Le contexte et les objectifs de l'évaluation ;
- L'approche méthodologique de l'évaluation ;
- Les localités ciblées par l'évaluation ;
- Les outils de collecte des données (guides d'entretien semi-structurés, focus group de discussion). Ceux-ci ont été traduits en langue locale ;
- Le pré-test des outils ;
- Les conseils pratiques pour l'adoption des mesures barrières contre la Covid.

La formation a été assurée par le consultant national. Lors du deuxième jour de la formation (04/09/20) le Coordinateur de Suivi-évaluation de MSI a fait une présentation générale sur le programme BKN auprès des superviseurs/enquêteurs dans le but d'améliorer leurs connaissances sur la composition du consortium, la répartition des zones d'intervention, les stratégies de mise en œuvre et les résultats obtenus.

PSI a facilité la réalisation du pré-test des outils de collecte dans le quartier de Lassa (site école des maris), commune IV du district de Bamako. L'équipe de superviseurs/enquêteurs était accompagnée par le consultant national et le superviseur de communication interpersonnelle (CIP). Une visite de courtoisie a été faite auprès des notabilités villageoises avant d'interviewer les groupes cibles.

En fin de journée, une restitution à chaud a été organisée afin d'identifier les insuffisances ou incorrections dans les outils de collecte des données et d'apporter des solutions idoines. Cette étape a pris fin par la validation des outils de collecte et de leur reproduction. Le consultant national en collaboration avec les trois organisations membres du consortium, a planifié la sortie des équipes superviseurs/enquêteurs sur le terrain.

5 Collecte des données

La collecte des données a eu lieu simultanément dans les régions de Kayes, Sikasso et Ségou du 09 au 16 septembre 2020 soit huit (8) jours au total.

Trois (3) équipes de collecte composées chacune d'un superviseur et de deux (2) enquêteurs ont été déployées sur le terrain afin d'administrer les outils de collecte auprès des groupes cibles. Chaque équipe a été dédiée à une région c'est-à-dire les régions de Kayes, Sikasso et Ségou.

Au total, trois (3) superviseurs et six (6) enquêteurs ont réalisé la collecte des données dans les trois (3) régions (Kayes, Ségou et Sikasso). Dans la constitution des équipes de collecte, la prise en compte du genre a été respectée. Sur les neuf (9) personnes, la majorité était des femmes soit au nombre de cinq (5).

Le consultant national a rencontré les responsables des trois organisations membres du consortium à Bamako, ainsi que les services techniques de l'Etat (Direction Générale de la Santé, Direction Régionale de la Santé), les partenaires techniques et financiers. Quant à la consultante internationale, elle a réalisé des entretiens téléphoniques avec les Assistants Techniques Régionaux « ATR » des régions de (Koulikoro, Mopti, Tombouctou et Gao).

Les focus groups de discussion ont été réalisés en binôme dont l'un assurait le rôle d'animateur et l'autre faisait la prise de notes.

Les entretiens (individuels et fous group de discussion) ont été enregistrés en obtenant le consentement volontaire et éclairé des participants à l'évaluation.

Sur le terrain, à la fin de journée, chaque équipe tenait des séances de débriefing pour faire le bilan des activités réalisées, les forces et faiblesses. Pour apporter des solutions aux difficultés observées sur le terrain, les équipes de collecte communiquaient régulièrement avec le consultant national. Celui-ci remontait l'information à la consultante internationale.

6 Plan d'échantillonnage

Dans chaque région, deux districts sanitaires ont été retenus pour l'évaluation. A l'intérieur de chaque district, deux aires de santé dont (l'une avec école maris et l'autre sans école maris) ont sélectionnés en commun accord avec l'équipe des trois organisations membres du consortium et les acteurs locaux.

Dans le choix des districts sanitaires, deux critères en lien avec la planification familiale ont été pris en compte. Il s'agit du :

- Taux de planification familiale élevé (cas du 1er district sanitaire) ;
- Taux de planification familiale bas (cas du 2-ème district sanitaire).

Les trois régions ont été choisies en tenant compte de la représentativité des trois organisations :

- A Kayes, (Zone AMPPF), les districts sanitaires de Diéma et de Nioro du Sahel ont ciblés par l'évaluation ;
- A Ségou, (Zone MSI), les équipes de superviseurs/enquêteurs ont collecté les données dans les districts sanitaires de Bla et de Baraouéli ;

- A Sikasso, (Zone PSI), les équipes de collecte se sont rendues dans les districts sanitaires de Kadiolo et de Kignan.

Au total, la collecte des données a été faite dans six (6) districts sanitaires d'intervention du programme, six (6) aires de santé avec Ecoles maris et six (6) autres aires de santé sans écoles maris en plus des chefs-lieux des régions. De façon globale, vingt-une (21) localités ont été concernées par l'évaluation.

Tableau 13: Sites de collecte des données²

Régions	Districts sanitaires	Aires de santé (Ecoles Maris)	Aires de santé (Sans Ecoles Maris)	Observations
Kayes	Diéma	Diéoura	Farabougou	Fait comme prévu
	Nioro du Sahel	Baniéré Koré	Kouroukéré	Fait comme prévu
Sikasso	Kadiolo	Woroni	Nimbougou	Fait comme prévu
	Kignan	Kerèmekoro	Sanzana	Yelekala étant inaccessible a été remplacé par Keremekoro dans le district sanitaire de Kignan
Ségou	Bla	Nampasso	Kanzagasso	Fait comme prévu
	Barouéli	Kalaké	Boidié	Fait comme prévu
Total	3	6	6	21

Tableau 14: Echantillon des personnes enquêtées par région

Région	Entretiens individuels		Focus Group de discussion		Total Participants
	Prévu	Réalisé	Prévu	Réalisé	
Kayes	24	24	6	7	64
Sikasso	24	29	6	7	72
Ségou	24	29	6	7	85
Bamako	16	20	1	2	41
Total	88	102	19	23	262

Il ressort du tableau ci-dessus que les objectifs au départ ont été largement dépassés. Nous précisons que 262 participants ont pris à l'évaluation dans les régions de Kayes, Sikasso, Ségou et le District de Bamako.

² Source : Equipe d'évaluation

7 Saisie et analyse des données

Après la phase de collecte, les superviseurs/enquêteurs ont fait à Bamako la saisie des prises de notes sur Microsoft Word et la transcription des entretiens individuels et des focus group de discussion. Au fur et à mesure, ces données saisies ont été envoyées aux consultants pour validation. Ceux-ci ont procédé à la codification et à la catégorisation des données avant d'entamer l'analyse et la production du rapport provisoire.

8 Aspects d'éthiques

Au début de chaque entretien avec n'importe quel groupe cible, les superviseurs/enquêteurs ont cherché à obtenir le consentement volontaire et éclairé. Ainsi les enquêtés ont été suffisamment informés par les superviseurs/enquêteurs sur l'intérêt d'enregistrer les conversations tout en respectant la confidentialité et l'anonymat.

Annex 3 La situation politique

(Extrait du Rapport du Secrétaire-Général des Nations-Unies au Conseil de Sécurité, le 29 Septembre 2020 (N° S/2020/952))

La situation politique

La situation au Mali s'est considérablement détériorée au milieu des nombreuses protestations qui ont suivi les élections législatives du 29 mars et du 19 avril 2020 et qui ont abouti à un coup d'État le 18 août et à la détention de l'ancien président, Ibrahim Boubacar Keita, de l'ancien premier ministre, Boubou Cissé, et d'autres responsables civils et militaires. Le président a ensuite démissionné et a annoncé la dissolution du gouvernement et de l'Assemblée nationale.

Le colonel Assimi Goïta, commandant d'un bataillon de forces spéciales basé au centre du Mali, a été présenté comme le président du Comité national pour le salut du peuple (CNSP). Il a annoncé que le CNSP tiendrait des consultations avec les acteurs politiques et la société civile afin d'établir une transition civile et d'organiser des élections générales dans un "délai raisonnable". Il a également déclaré que le CNSP assurerait la continuité de l'État malien et respecterait tous les engagements internationaux, y compris la mise en œuvre de l'accord de paix et de réconciliation au Mali et en ce qui concerne la présence des forces internationales au Mali, y compris la MINUSMA.

Le 21 septembre, le CNSP a annoncé la désignation officielle par un collège électoral de l'ancien ministre de la défense et colonel-major à la retraite, Bah N'Daou, comme président du gouvernement de transition de 18 mois et du leader du CNSP, le colonel Assimi Goïta, comme vice-président.

