PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE PHASE III
COMPOSANTE FEMME, ENFANT ET FAMILLE

EVALUATION DE POLITIQUE PUBLIQUE

Période : 2014 - 2018

Juin 2022

LISTE DES ABREVIATIONS

AG	Assemblée Générale
ASACO	Association de Santé de Communautaire
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CPS/SS/DS/PF	Cellule de Planification et de Statistique Secteur Sante, Développement Social et Promotion de la Famille
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
DRPFEF	Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
FEF	Femme, Enfant et Famille
MFEF	Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
MGF	Mutilation Génitale Féminine
ONG	Organisation non Gouvernementale
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PO	Plan Opérationnel
PRODESS	Programme de Développement Socio- Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SLPFEF	Service Local de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
VBG	Violences Basées sur le Genre
VFFE	Violences Faites aux Femmes et aux Enfants

TABLE DES MATIERES

RESUME I

1 - INTRODUCTION 1

Justification du PRODESS III 1
Gouvernance du PRODESS III 4
Objectifs visés par le PRODESS 4
Contexte de la commande 5
Mandat et Habilitation 5

2 -METHODOLOGIE 6

2.1 - Théorie du changement de la composante 3 su PRODESS III 6
2.2 - Questions d'Evaluation 8
2.3 - Matrices d'Evaluation 9
2.4 - Détails techniques de la méthodologie 11
2.4.1 - Entrevues préliminaires 11
2.4.2 - Analyse documentaire 11
2.4.3 - Enquêtes de terrain 12
2.4.4 - Méthode d'évaluation des effets 13
2.4.5 - Limites aux travaux 13

3 - RESULTATS 14

3.1 - Résultats concernant la pertinence 14
3.2 - Résultats concernant la mise en œuvre 15
3.2.1 - Les réalisations liées à la composante 3 du PRODESS III 16
3.2.2 - Les dépenses effectives de la composante 3 du PRODESS III 17
3.2.3 - Les difficultés de mise en œuvre de la composante 3 du PRODESS III 18
3.2.4 - La synergie entre les acteurs des différentes composantes du PRODESS III 20
3.2.5 - Les extrants obtenus pour la composante 3 du PRODESS III 23
3.2.6 - Bilan sur les indicateurs 24
3.3 - Résultats concernant les effets 27
3.3.1 - La participation des femmes dans la gestion communautaire de la santé 27
3.3.2 - L'intégration des besoins des femmes et des enfants et leur fréquentation du secteur de la santé 29
3.3.3 - Effets des activités sur l'état de santé ou les conditions de vie des groupes ciblés 32

CONCLUSION 38

RESUME

Par Pouvoirs n°027/2021/BVG du 27 août 2021 et en vertu des dispositions de l'article 2 de la Loi n°2012-009 du 8 février 2012 abrogeant et remplaçant la Loi n°03-30 du 25 août 2003 l'instituant, le Vérificateur Général a initié la présente évaluation de la Composante 3 (Femme, Enfant et Famille) du Programme de Développement Socio-Sanitaire PRODESS III (2014-2018).

Méthodologie :

L'équipe d'évaluation a procédé à une prise de connaissance du programme par la revue documentaire avant de procéder à la collecte et à l'analyse des données du système fournies par la Cellule de Planification Statistique du secteur. Pour mettre en œuvre la stratégie d'évaluation, elle a, à partir de sa connaissance du programme, élaboré huit (8) questions d'évaluation regroupées sous trois critères d'évaluation : la pertinence, la mise en œuvre et les effets.
En plus de l'analyse de la situation sécuritaire faite par l'équipe, elle a retenu les localités qui ont réalisé plus d'activités. Elle s'est ensuite entretenue avec les acteurs de la promotion de la Femme, les femmes membres des organes de gestion des Association de Santé Communautaire (ASACO) et les bénéficiaires des activités réalisées.

PERTINENCE :

En termes de pertinence l'équipe a analysé dans quelle mesure l'intégration de la composante 3 dans le PRODESS III était une nécessité.

Question d'évaluation 1 : A quel besoin l'intégration de la composante 3 du PRODESS III, répond-elle ? Est-ce une demande des citoyens ? des Partenaires Techniques et Financiers ? du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'enfant et de la Famille ?

Question d'évaluation 2 : Dans quelle mesure la composante 3 du PRODESS III est-elle complémentaire avec les autres activités du MPFEF ?

Résultats :

Toutes les parties prenantes que l'équipe d'évaluation a rencontrées ont confirmé l'importance d'ajouter une composante 3 au PRODESS III vu le rôle central des femmes et des enfants dans le secteur de la santé. Il apparaît donc nécessaire qu'il y ait une collaboration entre les trois départements en charge du PRODESS.
L'équipe d'évaluation a conclu qu'il existe une complémentarité entre le PRODESS et les autres actions du MPFEF qui se manifeste par les thématiques abordées dans le PRODESS qui sont alignées avec les missions du Ministère.
A côté de cette complémentarité, les acteurs au niveau local font une très bonne différenciation entre les activités PRODESS et celles des autres sources de financement. Toutefois, l'équipe d'évaluation a retenu que cette

différenciation qui est faite au niveau local n'est pas visible au niveau central. En effet, il a été difficile de trouver un répondant clair au niveau du Ministère pour expliquer le contenu des activités de la composante 3 du PRODESS III et même indiquer leur coût.

MISE EN ŒUVRE :

Question d'évaluation 3 : Les activités de la composante 3 du PRODESS III ont-elles été mises en œuvre telles que prévues ?

Question d'évaluation 4 : D'autres activités exécutées au sein des composantes 1 (santé) et 2 (développement social) répondent-elles aux mêmes cibles ?

Question d'évaluation 5 : Y a-t -il une synergie entre les acteurs des différentes composantes ?

Question d'évaluation 6 : Quelle est la perception des parties prenantes par rapport aux extrants obtenus ?

Résultats :

Le PRODESS III est bâti sur un processus de planification suivi, concerté, du bas vers le haut, mais qui ne mène pas à une vision claire des activités réalisables et prioritaires. Globalement sous la période 2016-2019, le taux de réalisation des activités prévues est de 15%. Le manque de financement et le retard dans la mobilisation des fonds constituent les explications les plus répandues pour la non réalisation des activités. Sur 42,5 milliards prévus, seulement 20,3 milliards ont été mobilisés soit 50%. Sur ce montant mobilisé, 19, 8 milliards ont été dépensés dans la réalisation des activités.
Pour ce qui concerne la complémentarité, les activités des composantes 1 (Santé et Hygiène Publique) et 2 (Développement Social) du PRODESS III prennent également en compte les problématiques spécifiques des femmes et des enfants. Il existe en outre des activités de renforcement de capacité des acteurs de la santé et du développement social permettant de prendre en charge les besoins des enfants et des femmes.
En matière de synergie, le PRODESS III est fondé sur un système de concertation national et local où le MPFEF est représenté au même titre que les deux autres départements. La synergie est qualifiée de «parfaite» sur le terrain, et on recense de nombreux exemples de collaboration effective entre les services locaux qui sont à même de mener des réflexions stratégiques communes.
A côté de cette belle collaboration au niveau local, il n'a pas été possible pour l'équipe de rencontrer un représentant du MPFEF au niveau national, centralisant l'information sur le PRODESS III ; ce qui dénote d'un manque de leadership solide.
Les acteurs chargés de la mise en œuvre de la composante 3 ont une perception mitigée, puisqu'ils estiment que les réalisations sont en deçà de celles qui étaient programmées, leur satisfaction vient de la mobilisation et de l'intérêt des communautés autour des activités. 48 % des bénéficiaires rencontrées ont apprécié les séances de formation ou de sensibilisation ce qui prouve que lorsque des activités sont tenues, elles sont donc appréciées par les populations.

Selon les acteurs, les fonds du PRODESS III leur ont permis de mener des activités dans les communes rurales et de financer le fonctionnement et l'équipement de leurs services.

EFFETS :

Question d'évaluation 7 : Dans quelle mesure les activités de la composante 3 du PRODESS III ont contribué à :

- une participation plus importante des femmes dans la gestion communautaire de la santé ?
- une meilleure intégration des besoins des femmes et des enfants dans le secteur de la santé ?
- un meilleur accès et une fréquentation plus importante des services de santé par les femmes et les enfants ?

Question d'évaluation 8 : Des changements concrets dans l'état de santé ou les conditions de vie des groupes ciblés par les activités ?

Résultats :

Les activités du PRODESS III, lorsqu'elles ont pu être réalisées ont produit quelques effets directs et intermédiaires. En effet, les systèmes de santé semblent mieux répondre aux besoins des femmes et des enfants du fait des mécanismes mis en place pour les attirer. Les conditions de collaboration entre les départements créées par le PRODESS III ont contribué à rendre les centres de santé plus à l'écoute des femmes qui, rassurées les fréquentent plus.

En outre, les femmes sont incitées à participer davantage à la prise de décision sur le système de santé, dans le cadre de la gestion communautaire. Elles s'intéressent plus au développement de leurs centres et s'investissent pour la bonne marche de ceux-ci. Leur niveau d'implication leur a valu des postes de responsabilité au niveau des organes de gestion et il existe des femmes présidentes d'ASACO, même si elles sont peu nombreuses.

Les impacts sur les conditions de vie des groupes ciblés sont plus ténus. Si la Composante 3 du PRODESS III a un résultat phare, c'est celui de la réduction des mariages précoces et forcés due à l'implication de beaucoup d'acteurs y compris les enseignants et les élèves, avec une synergie entre la loi et les efforts de sensibilisation.

La sensibilisation suit également son cours sur le thème de la planification familiale et sur les VBG, même si les progrès sont très lents. Au sujet par exemple des Mutilations Génitales Féminines (MGF), il y a un léger mieux qui s'explique par l'absence de cérémonies organisées autour des séances de mutilation, mais cela n'équivaut pas à un réel abandon de la pratique. L'effet positif à retenir concernant les VBG est l'éveil de conscience qu'ont eu les victimes et les communautés à savoir se plaindre et où se plaindre, et surtout à pouvoir être prises en charge. Les réels changements de pratiques nécessitent sans doute plus de temps et des efforts maintenus.

1 - INTRODUCTION :

Justification du PRODESS III :

1. Le Gouvernement du Mali a adopté, le 15 décembre 1990, une déclaration de Politique sectorielle de santé et de la population, basée sur l'approche programme qui vise un développement harmonieux durable du secteur de la Santé, de la Solidarité et de l'Action Humanitaire et de la Promotion de la Famille, de l'Enfant et de la Femme. Cette politique qui ambitionne de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays est en phase avec la Loi d'orientation sur la santé n° 02 - 049 du 22 juillet 2002 qui précise les grandes orientations sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire et la recherche d'une plus grande viabilité et une meilleure performance du système de santé. C'est ainsi que le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) couvrant la période 1998-2007 a été mis en œuvre à travers deux programmes quinquennaux suivant l'approche sectorielle :
   - le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) I sur la période 1998-2002 ;
   - le PRODESS II, sur la période 2005- 2009 qui a été par la suite prorogé en 2011 pour l'aligner sur la période du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP) 2007-2011. Ce cadre constitue le document de référence des politiques et programmes sectoriels dans le cadre de l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). En 2014, un nouveau plan décennal a été adopté pour la période 2014-2023. Ce plan à l'instar du premier sera également mis en œuvre à travers deux programmes dont le PRODESS III (2014-2018), prorogé jusqu'en 2020.
2. Le nouveau Programme (PRODESS IV) a démarré en 2021, sans que le PRODESS III n'ait fait l'objet d'une évaluation finale au-delà de l'évaluation à mi-parcours, effectuée en 2017.
3. Les deux programmes quinquennaux du PDDSS de 2014-2023, à la différence des deux premiers, intègrent, en plus des deux composantes du PRODESS II, Santé et Hygiène Publique et le Développement social, le volet genre à travers la prise en charge de la Femme, de la Famille et de l'Enfant.
4. Programme unique de mise en œuvre et de mise en cohérence de l'ensemble des interventions de l'Etat dans le secteur de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, le PRODESS III était piloté par trois (3) Départements ministériels en charge respectivement de la Santé, du Développement social et de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (FEF) et leurs services techniques.
5. Avec l'inclusion du Ministère en charge de la FEF dans le processus d'élaboration du PDDSS II et de la mise en œuvre du PRODESS III, le cadre de collaboration intra-sectorielle s'est élargi à trois départements de tutelle du secteur socio-sanitaire. L'objectif est de faciliter la coordination et l'harmonisation entre les Ministères en particulier au niveau central,

par le partage des structures de planification et de gestion des ressources humaines et par l'emploi des méthodes communes de travail.

6. La mise en œuvre de la Composante 3 du PRODESS III fait intervenir une diversité d'acteurs au nombre desquels on peut citer :

   - l'Etat : il est le premier responsable de la mise en œuvre du PRODESS III au nom de l'obligation qui lui incombe de garantir la santé à chaque malien. Il assure une part importante du financement de la santé par l'offre et la production de services à travers la construction et l'équipement des formations sanitaires, la mise à disposition des ressources humaines aux fins de fourniture de services, le fonctionnement de l'administration sanitaire.

     Par ailleurs, l'Etat finance des programmes développés en vue d'alléger les charges financières des ménages à travers des mécanismes d'exemption totale ou partielle comme les cas d'opérations césariennes, du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et aussi la prise en charge des indigents.

     Pour cette composante 3, le Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (MFEF) est l'acteur phare de la promotion de la composante «genre» et des droits de l'enfant malien dans le cadre du PRODESS III. En termes pratiques, la priorité du MFEF est de s'assurer que la composante genre soit intégrée de manière systématique et non-isolée dans les différents programmes de santé développés.

