

Rapport Final

Final

20 avril 2021



**Evaluation finale du Programme
Debbo Alafia**

**Actions concertées pour l'amélioration de la santé
de la reproduction et la promotion des droits
femmes et des filles**



Edburgh consultants

Team Leader : Dr Christine Thayer

Expert 2 : M. Birama Bagayogo

Contact Person : Louk Stumpel

Vondellaan 84a, 3521GH Utrecht, The Netherlands

+31 30 254 4975 lstumpel@edburgh.com

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Table des matières | 2 |
| Abréviations | 4 |
| Résumé exécutif | 6 |
| PART A CONTEXTE DE L'ÉVALUATION FINALE | 13 |
| 1 Introduction | 14 |
| 1.1 Santé reproductive au Mali | 14 |
| 1.2 Description du programme | 15 |
| 1.3 Objectifs de la mission d'évaluation et résultats attendus | 16 |
| 2 Méthodologie | 17 |
| 2.1 Type d'évaluation | 17 |
| 2.2 Limites et difficultés rencontrées dans le cadre de l'évaluation | 17 |
| 3 Résultats | 17 |
| 3.1 Analyse des hypothèses de base – théorie du changement | 17 |
| 3.2 Conclusions & recommandations de l'évaluation à mi-parcours | 21 |
| PART B CONSTATATIONS DE L'ÉVALUATION DEBBO ALAFIA : ANALYSE DES CRITERES CAD | 24 |
| 4 Pertinence | 25 |
| 5 Efficacité | 28 |
| 6 Efficience | 37 |
| 7 Effets | 40 |
| 8 Durabilité | 58 |
| 9 Leçons apprises | 60 |
| 10 Conclusions | 61 |
| 11 Propositions concernant la stratégie d'intervention pour la seconde phase | 63 |
| 12 Annexes | 64 |
| Annexe 1 Termes de Référence Debbo Alafia | 65 |
| Annexe 2 Méthodologie | 72 |
| Annexe 3 Cadre de performance Debbo Alafia | 79 |
| Annexe 4 Profil de l'équipe d'évaluation | 81 |
| Annexe 5 Rapport statistique | 82 |
| 1 Introduction | 82 |
| 1.1 Méthodologie | 82 |
| 1.2 Cible : | 82 |
| 1.3 Les outils | 82 |
| 1.4 Les logiciels utilisés | 83 |
| 1.5 Échantillonnage | 83 |
| 2 Résultats de l'étude | 84 |

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Volet qualitatif | 84 |
| 2.2 | Caractéristiques Socio démographiques | 84 |
| 2.3 | Évaluation du recours aux soins de santé prénataux et postnatals | 86 |
| 2.4 | Planification familiale | 88 |

Les tableaux

| | | |
|--------------|--|----|
| Tableau 1: | Théorie du changement | 18 |
| Tableau 2: | Rallonge budgétaire accordé le 29 août 2018 pour l'année 2019 | 39 |
| Tableau 3: | Profil sociodémographique des femmes en âge de procréer | 40 |
| Tableau 4: | Répartition par l'obtention de grossesse et réalisation des consultations prénatales selon le profil des femmes | 42 |
| Tableau 5: | Répartition par région selon l'issue de la grossesse et les consultations post-natales | 43 |
| Tableau 6: | Répartition des mariages par âge selon le sexe (mariage précoce) de 2015-2020 | 44 |
| Tableau 8: | Situation de l'excision au sein de la population âgée de 0-15 ans | 46 |
| Tableau 9: | Répartition des taux d'excisions par région et par âge | 46 |
| Tableau 10: | Sites de collecte des données | 76 |
| Tableau 11: | Répartition de l'échantillon qualitatif selon les régions | 76 |
| Tableau 12: | Répartition de l'échantillon quantitatif selon les régions | 77 |
| Tableau 12 : | Répartition de l'échantillon selon les régions | 83 |
| Tableau 13: | Profil sociodémographique des femmes en âge de procréer | 85 |
| Tableau 14: | Répartition par l'obtention de grossesse et réalisation des consultations prénatales selon le profil des femmes | 87 |
| Tableau 15: | Répartition par région selon l'issue de la grossesse et les consultations post-natales | 88 |
| Tableau 16 : | Profil des femmes selon leur information sur la planification familiale, connaissance d'une méthode de contraception et l'utilisation méthode de contraception | 88 |
| Tableau 17 : | Répartition selon les raisons de non-utilisation des méthodes contraception moderne par profil | 90 |
| Tableau 18 : | Profil des adolescents selon leur information sur la planification familiale, connaissance d'une méthode de contraception et l'utilisation de méthode de contraception | 91 |
| Tableau 19: | Répartition selon les raisons de non-utilisation des méthodes contraceptives moderne par profil des adolescents | 92 |
| Tableau 20: | Situation de l'excision au sein de la population âgée de 0-15 ans | 93 |
| Tableau 21 : | Répartition des taux d'excisions par région et par âge | 94 |

Les graphiques

| | | |
|---------------|--|----|
| Graphique 1: | répartition des adolescents par sexe et par niveau d'instruction | 41 |
| Graphique 2 : | Proportion des mariages d'enfant dans les régions au cours des deux années 2019 et 2020. | 45 |
| Graphique 3: | % de femmes victimes de VBG par région durant les deux années (2019 2020) | 49 |
| Graphique 4: | Schéma Récapitulatif du changement institutionnel et opérationnel | 59 |
| Graphique 5 : | répartition des adolescents par sexe et par niveau d'instruction | 86 |
| Graphique 6: | Répartition des mariages par âge selon le sexe (mariage précoce) de 2015-2020 | 95 |
| Graphique 7 : | Proportion des mariages précoces dans les régions au cours des deux années 2019 et 2020. | 96 |

Abréviations

| | |
|------------|---|
| AMPPF | L'Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille |
| AC/SRDF | Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé de la Reproduction et la Promotion des Droits des Femmes et des Filles |
| AEN | Aide de l'Eglise Norvégienne |
| ADC | Agent de Développement Communautaire |
| AMSS | Association Malienne pour la Survie au Sahel |
| ASACO | Association de Santé Communautaire |
| ASC | Agent de Santé Communautaire |
| ASDAP | Association de Soutien au Développement des Activités de Population |
| BKN | Bangué Kolossi Nyèta |
| CAFO | Coordination des Associations et ONG féminines du Mali |
| CLAPN | Comités Locaux d'Abandon des Pratiques Néfastes |
| Cofop | Coalition des forces patriotiques |
| CPN | Consultation Prénatale |
| CPON | Consultation Postnatale |
| CAEB | ONG Conseils et Appui pour l'Education à la Base |
| CRAPN | Comités Régionaux d'Abandon des Pratiques Néfastes |
| CROCEPS | Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes sanitaires et sociaux |
| CRSP | Comité Régional de Suivi du Programme |
| CSCOM | Centre de Santé Communautaire |
| CSREF | Centre de Santé de Référence |
| COVID - 19 | Epidémie du coronavirus |
| CVAPN | Comités Villageois d'Abandon des Pratiques Néfastes |
| DA | Debbo Alafia |
| DRDSES | Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire |
| DRPFEF | Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille |
| DRS | Direction Régionale de la Santé |
| EDSM | Enquête Démographique et de Santé Mali |
| FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| IMC | International Medical Corps |
| P(T) N | Pratiques (Traditionnelles) Néfastes |
| MGF | Mutilation Génitale Féminine |
| MPFEF | Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille |
| MSH | Management Sciences for Health |
| MSI | Marie Stop International |

| | |
|-----------|---|
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| OSC | Organisation de la Société Civile |
| PF | Planification Familiale |
| PMO | Partenaires de mise en œuvre |
| PNLE | Programme National de Lutte contre l'Excision |
| PRODESS | Programme de Développement Sanitaire et Social |
| PSI | Population Service International |
| PTF | Partenaires Techniques et Financiers |
| Recotrade | Réseau des Communicateurs Traditionnels pour le Développement au Mali |
| SDI | Service de Développement Intégré |
| SR (DRS) | Santé Reproductive, Droits Reproductifs et Sexuels |
| STE | Services Techniques de l'Etat |
| VBG | Violences Basées sur le Genre |

Résumé exécutif

1 Introduction

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de l'évaluation finale du programme Debbo Alafia qui a été mis en œuvre de 2014-2020 dans les régions de Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka avec un budget initial qui s'élevait à 16 250 000 Euros. Un consortium d'organisations chapeaux (ASDAP, MSH-CAEB, AMSS-AEN) a fait la mise en œuvre du programme axée sur le défi démographique, la faiblesse du taux d'utilisation des contraceptifs et les besoins élevés et non satisfaits en planification familiale, la persistance de certaines pratiques traditionnelles néfastes : excision, mariage précoce, la recrudescence des violences basées sur le genre dans un contexte de crise politico-sécuritaire etc.