La situation sécuritaire

La situation sécuritaire est restée très préoccupante, les attaques de groupes extrémistes contre les civils et les forces de sécurité nationales et internationales se poursuivant sans relâche dans le nord et le centre du Mali. Les groupes extrémistes ont augmenté le nombre d'attaques aux engins explosifs improvisés contre les forces de sécurité internationales, ce qui a obligé la MINUSMA et d'autres à adapter leurs efforts d'atténuation. À cette fin, outre le recours à la couverture aérienne la Mission vise à sauvegarder les principaux axes de transport dans les régions de Gao et de Ménaka. Malgré les meilleurs efforts des forces nationales, avec le soutien de la MINUSMA, pour renforcer les mesures de protection, des attaques ciblées sur les civils à travers les lignes communautaires ont continué à se produire, en particulier dans le centre du Mali.

Au centre du pays, les milices d'autodéfense et les groupes extrémistes ont continué à exploiter les conflits entre communautés, ce qui a entraîné une violence continue contre les civils et des incidents de sécurité. Les extrémistes ont également poursuivi leurs attaques contre les forces de défense et de sécurité maliennes, tout en consolidant leur présence dans la région de Ségou. Les affrontements entre les communautés et les groupes terroristes ont également entraîné le blocus de plusieurs villages, rendant les conditions de vie de plus en plus pénibles. Les groupes terroristes ont continué à étendre leur influence dans le centre, attaquant et menaçant la population locale dans plusieurs villages.

La situation des droits de l'homme s'est détériorée, avec des violations et des abus liés à la propagation de l'extrémisme violent, aux opérations antiterroristes et à la violence communautaire, ainsi que des actes de violence lors des manifestations antigouvernementales à Bamako. Comme par le passé, la plupart des violations et abus ont été documentés dans la région de Mopti (359), et d'autres dans les régions de Bamako (202), Ségou (44), Tombouctou (32), Ménaka (28), Gao (22), Koulikoro (17) et Kidal (16). Les auteurs sont les forces nationales (187), les autorités judiciaires (114), les groupes armés signataires et respectueux de la loi (35), les groupes armés et milices communautaires (260) et les groupes extrémistes (122). La violence entre les communautés s'est poursuivie sans relâche dans la région de Mopti.

Moins de violations graves contre les enfants ont été enregistrées que lors de la période précédente : 230 violations contre 159 enfants. MINUSMA a signalé cinq cas de violences sexuelles liées au conflit contre trois femmes et deux filles, y compris des viols collectifs et de l'esclavage sexuel, perpétrés par des groupes extrémistes. La MINUSMA a également documenté 16 attaques et menaces contre des écoles et des hôpitaux.

La situation humanitaire reste très préoccupante, COVID-19 aggravant une situation déjà fragile. L'insécurité a continué à limiter l'accès humanitaire, mais les acteurs humanitaires ont poursuivi leurs efforts de renforcement de la confiance pour améliorer leur accès aux communautés. Pendant la période de soudure, le nombre de personnes ayant besoin d'une aide alimentaire d'urgence a augmenté de plus de 70 %, atteignant 1,3 million. Dans le même temps, les contraintes de financement ont obligé les acteurs humanitaires à réduire la ration à 60 % du panier alimentaire de base. Depuis la période précédente, le nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays est passé de 250 998 à 266 831. Toutes les écoles ont été fermées depuis le 19 mars, touchant 3,8 millions d'enfants. La communauté internationale a apporté son soutien au gouvernement pour mettre en place des activités d'apprentissage à domicile et préparer la réouverture des écoles tout en respectant les mesures strictes de prévention COVID-19. La mobilisation de l'ensemble du secteur de la santé en réponse à la pandémie a également eu des conséquences négatives sur les programmes essentiels, notamment les vaccinations.

Annex 4 Rapport d'analyse des indicateurs

Rapport d'analyse des indicateurs de la planification familiale et de la consultation prénatale et postnatale

Ce rapport d'analyse quantitative présente l'évolution des indicateurs de la planification familiale et de la santé de la reproduction. En effet, le domaine d'intervention de BKN c'est la planification et la santé de la reproduction. Les activités du programme ont commencé en 2016 et terminées en 2020 mais l'analyse d'indicateurs fait ici couvrir la période de 2017 à 2019. En effet, c'est pour cette période que des données désagrégées au niveau aire de santé sont disponibles avec la base de données DHIS2 de la Direction générale de la santé (DGS).

La méthodologie est de faire une comparaison entre l'évolution des indicateurs dans les aires de santé avec écoles de maris par rapport aux aires de santé sans écoles de maris entre 2017 et

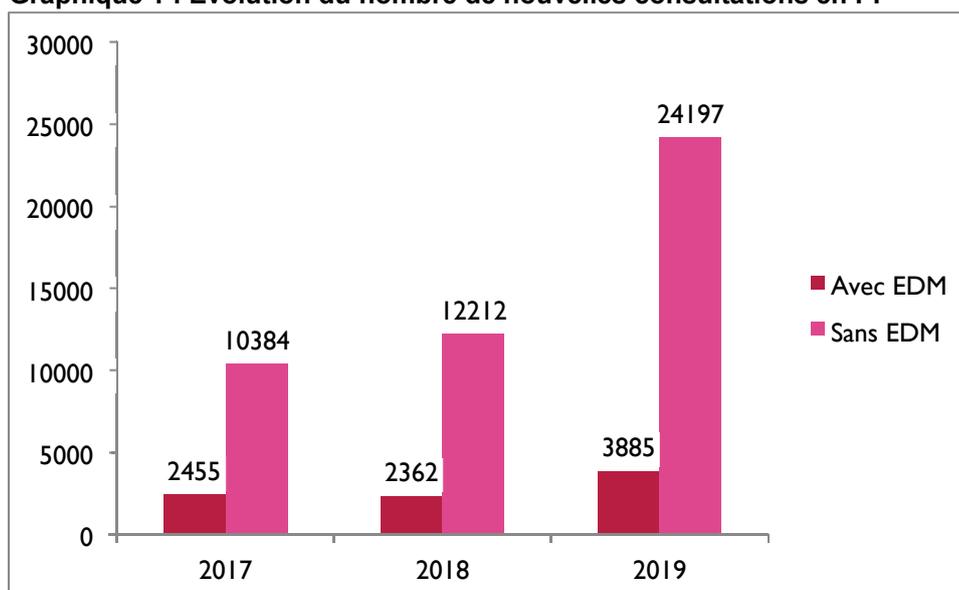
2019. Il a été tiré du logiciel de la base de données du système d'information sanitaire développé sur la plateforme DHIS2, les données d'aires de santé avec et sans écoles de maris dans les districts sanitaires des communes III et IV du district de Bamako, de Diéma et de Nioro de la région de Kayes, de Kadiolo et de Kignan de la région de Sikasso, de Baraouéli et de Bla de la région de Ségou. Les indicateurs analysés sont des nombres absolus, l'analyse est faite en comparant le niveau d'augmentation entre 2017 et 2019.

Pour les besoins de l'analyse, pour chaque indicateur, il est fait un graphique et un tableau. Le graphique donne l'évolution de l'indicateur d'une part dans les aires avec école de maris et d'autre part, dans les aires sans école de maris.

1 Utilisation des services de planification familiale

L'utilisation des services de planification familiale est appréhendée à l'aide du nombre des nouvelles consultations des femmes en âge de procréer dans l'année pour utiliser une méthode de planification familiale.

Graphique 1 : Evolution du nombre de nouvelles consultations en PF



Le nombre de nouvelles consultations en planification familiale est globalement croissant sur la période de 2017 à 2019 aussi bien pour les aires sans écoles de maris que ceux avec écoles de maris. Le nombre passe de 2455 en 2017 à 3885 en 2019 soit une augmentation de 58 % dans les aires avec écoles de maris, dans les aires sans écoles de maris il a plus que doublé en passant de 10 384 à 24 197. Dans l'ensemble, il ne se dégage pas une amélioration quantitative dans aires avec EDM par rapport aux autres en ce qui concerne l'utilisation des services de planification familiale.