     Afin d'améliorer la planification et permettre une prise de décision plus efficace au niveau du MFEF et de renforcer ainsi le cadre institutionnel et organisationnel du système d'information sanitaire et social, un certain nombre d'activités sont entreprises. En particulier, un Système d'Information sur la Protection de l'Enfant (SIPRE) et une base de données doivent être créés et maintenus à jour, le personnel des Directions Régionales de la Promotion de la Femme, de Famille et de l'Enfant (DRPFFE) doit être formé en Système d'Information Sanitaire (SIS) (remplissage de supports de rapportage) et des missions de supervision et de suivi-évaluation des activités sur le terrain doivent être organisées. Un annuaire statistique doit être élaboré chaque année et partagé largement dans une perspective de transparence et de collaboration avec les autres ministères engagés dans la mise en œuvre du PRODESS III.

     Des ressources financières adéquates à l'atteinte des objectifs du MFEF dans le cadre socio-sanitaire sont à mobiliser et allouer. Pour ce faire, un cadre de concertation annuel avec les partenaires est mis en place. Le MFEF participe également à un plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) pour une mobilisation plus importante des ressources.

   - les Collectivités Territoriales : elles sont chargées de la mise en œuvre du PRODESS III en vertu des lois sur la décentralisation des affaires locales. A ce titre, elles sont responsabilisées pour mobiliser les ressources nécessaires au financement des plans locaux de développement sanitaire. Jusqu'à présent, l'essentiel du financement des collectivités va à la réalisation d'infrastructures presqu'exclusivement au niveau périphérique telle que la construction

de Centres de Santé Communautaires (CSCOM). Cependant les ressources mobilisées par les Collectivités Territoriales dans la santé demeurent très faibles.

- les Partenaires Techniques et Financiers : Ils apportent une participation financière importante au PRODESS III. Des accords de financement avec les PTF sont établis suivant diverses modalités (appui direct, appui budgétaire général ou sectoriel). Certains partenaires utilisent leurs propres procédures pour financer la santé au niveau central et/ou opérationnel. Cependant, certains flux financiers échappent au contrôle des Ministères et donc aux comptes globaux du financement de la santé.
  Les principaux Partenaires sont entre autres : le Canada, l'USAID, l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, le GROUPE PIVOT/SANTE/POPULATION, les Pays-Bas.
- les Communautés : elles sont organisées en associations de santé au sein desquelles les femmes sont représentées au niveau des instances de prise de décisions, elles sont sensibilisées sur l'importance de la planification familiale, les violences basées sur le genre et tout autre effet néfaste auquel elles peuvent être confrontées. Des femmes sont regroupées souvent autour d'activités génératrices de revenus leur permettant de prendre en charge leur accès aux soins de santé.

7. La budgétisation du PRODESS III dans sa planification initiale est faite à partir de l'attribution des coûts aux interventions prioritaires identifiées. Le financement de la composante Santé représente 74 % du budget total du PRODESS III, contre 21% et 5% respectivement pour les composantes Développement Social et Promotion de la famille, ainsi qu'il apparait dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°1 : Budget du PRODESS III sur la période 2014-2018

	Coûts composante Santé (y compris coûts médicaments et coûts finances) en FCFA	Coûts composante Social en FCFA	Coûts composante Femme, Enfant, Famille en FCFA	Total
Montant	**575 596 265 000**	**168 799 976 000**	**42 514 976 000**	**786 910 416 000**
% des composantes	**74%**	**21%**	**5%**	**100%**

Source : *Document PRODESS III, page 125.*

Gouvernance du PRODESS III :

8. La mise en œuvre du PRODESS III suit deux niveaux de planification :
   - la planification stratégique à travers le PDDSS, les PRODESS et les plans stratégiques;
   - la planification annuelle des activités à travers les Plans Opérationnels (PO) qui sont réalisés de façon ascendante de bas en haut à partir des activités proposées par le niveau périphérique. Chaque service élabore son PO. L'objectif visé est l'évaluation de la mise en œuvre des activités de l'année n-1 et la détermination des activités à réaliser au cours de l'année n+1.
9. La conception et la mise en œuvre du Programme se font à travers un processus participatif où les besoins sont recensés depuis les communes à la base, puis les régions, ensuite le niveau central.
10. Plusieurs organes d'orientation, de coordination et d'évaluation existent :

    Au niveau national :
    - le Comité de suivi : organe de suivi sous l'autorité des ministres en charge de la santé, du développement social et de la FEF ;

    Au niveau régional et du District de Bamako :
    - Le Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation (CROCEP) du PRODESS III.

    Au niveau local :
    - Le Conseil de gestion de cercle ou de la commune du District de Bamako.

Objectifs visés par le PRODESS :

11. Les objectifs stratégiques du PRODESS III sont au nombre de 11 dont 7 concernent la composante FEF. Il s'agit de :
    - OS 1 : réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile et liées aux maladies transmissibles ;
    - OS 2 : réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies transmissibles ;
    - OS 4 : promouvoir un environnement sain en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé ;
    - OS 5 : réduire les conséquences sanitaires des urgences liées aux désastres, crises et conflits;
    - OS 9 : développer un système de financement permettant une meilleure mobilisation et utilisation des ressources financières pour la santé, une meilleure accessibilité aux services de santé et qui incite les prestataires et les utilisateurs à être plus efficients ;
    - OS 10 : assurer la production, l'analyse, la dissémination et l'utilisation d'informations sanitaires fiables ventilées par sexe et à jour sur les déterminants de la santé, la performance du système de santé et le statut sanitaire ;

- OS 11 : assurer une gouvernance du système sanitaire et social permettant une meilleure prise en compte du genre, une meilleure planification stratégique et opérationnelle, une implication effective de toutes les parties prenantes et une meilleure coordination de mise en œuvre des interventions, le renforcement des audits (interne, externe) et du contrôle.

12. Les activités planifiées en vue de l'atteinte de ces sept (7) objectifs se rapportent essentiellement à la formation, à la sensibilisation, au plaidoyer, à la prise en charge sanitaire et financière des femmes et des enfants.

Contexte de la commande :

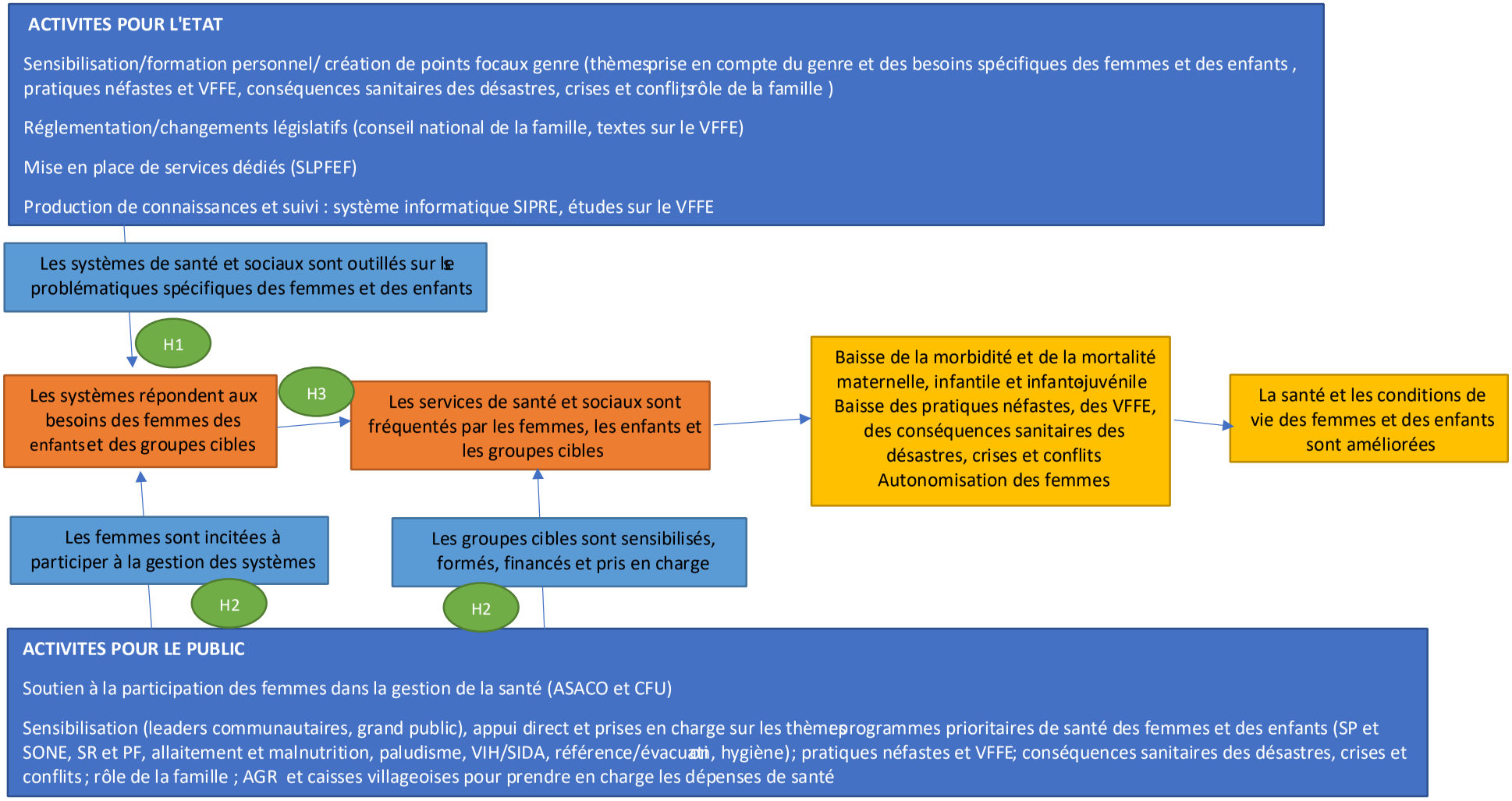
13. En vertu de l'article 2 de la Loi n°2012-009 du 8 février 2012 abrogeant et remplaçant la Loi n°03-30 du 25 août 2003 l'instituant, le Vérificateur Général a, par lettre n°conf.0395/2019/BVG du 15 octobre 2019, saisi Monsieur le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, à l'effet de l'autoriser à engager des missions d'évaluation tests dont celle du Programme Décennal de Développement Socio-Sanitaire (PRODESS III).
14. En réponse et suivant la lettre confidentielle n°0805/PM-CAB du 25 octobre 2019, le Premier Ministre a autorisé Monsieur le Vérificateur Général à procéder à la présente évaluation.
15. Il est à noter que la nouvelle Loi n°2021-069 du 23 décembre 2021, instituant le Vérificateur Général et abrogeant la Loi n°2012-009 du 8 février 2012 l'autorise à s'autosaisir des missions d'évaluation des politiques publiques en plus de la saisine des autorités citées ci-dessus.

Mandat et Habilitation :

16. Par Pouvoirs n°027/2021/BVG du 27 août 2021 et en vertu des dispositions de l'article 2 de la Loi n°2012-009 du 8 février 2012 abrogeant et remplaçant la Loi n°03-30 du 25 août 2003 l'instituant, le Vérificateur Général a initié la présente évaluation de la Composante 3 du PRODESS III (2014-2018).
17. La présente mission, à la suite de la précédente évaluation de la Composante 1 (Santé et Hygiène Publique), a mandat d'évaluer l'état de mise en œuvre de la Composante 3 « Femme Famille et Enfant » du PRODESS III.
18. La pertinence de ce choix s'explique par le fait que le Programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation finale qui aurait pu permettre aux décideurs et aux PTF de savoir exactement l'ensemble des faiblesses connues lors de la mise en œuvre et de s'assurer que celles recensées lors de l'évaluation à mi-parcours avaient été corrigées. Les résultats de l'évaluation permettront également d'ajuster le contenu du PRODESS IV déjà lancé.

2 METHODOLOGIE

2.1 - Théorie du changement de la composante 3 du PRODESS III



H1 : il y a une synergie entre les 3 départements responsables du PRODESS III

H2 : Il y a une exécution effective des activités prévues pour le public

H3 : les services sont accessibles

19. En plus de la revue documentaire, l'équipe a utilisé une approche participative avec toutes les parties prenantes impliquées dans la formulation et la mise en œuvre du PRODESS III pour élaborer la théorie de changement présentée à la page précédente. Il s'agit d'un résumé schématisé de la composante 3 du PRODESS III du point de vue de l'évaluation. C'est une décomposition des différentes activités réalisées dans le cadre du programme, à savoir des activités visant le renforcement des services de l'Etat sur les thématiques de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille, et des activités directement créées à l'attention des citoyens.

20. Parmi le premier groupe d'activités, dont les services de l'Etat sont les bénéficiaires directs, on note par exemple des investissements pour la mise en place de services locaux dédiés à la promotion de la femme de l'enfant et de la famille, du renforcement des capacités des autres services ou de la production de connaissances sur ces thématiques. Ces différentes activités ont pour extrants des services publics (notamment services de santé et services sociaux) mieux outillés pour prendre en compte les besoins spécifiques des femmes et des enfants.

21. Le deuxième groupe d'activités composé d'actions directement destinées aux citoyens consiste essentiellement en du soutien à la participation des femmes dans la gestion de la santé, notamment à l'échelon communautaire, ce qui peut également concourir à rendre les systèmes de santé et sociaux plus soucieux des besoins spécifiques des femmes et des enfants. On note également des activités ciblées sur des groupes de population spécifiques, comme de la sensibilisation ou des appuis divers sur des thèmes prioritaires de santé des femmes et des enfants. Grâce aux améliorations effectuées dans le système de santé, et avec ces actions, l'effet direct souhaité est une fréquentation en hausse des services de santé et sociaux par les femmes et les enfants.

22. Cet effet direct doit mener à une baisse de la morbidité et de la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile, jugées préoccupantes au Mali, ainsi que la baisse des pratiques néfastes, des Violences Faites aux Femmes et aux Enfants (VFFE), des conséquences sanitaires des désastres et conflits et à une autonomisation accrue des femmes. Ultimement, l'état de santé et les conditions de vie des femmes et des enfants devraient s'améliorer.