Le programme s'est donné comme objectif de financer des initiatives visant :

- L'accroissement de la couverture par les services de santé reproductive
- L'utilisation du planning familial (promouvoir la demande, augmenter le choix et la qualité des produits)
- La réduction des pratiques traditionnelles néfastes (excision, mariage d'enfants et autres violences basées sur le genre).

Dans un premier temps, on a laissé aux régions la liberté de développer leur propre cadre logique qui, de ce fait, a différé, pour les quatre régions. Si la diversité d'approche au sein des régions a permis une adaptation à la situation locale, elle a aussi poussé vers une multiplication du nombre et du type d'activités exécutées, ce qui a posé un problème pour le suivi des activités et des indicateurs. A noter, aussi, que les indicateurs étaient très focalisés sur les aspects quantitatifs et relativement peu sur les dimensions qualitatives. L'évaluation à mi-parcours a recommandé un encadrement et un suivi plus cohérent avec des indicateurs communs pour les quatre organisations « chapeaux ».

Ce recadrage a donné lieu à la reformulation des résultats et à la signature d'une phase d'extension de douze mois (janvier à décembre 2019), de même que celle du budget initial. Ainsi, quatre résultats ont été retenus à savoir :

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

L'approche préconisée par le programme était basée sur la mobilisation de différents groupes d'acteurs, d'une part les organisations de la société civile (ONGs), y compris les associations culturelles et religieuses, les associations des femmes et des jeunes, et d'autre part, sur une collaboration étroite avec les services techniques de l'Etat et avec les collectivités territoriales. Un aspect très positif de la mise en œuvre était l'ancrage institutionnel du programme au niveau des comités régional, communal et local et ceci par le biais de comités de pilotage, qui étaient renforcés par des groupements de bénéficiaires. A cela, s'ajoute le développement des activités de synergie qui a contribué à l'atteinte des résultats.

Deux objectifs principaux sont visés par cette évaluation :

- Informer les autorités Maliennes et Néerlandaises sur l'utilisation des fonds mobilisés,
- Apprendre de la mise en œuvre de cette phase, et au besoin proposer des changements d'approches, en termes de pertinence, d'efficacité et d'efficience.

Dans leur approche de l'évaluation, l'équipe a préconisé une approche méthodologique participative et inclusive, basée sur la collecte de données et information à la fois qualitative et quantitative.

2 Evaluation à mi-parcours

L'évaluation à mi-parcours de Debbo Alafia a eu lieu en juillet-août 2017 et ses conclusions et recommandations ont très largement conditionné la poursuite du programme et ont donné lieu à un certain nombre de modifications de l'approche. Cette étude a conclu que, d'une manière générale, le programme était en droite ligne avec les préoccupations des communautés, du gouvernement et des collectivités territoriales décentralisées et qu'elle était une des rares interventions dans ce domaine qui avait impliqué les religieux dans son approche. Le programme a adopté une approche novatrice, basée sur le « faire-faire », c'est-à-dire, les organisations chapeaux avaient pour mission de mobiliser les acteurs régionaux et locaux (organisations de la société civile, ONG, associations culturelles, religieuses, associations de femmes et de jeunes, services techniques, collectivités territoriales...) autour des thématiques du programme. Par ailleurs, le programme a accordé une place importante aux religieux qui ont joué un rôle important dans la réduction de la célébration de mariage précoce et forcé dans plusieurs localités. L'évaluation a noté que le financement des activités et initiatives des partenaires était la majeure partie des coûts directs du programme

Comme déjà noté, un aspect qui a été critiqué par l'équipe d'évaluation à mi-parcours était lié à la mise en route du programme sur une base d'indicateurs quantitatifs plutôt que qualitatifs, ce qui a eu tendance à inciter au saupoudrage. Par ailleurs, chaque région avait développé son propre cadre logique avec ses propres indicateurs, ce qui a compliqué le suivi et l'analyse des progrès. L'équipe d'évaluateurs a recommandé le lancement d'un travail conjoint pour aboutir à une harmonisation et à une simplification des indicateurs et avec l'ajout d'éléments de suivi de la qualité. Ils ont suggéré l'élaboration d'un suivi et évaluation commun des organisations chapeaux pour aligner les résultats atteints.

3 Théorie du changement

L'approche participative, la stratégie « faire-faire », a été un des aspects les plus originaux de Debbo Alafia. Elle semble avoir réussi le défi de travailler avec, et à travers, les acteurs de la société civile et notamment avec les ONG, les associations culturelles et religieuses et les associations de femmes et de jeunes sur l'amélioration de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels.

Parmi les éléments originaux et réussis de la chaîne des résultats, nous pouvons indiquer :

- La mise en œuvre d'une approche novatrice du "faire-faire"
- La collaboration avec les leaders religieux dont l'engagement a joué un rôle important dans la réduction de la célébration de mariage précoce et forcé dans plusieurs localités.
- La priorité donnée aux zones défavorisées. Ceci a encouragé le travail dans des zones difficile d'accès, du fait des inondations voire de l'insécurité.
- L'ancrage institutionnel du programme au niveau des comités régional, communal et local et ceci par le biais de comités de pilotage, qui sont renforcés par des groupements de bénéficiaires.

Parmi les aspects problématiques, on peut évoquer :

- La tendance, par endroit, pour le programme à se substituer aux structures techniques de l'état, plutôt que de fournir des services en complémentarité. Il s'agit, par exemple, de la distribution des produits contraceptifs, du programme national de la fistule ou encore des frais de fonctionnement des comités de concertation. Toutefois, il est important de se rappeler du contexte sécuritaire très difficile, dans lequel les services techniques de l'état, dans certains endroits, se sont retirés. Ceci appelle à des stratégies spécifiques destinées à faciliter la mise en œuvre.
- Le fait que la chaîne des résultats de Debbo Alafia est surtout axée sur les quantités à atteindre avec, en ce qui concerne les indicateurs, très peu d'exigences spécifiques par rapport à la qualité des prestations.

En conclusion, globalement, il est clair que la logique du programme a été bien pensée pour donner les résultats escomptés avec, toutefois, certains aspects moins réussis qui peuvent informer le design de projets futurs.

4 Analyse des critères CAD

4.1 Pertinence

En ce qui concerne la pertinence de ce programme, il est clair que, dans les circonstances actuelles au Mali, le renforcement de l'accès aux services de santé reproductive et de planification familiale est une nécessité fondamentale, tout comme la consolidation des droits des femmes et des jeunes (filles et garçons). Le manque d'harmonisation du cadre juridique national au contexte international et la non-application de la plupart des textes relatifs à la santé sexuelle et reproductive et la protection des femmes contre les différentes formes de violence basée sur le genre, conduisent à la non-effectivité des droits reconnus. Les thématiques du programme Debbo

Alafia et sa méthodologie novatrice sont, donc, clairement adaptés à la situation dans le pays et dans les régions cibles.

4.2 Efficacité

Un problème important par rapport à l'évaluation de l'efficacité du programme vient des efforts d'harmonisation des activités et des indicateurs dans les quatre régions (à noter que Ménaka a vu un changement de son statut, pour devenir une région, pendant la mise en œuvre du programme). Le fait que les premiers indicateurs, très hétérogènes entre les régions, couvrent la période d'octobre 2014 jusqu'à la fin de 2017 et que les nouveaux indicateurs, désormais similaires pour toutes les régions, couvrent les années 2018 et 2019, rend difficile le suivi de la progression dans le temps. Dans les tableaux disponibles, la « baseline » rassemble, donc, les données pour une période de deux ans et demi, ce qui ne facilite vraiment pas les comparaisons simples avec les données plus récentes, présentées sur une base annuelle.