Tableau 1 : Evolution du nombre de nouvelles consultations en PF par district

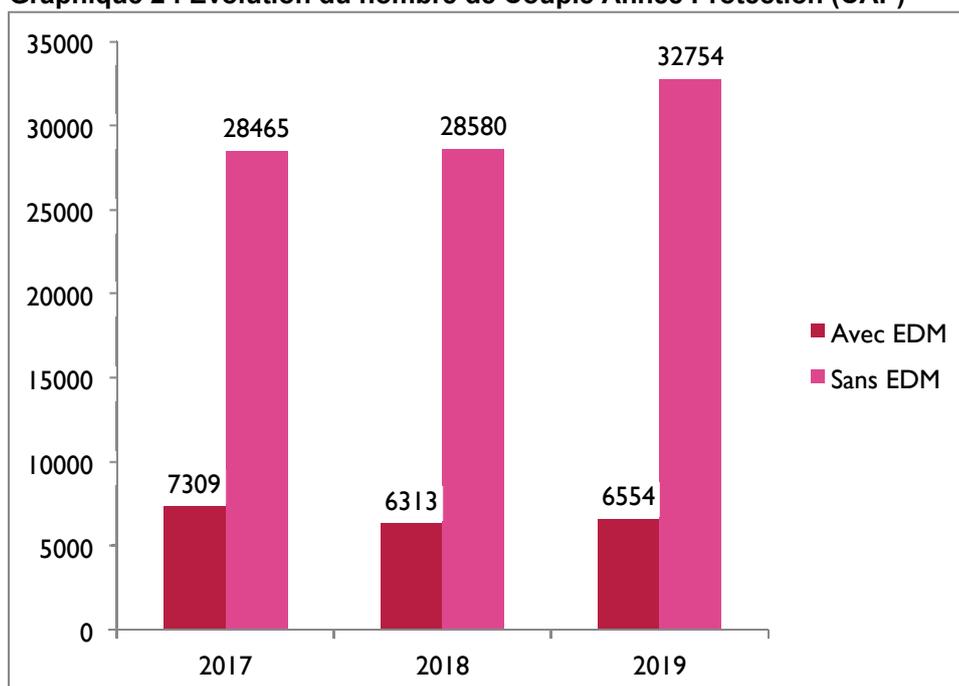
Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
--------	----------	----------------	------	------	------	------

Bamako	Commune III	Avec EDM	365	260	772	373	
		Sans EDM	1301	1148	1331	294	
		Total	1666	1408	2103	667	
	Commune IV	Sans EDM	1717	2062	4966	1970	
	Total Commune IV	Total	1717	2062	4966	1970	
	Total Bamako			3383	3470	7069	2637
Kayes	Diema	Avec EDM	1008	616	619	188	
		Sans EDM	2266	2129	1648	818	
		Total	3274	2745	2267	1006	
	Nioro	Avec EDM	444	525	600	327	
		Sans EDM	238	112	375	140	
		Total	682	637	975	467	
	Total Kayes			3956	3382	3242	1473
	Ségou	Baraouéli	Avec EDM	215	382	604	490
			Sans EDM	684	568	961	457
Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020	
Ségou	Bla	Total	899	950	1565	947	
		Avec EDM	137	144	628	251	
		Sans EDM	944	982	1126	692	
	Total	1081	1126	1754	943		
	Total Ségou			1980	2076	3319	1890
	Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	149	144	358	249
Sans EDM			2373	3136	10951	2909	
Total			2522	3280	11309	3158	
Kignan		Avec EDM	137	291	304	202	
		Sans EDM	861	2075	2839	1685	
		Total	998	2366	3143	1887	
Total Sikasso			3520	5646	14452	5045	
Total général			12839	14574	28082	11045	

Par district sanitaire, la commune III du district de Bamako, Nioro, Baraouéli, Bla se démarquent du constat général. Le nombre y a augmenté dans les aires avec écoles de maris entre 2017 et 2019 plus rapidement que dans les aires sans écoles de maris. Par contre, dans les districts de Kignan et Kadiolo, l'indicateur a augmenté plus rapidement dans les aires sans écoles de maris que celles avec écoles de maris. Le cas de Kadiolo contribue fortement à la situation globale du fait que le nombre est 4,6 entre 2017 et 2019 dans les aires sans EDM.

2 Nombre de Couple Année Protection (CAP)

Graphique 2 : Evolution du nombre de Couple Année Protection (CAP)



Le nombre de couple année protection (CAP) a connu un progrès de 15 % de 2017 à 2019 dans les aires sans EDM mais a diminué de 10 % dans les aires avec écoles de maris. Un effet quantitatif des écoles des maris ne se dégage pas non plus pour cet indicateur.

Tableau 2 : Evolution du nombre de Couple Année Protection (CAP) par district

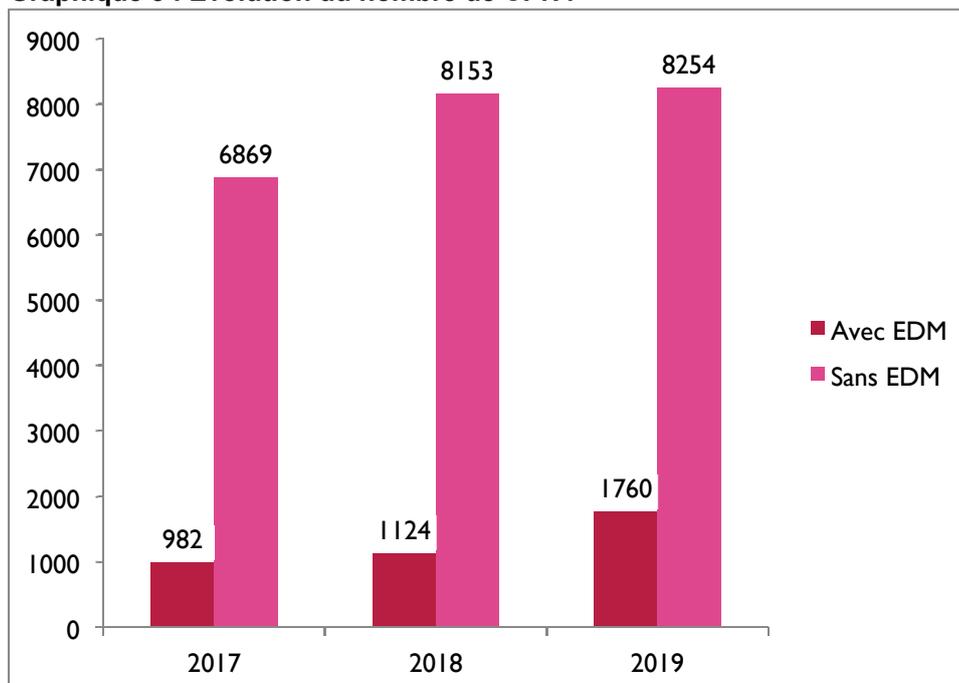
Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
Bamako	Commune III	Avec EDM	2505	1843	2210	815
		Sans EDM	3714	2664	4353	967
		Total	6219	4507	6563	1782
	Commune IV	Sans EDM	11457	11483	9047	4850
	Total Commune IV	Total	11457	11483	9047	4850
	Total Bamako		17676	15990	15610	6632
Kayes	Diema	Avec EDM	442	474	471	157
		Sans EDM	1341	1506	1636	1413
		Total	1783	1980	2107	1570
	Nioro	Avec EDM	583	615	750	341
		Sans EDM	566	372	572	220
		Total	1149	987	1322	561
Total Kayes		2932	2967	3429	2131	
Ségou	Baraouéli	Avec EDM	1722	1143	1402	705
		Sans EDM	1302	1681	2734	1021
		Total	3024	2824	4136	1726

Bla	Avec EDM	468	911	484	224	
	Sans EDM	2851	3068	2530	1232	
	Total	3319	3979	3014	1456	
Total Ségou		6343	6803	7150	3182	
Kadiolo	Avec EDM	744	573	776	321	
	Sans EDM	4375	3152	5399	2602	
	Total	5119	3725	6175	2923	
	Kignan	Avec EDM	845	754	461	324
		Sans EDM	2859	4654	6483	3283
		Total	3704	5408	6944	3607
Total Sikasso	8823	9133	13119	6530		
Total général		35774	34893	39308	18475	

C'est seulement dans le district de Nioro qu'il se dégage des progrès importants du nombre de CAP dans les aires avec écoles de maris que dans celles sans écoles de maris. Dans les districts de Bla et Kignan, le nombre de CAP a augmenté dans les aires sans EDM alors qu'il a baissé dans les autres.