23. L'équipe d'évaluation relève toutefois trois conditions de succès (ou hypothèses), pour que la théorie du changement de la composante 3 du PRODESS III soit effective à savoir :

    - une synergie entre les 3 départements responsables du PRODESS III, sans laquelle les systèmes de santé et sociaux ne pourront pas bien prendre en compte les besoins des femmes et des enfants ;

- une deuxième hypothèse concerne l'exécution effective des activités prévues, particulièrement les activités à destination du public, ce qui nécessite une réelle mobilisation des fonds prévus ;
- enfin, une troisième hypothèse de la théorie concerne l'accessibilité des systèmes de santé et sociaux (géographique et financière), en l'absence de laquelle les femmes et les enfants ne pourraient pas fréquenter les centres de santé même si le programme prend en charge leurs besoins.

2.2 - Questions d'Evaluation :

24. A l'issue de l'analyse préliminaire de la composante 3 du PRODESS III, l'équipe a identifié huit (8) questions d'évaluation regroupées en trois sous-ensembles, ainsi qu'il suit. Ces questions forment le guide du travail d'évaluation :

Pertinence :

1) A quel besoin l'intégration de la composante 3 du PRODESS III, répond-elle ? Est-ce une demande des PTF ? citoyenne ? du MPFEF ?
2) Dans quelle mesure la composante 3 du PRODESS III est-elle complémentaire avec les autres activités du MPFEF ?

Mise en œuvre :

3) Les activités de la composante 3 du PRODESS III ont-elles été mises en œuvre telles que prévues ?
4) D'autres activités exécutées au sein des composantes 1 (Santé et Hygiène Publique) et 2 (Développement social) répondent-elles aux mêmes cibles ?
5) Y a-t -il une synergie entre les acteurs des différentes composantes ?
6) Quelle est la perception des parties prenantes par rapport aux extrants obtenus ?

Effets :

7) Dans quelle mesure les activités de la composante 3 du PRODESS III ont contribué à :
   - une participation plus importante des femmes dans la gestion communautaire de la santé ?
   - une meilleure intégration des besoins des femmes et des enfants dans le secteur de la santé ?
   - un meilleur accès et une fréquentation plus importante des services de santé par les femmes et les enfants ?
8) Des changements concrets dans l'état de santé ou les conditions de vie des groupes ciblés par les activités ?

2.3 - Matrices d'Evaluation :

25. Les questions d'évaluation ci-dessus identifiées sont analysées dans une matrice d'évaluation ci-dessous, avec indication pour chaque question, des variables, des indicateurs, des méthodes et sources de données ainsi que des méthodes de mesures des effets utilisés pour y répondre.

Pertinence			
Variables	**Indicateurs**	**Méthode de collecte**	**Source de collecte**
Besoins pour une composante : Femme, Enfant et Famille	Accès des femmes et enfants aux soins de santé Conditions de vie et état de santé des femmes et des enfants Perceptions des PTF et parties prenantes	Revue documentaire Entretiens /Groupe de discussions	Données statistiques (Rapports d'activités CPS, rapport d'évaluation, données des PTF) Représentants des PTF, et des Ministères Représentants de la population et des bénéficiaires
Autres programmes du département	Niveau de complémentarité avec les autres programmes	Revue documentaire Entretiens	Documents de programme Représentants du département PFEF

Mise en œuvre			
Variables	**Indicateurs**	**Méthode de collecte**	**Source de collecte**
Activités prévues et activités exécutées	Taux d'exécution des activités prévues	Analyse documentaire	Enoncé du PRODESS III Plan opérationnels et rapports d'activités de la composante 3
	Perception sur les difficultés d'exécution	Entretiens	Représentants du MPFEF, CPS
	Perceptions sur les extrants obtenus	Entretiens et groupes de discussion	Représentants du département PFEF et des principaux PTF, les bénéficiaires
Synergie entre les acteurs	Perceptions sur la collaboration effective	Entretiens	Représentants des Ministères (niveau national, local, CPS) Représentants des principaux PTF

Effets				
Variables	**Indicateurs**	**Méthode de collecte**	**Source de collecte**	**Méthode d'évaluation des effets / devis**
Participation des femmes à la gestion de la santé	Nombre de femmes membres d'ASACO Perception des femmes membres des instances	Revue documentaire Entretiens/ groupes de discussion	Liste des femmes membres des ASACO, données CPS Femmes actives dans les instances	Analyse de la contribution
Intégration des besoins des femmes et des enfants	Perceptions des femmes et des représentants des parties prenantes	Entretiens	Représentants des PTF, et du département PFEF Représentants de la population et des bénéficiaires	
Accès et fréquentation des services de santé par les femmes et les enfants	Perceptions des femmes et des représentants des parties prenantes	Entretiens	Représentants du département PFEF Représentants de la population et des bénéficiaires	
Etat de santé et conditions de vies des groupes cibles	Ensemble des indicateurs de résultat de la composante 3 du PRODESS III Perceptions des femmes et des représentants des parties prenantes	Revue documentaire Entretiens	Rapports annuels du PRODESS III, données CPS Représentants des PTF, et du département PFEF Représentants de la population et des bénéficiaires	

2.4 - Détails techniques de la méthodologie :

26. L'équipe d'évaluation a réalisé un certain nombre de collecte et d'analyse de données pour mettre en œuvre la stratégie d'évaluation décrite dans la matrice. Des détails techniques de cette méthodologie sont présentés ici, à des fins de transparence.

2.4.1 - Entrevues préliminaires :

27. L'équipe a tenu une rencontre d'introduction au Ministère de la Santé avec le Secrétaire Général dudit Ministère, ensuite avec le Secrétaire Général du Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Les deux Secrétaires Généraux étaient entourés des conseillers techniques et du directeur adjoint de la CPS désigné par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé comme point focal de la mission.
28. Les responsables des structures suivantes impliquées dans la conception et la mise en œuvre du PRODESS III ont été rencontrées :
    - la Cellule de Planification Statistique du Secteur de la Santé, du Développement Social et de la Promotion de la Femme (CPS/SS/DS/PF) ;
    - la Direction des Finances et du Matériel (DFM) du Ministère de la Femme, de l'Enfant et de la Famille ;
    - la Direction des Finances et du Matériel du Ministère de la Santé ;
    - la Direction Nationale de Promotion de la Femme ;
    - la Conseillère technique genre du Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille ;
    - la Direction de la Maison de la Femme de la rive droite du District de Bamako ;
    - la Direction Générale du Budget.

2.4.2 - Analyse documentaire :

29. La mission a procédé à une analyse des documents suivants :
    - document du PRODESS III ; du PRODESS II et du PRODESS I,
    - rapports d'activités 2016, 2017, 2018 et 2019 de la CPS,
    - rapport d'évaluation à mi-parcours du PRODESS III,
    - cadre d'évaluation des instructions destinées aux départements ministeriels et organismes du secrétariat du conseil national du trésor du Québec,
    - guide des indicateurs du secteur Sante, Développement Social et Promotion de la Famille,
    - mandats de délégation émis au nom du MPFEF au titre du PRODESS III,
    - quelques extraits du rapport de l'UNICEF sur les Mutilations Génitales Féminines.

2.4.3 - Enquêtes de terrain :

30. L'équipe d'évaluation s'est déplacée sur le terrain pour mener des collectes. Elle a choisi son échantillon en tenant compte de la réalisation effective des activités, notamment en direction du public, en consultant les rapports d'activités de la CPS, mais aussi en tenant compte de l'insécurité qui affecte plusieurs parties du pays, toute chose qui a constitué une limite aux possibilités de travaux de terrain. C'est ainsi que le District de Bamako, les régions de Koulikoro, Ségou et Sikasso ont été retenus. Les enquêtes de terrain se sont déroulées auprès des acteurs de la promotion de la femme, les bénéficiaires ultimes des activités et les femmes membres des organes de gestion des ASACO. La sélection de ces parties prenantes a été faite de façon aléatoire, en tenant compte de la difficulté à retrouver certains bénéficiaires comme des élèves qui ont épuisé leur scolarité dans les établissements où ils avaient participé aux séances de sensibilisation.

Les acteurs de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille et des ASACO :

31. L'équipe d'évaluation, dans le but de collecter les données primaires s'est entretenue avec quatre (4) Directeurs Régionaux et 12 Chefs de services locaux de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille à travers des guides d'entrevue préparés à cet effet. Il s'agit :
    - des Directeurs Régionaux de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille de Bamako, Koulikoro, Ségou et San ;
    - des Chefs des Services locaux des six communes de Bamako, des chefs-lieux de cercles de Koulikoro, de Diola, de Ségou, de Bla, de San et de Sikasso ;
    - de 238 femmes membres des 16 Associations de Santé Communautaire (ASACO).
32. La collecte des données auprès de la Direction Régionale de Koulikoro s'est déroulée en présence de la Directrice de la Maison de la Femme de l'Enfant et de la Famille, du comptable-matières adjoint, de la chargée de programme Division Femme, Enfant et Famille et du suivi-évaluateur. Celle du service local de Sikasso s'est tenue avec la participation de la chargée de programme.
33. En plus des acteurs de terrain, d'autres acteurs ont contribué à la collecte de données. Il s'agit :
    - du président de la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) ;
    - des présidents de la Fédération Régionale des Associations de Santé Communautaire (FERASCOM) de Bamako, Koulikoro, Ségou et Sikasso.

Les bénéficiaires des activités :

34. La mission a procédé à 32 groupes de discussion de 3 à 37 personnes. Les questions posées étaient relatives :
    - aux bénéfices reçus des activités,
    - aux actions entreprises à l'issue de la formation au sein de leur environnement,
    - à leur perception quant aux changements observés depuis la mise en place du PRODESS III, selon la méthode d'évaluation d'analyse de la contribution.

35. Sur la base de la liste de présence aux activités réalisées, les responsables des services locaux et des directions de la PFEF, ont invité les participantes encore disponibles aux groupes de discussion. Les questions étaient ouvertes avec la possibilité pour le répondant d'argumenter ses réponses. Les groupes de discussion ont duré en moyenne quarante minutes. Au total, 522 bénéficiaires ont été rencontrés.

2.4.4 - Méthode d'évaluation des effets :

36. La méthode retenue par l'équipe est celle de l'analyse de la contribution. Cette méthode fondée sur un modèle de théorie du changement clair, permet de réaliser une analyse rigoureuse des marqueurs de changement sur le terrain et de comprendre l'existence et l'importance de la contribution de l'intervention évaluée aux changements observés. Sur une thématique aussi large, et multifactorielle que la santé des femmes et des enfants, il est illusoire de chercher à attribuer une quantité exacte de changements à la composante 3 du PRODESS III, avec le temps et les ressources alloués à la mission. Il est cependant intéressant de se poser la question de la valeur ajoutée des activités qui ont été réalisées grâce au PRODESS III, dans un environnement où de nombreuses autres interventions sont menées. Il est en revanche intéressant de noter que la construction du PRODESS comme programme rassemblant toutes les interventions publiques sur le thème de la santé facilite l'analyse de sa contribution à des changements sur la population.

2.4.5 - Limites aux travaux :

37. Les visites de terrain ont en premier lieu été utilisées pour corroborer les analyses des données primaires.

38. L'absence d'une sélection complètement aléatoire pour les enquêtes de terrain, mais aussi le nombre limité de sites visités n'ont pas permis de collecter des données primaires statistiquement représentatives. Ainsi, les résultats présentés ne peuvent être généralisés à l'ensemble du territoire malien, notamment aux zones affectées par l'insécurité, où l'organisation du système de santé fait face à des réalités différentes de celles que la mission a pu observer.

39. Il faut aussi noter que certaines difficultés ont été rencontrées pour les groupes de discussion avec les bénéficiaires dans le district de Bamako. Ceux-ci n'ont pas pu être rencontrés parce qu'ils ont souhaité obtenir des frais de déplacement pour lesquels l'équipe n'a pu obtenir de la DRPFEF aucune base légale justifiant le paiement desdits frais.

40. En outre, l'équipe d'évaluation n'a pu rencontrer, l'Organisation des Nations Unies pour les Femmes, après que le représentant lui avait donné un rendez-vous auquel le représentant en charge des questions genre était absent.

3 - RESULTATS

41. L'équipe a abordé l'évaluation à travers huit (8) questions regroupées en trois sous-ensembles à savoir la pertinence, la mise en œuvre et les effets.

    Les travaux de collecte et d'analyse de données ont abouti aux résultats présentés dans les sections suivantes.