L'équipe qui a mené l'évaluation à mi-parcours a mis en évidence le fait que les indicateurs s'intéressaient presque exclusivement aux aspects quantitatifs. Effectivement, cela pose un problème quand nous regardons certains des résultats tels qu'ils sont présentés. Par exemple, pour le premier indicateur, l'information donnée aux adolescents sur la planification familiale peut, sans doute, varier beaucoup quant à son contenu. Donc les chiffres sont loin de tout dire. On peut se poser des questions aussi concernant les 40 000 jeunes qui en 2019 ont joué « un rôle de leader » dans la promotion de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels. Ils ont participé, notamment, dans des forums inter-régionaux, dans des séances de sensibilisation, dans la diffusion de messages. Mais pour pouvoir mesurer les résultats, il sera important, à l'avenir, d'avoir des informations comparatives pour savoir plus exactement quelles informations ont été transmises, vis-à-vis de qui et avec quels effets.

Quant aux résultats, de manière générale ils montrent que :

- Les adolescents ont été extrêmement nombreux à bénéficier d'une information sur la planification familiale.
- Les années protection couple ont vu une tendance lente mais progressive vers une baisse ;
- Le nombre des nouvelles utilisatrices ont progressé pour atteindre un sommet en 2019 ;
- La prévalence contraceptive globale a augmenté de façon constante jusqu'en 2019 pour ensuite baisser légèrement ;
- Il y a eu une forte augmentation des jeunes leaders jusqu'en 2019 puis un déclin abrupt ;
- Le nombre de villages qui ont signé une convention soit sur le mariage d'enfant, soit par rapport à l'excision, ont atteint un pic en 2019 et continuent à augmenter ;
- Depuis 2016, les mariages d'enfant n'ont baissé que légèrement mais les données plus récentes manquent ;
- Par rapport à l'excision, depuis 2016, il n'y a pas eu beaucoup de changement et les dernières données n'étaient pas disponibles.

Par rapport à ce dernier point, il a été constaté que certaines localités ayant signé en faveur de l'abandon, sont retombées dans la pratique de l'excision et du mariage précoce à cause de

l'influence négative des localités du voisinage n'ayant pas signé des conventions publiques d'abandon.

En ce qui concerne les statistiques de la contraception, nous pouvons noter que, pour le « couple année protection », la tendance depuis 2017 est à la baisse. Pour la prévalence contraceptive globale, il y a eu une augmentation jusqu'en 2018 puis une tendance vers la baisse et pour les nouvelles utilisatrices, on peut noter une augmentation jusqu'en 2019 puis en 2020 une baisse significative. En toute probabilité l'explication en est la non-disponibilité des produits, due aux tensions politiques et sécuritaires combinées pour certaines régions avec les difficultés dues à l'accès géographique (inondations etc.). Des retards dans l'organisation des campagnes nationales de planification familiale constituaient un autre facteur important.

D'un autre côté, le programme a clairement eu une influence positive sur la fréquentation par les femmes des centres de santé, alors qu'auparavant cette fréquentation était limitée par l'ignorance et le tabou sur la planification familiale. Pour les enfants l'effet est bénéfique pour la fréquentation des vaccinations.

Sur le plan positif, la synergie au sein des organisations chapeaux s'est améliorée suite à l'évaluation à mi-parcours. Les organisations chapeaux ont collaboré avec le projet « atteindre le dernier kilomètre » et le « programme Bangué Kolossi Nyèta (BKN) ». Cependant, et malgré le rôle joué par l'Ambassade pour l'opérationnalisation de la synergie/complémentarité, l'évaluation a relevé une faible dynamique dans la collaboration avec les programmes financés par d'autres bailleurs de fonds. Par contre, un point fort a été la redynamisation des comités locaux et communaux, l'implication des leaders religieux.

4.3 Efficience

Un point très positif par rapport à la mise en œuvre du programme Debbo Alafia est lié au constat que le financement des activités et initiatives des partenaires est la majeure partie des coûts directs du programme Debbo Alafia. En termes d'efficience, c'est un constat très important.

La concertation entre les organisations « chapeaux », surtout depuis la réorganisation suivant l'évaluation à mi-parcours, semble avoir produit des résultats positifs avec un échange d'idées fructueux. La nouvelle approche du suivi-évaluation a certainement porté ses fruits, notamment en termes d'ancrage institutionnel du programme. Le dispositif des comités de pilotage facilite, par ailleurs, une meilleure articulation avec les plans opérationnels des districts et du PRODESS de la région et un meilleur ancrage des plans opérationnels du programme dans les plans opérationnels des différentes autorités.

Force est de constater que, en dépit du remaniement du programme, les indicateurs semblent toujours être plus portés sur les aspects quantitatifs que qualitatifs. Cette dimension devrait retenir l'attention et servir pour informer l'amélioration du design de la prochaine phase.

4.4 Effets

A travers le partenariat multi-acteurs, les interventions du programme ont permis d'induire des changements (qualitatifs et quantitatifs) au sein des communautés. Grâce aux activités d'informations et de sensibilisations, les femmes en âge de procréer accordent une importance aux consultations prénatales et postnatales. Selon les résultats de l'évaluation finale, 96% des femmes tombées enceinte dans l'intervalle d'année 2015-2020 ont effectué au moins une

consultation au moment de la dernière grossesse. Par ailleurs, durant les quatre semaines suivant l'accouchement, 89% des femmes qui ont accouché ont été à l'hôpital/centre de santé pour des soins.

Dans le domaine de la planification familiale, la rupture des intrants constitue un problème majeur. La plupart du personnel de santé ainsi que les utilisatrices rencontrées lors de l'évaluation ont mis l'accent sur l'importance d'apporter des solutions adéquates au problème de rupture de stocks. L'insécurité a été un facteur entravant au bon déroulement des activités sur le terrain.

S'agissant de l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale, on peut noter que les sensibilisations faites par le programme ont favorisé l'engagement des époux dans l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes. Par conséquent, il y a des hommes (époux) qui accompagnent leurs femmes aux centres de santé dans le but d'obtenir des méthodes contraceptives. Cette initiative a permis à certains hommes « réticents » de devenir par la suite « engagés » et « maris modèles » dans l'utilisation des produits contraceptifs.

Quant aux données quantitatives, globalement, 93% des femmes sont satisfaites de l'utilisation des méthodes contraceptives. Il en ressort que 91% des femmes ont déjà eu des informations sur la planification familiale, tandis que 88% connaissent au moins une méthode contraceptive moderne et 52% l'ont utilisé au cours des 5 dernières années. Concernant l'utilisation des méthodes modernes par les adolescents, si dans les régions du nord, le taux d'utilisation varie entre 40% et 50%, dans les régions de Mopti et Ségou, le taux d'utilisation ne dépasse pas 5%.

Le programme a induit des changements sur le plan de la disponibilité des services de soins reproductifs et l'amélioration de l'accueil des utilisateurs dans les formations sanitaires. Le programme a accompagné les districts sanitaires à travers le renforcement des capacités des services techniques et dans le développement de stratégies mobiles, ce qui a permis de développer la couverture des services.

En ce qui concerne le mariage d'enfants, l'évaluation note que les femmes disposent des connaissances sur les méfaits du mariage d'enfants sur le plan social, économique et sanitaire. Toutefois, en dépit de ceci, le taux de mariage d'enfant est beaucoup plus fréquent pour les filles. Il reste aux alentours de 20% de l'ensemble des mariages célébrés, sans doute à cause de la tradition et la pression sociale.

Pour ce qui concerne la pratique de l'excision, les données qualitatives de l'évaluation révèlent que plusieurs villages ont signé les conventions publiques d'abandon et note un niveau d'engagement des leaders communautaires même si des défis restent à relever. L'évaluation note qu'il y a eu une liberté d'expression autour de la pratique de l'excision considérée depuis longtemps comme une question taboue dans la société malienne. Les sensibilisations réalisées à la télévision, aux radios, les rencontres intergénérationnelles etc., ont favorisé un changement de comportement social en matière de l'abandon de la pratique de l'excision.