3 CPN4

Graphique 3 : Evolution du nombre de CPN4



Les écoles de maris semblent avoir eu un effet quantitatif sur la consultation prénatale. En effet, le nombre de femmes en âge de procréer ayant eu au moins 4 CPN a augmenté de 79 % dans les aires avec écoles de mari contre 20 % dans les aires sans écoles de maris.

Tableau 3 : Evolution du nombre de CPN4 par district

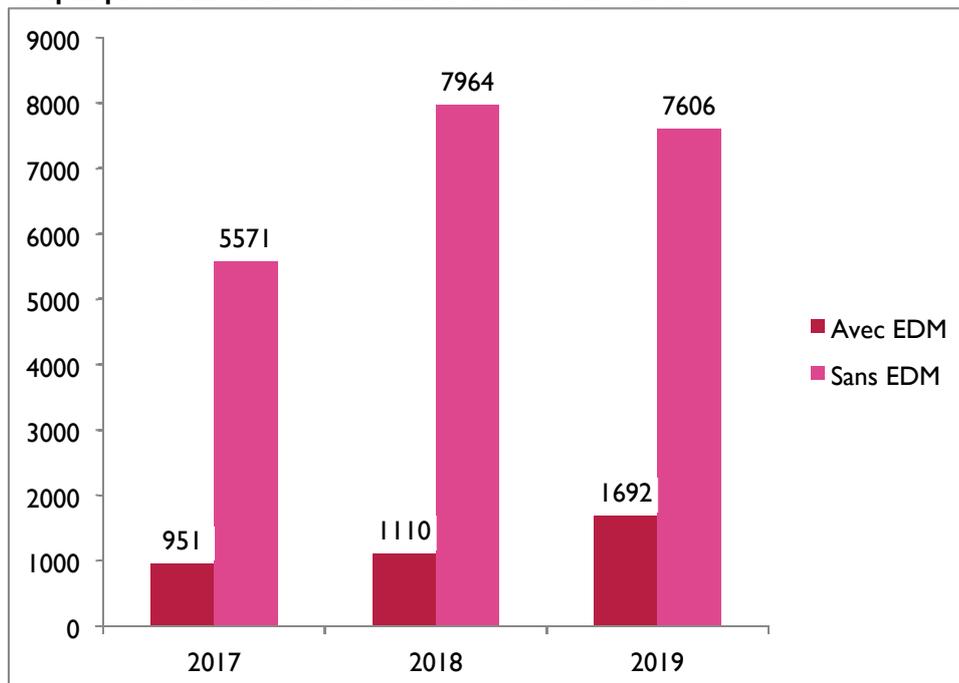
Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
Bamako	Commune III	Avec EDM	185	184	275	87
		Sans EDM	1425	787	1656	273
		Total	1610	971	1931	360
	Commune IV	Sans EDM	2095	3781	2593	1485
	Total Commune IV	Total	2095	3781	2593	1485
	Total Bamako		3705	4752	4524	1845
Kayes	Diema	Avec EDM	92	166	313	118
		Sans EDM	372	723	1043	431
		Total	464	889	1356	549
	Nioro	Avec EDM	117	140	360	106
		Sans EDM	86	89	204	169
		Total	203	229	564	275
Total Kayes		667	1118	1920	824	
Ségou	Baraouéli	Avec EDM	173	127	203	115
Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
		Sans EDM	284	327	280	241
		Total	457	454	483	356
	Bla	Avec EDM	44	252	312	248
		Sans EDM	332	383	443	295
		Total	376	635	755	543
Total Ségou		833	1089	1238	899	
Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	278	216	271	106
		Sans EDM	1567	1258	1339	727
		Total	1845	1474	1610	833
	Kignan	Avec EDM	93	39	26	49
		Sans EDM	708	805	696	260
		Total	801	844	722	309
Total Sikasso		2646	2318	2332	1142	
Total général			7851	9277	10014	4710

C'est particulièrement dans la commune III de Bamako et le district sanitaire de Baraouéli, que le nombre a plus augmenté en aires avec EDM qu'en aire sans EDM.

4 Les districts sanitaires de la commune III de Bamako

4.1 CPN effective

Graphique 4 : Evolution du nombre de CPN effectives



Le nombre de CPN effectives a augmenté de 78 % en aires avec EDM entre 2017 et 2019 alors qu'il n'a augmenté que de 37 % dans les aires sans EDM. Cela sous-entendrait un effet positif des écoles de mari sur les CPN et leur effectivité.

Tableau 4 : Evolution du nombre de CPN effectives par district

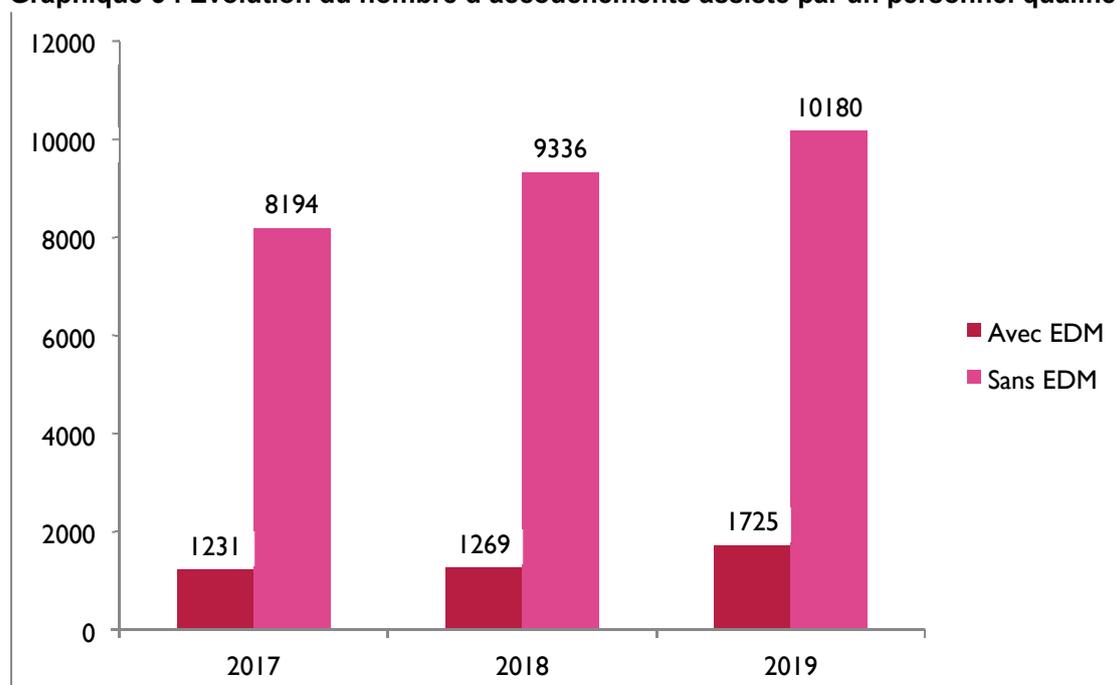
Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
Bamako	Commune III	Avec EDM	182	181	267	82
		Sans EDM	603	697	1464	268
		Total	785	878	1731	350
	Commune IV	Sans EDM	2013	3681	2283	1182
	Total Commune IV	Total	2013	3681	2283	1182
	Total Bamako			2798	4559	4014
Kayes	Diema	Avec EDM	92	166	313	116
		Sans EDM	312	699	978	402
		Total	404	865	1291	518
	Nioro	Avec EDM	115	130	300	105
		Sans EDM	80	88	200	169
		Total	195	218	500	274
Total Kayes			599	1083	1791	792
Ségou	Baraouéli	Avec EDM	161	114	203	103

		Sans EDM	262	311	271	184	
		Total	423	425	474	287	
	Bla	Avec EDM	44	252	312	223	
		Sans EDM	327	360	422	297	
		Total	371	612	734	520	
	Total Ségou		794	1037	1208	807	
Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	264	228	271	106	
		Sans EDM	1301	1301	1257	1718	
		Total	1565	1529	1528	1824	
	Kignan	Avec EDM	93	39	26	49	
		Sans EDM	673	827	731	307	
		Total	766	866	757	356	
	Total Sikasso		2331	2395	2285	2180	
	Total général			6522	9074	9298	5311

Les districts sanitaires de Nioro, Baraouéli, Bla et Kadiolo sont ceux qui contribuent plus au relatif effet des écoles de maris. Dans les trois premiers le nombre de CPN effectives ont augmenté entre 2017 et 2019 mais l'augmentation est plus marquée dans les zones avec écoles de maris. Dans le district de Kadiolo, le nombre n'a augmenté que légèrement dans les aires avec EDM mais a baissé dans les aires sans EDM.