3.1 - Résultats concernant la pertinence :

42. Les résultats de l'évaluation concernant la pertinence portent sur l'examen de l'adéquation du programme avec un besoin effectif sur le terrain. Les questions traitées par l'équipe sont les suivantes :
    - A quel besoin, l'intégration de la composante 3 du PRODESS III, répond-elle ? Est-ce une demande des PTF ? citoyenne ? du MPFEF ?
    - Dans quelle mesure la composante 3 du PRODESS III est-elle complémentaire avec les autres activités du MPFEF ?
43. De manière générale, aucune des parties prenantes et aucun répondant à nos collectes n'a remis en question la pertinence d'ajouter une troisième composante au PRODESS III, dédiée aux problématiques spécifiques des femmes et des enfants. Nombreux sont les parties prenantes et répondants qui s'accordent sur le fait qu'afin de répondre de manière efficace aux défis de santé publique causés ou aggravés par des situations d'inégalité de genre, il n'est pas adéquat de simplement inclure un volet « genre » à chaque programme ou plan national. Cela aurait pour effet d'isoler les discussions et interventions basées sur le genre et d'en limiter l'impact et la portée. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il est préférable de considérer l'aspect « genre » de manière transversale à toute politique ou intervention, et de s'assurer que tout professionnel de santé ait reçu une formation adéquate pour comprendre et agir de manière appropriée lorsqu'il fait face à des problèmes où une inégalité de genre constitue un facteur décisif. Il convient également de prendre en compte de manière systématique l'objet genre lorsqu'on développe non pas seulement les interventions sur le terrain mais également les systèmes et processus qui permettent à ces programmes d'être mis en œuvre.
44. On comprend donc que l'ajout de la composante 3, à partir du PRODESS III est vécu par tous comme une bonne idée, et qu'elle se place en droite ligne avec les principes d'action des principaux partenaires techniques et financiers actifs sur le thème de la santé au Mali.
45. Cette vision est partagée par de nombreux acteurs locaux et bénéficiaires rencontrés, qui justifient cette intégration de la composante par des

propos suivants : Un des acteurs s'exprime : « Les femmes sont incontournables dans le système de santé. Elles se rendent au centre de santé pour se faire soigner et accompagnent chaque malade de la famille au centre de santé. ». Une femme, membre d'ASACO : « Nous recherchons les « enfants perdus ». Il s'agit des enfants dont les parents ne les amènent pas pour le rappel de leur vaccination et nous les incitons à poursuivre les vaccinations de routine dans les centres de santé ».

46. En ce qui concerne la complémentarité entre les activités financées dans le cadre de la composante 3 du PRODESS III avec les autres activités du MPFEF, on peut affirmer que les premières sont en droite ligne avec les objectifs et les autres réalisations du Ministère. Toutefois la distinction des activités spécifiquement financées dans le cadre du PRODESS III ne semble pas être clairement faite au niveau central. Par exemple, les acteurs rencontrés au niveau du Ministère n'ont pas pu identifier à l'équipe, ni le contenu des activités réalisées dans le cadre du PRODESS, ni donner une perception de sa participation aux instances de gouvernance du programme, ou encore circonscrire exactement le budget associé à la composante 3 du PRODESS III. En revanche, cette distinction est beaucoup plus claire au niveau des services locaux qui identifient plus facilement le financement issu de chaque source.

Conclusion de la section sur la pertinence

L'intégration de la composante Femme, Enfant et Famille dans le PRODESS était une nécessité comme l'indiquent les témoignages des acteurs sociaux et même des bénéficiaires et de la population. La plus-value d'actions d'une collaboration des trois départements n'est pas remise en question.

Les acteurs locaux travaillent dans une dynamique d'atteinte commune des résultats à travers des activités complémentaires qu'ils réalisent sur le terrain en conjonction avec des activités financées grâce à d'autres sources. Une réflexion stratégique sur l'apport du PRODESS dans l'ensemble des missions du MPFEF n'apparaît en revanche pas effectuée au niveau central au moment de l'évaluation.

3.2 - <u>Résultats concernant la mise en œuvre</u> :

47. Le deuxième critère abordé par l'équipe d'évaluation est celui de l'efficacité opérationnelle ou la mise en œuvre de la composante 3 du PRODESS III. Il s'agit en effet de vérifier si l'exécution des activités s'est faite de manière efficace, notamment au regard des objectifs opérationnels prévus dans l'énoncé du programme. Plus particulièrement, l'équipe a soulevé les questions d'évaluation suivantes :

- Les activités de la composante 3 du PRODESS III ont-elles été mises en œuvre telles que prévues ?
- D'autres activités exécutées au sein des composantes 1 et 2 répondent-elles aux mêmes cibles ?
- Y a-t -il une synergie entre les acteurs des différentes composantes ?
- Quelle est la perception des parties prenantes par rapport aux extrants obtenus ?

3.2.1 - Les réalisations liées à la composante 3 du PRODESS III :

48. Le recueil des données primaires collectées par l'équipe à travers des entrevues avec les acteurs au niveau national et local et l'analyse des données de suivi du programme concordent sur le fait que de nombreuses activités prévues et planifiées annuellement n'ont pas pu être mises en œuvre.

49. Plus précisément, en analysant les données de suivi du programme issues des différents rapports d'activités fournis par la Cellule de Planification Statistique, sur 7911 activités prévues dans la Composante 3 du PRODESS III à travers les années, seulement 1017 ont finalement été réalisées, soit 13%. A celles-ci, on peut ajouter 162 activités partiellement réalisées, soit 2%, ce qui ne fait pas drastiquement augmenter le taux de réalisation des activités planifiées qui reste à 15%.

Tableau n°2 : Mise en œuvre des activités par année

	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Nombre d'activités réalisées ou partiellement réalisées	236	309	326	308	1 179
Nombre total d'activités planifiées	2 429	1 625	2 021	1 836	7 911
% de réalisation	9,7 %	19 %	16,1 %	16,7%	14,9%

Source : *rapports d'activités fournis par la CPS*

50. L'analyse de ces données indique qu'un nombre très important d'activités est systématiquement planifié en début d'année, alors qu'il y a de fortes chances que seulement un faible pourcentage de ces activités soit finalement retenu et exécuté. L'exercice de planification semble ainsi être peu réaliste du point de vue des réelles capacités de réalisation (que ce soit en termes de ressources financières, humaines ou matérielles), et répété année après année avec les mêmes écueils. Avec un nombre parfois dix fois plus important d'activités retenues au départ par rapport à ce qui sera réalisé, le système de suivi du programme ne peut que difficilement conduire à une vision claire des activités prioritaires compte tenu des moyens réellement disponibles.

51. L'analyse des prévisions budgétaires pour chaque activité, associée à l'exécution de ces prévisions dans le système de suivi de la CPS concorde avec cette conclusion. On note par exemple :

- plus d'un millier d'activités inscrites dans le système sans coûts prévus alors même qu'elles impliquent logiquement des dépenses ;
- près d'un tiers des activités planifiées pour lesquelles le financement partiel ou intégral est attendu en cours d'année, ces activités constituent le maximum de celles non réalisées ;
- absence de financement comme raison principale de la non-réalisation des activités inscrites dans la base de données ;
- insuffisance de formation des acteurs locaux sur les outils de la planification et du rapportage.

52. Bien que l'existence du système de suivi et sa bonne tenue au niveau de la CPS pendant la durée du programme soient à souligner, on peut néanmoins se demander :

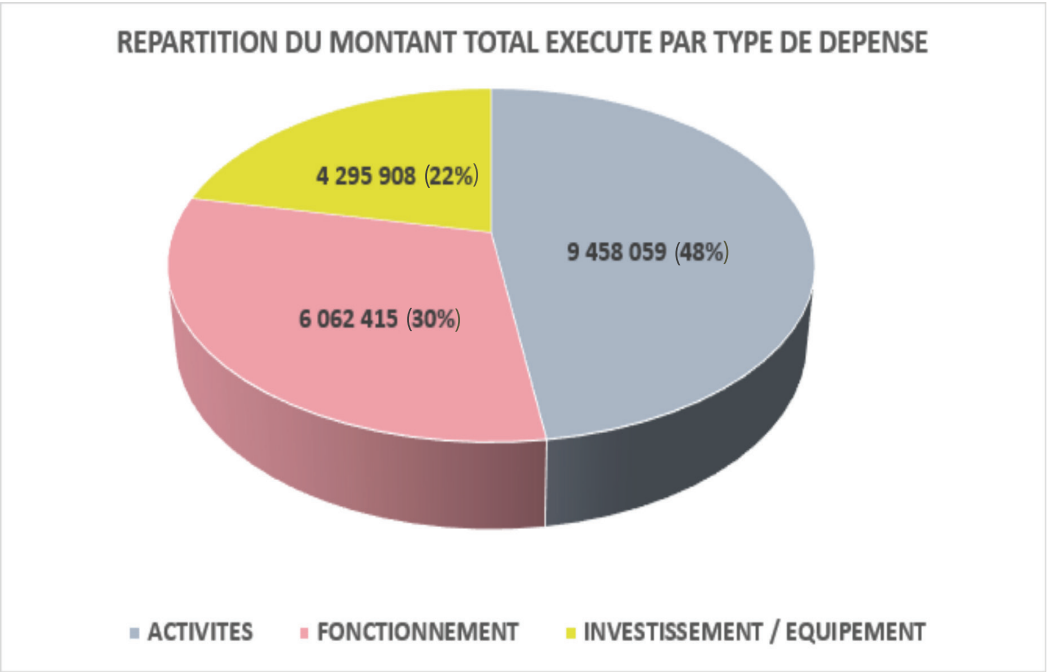
- si les acteurs locaux en charge de faire remonter leur planification d'activités ont les compétences nécessaires à la réalisation de l'exercice dans les paramètres proposés ;
- si la vision de cet exercice est la même entre la coordination nationale et les acteurs, qui peuvent plutôt le comprendre comme une négociation budgétaire, ce qui conduit à demander plus que ce qui est réaliste.

53. Une des actrices de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille s'exprime : « La lenteur administrative pour la mise à disposition des fonds déjà insuffisants ne favorise pas une exécution efficace de nos activités. Une autre difficulté était relative à l'insuffisance du personnel chargé des finances ».

54. Une autre actrice affirmait : « Besoins non comblés puisque les activités prévues dans le PO n'ont pas reçu de financement à hauteur de souhait ».

3.2.2 - Les dépenses effectives de la composante 3 du PRODESS III :

55. Lorsque l'on étudie la nature des dépenses effectuées dans le cadre de la composante 3 du PRODESS III, grâce au système de suivi du programme on retient un total de 19,8 milliards de FCFA répartis selon les types de dépenses suivants :



Source : *rapport d'activité du PRODESS III, fourni par la CPS*

56. On peut noter dans un premier temps que le total des dépenses effectuées pour la composante 3 du PRODESS III est largement en deça de l'enveloppe de 42,5 milliards de FCFA budgétisé pour la réalisation des activités au démarrage du programme. Cette composante souffre donc d'un sous-financement important, situation qui ne peut pas permettre raisonnablement d'atteindre l'ensemble des cibles fixées.

57. En effet, sur 42,5 milliards prévus au titre du Ministère chargé de la promotion de la Femme, seulement 20,3 milliards ont été mobilisés soit 50%. Sur ce montant, 19,8 milliards ont servi à financer les activités réalisées sur la base des rapports d'activités de la CPS.

58. Lorsque l'on étudie la répartition des dépenses selon leur nature, on remarque par ailleurs que la majorité des dépenses a été dirigée vers les dépenses de fonctionnement et l'équipement des services, ce qui n'est pas surprenant au vu du peu de ressources à la disposition des acteurs locaux rencontrés. La composante 3 du PRODESS III a donc en partie servi à doter ces services d'un minimum de ressources matérielles, qui est le préalable à la fourniture des services à destination de la population.

3.2.3 - Les difficultés de mise en œuvre de la composante 3 du PRODESS III

59. En plus des éléments issus du système de suivi du PRODESS III, l'équipe d'évaluation a étudié la mise en œuvre du programme telle que vécue par les acteurs sur le terrain. Ce travail a permis de recenser les difficultés de mise en œuvre de la composante 3 du PRODESS III. Le tableau ci-dessous en fait une synthèse :

Tableau n°3 : Synthèse des difficultés recensées

Nature des difficultés mentionnées	Proportion des mentions relatives à cette difficulté
Insuffisance de ressources (financières essentiellement, mais aussi de ressources humaines) et manque de formation	48%
Problèmes logistiques et liés aux infrastructures (locaux non adaptés et manque de matériel)	29%
Difficultés de mobilisation des communautés (des leaders et des bénéficiaires)	20 %
Collaboration difficile avec les mairies	3%

Source *: entretiens auprès des acteurs*

60. Sans surprise, les difficultés liées aux ressources financières figurent comme les plus fréquemment citées. L'insuffisance des fonds alloués est un premier problème, mais les acteurs mentionnent également les retards de mobilisation des fonds alloués. La lenteur dans le processus de décaissement des fonds s'ajoute donc à l'insuffisance des budgets des équipes, ce qui les laisse face à des besoins réels identifiés au sein de la population que ces acteurs doivent desservir. Ce problème est d'autant plus criant que les acteurs identifient et planifient des activités, mobilisent divers intervenants, leurs collègues et des bénéficiaires, mais au moment d'exécuter ces activités, ils se retrouvent sans moyens.

61. Les acteurs locaux indiquent par exemple : « Nous n'arrivons pas à satisfaire même le quart des femmes que nous devons sensibiliser. Quand nous planifions par exemple une activité pour 40 personnes, on se retrouve à peu près avec une centaine de participantes alors que nous n'avons pas les frais de déplacement pour toutes, Donc un manque de moyen financier ». « Les besoins ne sont pas tous comblés, les activités ne sont pas financées à hauteur de souhait. Sur 20 activités planifiées il y a une réalisation de 3. Heureusement grâce à d'autres partenaires locaux qui font des appuis ponctuels, le nombre d'activités réalisées augmente ».

62. Les problèmes d'infrastructure et de logistique arrivent comme deuxième difficulté et constituent une conséquence attendue du manque de moyens des équipes. Les services locaux expliquent souvent qu'ils ont des locaux exigus et peu adaptés à leurs activités, ne leur permettant par exemple pas de recevoir des femmes dans une pièce dédiée, alors qu'elles viennent souvent pour aborder des sujets sensibles. Le manque de véhicules limite également les possibilités d'activités.

63. Les difficultés liées au cœur de métier des services ne sont mentionnées que bien après les difficultés financières et matérielles. Il faut toutefois mentionner qu'il n'est pas toujours simple pour les équipes de mobiliser des communautés autour de sujets sensibles et ancrés dans les traditions tels que le mariage précoce ou l'excision, et qu'ils ont pu vivre des tensions avec des leaders communautaires. Plusieurs acteurs mentionnent cependant que ces difficultés s'amenuisent avec un travail de sensibilisation dans la durée auprès des communautés. L'insécurité et la charge de travail des femmes ciblées par les activités sont aussi vécues comme des freins à la mobilisation des communautés.