Malheureusement, il a été constaté que certaines localités d'abandon retombent dans la pratique de l'excision et du mariage précoce à cause de l'influence négative des localités n'ayant pas signé des conventions publiques d'abandon.

Pour les violences basées sur le genre, l'évaluation a constaté que les comités de veille sont actifs dans la dénonciation des violences faites aux femmes, filles et garçons et que certains religieux s'engagent activement dans la lutte en faveur des droits des femmes, filles et garçons. Le phénomène touche beaucoup plus les régions de Tombouctou et de Gao.

4.5 Durabilité

La stratégie de retrait du programme n'a pas été clairement définie et mise en œuvre sur le terrain. L'ancrage institutionnel du programme à travers le ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille constitue un atout pour assurer la relève après le retrait du programme. En parallèle, les comités villageois et les comités locaux d'abandon des pratiques néfastes, les écoles des maris, les clubs anti-VBG etc. constituent également un gage de la pérennisation des acquis du programme. Le programme a permis d'avoir un vivier de jeunes leaders capables de contribuer à la promotion de la santé de reproduction surtout pour les programmes similaires dans le futur.

Toutefois, pour la prochaine phase de Debbo Alafia, la stratégie de retrait mérite d'être clairement élaborée et partagée avec l'ensemble des parties prenantes.

4.6 Recommandations

Pour la consolidation des acquis de la première phase et une meilleure orientation pour la prochaine phase du programme, l'équipe d'évaluation recommande :

- Le renforcement de la synergie d'action avec d'autres programmes financés par les Pays-Bas et d'autres bailleurs de fonds ;
- Le renforcement des capacités du personnel socio-sanitaire pour une offre de services de qualité ;
- Une modification des indicateurs avec une plus grande focalisation sur les aspects qualitatifs ;
- Une meilleure reconnaissance de l'importance d'une prise en charge holistique des survivantes des violences basée sur le genre et leur relèvement économique,
- L'intégration de la prévention et de la prise en charge du VIH Sida
- La réintroduction de la prise en charge de la fistule,
- Le renforcement du suivi de proximité dans les zones de conflits.

**PART A Contexte de l'évaluation
finale**

1 Introduction

1.1 Santé reproductive au Mali

Si, au niveau institutionnel, le cadre juridique de la santé reproductive et plus spécifiquement celui de la planification familiale moderne est assez bien développé au Mali, les normes culturelles et ethniques du Mali pèsent lourdement sur les femmes. Elles n'ont guère la possibilité de s'exprimer ou d'agir, et notamment dans le domaine de la planification familiale, sans le consentement de leur père voire de leur mari.

Dans la sixième Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VI) réalisée au Mali, le nombre moyen d'enfants par femme est de 6,3. Cette situation révèle l'existence de besoins importants non satisfaits en matière d'offre de services de planification familiale. Ces besoins sont estimés comme étant de l'ordre de 23,9%, et ceci en dépit de l'existence de la loi 02-044 relative à la santé de la reproduction, promulguée le 24 juin 2002, qui met en exergue les droits des couples et des individus en matière de santé de la reproduction. L'EDSM-VI montre que l'utilisation actuelle des méthodes de contraception moderne reste très faible. Elle est en effet de 16,4% malgré les efforts déployés par le gouvernement et ses partenaires. Une conséquence directe de cette faible prévalence est l'accroissement rapide de la population du pays. À l'instar de la plupart des pays en pleine transition démographique, la population du Mali est majoritairement jeune : les moins de 25 ans représentent environ 68 p. 100 de la population totale.

Une conséquence directe des difficultés d'accès aux services de santé reproductive est un taux très élevé de décès des femmes pendant ou après l'accouchement. On constate également un niveau élevé de surmortalité parmi les enfants de moins d'un an, d'où l'organisation annuelle de campagnes pour renforcer l'offre et la demande des services et pour créer un environnement favorable à la planification familiale. En effet, environ 24% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans, souhaiteraient espacer ou limiter les naissances. Toutefois, elles n'utilisent pas des méthodes contraceptives modernes, essentiellement en raison de l'inaccessibilité des services.

De nombreuses pratiques culturelles auxquelles les femmes sont soumises sont néfastes et menacent leur bien-être. Les mutilations génitales féminines et les mariages d'enfants en font partie, ainsi que la violence domestique et d'autres formes de violence fondée sur le sexe. Le manque d'autonomie des femmes contribue fortement aux taux de fertilité élevés et à la mortalité maternelle et infantile. Selon le FNUAP, le Mali a l'un des taux de mutilations génitales féminines les plus élevés au monde, en moyenne 80 % parmi les filles et les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les effets à court terme sont l'infection, l'hémorragie et même la mort. Les effets à long terme de cette procédure comprennent la formation de fistules, l'incontinence et la stérilité.

La situation sécuritaire au Mali et dans la région du Sahel reste très préoccupante, avec une détérioration de la sécurité et une augmentation des attaques dans la région, selon le rapport du Secrétaire général des Nations unies du 20 mars 2020, et ceci malgré les progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'accord de paix. Plus de la moitié des attaques au cours de la période de référence ont eu lieu dans le centre du Mali, et les civils ont représenté près d'un tiers des victimes. Les zones ciblées par Debbo Alafia sont localisées dans les régions les plus exposées aux problèmes de sécurité, ce qui représente un défi majeur par rapport à la mise en œuvre du programme.

1.2 Description du programme

Les régions initialement concernées par Debbo Alafia étaient Ségou, Mopti et Tombouctou et le programme a démarré dans ces trois régions le 1^{er} octobre 2014. La région Gao-Ménaka s'est rejointe au programme en juin 2016, même si la plupart des activités n'ont pas commencé avant le premier semestre de 2017.

Le programme, dont le budget initial s'élevait à 16 250 000 Euros, s'inscrit dans la stratégie des Pays Bas dans le domaine de la santé et les droits reproductifs et sexuels et vise l'amélioration de la santé reproductive des Maliens : hommes, femmes, garçons et filles, avec une autonomie de décision accrue. Il s'aligne sur la politique nationale en santé reproductive et politique du genre, et notamment sur les différents programmes nationaux et les plans d'action, aussi bien que sur les campagnes soutenues par les partenaires techniques et financiers.

Le programme s'est donné comme objectif de financer des initiatives visant :

- L'accroissement de la couverture par les services de santé reproductive
- L'utilisation du planning familial (promouvoir la demande, augmenter le choix et la qualité des produits)
- La réduction des pratiques traditionnelles néfastes (excision, mariage d'enfants et autres violences basées sur le genre).

L'ambassade des Pays-Bas a fait le choix d'utiliser une approche « faire-faire » avec des organisations « chapeaux » qui ont été sélectionnées par le biais d'un appel d'offre. Il s'agit : du consortium FCI-CAEB à Mopti (FCI a été remplacé par MSH) ; de l'ASDAP à Ségou ; du consortium AEN-AMSS à Tombouctou et enfin, (à partir de juin 2016) de l'AEN à Gao-Ménaka.

Dans un premier temps, on les a laissés la liberté de développer leur propre cadre logique pour leur partie du programme qui, de ce fait, a différé, pour les quatre régions. La diversité d'approche au sein des régions, si elle a permis une adaptation à la situation locale, a multiplié le nombre et type d'activités exécutées, en autonomie et en sous-traitance, ce qui a posé un problème pour le suivi et pour l'analyse qualitative. L'évaluation à mi-parcours a recommandé un encadrement et un suivi plus cohérent avec des indicateurs communs pour les quatre organisations « chapeaux ».

Ce recadrage a donné lieu à la reformulation des résultats et à la signature d'une phase d'extension de douze mois (janvier à décembre 2019), de même que celle du budget initial. Ainsi, quatre « outcomes » ont été retenus à savoir :

- Accroissement de 30% de la demande en planification familiale y compris des méthodes contraceptives modernes de longue durée par les adolescents, les femmes et hommes en âge de procréer dans les régions couvertes par le programme.
- 70% des demandes de services de planification familiale et produits contraceptifs de qualité des hommes et femmes, filles et garçons sont satisfaits dans les régions couvertes par le programme en 2019.
- 60% des femmes, d'adolescents et des jeunes (filles et garçons) touchés par les activités d'IEC connaissent leurs droits et prennent en toute responsabilité des décisions concernant leur santé reproductive et sexuelle.