5 Accouchement assisté

Graphique 5 : Evolution du nombre d'accouchements assisté par un personnel qualifié



A l'image des consultations prénatales, les accouchements par un personnel qualifié aussi augmentent plus dans les aires avec écoles de maris que dans les aires sans écoles de maris.

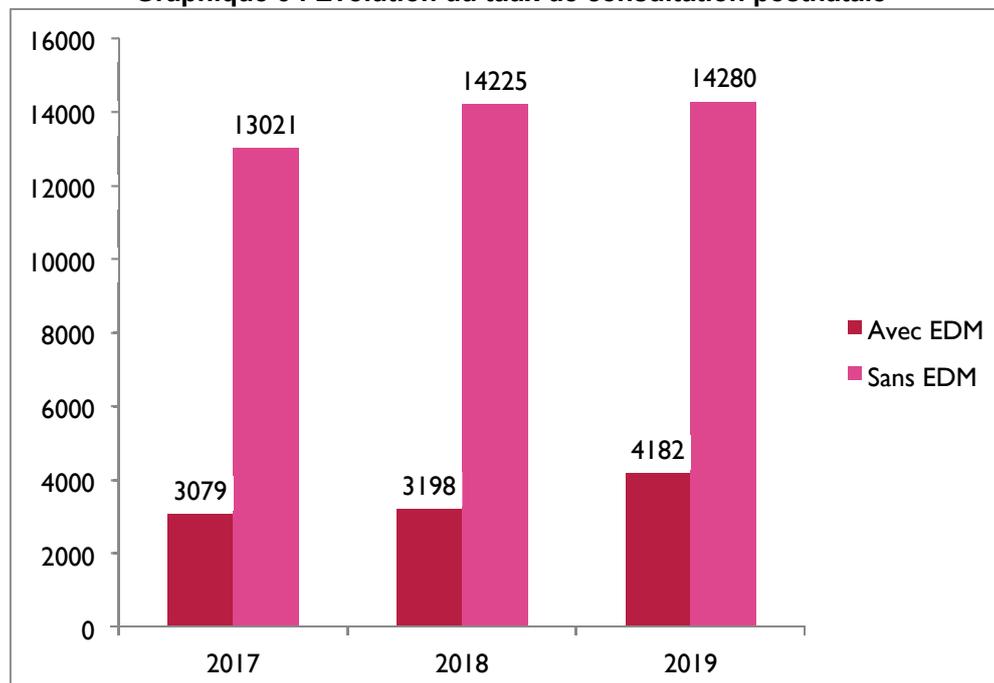
Le nombre d'accouchements par un personnel qualifié a augmenté de 40 % entre 2017 et 2019 dans les aires avec EDM contre 24 % dans les aires sans écoles de maris. **Tableau 5 : Evolution du taux d'accouchements assistés par région**

Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
Bamako	Commune III	Avec EDM	413	375	582	172
		Sans EDM	1829	1013	1414	182
		Total	2242	1388	1996	354
	Commune IV	Sans EDM	2766	3581	3096	1351
	Total Commune IV	Total	2766	3581	3096	1351
	Total Bamako		5008	4969	5092	1705
Kayes	Diéma	Avec EDM	134	193	259	125
		Sans EDM	434	450	691	411
		Total	568	643	950	536
	Nioro	Avec EDM	171	125	273	99
		Sans EDM	290	278	396	179
		Total	461	403	669	278
Total Kayes		1029	1046	1619	814	
Ségou	Baraouéli	Avec EDM	335	140	151	67
		Sans EDM	397	484	560	318
Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
	Bla	Total	732	624	711	385
		Avec EDM	98	254	262	146
		Sans EDM	650	608	617	295
		Total	748	862	879	441
	Total Ségou		1480	1486	1590	826
Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	48	42	107	71
		Sans EDM	1196	2041	2190	1171
		Total	1244	2083	2297	1242
	Kignan	Avec EDM	32	140	91	53
		Sans EDM	632	881	1216	610
		Total	664	1021	1307	663
Total Sikasso		1908	3104	3604	1905	
Total général			9425	10605	11905	5250

Dans les districts de la commune III de Bamako, Diéma, Nioro, Baraouéli et Kignan le nombre d'accouchements assistés par un personnel qualifié a augmenté plus rapidement entre 2017 et 2019 dans les aires avec écoles de maris que dans les aires sans EDM.

6 Consultation postnatale

Graphique 6 : Evolution du taux de consultation postnatale



La consultation postnatale semble profiter d'un effet favorable des écoles de maris, du moins, l'augmentation du nombre de CPON est plus important dans les aires avec écoles de maris que dans celles sans écoles de maris. L'augmentation est de 36 % dans les aires avec écoles de maris contre 10 % dans les aires sans écoles de maris.

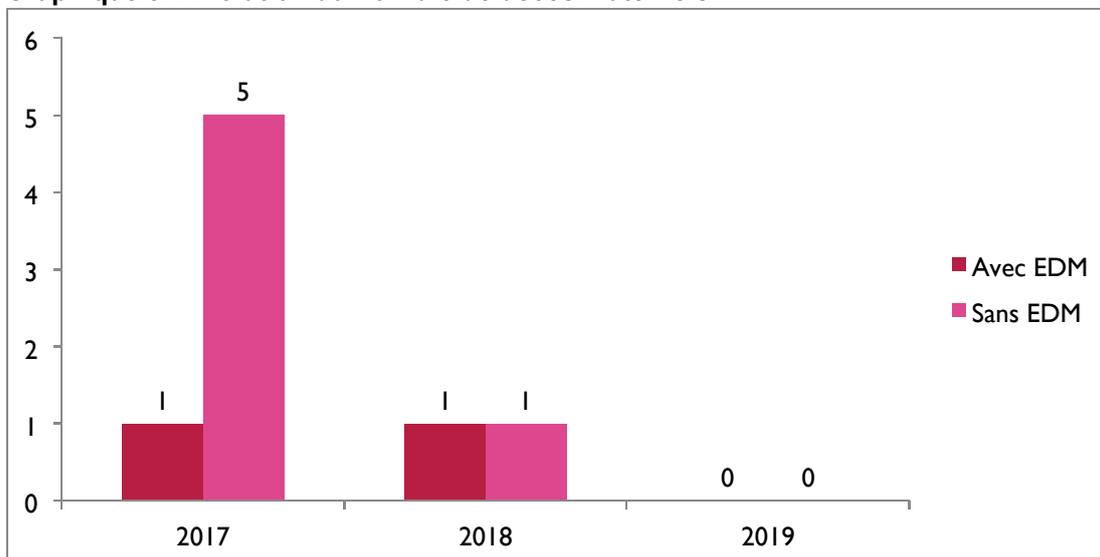
Tableau 6 : Evolution du nombre de consultation postnatale par région

Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
Bamako	Commune III	Avec EDM	500	699	915	293
		Sans EDM	1336	1007	1235	158
		Total	1836	1706	2150	451
	Commune IV	Sans EDM	2935	4040	3599	1468
	Total Commune IV	Total	2935	4040	3599	1468
	Total Bamako			4771	5746	5749
Kayes	Diema	Avec EDM	282	282	311	162
		Sans EDM	943	1117	1155	562
		Total	1225	1399	1466	724
	Nioro	Avec EDM	448	447	542	224
		Sans EDM	685	287	461	260
		Total	1133	734	1003	484
Total Kayes			2358	2133	2469	1208
Ségou	Baraouéli	Avec EDM	693	590	707	370

		Sans EDM	774	769	749	579	
		Total	1467	1359	1456	949	
	Bla	Avec EDM	382	358	493	254	
		Sans EDM	1045	944	1049	652	
		Total	1427	1302	1542	906	
	Total Ségou		2894	2661	2998	1855	
Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	261	269	685	344	
		Sans EDM	2742	2671	2935	1721	
		Total	3003	2940	3620	2065	
	Kignan	Avec EDM	513	553	529	290	
		Sans EDM	2561	3390	3097	1705	
		Total	3074	3943	3626	1995	
	Total Sikasso		6077	6883	7246	4060	
	Total général			16100	17423	18462	9042

Les districts de la Commune III de Bamako, Diéma, Nioro, Baraouéli, Bla, Kadiolo ont connu l'effet favorable des écoles de maris pour ce qui concerne la consultation postnatale. En effet, dans ces districts, le nombre de CPON a connu une augmentation plus importante dans les aires avec écoles de maris que dans les aires sans écoles de maris.