64. Les propos d'un acteur local : « Avec l'insécurité, je ne pouvais couvrir que trois zones sur onze donc les attentes n'ont pas été comblées puisque le service n'a pas pu faire des activités dans tout le district sanitaire ».

65. Enfin, de façon plus marginale, des difficultés de collaboration avec les Collectivités Territoriales dont les communes, ont été citées comme un facteur entravant la réalisation de différentes activités.

3.2.4 - La synergie entre les acteurs des différentes composantes du PRODESS III :

66. La conception du PRODESS III est fondée sur un modèle de collaboration entre les trois ministères porteurs, à toutes les échelles de prise de décision : centrale, régionale et locale.

67. A tous les niveaux, le MPFEF est bien représenté dans l'ensemble des instances, qui ont été fonctionnelles tout au long de la mise en œuvre du PRODESS III. Toutefois, il n'a pas été possible de rencontrer un représentant du MPFEF qui centralise le point de vue du Ministère dans ces instances, et qui aurait pu nous rapporter l'état de la collaboration. Par conséquent, il semble que le Ministère, peut-être pour des raisons de mouvement de personnel, n'ait pas un réel leadership au sein de ces instances nationales de gouvernance du PRODESS.

68. Aux niveaux régional et local, la synergie entre les acteurs opérationnels des différentes composantes est beaucoup plus marquée selon les propos recueillis auprès des acteurs de la promotion féminine que l'équipe d'évaluation a rencontrés. 90% des acteurs rencontrés qualifient même la collaboration de « parfaite ».

69. Un acteur pour expliquer la qualité du travail collaboratif affirme : « Avec les activités menées au fil des années, tous les acteurs travaillent ensemble. Même sans le PRODESS III, il y a une synergie parfaite entre toutes les trois composantes du secteur ».

70. Un autre répondant s'exprime ainsi : « Le Ministère de la Promotion féminine est impliqué dans toutes les activités de la santé et du développement social et vice versa. Cette grande collaboration a permis de développer la même approche pour la réalisation des activités au-delà du PRODESS III avec d'autres partenaires tels que l'UNICEF et le FNUAP ».

71. En plus de la tenue des Cadres Régionaux d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation prévus dans le PRODESS III (CROCEP) pour une meilleure planification et une synergie d'actions entre les acteurs au niveau régional, en certains endroits, les TDR et les budgets des activités étaient même validés par les trois directeurs du secteur. Les activités de prise en charge des victimes au niveau du ONE STOP CENTER ainsi que des journées de vaccination font également intervenir l'ensemble des acteurs du secteur de manière collaborative. Les séances d'information et de sensibilisation sur les conséquences de l'excision et les avantages du planning familial sont aussi animées concomitamment par les médecins et les acteurs de la promotion féminine.

72. Un acteur des SLPFEF illustre cette collaboration ainsi : « Le secteur santé, développement social et promotion féminine forme une équipe socio-sanitaire au niveau local, le travail se fait en étroite collaboration avec des domaines d'interventions spécifiques pour chaque entité. Par exemple quand une victime de viol se présente au centre de santé ou au service du développement, ils font appel à la promotion féminine pour organiser l'écoute de celle-ci ».

73. En outre, en analysant les planifications des composantes 1 et 2 du PRODESS III, il ressort que des activités des deux autres secteurs prennent en compte les problématiques spécifiques des femmes et des enfants. Le tableau ci-dessous donne des exemples de telles activités :

74. A côté de ces activités, il existe également d'autres activités de renforcement de capacité des acteurs de la santé et du développement social en vue d'une meilleure prise en charge des enfants et des femmes, ce qui est une preuve supplémentaire de cohésion.

Tableau n°4 : Récapitulatif des activités des composantes I et II en lien avec la composante III

Activités composante I	Activités composante II
Faire le plaidoyer pour la prise en charge gratuite des fistules obstétricales, du cancer du col et du sein.	Appuyer la réinsertion socioéconomique des femmes victimes de fistules obstétricales dans les districts
Impulser la prise en charge de 250 cas de fistules, du cancer du col et du sein par les CSRéf et hôpitaux	Appuyer les cercles dans la révision des cadres conceptuels de la référence/évacuation pour inclure le trajet du Village au CSCom
Réviser et mettre en œuvre le plan d'action en matière de PF	Assurer la prise en charge psychosociale des femmes et des enfants victimes des violences
Poursuivre la contractualisation avec le secteur privé et communautaire	Faire un plaidoyer pour un mécanisme de prévention de l'excision et le mariage précoce
Assurer la disponibilité permanente des produits contraceptifs dans les structures de santé publiques et privées et dans la communauté	Mettre à échelle le système de référence de la protection des enfants contre Violences, Exploitation, Abus et Négligence (VEAN) dans les Cercles des régions
Organiser annuellement la semaine mondiale de l'allaitement maternel ;	Appuyer la création, la promotion des organisations locales incluant les femmes et les jeunes
Organiser semestriellement la semaine d'intensification des activités de nutrition ;	Appuyer les SLDSES dans le suivi des radios de proximité et les groupements féminins dans la mise en œuvre des activités d'information et de sensibilisation sur la nutrition
Elaborer le plan d'action des troubles dus à la carence d'iode (TDCI);	Les ressources humaines sont gérées au plan institutionnel de façon plus rationnelle, plus équitable, et attentive à la situation particulière des filles et des femmes.
Exécuter le plan des troubles dus à la carence d'iode (TDCI) Organiser des supervisions intégrées sur la prise en charge en matière de nutritions dans tous les districts sanitaires	Appuyer les groupements de femmes seules chargées de famille en AGR

Activités composante I	Activités composante II
Assurer la couverture universelle en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (MILD) (une moustiquaire pour deux personnes) et en médicaments anti paludique ;	Éradiquer toutes les formes non autorisées de travail des enfants
Assurer la poursuite de la prévention du paludisme chez les populations cibles notamment à travers le TPI et le traitement préventif saisonnier chez les enfants (TPS);	
Dépister et prendre en charge précocement les enfants nés de mères séropositives ;	
Renforcer les vaccinations de routine et celles spécifiques en cas d'épidémie ;	
Renforcer la disponibilité et l'accessibilité aux femmes des services de santé de proximité et de qualité (respect des normes, accueil, confidentialité, etc.) et qui répondent à l'ensemble de leurs besoins (procréation, ménopause, éducation sexuelle, MST/VIH et SIDA), avortements, mutilations génitales) ;	
Réviser le manuel et les outils de collecte en prenant en compte l'aspect genre, la décentralisation et les données de la société civile	
Définir et mettre en œuvre les liens de collaboration entre les directions régionales (Santé, Développement social, et PFFE), les Collectivités et la société civile (ASACO, ONG, Associations, dont les associations féminines, etc.)	

3.2.5 - Les extrants obtenus pour la composante 3 du PRODESS III

75. Il ressort de la collecte des données primaires à travers des entrevues avec les acteurs et les groupes de discussion avec les bénéficiaires ultimes que ceux-ci ont une bonne perception des réalisations du PRODESS III. Sur 32 groupes de discussion organisés et 16 entretiens réalisés auprès de 538 participants, 262 répondants représentant 48 % ont apprécié les séances de formation ou de sensibilisation. A titre illustratif, l'expression qui est revenue systématiquement est la suivante : « la formation ou la sensibilisation nous a été bénéfique ou très bénéfique ». Lorsque des activités sont tenues, elles sont donc appréciées par les populations.

76. L'écueil majeur se situe plutôt sur le nombre d'extrants obtenus après la mise en œuvre du PRODESS III. Les acteurs chargés de la mise en œuvre de la composante 3 ont une perception mitigée, puisqu'ils estiment que les réalisations sont en deçà de ce qui était programmé. Cette faiblesse dans la mise en œuvre est attribuée massivement à l'insuffisance des fonds et au retard dans leur mobilisation, ce qui est confirmé par l'analyse budgétaire effectuée par la mission d'évaluation. Cependant, une part de satisfaction demeure, en lien avec la manière selon laquelle les activités réalisées ont été menées. La mobilisation et l'intérêt des communautés autour des activités et les résultats atteints sur le terrain ne sont pas inexistants, même si les équipes sont prêtes à faire plus, comme le montrent leurs planifications annuelles ambitieuses. Un acteur s'est prononcé ainsi : « Oui, notre satisfaction vient de la motivation des bénéficiaires sur le terrain, il y a eu beaucoup d'avancée dans notre cercle ». Malgré le sous-financement, les acteurs reconnaissent tout de même que c'est grâce aux fonds du PRODESS III que des activités ont pu être menées dans les communes rurales, et qu'ils ont pu obtenir une base pour financer leur fonctionnement et acquérir des équipements.

Une réalisation intéressante : la prise en charge des victimes de VBG grâce aux ONE STOP CENTER :

77. Une grande avancée dans la lutte contre les VBG est la mise en place des centres de prise en charge des victimes de VBG appelés « ONE STOP CENTER ». Au nombre de quatorze (14) à travers le pays, les ONE STOP CENTER sont des structures de prise en charge intégrée holistique des victimes. L'équipe d'évaluation a visité celui de Ségou et s'est entretenue avec la gestionnaire chargée de l'accueil des victimes et avec le chargé de la prise en charge psychologique.

78. Le ONE STOP CENTER de Ségou, contrairement aux autres centres qui se trouvent au sein des CSREF, se situe dans l'enceinte de l'hôpital de Ségou. Son financement est assuré par l'Union Européenne appuyée par le système des Nations Unies et la mise en œuvre est assurée par l'Etat Malien.

79. Le ONE STOP CENTER a quatre portes d'entrée : gestionnaire des cas, psycho-social, justice et sécurité. Chacune des portes d'entrée mène à un spécialiste du domaine. Les survivantes se présentent d'elles-mêmes au centre ou peuvent être référées par les ONG, la police, la justice, les médecins et la DRPFEF. Un numéro vert est également accessible à tout moment et est diffusé dans les émissions radiophoniques. Elles sont reçues par la gestionnaire des cas qui les écoute, recense leurs besoins et étudie la nature de prise en charge qu'elles souhaiteraient avoir. A la suite de l'entretien, la gestionnaire fait appel aux spécialistes derrière chacune des portes. La prise en charge médicale, la restauration sont gratuites ainsi que les frais de transport pour les survivantes venant d'autres localités

80. La gestionnaire des cas tient un dossier confidentiel par survivante et assure un suivi des survivantes pour connaitre si les besoins sont comblés. Une cinquante de cas a été traitée d'août 2021 au passage de l'équipe d'évaluation.

Photo prise par l'équipe d'évaluation au ONE STOP CENTER de Ségou

3.2.6 - <u>Bilan sur les indicateurs</u> :

81. Afin de suivre l'avancée des résultats du PRODESS III, les acteurs de chacune des 3 composantes ont élaboré des indicateurs de performance et se sont fixé des cibles à atteindre. Ainsi pour la composante 3, 16 indicateurs ont été retenus, et leur suivi a été fait tout au long de la mise en œuvre du programme, notamment à l'attention des instances de gouvernance du PRODESS. Le résultat du suivi est présenté au tableau suivant :

Tableau n°5 : Suivi des indicateurs et des cibles

N°	Indicateurs	Valeurs de départ 2014	Valeurs cible 2018	Résultats atteints 2018
1	Pourcentage d'enfants victimes de traite rapatriés et réinsérés	30,00%		
2	Pourcentage de femmes dans les postes nominatifs	10,40%	30%	13,07%
3	Nombre femmes/filles victimes de complication liées à l'excision prises en charge	1 080	8270	5790
4	Femmes (15-49) ans informées et sensibilisées sur l'importance de la CPN	78 080	4950	0
5	Femmes de 15-49 ans sensibilisées sur la PF	93 041	50 000	158 862
6	Adolescents (14-18 ans) sensibilisées sur la PF		70 000	69 765
7	Femmes (15-49) ans ayant bénéficié de la DBC dans les Centres d'autopromotion et maison de la femme	532	12375	24 308
8	Convention d'abandon de la pratique de l'excision signée	90 villages	165	362
9	Comités de lutte contre les pratiques néfastes fonctionnelles	60	195	192
10	Adolescentes (14-18 ans) informées et sensibilisées sur les méfaits du mariage précoce	43364	5 500	4 980
11	Proportion de structures de surveillance communautaires fonctionnelles	48,80%	100%	53,22%
12	Enfants (filles et garçons) victimes de violences et/ou d'exploitation sexuelle	1137	2 650	2 162
13	Proportion de comité local pour l'abandon des pratiques néfastes		716	716
14	Nombre de complications liées à l'excision (0-45 ans) pris en charge	1080	8270	5790
15	Proportion de comité de surveillance communautaire fonctionnelle contre l'exode précoce des enfants	48,80%	ND	ND
16	Enfants abandonnés/trouvés par sexe pris en charge	G : 205 F : 310	ND	G : 233 F : 188

82. L'analyse de l'équipe sur les indicateurs de performance de la composante 3, montre que des avancées intéressantes ont été faites sur les variables d'extrant et d'effet suivies. Les cibles concernant le nombre de bénéficiaires d'activités de sensibilisation (indicateurs 5, 6 et 10) ou sur la signature de conventions (indicateur 8) ont par exemple été atteints. On peut toutefois se demander si ces cibles, formulées en effectifs, et non en proportion d'un besoin national, donnent une bonne idée de la performance de l'intervention, ou si le nombre de bénéficiaires potentiels de l'intervention serait bien plus important que les cibles fixées.

83. Pour ce qui concerne l'indicateur 4, où la cible n'a pas été atteinte, la réalité du terrain suggère plutôt le contraire. En effet, tous les acteurs et bénéficiaires rencontrés sont unanimes sur le fait que les femmes sont plus sensibilisées à la CPN. Toutefois, le résultat à 0 pourrait s'expliquer par le fait que les agents de santé chargés de la collecte sont différents de ceux chargés de renseigner la base (acteurs de la promotion de la Femme).