- Au moins 50% des populations (hommes et femmes) des zones touchées par le programme connaissent les conséquences de l'excision et du mariage précoce et s'engagent pour leur abandon.

L'approche préconisée par le programme était basée sur la mobilisation de différents groupes d'acteurs, d'une part les organisations de la société civile (ONGs), y compris les associations culturelles et religieuses, les associations des femmes et des jeunes, et d'autre part, sur une collaboration étroite avec les services techniques de l'Etat et avec les collectivités territoriales. Un aspect très positif de la mise en œuvre était l'ancrage institutionnel du programme au niveau des comités régional, communal et local et ceci par le biais de comités de pilotage, qui étaient renforcés par des groupements de bénéficiaires.

1.3 Objectifs de la mission d'évaluation et résultats attendus

Deux objectifs principaux sont visés par cette évaluation :

- Informer les autorités Maliennes et Néerlandaises sur l'utilisation des fonds mobilisés,
- Apprendre de la mise en œuvre de cette phase, et au besoin proposer des changements d'approches, en termes de pertinence, d'efficacité et d'efficience.

Il est attendu de la mission d'évaluation de procéder aux travaux suivants :

- Déterminer le niveau d'atteinte des résultats (changements aussi bien quantitatifs que qualitatifs), la pertinence de l'approche, les défis rencontrés et les leçons apprises de la mise en œuvre du programme.
- Analyser l'adéquation entre les effets attendus du programme d'une part, et d'autre part les interventions menées, les ressources mobilisées, les besoins identifiés des bénéficiaires, la problématique de l'opérationnalisation de la synergie avec les programmes financés par l'Ambassade et les autres programmes intervenant dans la zone ;
- Examiner comment les approches du Programme ont été appliquées et ont contribué à la réalisation des droits reproductifs des femmes et des filles dans les régions couvertes ;
- Identifier les initiatives et stratégies innovantes développées ou en cours de développement qui peuvent être mises à échelle ;
- Formuler des recommandations sur la base des enseignements, des bonnes pratiques identifiées, les stratégies innovantes développées, les défis existants, en vue d'une mise à échelle pour la promotion des droits des femmes et des filles au Mali et l'amélioration de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels dans les communautés concernées.

Les principaux éléments à apprécier par la mission sont les suivants : la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité et les effets.

2 Méthodologie

2.1 Type d'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation, les approches qualitatives et quantitatives ont été adoptées pour collecter les données auprès du personnel des organisations chapeaux, des agents des services techniques de l'Etat, du personnel des Partenaires de Mise en Œuvre (PMO) ainsi que les bénéficiaires.

L'approche qualitative a permis d'évaluer et d'analyser les questions évaluations (critères classiques d'évaluation) et de formuler des recommandations pour la seconde phase du programme. Quant à l'approche quantitative, elle a permis de collecter les données à travers l'administration de questionnaires élaborés à cet effet. Pour plus de détail, voir l'Annexe 2.

2.2 Limites et difficultés rencontrées dans le cadre de l'évaluation

La présente évaluation a permis d'aboutir à des résultats. Toutefois, compte tenu de la volatilité de la situation sécuritaire et de l'épidémie du Covid-19, le chef de l'équipe n'a pas pu se rendre au Mali et l'expert national n'a pas pu se rendre dans l'ensemble des localités sélectionnées par les organisations chapeaux (cas d'Anderamboukane et de Tombouctou).

Une des limites de cette évaluation finale est l'absence de comparaison entre les zones d'intervention du programme et les zones où Debbo Alafia n'a pas intervenu.

3 Résultats

3.1 Analyse des hypothèses de base – théorie du changement

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

Le programme intervient dans les régions de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao/Ménaka et sa base est implantée dans les chefs- lieux de ces régions. Il avait comme ambition de couvrir le plus que possible toutes les zones de ces régions, et dans le souci de toucher un maximum de communautés, s'est fixé comme principe sélectif de favoriser les zones difficilement accessibles, par exemple, les zones inondées à Mopti et à Ségou, aussi bien que certaines communes reculées de Tombouctou et Gao.

Il est mis en œuvre, selon une approche participative, ayant comme stratégie le « faire-faire », c'est-à-dire l'implication des acteurs locaux, principalement ceux de la société civile. Il s'agit notamment des ONG, des associations culturelles et religieuses, des associations de femmes et de jeunes, appuyés par les services administratifs et techniques de l'état et les collectivités territoriales. Il a comme ancrage institutionnel la direction régionale de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.

L'objectif est, donc, de soutenir les initiatives d'acteurs locaux dans l'amélioration de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels des communautés (hommes et femmes, filles

et garçons) et de promouvoir le respect des droits des femmes et des filles, notamment à travers la lutte contre les violences comme les mutilations génitales féminines et le mariage précoce.

Plus précisément, il s'agit de financer des initiatives visant les thèmes suivants :

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

En ce qui concerne la théorie du changement, les objectifs, en détail, et les indicateurs retenus initialement pour le programme, étaient comme suit :

Tableau 1: Théorie du changement

| Objectif | Indicateur |
|---|--|
| Général : Soutenir les initiatives locales vouées à améliorer la santé de la reproduction et les droits reproductifs et sexuels des communautés (hommes et femmes, filles et garçons) et à promouvoir le respect des droits des femmes et des filles dans les régions concernées. | Nombre de projets financés par le projet. |
| Des concertations et synergies sont tenues à différents niveaux par les acteurs locaux pour développer les stratégies les plus appropriées de travailler efficacement avec les communautés. | Nombre de concertations (dialogues inter et intra-communautaires tenues). |
| Participer à l'augmentation de la demande des services de planning familial et l'accès des populations (hommes et femmes, filles et garçons) des régions de Ségou, Mopti et Tombouctou aux produits contraceptifs de qualité. | Taux d'accroissement de la prévalence contraceptive. Taux des besoins PF non couverts. |
| Permettre aux femmes et aux jeunes des deux sexes (en couple ou non) de prendre en main leur santé de la reproduction avec une capacité plus accrue de prise de décisions. | Nombre de personnes homme/femmes touchées par les activités d'IEC Taux de consultation prénatale |
| Contribuer à la réduction des pratiques traditionnelles néfastes (l'excision et le mariage précoce et autres violences faites aux femmes et aux filles) dans les régions de Ségou, Mopti et Tombouctou | Nombre de personnes hommes/Femmes capables de citer au moins 3 conséquences de l'excision et du mariage précoce. Niveau d'appropriation par les acteurs locaux. |
| Les taux de l'excision et du mariage précoce ont diminué respectivement de 10 et 5% dans les régions concernées. | Prise de positions /engagement des leaders communautaires et des autorités administratives et politiques. Taux de l'excision et du mariage précoce. |

| Objectif | Indicateur |
|--|---|
| Renforcer les capacités des acteurs locaux à la base afin de les amener à développer des stratégies appropriées pour la mise en œuvre efficace d'actions à impact durable dans les thématiques adressées (planification familiale, lutte contre les VBG et promotions des droits des femmes et des filles) dans les régions de Ségou, Mopti et Tombouctou. | Nombre d'organisations de femmes et de jeunes soutenues par le programme. |

Toutefois, dès le début, les organisations chapeaux ont eu la liberté de définir eux-mêmes leur propre cadre logique et leurs indicateurs. De ce fait, le cadre logique a été différent pour chacune des régions. Ceci a provoqué, évidemment, des difficultés par rapport à la cohérence et la fiabilité des données. Les organisations ont utilisé chacune une approche différente en ce qui concerne la collecte des données, les seuils et les indicateurs. Ci-après, un aperçu de la situation dans chacun des quatre régions :

- Mopti : 1 objectif général, 4 objectifs spécifiques, 10 résultats et 22 indicateurs ;
- Tombouctou : 1 objectif général, 3 objectifs spécifiques, 10 résultats et 33 indicateurs ;
- Gao et Ménaka : 1 objectif général, 4 objectifs spécifiques/effets, 10 résultats et 28 indicateurs
- Ségou : 1 objectif général, 5 objectifs spécifiques, 12 résultats et 19 indicateurs.