Graphique 8 : Evolution du nombre de décès maternels



Sur la période de 2017 à 2019, il y a 8 décès maternels. En 2017, il y en a eu 5 dans les aires sans écoles de maris, mais la rareté du phénomène fait qu'il est difficile de dégager une tendance claire.

Tableau : Evolution du nombre de décès maternels par région

Région	District	Présence d'EDM	2017	2018	2019	2020
--------	----------	----------------	------	------	------	------

Bamako	Commune III	Avec EDM	0	0	0	0	
		Sans EDM	0	0	0	0	
		Total	0	0	0	0	
	Commune IV	Sans EDM	0	0	0	0	
		Total	0	0	0	0	
	Total Bamako		0	0	0	0	
Kayes	Diema	Avec EDM	0	0	0	0	
		Sans EDM	0	0	0	1	
		Total	0	0	0	1	
	Nioro	Avec EDM	1	0	0	0	
		Sans EDM	0	0	0	0	
		Total	1	0	0	0	
	Total Kayes		1	0	0	1	
	Ségou	Baraouéli	Avec EDM	0	0	0	0
			Sans EDM	0	0	0	0
Total			0	0	0	0	
Bla		Avec EDM	0	0	0	0	
		Sans EDM	0	0	0	0	
		Total	0	0	0	0	
Total Ségou			0	0	0	0	
Sikasso		Kadiolo	Avec EDM	0	1	0	0
			Sans EDM	4	1	0	0
	Total		4	2	0	0	
	Kignan	Avec EDM	0	0	0	0	
		Sans EDM	1	0	0	0	
		Total	1	0	0	0	
	Total Sikasso		5	2	0	0	
	Total général		6	2	0	1	

Sur les 8 décès de la période de 2017 à 2019, 5 ont eu lieu en 2017 et 2019 dans les aires sans EDM de Kadiolo.

7 Annexes

Tableau annexe 1 : Taux de CPN4

Région	District	Présence d'EDM	Aire	2017	2018	2019	2020
Bamako	Commune III	Avec EDM	Asacodes	19.8	19.2	27.8	17.2
Bamako	Commune III	Sans EDM	Asacodrab	24.5	12.2	18.8	7.3
Bamako	Commune III	Sans EDM	Ascodar	52.5	24	59.1	10.3
Bamako	Commune III	Sans EDM	Ascom	35.3	37.3	42	48.3
Bamako	Commune IV	Sans EDM	Asacodjip	5.4	5.7	5.2	7.4
Bamako	Commune IV	Sans EDM	Asacoham	21.4	29.1	61.7	100
Bamako	Commune IV	Sans EDM	Asacola1	23.1	18.8	18.2	14.5
Bamako	Commune IV	Sans EDM	Asacola2	61.4	139.9	49.5	31.5
Kayes	Diema	Avec EDM	Diéoura	11.7	16.6	36	25.5
Kayes	Diema	Avec EDM	Sansankidé	1.6	9.4	8.1	7.7
Kayes	Diema	Sans EDM	Dianguirdé	8.3	35.4	13.3	9
Kayes	Diema	Sans EDM	Dianguonté Camara	11.6	37.8	57.8	45.6
Kayes	Diema	Sans EDM	Farabougou	80.2	83.2	95.5	65.7
Kayes	Diema	Sans EDM	Madiga Sacko	10.8	15.5	19.6	21.5
Kayes	Nioro	Avec EDM	Banierekore	16.6	12	10.3	11.8
Kayes	Nioro	Avec EDM	Diabigue	0.67	2.8	17.1	14.5
Kayes	Nioro	Avec EDM	Monzombougou	1.2	4.5	26.4	5
Kayes	Nioro	Avec EDM	Youri	2.7	8.1	14.8	10.5
Kayes	Nioro	Sans EDM	Diaye Coura	9.4	14.9	6.3	3.7
Kayes	Nioro	Sans EDM	Kouroukere	8	7.2	20.4	34.3
Ségou	Baraouéli	Avec EDM	Kalake	6	6.5	8.9	16.8
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Boidie	9.2	5.5	9.1	6.6
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Dougoufe	13.7	14.9	7.3	9.4
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Gouendo	13.1	9.5	5.9	4.7
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Kodougouni	11.7	10.1	10.9	23.2
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Somo - Baroueli	8.5	18	21.5	39.9
Ségou	Bla	Avec EDM	Nampasso	6.5	36.1	43.4	69
Ségou	Bla	Avec EDM	Touna	5	5.1	5.5	7.6
Ségou	Bla	Sans EDM	Benguene	14.2	17.6	17.6	11.3
Ségou	Bla	Sans EDM	Diaramana	10.3	13.4	18.5	38.2
Ségou	Bla	Sans EDM	Dougouolo	18	25.8	39.3	40.6
Ségou	Bla	Sans EDM	Kazangasso	21.3	21.2	20.2	31.2

Région	District	Présence d'EDM	Aire	2017	2018	2019	2020
Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	Katéélé	22.8	13.4	18.5	12.3
Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	Woroni	41.6	40.4	44.2	38
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Diou	18.3	25.6	10.9	6.1
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Fourou	6.4	6.4	10.7	24.7
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Kai	51.4	20.4	20.8	15.2
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Lanfiala	50.8	44	93.6	92.1
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Lofigué	4.3	0.83	7.2	8.6
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Lofinè	20.7	18.7	15.4	21.6
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Loulouni	15.1	16.6	14.8	19.1
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Nimbougou	17.7	27.6	25.2	24.9
Sikasso	Kignan	Avec EDM	Sanzana	11.3	4.6	3	10.9
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Daoula Sonzana	0	12.1	10.3	10.8
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Dogoni	10.4	4	8.8	4.9
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Doumanaba	21.2	28.4	9.1	7.2
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Kabarasso	3.6	2.6	1.4	5.2
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Kignan central	3.3	4.5	6.4	3.3
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Koumankou	1.5	5	6.6	8.4
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Kourouma	7.4	4.2	10.4	9.4
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Nanérébougou	0	5.7	2.1	1
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Tella	61.5	72.6	57.2	43.3
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Yiringasso	19.6	12.9	13.1	1.6

Tableau annexe 2 : Taux de CPN effectives

Région	District	Présence d'EDM	Aire	2017	2018	2019	2020
Bamako	Commune III	Avec EDM	Asacodes	19.5	18.9	27	16.2
Bamako	Commune III	Sans EDM	Asacodrab	22.1	11.8	26.4	7.3
Bamako	Commune III	Sans EDM	Ascodar	14.3	19.9	49.7	10.3
Bamako	Commune III	Sans EDM	Ascom	34.7	37.3	36.4	46.4
Bamako	Commune IV	Sans EDM	Asacodjip	4.8	5.2	4.4	6
Bamako	Commune IV	Sans EDM	Asacoham	21.4	29.1	60.2	99.9
Bamako	Commune IV	Sans EDM	Asacola1	20.6	15.9	13.7	10.2
Bamako	Commune IV	Sans EDM	Asacola2	60.4	138.4	41	8.1
Kayes	Diema	Avec EDM	Diéoura	11.7	16.6	36	24.9
Kayes	Diema	Avec EDM	Sansankidé	1.6	9.4	8.1	7.7

Kayes	Diema	Sans EDM	Dianguirdé	7.9	35.4	13.3	9
--------------	-------	----------	------------	-----	------	------	---