84. Bien que, le fait qu'un suivi régulier d'indicateurs de performance soit encore une fois à souligner comme une bonne pratique de gestion axée sur les résultats, l'addition de ces 16 indicateurs ne permet pas non plus d'appréhender exactement les réelles évolutions, ou les progrès réalisés. En analysant l'indicateur 14 qui fait ressortir le nombre de complications liées à l'excision pris en charge, il est difficile de savoir si l'ensemble des complications existantes ont bien pu être prises en charge, et on ne sait pas non plus si une diminution du chiffre voudrait dire que le phénomène de l'excision est en baisse ou si c'est l'offre de prise en charge qui fait défaut. En outre, en choisissant des indicateurs plus proches des extrants (nombre de personne sensibilisées ou prises en charge, de conventions signées ou de comités mis en place) que des effets du programme, le point de vue obtenu est plus opérationnel que de performance stratégique.

Conclusion de la section sur la mise en œuvre

Les résultats obtenus dans la mise en œuvre de la Composante 3 du PRODESS III sont malheureusement faibles et pas à la hauteur de la planification de départ. Un budget bien inférieur à l'enveloppe prévue a pu être mobilisé, et seulement 15% des activités planifiées par les services ont eu la chance d'être réalisées. La méthodologie adoptée pour la planification des activités est de nature à privilégier le nombre, plutôt que de prioriser les activités les plus importantes, avec un budget réduit. Aussi, le retard dans la mobilisation des fonds, mais également le faible niveau apparent d'implication des responsables au niveau national du Ministère en charge de la Femme, de l'Enfant et de la Famille apportent des explications supplémentaires au faible niveau de résultats. Pour preuve, de la phase planification à la production du rapport, les services financiers du département n'ont pas pu communiquer la part de la contribution de l'Etat au PRODESS.

Lorsque l'on étudie toutefois les extrants des activités qui ont pu être mises en œuvre, on remarque une satisfaction marquée des

bénéficiaires. Grâce à une collaboration effective des trois départements du PRODESS III sur le terrain, on ne peut que constater des efforts intéressants sur des sujets aussi sensibles que les VBG ou la planification familiale, et de réelles avancées dans la prise en compte des besoins des femmes et des enfants dans les systèmes de santé et sociaux.

3.3 - Résultats concernant les effets :

85. L'équipe a voulu analyser les résultats de l'implantation de la composante 3 du PRODESS III sur la population, notamment ses effets directs, intermédiaires et ultimes tels que cités dans la théorie de changement. Ainsi l'équipe a retenu les questions d'évaluation suivantes :

Dans quelle mesure les activités de la Composante 3 du PRODESS III ont contribué à :

- une participation plus importante des femmes dans la gestion communautaire de la santé ?
- une meilleure intégration des besoins des femmes et des enfants dans le secteur de la santé ?
- un meilleur accès et une fréquentation plus importante des services de santé par les femmes et les enfants ?

Des changements concrets dans l'état de santé ou les conditions de vie des groupes ciblés par les activités ?

3.3.1 - La participation des femmes dans la gestion communautaire de la santé :

86. L'équipe d'évaluation a rencontré les femmes qui sont membres des différents organes de gestion des ASACO (conseil d'administration, comité de gestion et comité de surveillance). Même si elles sont par endroit peu nombreuses, l'équipe a retenu que toutes ces femmes ont le souci d'une amélioration de la santé de la population et leurs motivations étaient une meilleure gestion du centre de santé à travers l'amélioration du service de l'accueil, de l'hygiène et de l'assainissement. Les femmes participent à la gestion des centres de santé communautaires pour la prise en compte de leur besoin.
87. La plupart des femmes membres des organes de gestion des ASACO, étaient relais dans leurs quartiers et leurs activités consistaient à sensibiliser les femmes enceintes de leurs communautés en les encourageant à aller faire des consultations pré et post natales et celles qui ont des enfants à aller les faire vacciner. Les autres sont membres d'ONG, d'associations, représentantes des couches sociales en général qui font des actions en faveur de la communauté. C'est cette même population qui sollicite ces femmes lors du renouvellement des organes de gestion des centres de santé à s'impliquer pour une bonne gestion.
88. Les femmes sont élues ou désignées par consensus lors des rencontres de quartiers ou de village présidées par les chefs de quartier ou de village. Les répondantes ont affirmé que les femmes sont encouragées

par les hommes à adhérer aux organes, ce qui dénote une évolution des mentalités. Lors des renouvellements des bureaux, les chefs des services locaux de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille sensibilisent d'ailleurs sur le bénéfice d'avoir des femmes au sein des structures de santé et veillent donc au respect de la Loi n° 2015-052 du 18 decembre 2015 instituant des mesures pour promouvoir le genre dans l'accès aux fonctions nominatives et électives qui exige le quota de 30% aux femmes.

89. Une répondante affirme : « Nous avons lutté pour que les femmes soient nombreuses au sein des organes de gestion ; les hommes occupaient les postes pendant plus de dix ans et la gestion n'était pas bonne. Nous sommes actuellement 18 femmes dans le CA ».

90. Toutes celles rencontrées reconnaissent qu'elles sont conviées aux réunions des instances, que leurs avis sont demandés et pris en compte comme en témoignent ces deux déclarations : « Si je constate des choses qui ne fonctionnent pas dans le centre de santé, je remonte l'information et elles sont résolues en général. Par exemple il y a une stagnation d'eau sale à la laverie qui a vite été réparée suite à mon information ». « Nos bénévoles faisaient du porte-à-porte pour la sensibilisation et nous avons sollicité le bureau pour leur donner une prime ».

91. L'équipe d'évaluation a pu constater l'implication des femmes membres des ASACO dans la promotion des centres de santé à travers des actions permettant de fidéliser les femmes à leur centre. A titre illustratif, une femme, membre d'ASACO affirme : « Nous avions des problèmes de fréquentation quand notre centre était un dispensaire et quand il a été transformé en centre de santé communautaire, nous avions mené des actions permettant aux usagers de retourner vers le centre. C'est ainsi que la nouvelle maternité a été équipée et des toilettes indépendantes des toilettes communes ont été construites ; ce qui a contribué à améliorer la fréquentation. Nous offrions également des soupes aux femmes quand elles accouchaient, du savon et autres cadeaux ».

92. Les Comités des Femmes Utilisatrices des Services de santé, mis en place dans certaines localités constituent de beaux exemples d'implication des femmes dans la gestion de la santé communautaire. Les membres de ces comités ont pour activités principales de sensibiliser et d'informer les populations en général et les femmes en particulier sur l'importance de la fréquentation des centres de santé. Chaque mois, elles cotisent 200 FCFA par membre; achètent du thé et de l'eau pour tenir les rencontres avec des femmes des tontines ou prennent en charge les frais de déplacements des membres qui vont à la rencontre des femmes. Certains partenaires financent leurs activités. Lors des réunions avec l'ASACO, elles remontent les plaintes reçues de la population et restituent toutes les informations sur la santé à la population.

93. A titre d'exemple, les propos de certains membres du CEFU de San témoignent de la qualité de leur implication sur le terrain :

« Nous sensibilisons dans la communauté sur la fréquentation du centre de santé par les femmes et nous agissons pour rendre le centre propre. Nous faisons du porte en porte pour que les femmes aillent faire des consultations pré et post natales ainsi que les vaccinations des enfants ».

« Nous assistons aux rencontres hebdomadaires des femmes (tontines) pour véhiculer nos messages de sensibilisation ».

« Les gens ne fréquentaient plus le centre pour diverses raisons, nous avons retenu cinq femmes par quartier qui sensibilisent la population en expliquant que le centre de santé est le nôtre. Nous intervenons même dans les couples en difficulté. Grâce aux formations reçues des partenaires et de la promotion féminine, nous avons cherché des partenaires pour pouvoir continuer nos activités ».

« Chaque samedi, nous assainissons le centre de santé. Il n'y a pratiquement plus de femmes qui accouchent à la maison, toutes se rendent au centre de santé parce qu'elles ont compris la nécessité de cela ».

« Le CSCOM informe le CEFU sur toutes les activités, nous sommes conviés aux réunions et nous les aidons pendant les campagnes de vaccination en informant la population pour qu'elle amène les enfants ».

Photo prise à la rencontre avec les femmes membres des organes de gestion dans une ASACO à Ségou

3.3.2 - L'intégration des besoins des femmes et des enfants et leur fréquentation du secteur de la santé :

94. Le PRODESS III a donné l'opportunité aux services de santé de s'approcher des femmes et des enfants, de travailler avec les femmes et de répondre à leurs besoins. Ce rapprochement a été facilité par une forte implication des services de la promotion féminine. Grâce au programme, la capacité de la population a été renforcée ; elle a eu la bonne information par rapport aux mutilations génitales féminines, au planning familial, aux mariages précoces et aux violences basées sur le genre. Les enfants sont mieux protégés, à travers les activités menées, les communautés savent où s'adresser en cas d'abandon, d'adoption et de violence ou de réinsertion socio-économique des enfants en errance.

95. Tous les acteurs rencontrés sont unanimes du fait qu'on ne peut pas parler de santé sans parler des femmes et des enfants, ce qui montre que le message de cohésion porté par le PRODESS III est passé. Les femmes sont bien perçues comme incontournables dans le système de santé : elles se font soigner et accompagnent chaque malade de la famille au centre de santé.

96. Les activités des services de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille n'étaient pas connues de la population avant le PRODESS III alors qu'ils sont acteurs de la mise en œuvre des politiques et programmes en faveur des femmes et des enfants. Les femmes démunies, les survivantes des VBG et les enfants victimes d'abus, d'exploitation et de négligence sont pris en charge ou sont appuyés dans la réalisation des activités génératrices de revenus. Les couples qui sont confrontés à des déficits de communication bénéficient de l'accompagnement des services de la promotion féminine.

97. Une des actrices s'exprime : « En 2017, lors du suivi des activités une femme d'une très grande famille maraboutique a rapporté que les femmes veulent aller au centre de santé, mais qu'il faut une autorisation du patriarche qui les décourageait en leur faisant comprendre que dans les centres de santé le médecin délivre un simple papier (ordonnance) alors que les plantes sont disponibles partout dans la nature et qu'elles permettent de guérir du paludisme. Mais les femmes ont compris que les plantes préviennent le paludisme mais dès que la maladie s'installe, elles sont lentes pour la guérison. Donc les femmes pour tromper la vigilance des hommes prenaient des seaux et annonçaient qu'elles vont au puits mais en réalité allaient au centre de santé se faire consulter ». Ce témoignage dénote l'effet de la sensibilisation du service local dans cette zone, et donne un exemple de lente transformation des mentalités sur la fréquentation des services de santé par les femmes.

98. La présence des femmes dans les ASACO a par ailleurs, eu un fort impact sur l'accès des femmes aux centres de santé, parce que lors des tontines ou n'importe quelle rencontre, elles sensibilisent les autres femmes, prennent en compte leurs préoccupations en les exposant lors des réunions des différents organes de gestion afin de trouver des solutions. En beaucoup d'endroits, les femmes membres des organes de gestion des ASACO ou les relais employés par les ASACO font la sensibilisation de porte en porte sur les avantages des centres comme l'accessibilité en distance et en coûts des soins.

99. De l'avis des femmes membres des ASACO, la fréquentation des CSCOM s'est beaucoup améliorée grâce à l'acquisition des équipements, à la construction des maternités et à leur insonorisation ; à la construction des laboratoires d'analyse ; à l'existence de mutuelle ou d'assurance maladie ; à la transparence dans l'application des tarifs affichés.

100. Un membre d'ASACO s'exprime ainsi : « Les femmes vont de plus en plus vers les centres de santé. Les jours de vaccination, le centre même est débordé par l'affluence ».

101. Une autre femme, membre affirme : « La vaccination contre la poliomyélite a eu un grand succès grâce à nos sensibilisations parce que la population a pris conscience des effets de la vaccination. Actuellement, il y a un fort engouement des femmes à amener les enfants à se faire vacciner au point que les doses manquent ».

102. Une bonne pratique qui nous a été expliquée dans plusieurs localités aussi bien urbaines que rurales est la mise en place par les ASACO d'un système de suivi des vaccinations obligatoires des enfants. Les contacts téléphoniques d'un des parents des enfants sont notés, soit à la naissance soit lorsque l'enfant reçoit sa 1ère dose de vaccination.

A la date des rappels si l'enfant n'est pas présenté, la sage-femme chargée du Programme Elargi de Vaccination donne les contacts des parents aux relais qui les appellent pour qu'isl présentent les enfants aux rappels des vaccins.

103. Les acteurs aussi observent une hausse de la fréquentation des centres de santé par les femmes et les enfants surtout lors des vaccinations et des consultations prénatales.

104. Un acteur local s'exprime : « lors des activités de supervision, nous observons une bonne fréquentation des centres de santé par les femmes. En moyenne sur 10 patients, il y a au moins 7 femmes ».

105. Un autre défi identifié en rapport avec la fréquentation était relatif à l'autonomisation des femmes afin qu'elles puissent prendre en charge leurs soins de santé.

106. A titre illustratif, dans la région de San, HRH2030, un projet financé par l'UNICEF regroupait les femmes dans une plateforme communautaire pour animer des thèmes sous la supervision d'un agent de santé communautaire où les femmes appuyées par les leaders communautaires cotisaient pour financer la santé maternelle. Ensuite « Kenèya sidjiya ton » a pris le relais et certains villages arrivent à épargner jusqu'à 400 000 FCFA. Sur les 42 villages du cercle, dans 34 villages les associations des femmes financent la prise en charge des parturientes. Sur cette base de cotisation, les associations de cinq (5) villages ont pu réaliser des activités génératrices de revenus en faisant des composts à partir des ordures ménagères et revendent les fumiers aux cultivateurs. Dans trois villages, le chef de village a exigé aux chefs de famille une cotisation hebdomadaire ou mensuelle à la caisse des femmes en se privant d'une dose de thé.