La diversité d'approche au sein des régions, si elle a permis une adaptation à la situation locale, a multiplié le nombre et type d'activités exécutées, en autonomie et en sous-traitance. Ceci a posé un problème pour le suivi et pour l'analyse qualitative. Les organisations ont, donc, ressenti, assez rapidement, le besoin d'aligner et d'harmoniser les indicateurs. Une initiative d'harmonisation a été entreprise à la mi-2017 et l'harmonisation est entrée en vigueur après l'évaluation à mi-parcours (juillet-août 2017). Les nouveaux indicateurs étaient comme suit :

- 1.1 Nombre d'adolescents qui sont informés sur les services de planification familiale
- 1.2 Le couple année protection des méthodes modernes
- 1.3 Nombre de nouvelles utilisatrices des méthodes de planification familiale
- 2.1 Prévalence contraceptive globale chez les personnes (hommes, femmes) en âge de procréer
- 3.1 Nombre de jeunes qui jouent un rôle de leader dans la promotion de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels
- 4.1 Nombre de villages qui ont signé une convention pour l'abandon de l'excision et/ou de mariage d'enfant reconnue par la DRFPEF
- 4.2 Taux de pratique des mariages d'enfant (0-17 ans)
- 4.3 Taux de pratique de l'excision chez les filles de moins de 15 ans.

Ainsi, il y a plus d'homogénéité et les indicateurs sont assez clairs, simples et vérifiables. Toutefois, ce changement d'indicateurs à mi-chemin est problématique en ce qui concerne l'analyse des résultats.

L'approche participative, la stratégie « faire-faire », a été un des aspects les plus originaux de Debbo Alafia. Elle semble avoir réussi le défi de travailler avec, et à travers, les acteurs de la société civile et notamment avec les ONG, les associations culturelles et religieuses et les associations de femmes et de jeunes sur l'amélioration de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels.

Un aspect important dans la mise en œuvre de la théorie du changement a été la collaboration avec les leaders religieux. Grâce à cette ouverture, le programme a donné l'espace nécessaire aux religieux pour s'exprimer et pour donner leur vision sur les thématiques jusque-là considérées comme tabou. L'engagement de religieux a joué un rôle important dans la réduction de la célébration de mariage précoce et forcé dans plusieurs localités.

Parmi d'autres éléments originaux et réussis de la chaîne des résultats, nous pouvons indiquer la priorité donnée aux zones défavorisées. Ceci a encouragé le travail dans des zones difficile d'accès, du fait des inondations voire de l'insécurité.

Comme nous avons déjà constaté, un aspect très positif de la mise en œuvre est l'ancrage institutionnel du programme au niveau des comités régional, communal et local et ceci par le biais de comités de pilotage, qui sont renforcés par des groupements de bénéficiaires.

Un autre facteur dans l'analyse de la chaîne des résultats est que, dans certains cas, le programme a pu absorber le vide laissé par les services techniques de l'Etat. Le programme a contribué à la distribution des produits contraceptifs ainsi qu'à la prise en charge des femmes souffrants de la fistule. Vu d'une certaine perspective, le programme n'était pas sensé se substituer aux services techniques de l'état. Toutefois, il a semblé aux évaluateurs qu'il n'y avait pas beaucoup d'alternatifs, étant donné le contexte sécuritaire très difficile. Certaines zones n'étaient plus accessibles et il y a eu, par conséquent, un retrait des services techniques de l'état et une rupture des services d'approvisionnement en intrants. Par ailleurs, le programme a favorisé la dynamisation des cadres de concertation (CLAPN, CRAPN) en assurant le frais de fonctionnement.

D'un autre côté, grâce en partie aux approches très hétérogènes utilisées dès le début, il y avait peu de conformité dans l'application du programme dans les trois premières régions. La situation à Gao était différente dans la mesure où ce composant du programme a débuté deux ans plus tard et a été piloté par l'AEN qui était déjà active dans la région de Tombouctou

Du fait de cette hétérogénéité, il y a beaucoup de variabilité selon la région dans le nombre d'activités exécutées, en autonomie et en sous-traitance, et par rapport aux différentes thématiques. Les différences d'approche ont également rendu difficile l'articulation, la cohérence et la synergie des actions pour ce qui concerne la collecte des données et notamment dans l'analyse des résultats.

La chaîne des résultats de Debbo Alafia est surtout axée sur les quantités à atteindre avec très peu d'indicateurs liés à la qualité. Si la stratégie du « faire-faire » encourage des initiatives locales, néanmoins il semble que l'insistance sur des indicateurs quantitatifs a eu comme tendance d'inciter au saupoudrage. Par ailleurs, il est clair que, pour assurer la durabilité d'une démarche, la qualité est d'une importance primordiale. Une analyse qualitative est essentielle, également, si l'on veut tirer les leçons du programme pour ensuite répliquer l'expérience.

En conclusion, globalement, la logique du programme était bien pensée pour donner les résultats escomptés avec, toutefois, certains aspects moins réussis qui peuvent informer le design de projets futurs.

3.2 Conclusions & recommandations de l'évaluation à mi-parcours

L'évaluation à mi-parcours de Debbo Alafia a eu lieu en juillet-août 2017 et ses conclusions et recommandations ont très largement conditionné la poursuite du programme et ont donné lieu à un certain nombre de modifications de l'approche. Ce chapitre du rapport résume les points les plus importants.

3.2.1 Conclusions :

- D'une manière générale, le programme est en droite ligne avec les préoccupations des communautés, du gouvernement et des collectivités territoriales décentralisées.
- Les parties prenantes du programme, en l'occurrence les leaders religieux, ont estimé que Debbo Alafia est l'une des rares interventions ayant développé une approche impliquant les religieux.
- Le programme influence positivement la fréquentation des femmes aux centres de santé, alors qu'auparavant cette fréquentation était limitée par l'ignorance et le tabou sur la planification familiale. Pour les enfants l'effet est bénéfique pour la fréquentation des vaccinations.
- Le financement des activités et initiatives des partenaires est la majeure partie des coûts directs du programme Debbo Alafia. Ces activités et initiatives des partenaires de la mise en œuvre ont permis de promouvoir les droits reproductifs et sexuels des femmes et des filles suite à une couverture zonale assez vaste (79% dans la région de Tombouctou, 90% dans les régions de Gao/Ménaka, 65% dans la région de Mopti et 58% à Ségou).

3.2.2 Recommandations :

- De renforcer le leadership de la DRPFEF en l'aidant à mieux appréhender ses responsabilités dans sa mission de structure d'ancrage du programme au sein du PRODESS. Il s'agit notamment de leur rôle à jouer auprès des directions membres comme DRS et DRDSES, ainsi que d'autres directions des services techniques et du Gouverneur pour la bonne marche du comité de pilotage. Renforcer la capacité technique des services de DPFEF.
- De développer la collaboration au niveau opérationnel de Debbo Alafia avec les structures déconcentrées de la DRS (CSCOM, CSREF) et le renforcement des synergies concertées et complémentaires avec les partenaires qui œuvrent dans les mêmes aires de santé pourraient aider à combler certaines limites qui, si des dispositions ne sont pas prises, vont compromettre la durabilité des actions de Debbo Alafia.
- De noter que le dispositif des comités de pilotage facilite une meilleure articulation avec les plans opérationnels des districts et du PRODESS de la région et un meilleur ancrage des plans opérationnels du programme dans les plans opérationnels des différentes autorités.
- De tenir compte en négociant la continuité du programme est que pas tous les Départements de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille ont assez de personnel et de compétences pour jouer pleinement leur rôle dans la lutte contre les pratiques néfastes traditionnelles au niveau local.