Région	District	Présence d'EDM	Aire	2017	2018	2019	2020
Kayes	Diema	Sans EDM	Dianguonté Camara	11.6	37.8	57.8	45.6
Kayes	Diema	Sans EDM	Farabougou	47.5	69.3	69.6	43.8
Kayes	Diema	Sans EDM	Madiga Sacko	10.3	15.5	16.8	19
Kayes	Nioro	Avec EDM	Banierekore	16.6	11.5	5.7	11.8
Kayes	Nioro	Avec EDM	Diabigue	0.67	2.8	15	14.5
Kayes	Nioro	Avec EDM	Monzombougou	1.2	4.2	24	4.7
Kayes	Nioro	Avec EDM	Youri	2	6.5	13	10.5
Kayes	Nioro	Sans EDM	Diaye Coura	9.4	14.9	6.3	3.7
Kayes	Nioro	Sans EDM	Kouroukere	7.4	7	20	34.3
Ségou	Baraouéli	Avec EDM	Kalake	5.4	4.7	8.9	13.6
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Boidie	8.6	5.5	9.1	6.6
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Dougoufe	10.4	12.3	7.3	10.8
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Gouendo	13.1	9.5	5.9	4.7
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Kodougouni	11.3	10.1	10	6.1
Ségou	Baraouéli	Sans EDM	Somo - Baroueli	8.3	17.8	21	39.9
Ségou	Bla	Avec EDM	Nampasso	6.5	36.1	43.4	62.1
Ségou	Bla	Avec EDM	Touna	5	5.1	5	7.6
Ségou	Bla	Sans EDM	Benguene	14.2	16.3	16.7	11.3
Ségou	Bla	Sans EDM	Diaramana	10.3	13.4	12.5	38.2
Ségou	Bla	Sans EDM	Dougouolo	17.3	19.5	37.9	39.2
Ségou	Bla	Sans EDM	Kazangasso	20.9	21.2	21.7	32.3
Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	Katéle	20.7	15.1	18.5	12.3
Sikasso	Kadiolo	Avec EDM	Woroni	41.6	40.4	44.2	38
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Diou	18.3	25.6	10.9	6.5
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Fourou	6.4	12.5	10.7	24.7
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Kai	33	19	16.3	9.8
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Lanfiala	50.8	44.2	93.6	247.9
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Lofigué	4.2	0.71	7.2	7.9
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Lofinè	20.7	19.4	13.2	20.6
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Loulouni	14.6	16.5	14.7	176.2
Sikasso	Kadiolo	Sans EDM	Nimbougou	17.7	27.2	25.2	24.9
Sikasso	Kignan	Avec EDM	Sanzana	11.3	4.6	3	10.9
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Daoula Sonzana	0	12.1	10.3	10.8

Sikasso	Kignan	Sans EDM	Dogoni	8	7.3	8.9	12
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Doumanaba	21.2	27.6	9	9.1
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Kabarasso	3.6	2.6	1.4	5.2
Région	District	Présence d'EDM	Aire	2017	2018	2019	2020
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Kignan central	2.6	3.9	8.3	3.5
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Koumankou	1.5	5	6.6	8.4
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Kourouma	7.4	3.8	10.4	9.2
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Nanérébougou	0	8.9	1.3	1
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Tella	61.5	72.6	57.2	43.3
Sikasso	Kignan	Sans EDM	Yiringasso	19.6	12.9	13.1	1.6

Annex 5 Cadre de performance BKN

Projet de promotion de la planification familiale au Mali "Bangué Kolossi Nieta"							
Indicateurs	Définition de l'indicateur	Données de base	Cibles globales du projet	Realisation 2016-2018	Projection 2019	Realisation 2019	Moyens de vérification
Nombre de clientes utilisant une méthode à longue durée d'action ou permanente (estimation) dans le cadre du projet		75.000		56.379	14.897	41.457	
Réduction des perceptions négatives envers les méthodes de longue durée % des femmes qui choisissent une MLD dans le cadre du projet	Nombre de femmes qui ont choisi une MLD dans la zone d'intervention du projet sur le nombre total de femme ayant bénéficié d'une méthode moderne de contraception.		Augmentation de 20%	40%	45%	23%	Système d'information et de suivi de chaque partenaire
Réduction des barrières pour les jeunes filles/femmes % des jeunes filles ou jeunes femmes (les moins de 25 ans) qui choisissent une méthode contraceptive dans le cadre du projet	Nombre de jeune filles ou femmes de moins de 25 ans qui ont reçu une méthode contraceptive dans le cadre du projet sur le nombre total de jeunes filles.	16%	30%	44%	45%	50%	Système d'information et de suivi de chaque partenaire
Réalisation de campagnes nationales annuelles de promotion de la PF	La campagne nationale annuelle de promotion de la PF réalisée par le consortium BKN		4	2	1	1	Rapports d'activités du consortium

Projet de promotion de la planification familiale au Mali "Bangué Kolossi Nieta"							
Indicateurs	Définition de l'indicateur	Données de base	Cibles globales du projet	Realisation 2016-2018	Projection 2019	Realisation 2019	Moyens de vérification
% de jeunes/adolescentes touchées par les activités de sensibilisation sur la SR/PF	Nombre de jeunes/adolescentes qui ont participés aux activités de sensibilisations sur la SR/PF à travers les pairs éducateurs, les agents de marketing social et le Mouvement d'action des jeunes dans leur communautés respectives sur le nombre total de personnes touchées par les activités de sensibilisation sur la SR/PF			30%	30%	47%	Rapport d'activités de création de la demande des Agents mobilisateurs
Nombre de personnes touchées par des campagnes de médias de masse sur la PF	Nombre de personnes qui ont déclaré avoir vu et ou attendu un message sur la PF à travers les campagnes de médias de masse		6.400.000	16.031.613	1.867.500	5.824.248	Rapports d'activités du consortium
Nombre de services PF fournis dans le cadre du projet							Système d'information et de suivi (SIS) de chaque partenaire
Ligature				251	147	133	
DIU (10 ans)	Le nombre de services de DIU fournis		15.000	5.407	7.674	4.064	
Implant (5 ans)	Le nombre de services d'implant 5ans fournis		60.000	32.997	21.602	22.718	

Implanon	Le nombre de services d'implanon fournis		N/A	18.306	3.000	14.543	
Injectables	Le nombre de services d'injectable fournis		117.000	29.546	69.963	32.411	
Projet de promotion de la planification familiale au Mali "Bangué Kolossi Nieta"							
Indicateurs	Définition de l'indicateur	Données de base	Cibles globales du projet	Realisation 2016-2018	Projection 2019	Realisation 2019	Moyens de vérification
Pilules	Le nombre de services de pilules fournis		105.000	26.611	62.711	58.821	
Préservatifs	Le nombre de services de préservatifs fournis		3.000	145.893	3.000	256.249	
% de clientes de moins de 25 ans	Nombre de clientes de moins de 25 ans sur le nombre total de clientes	17%	30%	53%	55%	50%	
Nombre de Couples années protection livrés	C'est le nombre de CAP réalisé		333.275	208.912	148.058	155.537	Impact 2
% de points de prestations de services du projet n'ayant pas connu de ruptures de stock de plus de 72 heures au cours des 3 derniers mois sur le nombre total de points de prestations de services du projet	Le nombre de points de prestations de services du projet n'ayant pas connu de ruptures de stock de produits PF dans les 72 heures au cours des 3 derniers mois sur le nombre total de site de prestation visité pendant une période bien précise.		90%		90%	72%	Rapports de supervision

Annex 6 La liste des structures rencontrées par région

Zones	Structures	Responsables rencontrés
District de Bamako		
Bamako	MSI	Responsable de Programme
		Responsable de suivi-évaluation
	AMPPF	Directeur général
		Coordinateur de programme
	PSI	Coordinateur de programme
		Point focal Ecoles des maris
		Assistant Technique Régional
	Direction Générale de la Santé	Point focal PF
		Directrice sous-direction de la SR/PF
		Médecin d'appui
Assistante Médicale SR		
DRS	Chargé SR	
FUNUAP		
Direction de la Pharmacie du Médicament	Chargé des approvisionnements/Point focal PF	
Ministère de la Santé	Conseiller technique	
Aire de santé de Lassa	CSCom	DTC
		Femme leader
		Membres des Ecoles des Maris
		Leader communautaire
		Homme marié
	Agent consortium	CIP
Région de Kayes		
Kayes	DRS	Chef de division santé
		Médecin chef
	Agent Consortium	Assistant Technique Régional
	Service de développement Social et de l'Economie Solidaire	Chargé d'appui aux organisations
		Chargé de vision
Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille	Directeur	
District sanitaire de Diéma	CSRéf	Point focal EDM
		Chargé SLIS
Aire de santé de Diéoura (site EdM)	CSCom	DTC Suppléant)
		Gérant pharmacie,
		Matrone
		ASACO (président comité de gestion)

		Groupe des femmes en âge de procréer
		Chef de village
Aire de santé de Farabougou (sans EdM)	CSCom	DTC
		Imam
		Groupe des femmes en âge de procréer