107. Une des actrices du secteur dans la région de Koulikoro par ses propos confirme la relation entre l'autonomisation et la fréquentation des centres de santé : « le service a formé 100 femmes survivantes de la fistule obstétricale pour faire de la saponification et les plus engagées ont reçu des kits de base (matériels, huile de palme, huile de coco), ce qui leur a permis de faire des activités génératrices de revenus et de sortir de l'exclusion économique et sociale dont elles étaient victimes. Le restant des produits de la formation des fistuleuses a servi à former d'autres associations féminines et les savons produits par ces dames ont été vendus au sein de la maison de la femme ; le cycle continue jusqu'à présent. Une association bénéficiaire de la formation a obtenu l'appui de l'Agence pour la Promotion de l'Emploi des Jeunes à hauteur de 3 000 000 FCFA. Deux autres associations ont obtenu des kits de saponification d'une ONG. Le SLPFEF assure le suivi de ces bénéficiaires ».

108. Malgré cette fréquentation en hausse des centres de santé, qui peut être attribuée à la fois à la pertinence des principes de santé communautaire qui fondent les CSCOM et au travail commun des trois départements du PRODESS III, de nombreuses femmes estiment cependant que l'accueil au niveau des services de soins (la manière de prendre en compte leur besoin spécifique) par le personnel de santé devrait encore être amélioré. Même si des progrès sont manifestes, les

moyens encore très limités de nombreux centres ne permettent pas une réelle satisfaction de l'ensemble des besoins des femmes, des enfants et des familles. L'accessibilité géographique et financière des services de santé est enfin encore à améliorer dans de nombreuses localités.

3.3.3 - Effets des activités sur l'état de santé ou les conditions de vie des groupes ciblés :

109. Lorsque des activités ont pu être mises en place dans le cadre de la composante 3 du PRODESS III, l'équipe d'évaluation a recueilli des perceptions majoritairement positives quant aux changements de comportement et à l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires de ces activités programmées.

110. Les acteurs et les bénéficiaires rapportent souvent que les activités, mêmes si elles sont plus rares que prévues, ont permis un éveil de conscience chez les communautés en général et particulièrement chez les femmes. Les répondants affirment en beaucoup d'endroits le bénéfice qu'ils ont eu des activités de sensibilisation et même observé des changements dans le comportement des populations. Beaucoup de villages ont par exemple signé des conventions d'abandon des pratiques de l'excision et de mariages précoces.

Photo prise lors du groupe de discussion avec les bénéficiaires de la sensibilisation sur les VBG à Bla

Santé de la reproduction- Planification Familiale et VIH :

111. Pour ce qui concerne la santé de la reproduction et la planification familiale, les participants aux séances de sensibilisation rapportent qu'elles ont permis aux maris et aux femmes de comprendre les avantages de celles-ci. En certains endroits, les maris accompagnent leurs épouses au centre de santé pour les séances de sensibilisation puis pour les consultations de planification familiale.

112. « A travers la formation j'ai compris que le planning familial est un moyen de développement. Elle permet d'éviter les maladies des enfants et avoir les moyens nécessaires pour prendre soin de sa famille. » affirmait une répondante.

113. Une autre répondante s'exprimait : « Avant les femmes se cachaient pour aller se planifier. Aujourd'hui, avec les séances de sensibilisation, les choses ont vraiment changé. Nous avons une meilleure condition de vie physique et psychologique grâce à l'espacement des naissances que nous avons adopté ».

114. Une expression imagée utilisée par une chargée de programme du SLPFEF pour convaincre les femmes à adopter le planning : « un sac dont le contenu est vidé de façon récurrente et renouvelé à chaque fois, sera fragilisé alors que le sac dont le contenu dure sans être utilisé garde sa longévité » ou « une tenue dont la propriétaire la lave tout le temps sera prématurément déchirée pendant que celle dont la propriétaire ne porte pas très fréquemment durera aussi longtemps ».

115. La planification familiale n'avait pas été comprise avant les séances de sensibilisation et les femmes rencontrées rapportent qu'elle était perçue comme un refus des femmes à faire des enfants. Maintenant, beaucoup de femmes vont faire le PF avec l'accord de leur époux parce que ceux-ci ont également compris qu'il y va de leur bien-être. Les femmes du mandé disent « hou boussan bilala (enfin, les hommes ont laissé les fouets), nous nous asseyons ensemble pour prendre le thé ».

116. Dans les établissements d'enseignement, les avancées en matière de planification familiale sont perçues et les preuves concrètes sont le maintien des filles à l'école. Un enseignant révèle son bonheur en disant : « Chaque année je recensais 15 à 19 grossesses, après la formation, j'ai proposé d'intégrer la santé de la reproduction dans nos cours de biologie et j'ai recensé peu de cas. Par exemple l'année dernière, j'en ai recensé que deux cas ».

117. Les modes de transmission du VIH ainsi que les relations à entretenir avec les personnes infectées et affectées ont aussi été mieux compris.

Photos prises lors du groupe de discussion avec les femmes (photo de gauche) et les enseignants (photo de droite) sur la santé de la reproduction à Sikasso

<u>Mariages Précoces</u> :

118. Les répondants ont rapporté que les communautés sensibilisées à la question ont compris les conséquences du mariage précoce et toutes les couches sociales acceptent d'en discuter ensemble. Le fait que tous les mariages soient célébrés à la mairie sur présentation de l'extrait d'acte de naissance, vient d'ailleurs renforcer les effets de la sensibilisation.

119. Pour de nombreux bénéficiaires rencontrés, ce n'est plus une question taboue. A titre illustratif un répondant affirme : « la sensibilisation a été très bénéfique. Le premier bénéfice réside au fait que les gens acceptent même d'échanger ensemble autour de la question et d'en parler et même les femmes avec les religieux ». Plusieurs localités ont signé des conventions d'abandon, et ont rapporté que les communautés préfèrent maintenir leurs filles à l'école et les voir progresser.

120. Quelques répondants, pour la plupart des religieux pensent qu'en interdisant le mariage précoce, ils observent impuissamment leurs filles aller à la débauche. L'équipe d'évaluation a donc perçu le besoin d'une poursuite de la sensibilisation, les changements de comportements ne pouvant se faire que sur le long terme. La sensibilisation des parents est également à faire de manière concomitante de celle des garçons et filles.

Photos prises lors du focus groupe avec les bénéficiaires de la sensibilisation sur le mariage précoce (Région de Ségou : Kônôdimini et N'gara)

Photo prise lors du focus groupe avec les élèves d'une école à Sikasso sur le mariage précoce, prises par l'équipe d'évaluation

Perception sur les Violences basées sur le genre y compris les MGF :

121. Concernant les violences basées sur le genre, la perception générale recueillie est celle d'une constance. Les femmes et même les leaders communautaires rencontrés affirment avoir bien compris ce qu'est une violence et même les conséquences qui peuvent en résulter, mais malgré l'éveil de conscience qui s'effectue tranquillement, les acteurs nous rapportent que les violences perdurent. La réaction suivante d'une répondante est révélatrice de cette prise de conscience : « dans la commune, il y avait beaucoup d'incompréhensions et de rumeurs qui n'étaient pas réelles. La sensibilisation a permis de lever le tabou surtout sur l'excision. La formation a apaisé les cœurs. Elle a permis aux femmes d'intégrer l'espace politique et d'ouvrir le débat à toute la population ».

122. Certaines expressions ont retenu l'attention de l'équipe d'évaluation comme : « j'étais victime de violence sans le savoir » ; « la formation m'a permis de savoir quoi faire si je suis victime de violence » ou « j'ai compris les types de violence ».

123. Même si les répondants, qu'ils soient acteurs ou bénéficiaires, estiment que les VBG n'ont pas réellement baissé, nombreux sont ceux qui soulignent l'avancée créée par les espaces de dénonciation « One stop center » avec une prise en charge qui y est systématiquement faite. Des comités de veille, d'alerte et de lutte contre les VBG sont créés à de nombreux endroits mais restent encore récents (plusieurs créés en 2019) pour que l'on puisse observer des effets réels.

124. Les mutilations génitales féminines persistent bien que les acteurs insistent sur leurs conséquences et fournissent des efforts pour davantage sensibiliser les communautés. Pendant quelques séances de sensibilisation, des images sont visionnées. L'équipe d'évaluation a retenu des propos des bénéficiaires et des acteurs qu'il y a autour de cet acte une forte résistance due au caractère culturel ou à des croyances. Lors des groupes de discussion quelques répondants et acteurs ont affirmé que seules les cérémonies qui étaient organisées autour ont réellement diminué alors que les actes même continuent. Pour fuir le regard des autres « convertis », certains parents, amènent leurs filles dans d'autres localités. Toutefois, quelques exceptions sont à noter dans certaines localités comme une dans la région de Ségou où les MGF ont considérablement baissé selon les répondants, grâce à des efforts constants des services de PFEF. Pour preuve, la réponse suivante d'une répondante : « une exciseuse a passé plus d'une semaine sans qu'aucune fille lui soit présentée et à la fin de la semaine, elle a décidé de repartir dans sa localité, faute de candidate. ». Dans d'autres localités bien que les victimes même témoignent de leur souffrance, les MGF continuent de plus belle. Dans une localité une femme victime confie : « Nous avons appris beaucoup de choses, nous ne souhaitons pas que nos filles subissent la même chose que nous. (Excision) ».

125. L'équipe d'évaluation retient une recommandation forte qui a été formulée à de nombreuses reprises aussi bien par les acteurs que les bénéficiaires : rapprocher le temps de réalisation des activités pour maintenir le rythme de la sensibilisation et l'élan de changement, qui est réel.

Conclusion de la section sur les effets

Les activités du PRODESS III, lorsqu'elles ont pu être réalisées ont produit quelques effets directs et intermédiaires. En effet, les systèmes de santé semblent mieux répondre aux besoins des femmes et des enfants du fait des mécanismes mis en place pour les attirer. Les conditions de collaboration entre les départements créées par le PRODESS III ont contribué à rendre les centres de santé plus à l'écoute des femmes qui, rassurées les fréquentent plus.

En outre, les femmes sont incitées à participer davantage à la prise de décision sur le système de santé, dans le cadre de la gestion communautaire. Elles s'intéressent plus au développement de leurs centres et s'investissent pour la bonne marche de ceux-ci. Leur niveau d'implication leur a valu des postes de responsabilité au niveau des organes de gestion et il existe des femmes présidentes d'ASACO, même si elles sont peu nombreuses.

Les impacts sur les conditions de vie des groupes ciblés sont plus ténus. Si la Composante 3 du PRODESS III a un résultat phare, c'est toutefois celui de la réduction des mariages précoces et forcés due à l'implication de beaucoup d'acteurs y compris les enseignants et les élèves, avec une synergie entre la loi et les efforts de sensibilisation.

La sensibilisation suit également son cours sur le thème de planification familiale et sur les VBG, même si les progrès sont très lents. Au sujet par exemple des MGF, il y a un léger mieux qui s'explique par l'absence de cérémonies organisées autour des séances de mutilation, mais cela n'équivaut pas à un réel abandon de la pratique. L'effet positif à retenir concernant les VBG est l'éveil de conscience qu'ont eu les victimes et les communautés à savoir se plaindre et où se plaindre, et surtout à pouvoir être prises en charge. Les réels changements de pratiques nécessitent sans doute plus de temps et des efforts maintenus.

CONCLUSION

La pertinence d'ajouter une troisième composante au PRODESS III, dédiée aux problématiques spécifiques des femmes et des enfants n'a été remise en cause par aucun répondant (acteurs ou bénéficiaires). Tout le monde s'accorde sur le fait qu'une réponse efficace aux défis de santé publique concernant les femmes et les enfants ne saurait être trouvée que par l'intégration de cette composante dans le programme.

Concernant les réalisations liées à la composante 3 du PRODESS III elles sont en dessous des cibles prévues au démarrage du programme. Au total, seulement 15 % des activités planifiées ont pu être mises en œuvre. En outre, les cibles du programme sont parfois formulées de telle façon qu'il est difficile de comprendre les réels progrès effectués sur le terrain. Tous ces éléments soulignent des dysfonctionnements du système de suivi évaluation, qui est par ailleurs tenu et mis à jour de façon régulière.

Recommandations : procéder à une estimation réaliste des activités pouvant être réalisées ; assurer une formation continue aux acteurs du département de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, sur les outils de planification et de rapportage et favoriser la collaboration sur ces exercices de rapportage ; procéder à une formulation plus pertinente des indicateurs de suivi des résultats du programme.

Personne ne remet en question le rôle important des activités de la composante 3 du PRODESS III, ni le besoin de collaboration entre les 3 départements, qui s'effectue très bien sur le terrain. Toutefois, une vision claire et affirmée du MPFEF au niveau central dans la gestion de la composante 3 semble toutefois faire défaut.

Recommandation : Piloter plus efficacement la composante 3 du PRODESS au sein de l'ensemble des missions du ministère en renforçant le leadership dans les instances nationales de gouvernance du programme.

Là où des activités ont pu être réalisées, la mission a constaté des extrants et des effets intéressants auprès de la population bénéficiaire. Les actions coordonnées qui incluent de la sensibilisation peuvent faire changer les pratiques, mais d'autres cibles, sur des sujets souvent sensibles comme les VBG ont certainement besoin d'un temps plus long avec des efforts poursuivis pour être atteintes.

Recommandations : continuer à promouvoir les activités de sensibilisation et de formation pour capitaliser sur les bons résultats obtenus dans certaines localités ; mettre en place un cadre d'échange entre les services locaux leur permettant de partager les bonnes pratiques de certaines localités.