- De tenir compte du fait que la mise en route du programme sur une base d'indicateurs qui étaient quantitatifs plutôt que qualitatifs a eu tendance à inciter au saupoudrage. Par ailleurs, chaque région a développé son propre cadre logique avec ses propres indicateurs, ce qui a compliqué le suivi et l'analyse des progrès. L'équipe d'évaluateurs a recommandé le lancement d'un travail conjoint pour aboutir à une harmonisation et à une simplification des indicateurs et avec l'ajout d'éléments de suivi de qualité. Ils ont suggéré l'élaboration d'un suivi et évaluation commun des organisations chapeaux pour aligner les résultats atteints.
- De tenir compte du fait que l'interdépendance des activités et des acteurs, ONG locales et acteurs émergents (comités régional, comités de locaux, comités communaux, associations de femmes, associations de jeunes les radios locales et les relais) favorisent l'atteinte des objectifs fixés par le programme Debbo Alafia. Chaque partenaire contribue avec son savoir-faire par rapport à sa propre thématique, ce qui incite une synergie d'action et connaissance. L'appui à la mise en place et au fonctionnement des dynamiques communautaires est la clé même du mécanisme d'ancrage du programme au niveau communautaire.
- De bien noter que la participation des leaders religieux et communautaires (imams et marabouts, présidente de femmes de communes, des chefs de village et de quartiers, des leaders de regroupements de jeunes (jeunes ambassadeurs) et d'associations de jeunes filles et garçons, de femmes et d'hommes, des communicateurs (représentants de Radio et de Recotrade) traduit bien leur adhésion au programme et constitue une opportunité d'appropriation du programme par les communautés.
- De noter que l'implication des hommes particulièrement les jeunes hommes et les adolescents dans le programme est notée comme extrêmement bénéfique pour la diffusion des thèmes de santé reproductive.
- De noter que, si beaucoup des actes de violences basée sur le genre se justifient par la référence à la religion, l'adhésion raisonnée des religieux est un des résultats positifs enregistrés par le programme.
- De noter que, à côté de la mobilisation des leaders communautaires et religieux, l'implication des troupes de théâtres, les supports socio-éducatifs et audiovisuels sur l'excision et l'utilisation des radios de proximité sont des facteurs catalyseurs de la mobilisation sociale, et facilitent la conscientisation des groupes cibles pour un début de changement de comportement. De même si la plateforme click info ado est mise à échelle avec le développement des modules adaptés smartphone, des jeux thématiques santé reproductive. Le sport pour le développement est également une porte d'entrée adéquate pour les jeunes.
- Le lancement par l'ambassade, avec les organisations chapeaux, du projet de support aux victimes des fistules obstétricales. Pour donner suite à cet échange, les organisations chapeaux pourraient faire un choix stratégique et être transparent sur cette activité. Toutes les organisations interviennent de près ou de loin dans la prise en charge des victimes des violences basée sur le genre. L'ambassade peut renforcer et faciliter la collaboration avec Intrahealth International et avec le ministère de la Santé pour élaborer la nouvelle stratégie de prévention et de prise en charge de la fistule.

- Une harmonisation et une meilleure documentation des expériences dans la distribution des contraceptifs et dans l'offre et le suivi des activités de planification familiale.
- Un encadrement de la consommation des ressources allouées aux programmes à un rythme soutenable sur leur durée/et ou l'allocation de budget supplémentaire là où la nécessité se fait sentir. Cependant, ceci doit être appliqué avec une révision des activités et une contention des frais.

PART B Constatations de l'Évaluation Debbo Alafia : Analyse des critères CAD

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

4 Pertinence

1 Besoins des communautés en santé reproductive et planification familiale, droits des femmes et des jeunes (filles et garçons)

Le Mali, pays d'Afrique Subsaharienne, a une superficie de 1 241 238 km², une population estimée en 2019 à plus de 19 329 841 habitants et avec un taux de croissance démographique parmi les plus élevés au monde (3,6%, avec 50,4% de femmes). À l'instar de la plupart des pays en pleine transition démographique, la population du Mali est majoritairement jeune : les moins de 25 ans représentent environ 68 p. 100 de la population totale.

Depuis 2012, le pays est en proie à une crise multiforme (crise alimentaire, troubles politiques, coup d'état et conflits armés). Une partie des régions de Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal et Ménaka a été particulièrement affectées, notamment par l'arrêt, presque total par endroits, de la fourniture de services sociaux de base (santé et éducation en particulier). En l'occurrence, les actions des groupes terroristes et djihadistes et les conflits intercommunautaires ont fait fuir de nombreux personnels.

C'est dans ce contexte que le programme Debbo Alafia a été lancé par la Coopération Néerlandaise au Mali pour la période 2014-2018. Le programme s'est engagé dans l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs, avec une autonomisation accrue des femmes et des jeunes dans la prise de décisions. Il a été construit autour des constats suivants : le défi démographique, la faiblesse du taux d'utilisation des contraceptifs / besoins non satisfaits élevés en planification familiale, la persistance de certaines pratiques traditionnelles néfastes : excision, mariage précoce, la recrudescence des violences basées sur le genre suite à la crise politico-sécuritaire etc.

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

Par ailleurs, des traditions préjudiciables aux femmes et aux filles sont perpétuées au Mali. Nous pouvons noter que 89% des femmes de 15 à 49 ans sont victimes d'excision (EDS 2019). Toutefois, la pratique est plus rare dans les régions de Kidal et Gao et dans la région de Tombouctou, où « seulement » 44% des filles en sont victimes.

Selon le Rapport Beijing+25, le Cinquième Rapport National du Mali de Suivi de la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'Action de Beijing de 1995, publié en Mai 2019, « l'emprise des pesanteurs socio-culturelle et religieuse sur le statut de la femme au sein des communautés maliennes, continue à peser lourdement sur les initiatives de développement en faveur de la femme ».

Selon l'EDS 2019, encore une fois, l'indice synthétique de fécondité est de 6,3 enfants par femme. Il est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (6,8 contre 4,9). L'utilisation de la contraception est relativement rare au Mali. Au moment de l'EDS 2018, parmi les femmes âgées de 15-49 ans, 15 % utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. Cette prévalence

était de 16 % chez les femmes actuellement en union contre 35 % chez les femmes non en union et sexuellement actives. La proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale s'élevait à 24 %.

Comme nous avons déjà noté, au Mali la population se caractérise par son extrême jeunesse avec 47% de moins de 15 ans. Dans ce contexte, un problème important concerne la prise en charge des besoins en santé reproductive de la jeunesse. Cette population est confrontée à de nombreux problèmes de santé notamment les infections sexuellement transmises, le VIH/Sida, les grossesses précoces et/ou non désirées, les avortements à risque, l'excision et d'autres pratiques néfastes. La fréquentation des centres de santé et de planning familial est faible par rapport aux besoins de ces groupes et la prévalence contraceptive est seulement de 8 % chez les filles de 15-19.

Dans ces circonstances, le renforcement de l'accès aux services de santé reproductive et de planification familiale est une nécessité fondamentale, tout comme la consolidation des droits des femmes et des jeunes (filles et garçons).

2 Politiques et priorités nationales

La Loi 02-049 AN RM, « portant loi d'orientation sur la santé », contient plusieurs articles qui portent directement sur la santé reproductive et notamment l'Article 8, qui présente les objectifs de la politique nationale, y compris le développement des services de planification familiale et la promotion d'attitudes et comportements favorables à la santé et au bien-être de la famille. Mais, comme nous l'avons déjà constaté, le statut juridique et social de la femme est très faible au Mali, et le classement du pays sur l'indice d'inégalité plutôt préoccupant.

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

- La Politique Nationale de Population
- La Politique Nationale de la Jeunesse
- La Politique Nationale Genre
- Le Programme Décennal Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 2014 – 2023
- Le Plan Stratégique de la Santé de la Reproduction (SRMNIA-Nut), 2020 – 2024
- Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale du Mali, 2019-2023
- Le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits SR
- Le Programme National de Lutte contre l'Excision
- La Stratégie Nationale Holistique pour mettre fin aux Violences Basées sur le Genre au Mali, 2019-2030.

Par ailleurs, le Mali a ratifié de nombreux instruments juridiques internationaux et régionaux relatifs aux droits des enfants et des femmes. Sur le plan international, le Mali a adhéré à la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes et a ratifié plusieurs conventions et traités internationaux reconnaissant l'égalité des hommes et des femmes en droits et devoirs et interdisant toute discrimination contre les femmes.

En 2017, un projet de loi contre les violences basées sur le genre a été déposé auprès du Gouvernement en vue de son adoption par le parlement. Il a été élaboré par une coalition de structures gouvernementales et d'organisations représentatives de la société civile, avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Son élaboration a constitué un pas majeur vers l'adoption d'une loi sur les violences basée sur le genre et la prise en charge des victimes, et surtout vers la répression de ses auteurs. Mais jusqu'ici cette loi peine à attirer le soutien nécessaire pour son adoption car les leaders d'opinions au niveau des communautés n'en voient pas la pertinence. Néanmoins, en 2018, le gouvernement a réussi à faire adopter le Programme National de Lutte contre les violences basées sur le genre.