Zones	Structures	Responsables rencontrés
District sanitaire de Niono		Médecin chef
		Chargé SLIS
		Point focal PF /
		Point Focal Ecoles des maris
Aire de santé de bannière Koré (Site EdM)	CSCom	DTC
		ASACO
		Conseiller villageois
		Groupe des femmes en âge de procréer
Aire de santé de Kouroukéré	CSCom	Suppléant DTC
		Matrone
		Femme leader, trésorière ASACO
		Femme mariée
		Groupe d'hommes mariés
		Jeune garçon
Région de Sikasso		
Sikasso	DRS	Chef division santé
	Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille	Directrice Régionale
	Agent consortium	Assistant Technique Régional
Bougouni	CSRéf	Médecin Chef
District sanitaire de Kadiolo	CSRéf	Médecin Chef
		Chargé SLIS
		Pharmacie
	Développement et de Social l'Economie Solidaire	Point focal Ecoles des maris
Aire de santé de Woroni (site EdM)	CSCom	DTC
		Membres des Ecoles des maris
		Chef de village/Imam
		Jeune fille

		Groupe des femmes en âge procréé
Aire de santé de Nimbougou (sans EdM)	CSCom	DTC
		Imam
		Groupe des femmes en âge de procréer
		Groupe des hommes mariés
District Sanitaire Kignan	CSRéf	Médecin chef adjoint
		Point focal de la PF,
		Point focal de l'école des maris
		Chargé SLIS
Aire de santé de Kerèmekoro (site EdM)	CSCom	DTC de Yelekela
		Groupe avec les femmes mariées
		Membres des écoles maris
		Jeune garçon
		Chef de village
	CSCom	DTC Sanzana

Zones	Structures	Responsables rencontrés
Aire de santé de Sanzana (sans EdM)		Président de l'ASACO
		Femme leader
		Femme mariée
		Groupe d'hommes mariés
Région de Ségou		
Ségou		
	Direction Régionale de la Santé	Point focal PF/
	Centre de Santé de Référence de Ségou	Médecin Chef
	Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille	Directrice Régionale
	Agent Consortium	Superviseur Communication Interpersonnelle
District Sanitaire de Bla	CSRéf	Point focal PF /Ecoles des Maris
		Chargé SLIS
		Dépôts répartiteurs de cercle (DRC)
	Développement et de Social l'Economie Solidaire	Chargé de programme
Aire de santé de Nampasso (site EdM)	CSCom	Directeur Technique du Centre (DTC)
		Gérant de pharmacie
		Chef du village
		Jeune fille célibataire
		Membres des écoles Maris

		Femmes enceintes et les femmes ayant des enfants de moins de cinq ans
Aire de santé de Kazangasso (Sans EdM)	CSCom	Directeur Technique du Centre (DTC)
		Gérant de la pharmacie
		Imam du Village
		Jeune fille célibataire
		Groupe d'hommes mariés
		Groupe des femmes enceintes et celles ayant des enfants de moins de 5 ans
District sanitaire Barouéli	CSRéf	Médecin Chef
		Point focal des Ecoles des Maris
		Chargé SLIS
		Dépôts répartiteurs de cercle (DRC)
Aire de santé Kalaké (Site EdM)	CSCom	DTC
		Imam du Village
		Jeune Garçon célibataire
		Président de l'ASACO
		Gérant dépôt de vente
		Membres des écoles maris
Aire de santé de Boidié (Sans EdM)	CSCom	DTC
		Imam du Village
Zones	Structures	Responsables rencontrés
		Femme enceinte
		Chef de village
		Groupe d'hommes mariés
Région de Koulikoro		
Koulikoro	Agent Consortium PSI	Assistant Technique Régional
Région de Tombouctou		
Tombouctou	Agent Consortium PSI	Assistant Technique Régional
Région de Mopti		
Mopti	Agent Consortium AMPPF	Assistant Technique Régional
Région de Gao		
Gao	Agent Consortium AMPPF	Assistant Technique Régional

Annex 7 Calendrier pour l'évaluation BKN

BKN	
Semaine du 24 août	Lecture de documents Affinement des questionnaires Réunion de cadrage
Semaine du 31 août	Design du programme d'entretiens décentralisés (minutage etc.) Recrutement des enquêteurs
Semaine du 7 sept	Formation des enquêteurs Entretiens au niveau central : Ambassade, DA, FNUAP, consortium...
Semaine du 14 sept	Lancement de l'enquête sur le terrain (3 régions) Analyse des premiers résultats
Semaine du 21 sept	Continuation de l'enquête sur le terrain dans les 3 régions Continuation de l'enquête (les responsables des autres régions) Analyse des résultats
Semaine du 28 sept	Analyse des résultats Travail sur le projet de rapport
Semaine du 5 octobre	Travail sur le projet de rapport
Semaine du 12 octobre	Soumission du premier projet de rapport
Lundi 26 octobre	Remise des commentaires
Mardi 3 novembre	Réunion avec les parties prenantes
Mardi 7 novembre	Version finale de l'évaluation

Annex 8 Profil de l'équipe d'évaluation

N°	Prénom	Noms	Profil	Titre	Langue parlée
Consultants Principaux					
1	Christine	THAYER	Directeur d'hôpital et expert en santé publique	Consultante Internationale	Français, Anglais
2	Louk	Stumpel		Project Management	Anglais
3.	Gita	Poyck		Contrôle qualité	Français, Anglais

1	M. Birama	BAGAYOGO	Anthropologue spécialisé en santé publique	Consultant principal national	Français Bambara et
EQUIPE DE KAYES					
3	M. Amadou Bablé	TRAORE	Socioanthropologue spécialisé en santé publique	Superviseur	Français Bambara et
4	M. Mahamadou	MALLE	Anthropologue	Enquêteur	Français, Bambara
5	Mme Dina	TOGO	Juriste	Enquêtrice	Français, Dogon, Bambara
EQUIPE DE SIKASSO					
6	Modibo	COULIBALY	Juriste	Superviseur	Français, Bambara
7	Dr. Adiara	SANKARE	Médecin/Santé Publique	Enquêtrice	Français, Bambara
8	Mme Fatoumata	TRAORE	Administratrice Action Sociale	Enquêtrice	Français, Bambara
EQUIPE DE SEGOU					
9	M. Lamine	DOUMBIA	Sociologue/Santé Publique	Superviseur	Français, Songhai, Bambara
10	Mme Kadidia	MAIGA	Juriste	Enquêtrice	Français, Songhai, Bambara
11	Mme Fatoumata Zanké	COULIBALY	Sage-femme/Santé Publique	Enquêtrice	Français, Songhai, Bambara

Annex 9 Bibliographie

- Capacités Institutionnelles, Marie Stopes, Mali
- Capacités Institutionnelles, PSI Mali
- Capacité Institutionnelles, AMPPF
- La législation en matière de santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest. Action Mondiale des Parlementaires, Assemblée Nationale du Mali 3-5 novembre 2000.
- Loi No02 – 2 – 044 de Juin 2002 relative à la santé de la reproduction.
- Marie Stopes Mali

- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Manuel Ecoles des Maris, 2020
- Note Conceptuelle, Programme Bangué Kolossi Nyèta.
- Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali 2017-2018.
- Plan stratégique de la santé de la reproduction de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents et la nutrition (SRMNIA-Nut) 2020 – 2024
- Politique Nationale de Population
- Politique Nationale de la Jeunesse
- Politique Nationale Genre
- Programme Décennal Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014 – 2023
- Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction (SRMNIA-Nut), 2020 – 2024
- Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali, 2019-2023
- Plan Stratégique de Sécurisation des Produits SR
- Programme National de lutte contre les Violences Basées sur le Genre
- Rapport Annuel d'activités, Programme Bangué Kolossi Nyèta, 2017.
- Rapport Annuel d'activités, Programme Bangué Kolossi Nyèta, 2018.
- Rapport Annuel d'activités, Programme Bangué Kolossi Nyèta, 2019.
- Report of the SG of the UN on the situation in Mali, 20 March 2020
- Rapport d'Evaluation à mi-parcours du Projet BKN, 2019.
- Rapport Etude de Base du Programme Bangué Kolossi Nyèta, 2017 ;
- Santé et droits sexuels et de la procréation des adolescentes au Mali, FNUAP, Nov. 2017
- Synthèse Générale de l'Atelier de relecture du Plan Stratégique Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né, de l'Enfant, de l'Adolescent et la Nutrition (SRMNIA-Nut 20202024).
- Synthèse générale de la rencontre du comité de Pilotage Elargi du projet BKN, 2017.
- Synthèse générale de la rencontre du comité de Pilotage Elargi du projet BKN, 2018.
- Annuaire Statistique SLIS 2015
- Annuaire Statistique SLIS 2016