Tout comme dans la composante 1 (Santé et Hygiène Publique) évaluée précédemment, le sous-financement du système reste finalement l'entrave majeure à la performance du PRODESS III, d'autant plus que le système de gestion ne s'est pas réellement adapté à ce manque de ressources.

Recommandations : réduire le délai de mobilisation des fonds ; respecter les annonces de fonds ; doter les services locaux de moyens logistiques leur permettant de réaliser leurs activités.

<u>Récapitulatif des recommandations par acteur</u> :

L'Etat et les Partenaires Techniques et Financiers doivent :

- réduire le délai de mobilisation des fonds ;
- assurer une formation continue aux acteurs du département de la promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, sur les outils de planification et de rapportage et favoriser les collaborations sur ces exercices de rapportage;

Les Partenaires Techniques et Financiers doivent :

- respecter les annonces de fonds pour lesquels ils s'engagent

Les acteurs chargés de l'élaboration des Plans Opérationnels doivent :

- procéder à une estimation réaliste des activités pouvant être réalisées ;
- procéder à une formulation plus pertinente des indicateurs de suivi des résultats du programme ;

Les responsables du Secteur Santé-Développement Social-Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille doivent :

- Piloter plus efficacement la composante 3 du PRODESS au sein de l'ensemble des missions du ministère en renforçant le leadership dans les instances nationales de gouvernance du programme ;
- doter les services locaux de moyens logistiques leur permettant de réaliser leurs activités ;
- continuer à promouvoir les activités de sensibilisation et de formation pour capitaliser sur les bons résultats obtenus dans certaines localités ;
- mettre en place un cadre d'échange entre les services locaux leur permettant de partager les bonnes pratiques de certaines localités ;
- mettre en place une plateforme de partage des données entre les services de santé qui collectent et ceux de la promotion de la Femme, Enfant et Famille qui renseignent la base.

Outils de collecte de données

Questions aux Partenaires Techniques et Financiers

Quelle est votre implication dans l'intégration de la composante 3 (Femme-Enfant- Famille) dans le PRODESS 3 ?
Quelle est votre perception sur les résultats obtenus ?

Questions aux acteurs de la Promotion Féminine

Question 1 : Comment les activités sont menées sur le terrain ?

Question 2 : Avez-vous connu des Difficultés d'exécution

Question 3 : Comment trouvez-vous la qualité de la Collaboration et la synergie entre les 3 secteurs

Question 4 : Est-ce que les activités qui ont été exécutées ont comblées vos besoins ? Explication ?

Question 5 : Est-ce que la composant 3 du PRODESS a apporté un changement dans la vie des bénéficiaires ? Si oui, à travers quel résultat ?

- par rapport à la Participation des femmes dans la gestion de la santé
- l'Accès et fréquentation des femmes et des enfants aux services de soins se sont-elles accrues ?
- l'Etat de santé et les conditions de vie des femmes ont-ils changé ?

Question 6 : Quel est l'état de la VBG ?

Questions aux bénéficiaires

Question 1 : Est-ce que la formation ou séance sensibilisation a été bénéfique ?

Question 2 : Comment utilisez-vous cette formation dans votre environnement ?

Question 3 : Pensez-vous que les activités ont eu un impact sur la vie de la population

Questions aux femmes membres des ASACO

Question 1 : Depuis quand l'ASACO est-elle créée ? Vous êtes membres du comité de gestion, du CA ou du comité de surveillance depuis 8 ans et celles moins de 2 ans ?
Question 2 : Comment avez-vous accédé au poste de l'ASACO ? Quelles ont été vos motivations ?
Question 3 : Participez-vous aux réunions ?
Question 4 : Est-ce que vous trouvez difficile de partager votre point de vue en réunion ? Ce point de vue est-il ensuite pris en compte ?
Question 5 : Quel changement votre présence au bureau (ou tout autre organe) a impacté sur l'accès des femmes aux services de santé ou la prise en compte de leur besoin ?

COMPTE RENDU DES SÉANCES DE DISSEMINATION

Nom de l'entité vérifiée

PRODESS III Composante 3

Les rencontres de dissémination des résultats de l'évaluation programme de développement socio-sanitaire phase III composante femme, enfant et famille (2014-2018) se sont tenues du 11 au 19 avril 2022 dans les localités de Fana, Barouéli, Ségou, San, Koutiala, Sikasso, Koulikoro et Bamako. La liste des personnes ayant participés aux séances de dissémination est jointe en annexe.

Fana :

La Chef Service Local de Fana après avoir pris connaissance de la théorie du changement présentée par l'équipe dit avoir compris l'intérêt et est d'accord avec le montage.

Elle estime que le déficit de synergie au niveau national constaté par l'équipe risque d'entacher la qualité de la synergie au niveau local. Les ressources étant insuffisantes, il faut aussi une priorisation des activités à financer. Sur la question des VBG, la chef service local affirme qu'il y a des sanctions quelques fois même si celles-ci ne sont pas à hauteur de souhait.

Baraouéli :

Le Chef de service local reconnait effectivement une insuffisance au niveau national mais l'explique par le fait que les personnes chargées des questions du genre à Bamako ne restent pas longtemps en poste pour leur permettre de travailler de manière efficace.

Un répondant explique qu'en tant que représentante du réseau traditionnel elle est régulièrement sollicitée pour les questions de mariage précoce et d'abandon des enfants.

Tous les participants estiment que les VBG passent inaperçus, les plaintes et les dénonciations sont très rares.

Ségou :

Le chef du SLPFEF Ségou affirme qu'il se retrouve dans la présentation faite par l'équipe. Pour lui ; l'incohérence de certains indicateurs en lien avec la femme, l'enfant et la famille s'explique par le fait que les structures de collecte (santé, développement social et ONG) de celles qui chargées de leur compilation (DRPFEF). Il est satisfait que les évaluateurs comprennent tout le travail abattu par le régional et le local.

Le Président de la FELACOM explique l'augmentation du taux de fréquentation par les activités menées par des CEFU.

Le conseiller de N'GARA estime que la loi en matière de VBG doit être prise.

Le DRPFEF se reconnait dans la présentation et affirme que la reconnaissance du travail abattu est un réconfort. Il confirme que les matériels qui ont permis d'installer les Services Locaux ont été financés par le PRODESS en 2016. Il explique l'incohérence de l'indicateur relatif au nombre de femmes (15-49) ans informés aux activités du CPN est une difficulté de collaboration entre la santé qui collecte et la promotion de la femme qui renseigne. Concernant l'indicateur sur la prise en charge des complications liées à l'excision, il explique que le résultat est faible parce que la prise en charge est très couteuse or en dehors de celle-ci il ne peut pas avoir de recensement des victimes.

Le DR explique que le faible taux de réalisation des activités est dû au fait que les partenaires se prononcent tardivement sur le financement de certaines activités.

Le Directeur Régional regrette l'absence de comptable au niveau de la direction régionale qui pose problème.

San :

Le Chef de service local estime que la présentation est concise. Il affirme qu'il n'y a pas de stabilité au niveau national ce qui pourrait impacter sur les résultats du régional.

Pour lui, la planification des activités pose problème, parce que le cadrage ne se fait pas à temps, c'est un pilotage à vue. Souvent, ce sont des activités non planifiées qui sont réalisées.

Il propose que les acteurs au niveau national se mettent d'accord avec les PTF pour qu'ils annoncent leur financement à temps.

Concernant les VBG, il y a un début d'amélioration avec la prise en charge avec le projet Spotlight des ONE STOP CENTER.

Koutiala :

La Chef de service local se retrouve dans la présentation, c'est leur vécue. Elle estime qu'elle est la personne la mieux indiquée à parler du PRODESS III parce que qu'en général c'est les chefs de service qui participent aux différentes rencontres sans les autres agents. Elle souhaiterait que d'autres agents puissent participer aux séances de planification.

S'agissant de l'élaboration des indicateurs, la chef SL affirme que les services locaux n'ont aucune information sur les cibles de départ, ils sont seulement informés sur le résultat atteint. C'est avec cette restitution qu'elle a appris qu'il y a un point de départ. Elle affirme qu'il y a un manque de formation sur les outils du PRODESS, par exemple dans son service une seule personne a été formée sur la collecte des indicateurs. Le choix des indicateurs n'est pas participatif, il est fait sans les services locaux.

Pour elle, l'absence de financement des activités et le retard accumulé dans celles mises en œuvre est une réalité. Elle confirme la qualité de la synergie par la mise à disposition d'une infirmière obstétricienne au service local ; celle-là même qui animait les sensibilisations sur le planning familial pour le compte de la santé.

Sikasso :

La Directrice Régionale a expliqué la pertinence de la formulation de l'indicateur 3 « Nombre femmes/filles victimes de complication liées à l'excision prises en charge » il s'agissait pour les acteurs de laisser parler les chiffres concernant les cas de complication pour pousser l'Etat à prendre ses responsabilités.

Concernant l'état des MGF, elle affirme que les cérémonies d'excision ne sont organisées.

Toutefois les excisions clandestines augmentent.

S'agissant de la maitrise des outils, la DR affirme que les agents de la DR et du SL n'ont pas reçu de formation sur leur remplissage. Elle pense qu'I faut nécessairement un renforcement de capacités sur les outils.

Koulikoro

Les participants à la séance de Koulikoro estiment que le travail est bien élaboré, un des maires propose que le volet famille soit pris en charge.

Un répondant propose que la commission qui a été mise en place dans le cadre de la lutte contre les MGF soit opérationnelle en lui affectant des moyens financiers.

L'absence de comptable régional au niveau de la DRPFEF a été signalée comme une difficulté à la réalisation des différentes activités.

RÉF. : E4.2

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

COMPTE RENDU DE S SÉANCES DE DISSEMINATION

Bamako

La Directrice Régionale pense que les 8 millions de dépenses effectuées dont l'objet n'a pas pu être retracés par l'équipe d'évaluation est certainement dû à une insuffisance des acteurs à renseigner la base. Il serait donc souhaitable qu'une formation soit faite à l'endroit de ceux-ci. Elle retrouve que le PRODESS III a été d'un grand appui quant à la prise en charge des des équipements et des investissements. Elle partage également la perception de tous les acteurs locaux rapport à la synergie.

La Direction affirme que le résultat à zéro de l'indicateur sur le nombre de femme sensibilisé à la CPN ne reflète pas la réalité puisque les services locaux et la santé font beaucoup d'activités de sensibilisation. Toutefois elle pourrait s'expliquer par le fait que les acteurs de collecte des données de cet indicateur sont différents de ceux de la promotion de la femme chargés du renseignent.

Concernant la formulation de l'indicateur 3 vise, elle pense qu'elle vise à montrer les conséquences néfastes de la pratique.

Sur le pourcentage des activités réalisées, elle pourrait s'expliquer par le fait que la CPS retient certaines activités différentes souvent planifiées.

Préparé par :	Oulématou KONARE, Cheffe de Mission Nom et titre	*20/04/2022* Date
Vérificatrice :	*Nah DIARRA,* Nom	*20/04/2022* Date

RÉF. : E4.8

BVG Mali
Bureau du Vérificateur
Général du Mali

LISTE DE PRÉSENCE AUX SEANCES DE DISSEMINATION

Nom de l'entité vérifiée

Composante 3 du PRODESS III

Pour le compte de l'entité vérifiée :

Prénom et Nom	Fonction
Aoua TOGOLA	SLPFEF- SAN
Alimata DAO	Miyangan ton
Boubacar SANOGO	SLPFEF- BLA
Tahirou SYLLA	Mairie de Bla
Ibrahim SILIMANA	UMAMA
Oumar TRAORE	Mairie de Boidié
Assitan KONE	RECOTRADE
Mamadou SANTARA	SLPFEF- Ségou
Danzaly COULIBALY	DRPFEF- Ségou
Zanké Tata DIARRA	Maire de N'gara
Mamadou Koné	Maire de Konodimini
Djigui TOGO	SLPFEF-Bla
Brahima Guiré	FELASCOM- Ségou
Yeli TOGOLA	SLPFEF- San
Mamadou KONE	SLPFEF- San
Saouty KONE	SLPFEF- San
Kadiatou KONE	SLPFEF- Koutiala
Dany N'DAW	SLPFEF- Koutiala
Odile DEMBELE	SLPFEF- Koutiala
Aissata TRAORE	SLPFEF- Koutiala
Korotoumou SANOGO	DRPFEF- Sikasso
Fatoumata DAO	SLPFEF- Sikasso
Hawa TRAORE	SLPFEF- Sikasso

RÉF. : E4.8

BVG Mali
Bureau du Vérificateur Général du Mali

LISTE DE PRÉSENCE AUX SEANCES DE DISSEMINATION

Pinda TRAORE	SLPFEF- Sikasso
Aboubacar F Berthé	SLPFEF- Sikasso
Yaya DIALLO	Education
Oumarou GUINDO	Education
Ousmane KONE	Education
Sibiry DISSA	Education
Anchiata SANOGO	Education
Fanta BAGAGOKO	Education
Aoua GUINDO	DRPFEF- Koulikoro
Mamadou TRAORE	SLPFEF- Koulikoro
Ankoundia OUALBANOU	DRPFEF- Koulikoro
Youssouf DIARRA	FELASCOM
Ibrahima Bafing DIARRA	Mairie- Koulikoro
Mahamet DRAME	Mairie- Dinandougou
Mamadou TRAORE	Maire Meguetan
KANOUTE Haoua DOUMBIA	DRPFEF- Bamako
SEYBA Aissa SEYBA	SLPFEF- VI
TOURE Oumou DAOU	SLPFEF- IV
DIARRA Mariam TRAORE	SLPFEF- I
SANGARE Djénéba GUINDO	SLPFEF- III
Hawa SANGARE	SLPFEF- II
TRAORE Djélika COULIBALY	SLPFEF- V