En conclusion, malgré des avancées significatives, il existe encore beaucoup d'insuffisances parmi lesquelles l'absence de décrets d'application pour la plupart des lois et notamment celles relative à la santé reproductive. Par ailleurs, il existe des difficultés pour ce qui concerne l'application des traités, textes et règlements, à cause des réalités socioculturelles et religieuses. En effet, le manque d'harmonisation du cadre juridique national au contexte international et la non-application de la plupart des textes conduisent à la non-effectivité des droits reconnus.

3 Approche d'intervention du programme

Comme nous l'avons déjà noté, le programme s'est donné comme objectif de financer des initiatives visant :

- L'accroissement de la couverture par les services de santé reproductive
- L'utilisation du planning familial (promouvoir la demande, augmenter le choix et la qualité des produits)
- La réduction des pratiques traditionnelles néfastes (excision, mariage d'enfants et autres violences basées sur le genre).

La méthodologie était quelque peu originale, dans la mesure où le programme s'est basé sur une approche « faire-faire ». Autrement dit, les organisations chapeaux avaient pour mission de mobiliser les acteurs régionaux et locaux (organisations de la société civile, ONG, associations culturelles, religieuses, associations de femmes et de jeunes, services techniques, collectivités territoriales...) autour des thématiques du programme.

Opérant à travers cette stratégie, les organisations chapeaux ont réussi à identifier plus de 300 initiatives qui ont été soumises par les partenaires de mise en œuvre, évaluées et puis financées entre 2015 et 2019. Ceci a permis d'atteindre des résultats significatifs auprès des communautés et des services techniques partenaires (voir la section « Efficacité » ci-dessous).

Les thématiques du programme étaient très clairement adaptées à la situation dans le pays et dans les régions cibles. La méthodologie était surtout appropriée dans une situation où, d'une part, certaines zones sont difficilement accessibles, notamment pendant la saison des pluies, et où, d'autre part, les incertitudes politiques et la grande insécurité qui règne dans une partie significative du pays, mettent en exergue l'intérêt de solutions très localisées. De ce point de vue, il est clair que, dans des zones cibles, cette approche très localisée a permis des avancées qui n'auraient pas été possibles en utilisant une approche projet plus classique.

4 Conclusions

Dans les circonstances actuelles, le renforcement de l'accès aux services de santé reproductive et de planification familiale est une nécessité fondamentale au Mali, tout comme la consolidation des droits des femmes et des jeunes (filles et garçons). Le manque d'harmonisation du cadre juridique national au contexte international et la non-application de la plupart des textes relatifs à la santé sexuelle et reproductive et la protection des femmes contre les différentes formes de violence basée sur le genre, conduisent à la non-effectivité des droits reconnus. Les thématiques du programme Debbo Alafia et sa méthodologie novatrice sont clairement adaptées à la situation dans le pays et dans les régions cibles.

5 Efficacité

1 Niveau d'atteinte des indicateurs

Suite à l'évaluation à mi-parcours, les indicateurs du programme Debbo Alafia ont été harmonisés. A cet effet le cadre de rendement a été élaboré et renseigné (décembre 2016 au 30 juin 2020). D'une manière générale, on dénombre huit indicateurs clés repartis entre quatre résultats. Cette harmonisation est intervenue en mi-chemin du programme et a permis aux organisations chapeaux de rassembler les données des activités menées de juin 2014 à décembre 2016 dans le but de définir une « baseline ». Dans le cadre de cet exercice, un consultant a été recruté et a travaillé avec les organisations chapeaux pour la reformulation des indicateurs.

Le raisonnement qui a été adopté pour préciser les indicateurs à atteindre par année était de tenir compte des réalités du terrain ainsi que de la fin du programme qui était en son temps prévue (2019). C'est dans ce contexte que le choix des indicateurs a été reposé essentiellement sur des estimations de ce qui devrait être possible à atteindre pour le reste de la période du programme plutôt que sur une analyse rigoureuse et scientifique. D'où l'écart entre ce qui a été planifié et ce qui a été réalisé car les données disponibles ne permettent pas d'apprécier à juste valeur la performance du programme.

En effet, le cadre du rendement comporte des insuffisances qui posent de vraies difficultés dans l'analyse de la performance du programme. Nous ne pouvons qu'analyser la performance d'année en année.

L'évaluation retient que pour la phase de 2 de Debbo Alafia, le système de collecte des données, la base des données du programme ainsi que le cadre du rendement doivent être améliorés afin de rendre plus fiable l'évaluation de la performance des activités.

L'analyse synthétique du cadre de rendement est le suivant :

1.1 OUTCOME 1

Accroissement de 30% de la demande en PF y compris des méthodes contraceptives modernes de longue durée par les adolescents, les femmes et hommes en âge de procréer dans les régions couvertes par le programme (Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka) dans la période couverte par le Programme (2014-2019).

| Indicateurs ¹ | Baseline 2016 | Résultat 2017 | Résultat 2018 | Résultat 2019 | Résultats janv.-juin 2020 | Résultat 2019-30 juin 2020 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|----------------------------|
| 1.1. Nombre d'adolescents (e), qui sont informés sur les services de planification familiale | 485 126 | 772093 | 993752 | 1 132 777 | 453 613 | 1 586 390 |
| 1.2. Le Couple année protection des méthodes modernes | 427 415 | 542854 | 464340 | 266 936 | 133 328 | 400 264 |
| 1.3. Nombre de nouvelles utilisatrices des méthodes de planification familiale | 80 099 | 147127 | 200317 | 243089 | 85 738 | 328 827 |

Par rapport au résultat 1, il ressort que 1.586.390 adolescents ont été informés sur les services de planification familiale en juin 2020. L'indicateur relatif au nombre d'adolescent informé sur les services de PF connaît une légère augmentation en 2017 et 2018.

Pour ce qui concerne le couple année protection des méthodes modernes, la performance du programme en la matière a connu une baisse à partir de 2018 (464340) jusqu' en juin 2020 (400.264) soit une moyenne annuelle de 458.718 de couple protection

S'agissant de nouvelles utilisatrices de PF, on constate une légère augmentation d'année en année soit une performance annuelle de 189.092,50 utilisatrices.

1.2 OUTCOME 2

70% des demandes de services de planification familiale et produits contraceptifs de qualité des hommes et femmes, filles et garçons sont satisfaits dans les régions couvertes par le programme en 2019.

| Indicateurs ² | Baseline 2016 | Résultat 2017 | Résultat 2018 | Résultat 2019 | Résultats janv.- juin 2020 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|
| 2.1. Prévalence contraceptive globale chez les personnes (hommes, femmes) en âge de procréer passe de 12.63% en 2016 à 25.00% en 2019. | 12,51% | 15,62% | 18,44% | 17,05% | 12,02% |

Il ressort que la prévalence contraceptive globale a commencé à chuter à partir de 2018 (18,44%) à 12,02% en juin 2020. Pour cet indicateur, la prévision qui était de 25% en 2019 n'a pas été atteinte.

¹ Source : Cadre de rendement de Debbo Alafia juin 2020.

² Source : Cadre de rendement de Debbo Alafia juin 2020.

1.3 OUTCOME 3

60% des femmes, d'adolescents et des jeunes (filles et garçons) touchés par les activités d'IEC connaissent leurs droits et prennent en toute responsabilité des décisions concernant leur santé reproductive et sexuelle.

| Indicateurs ³ | Baseline 2016 | Résultat 2017 | Résultat 2018 | Résultat 2019 | Résultats janv.- juin 2020 | Résultat 2019 2016-30 juin 2020 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|---------------------------------|
| 3.1. Nombre de jeunes qui jouent un rôle de leader dans la promotion de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels | 387 | 7155 | 24059 | 40578 | 11 628 | 52 206 |

D'une manière générale, on constate une progression de l'indicateur d'année en année avec un taux de performance annuelle de 20.952 jeunes leaders.

1.4 OUTCOME 4

Au moins 50% des populations (hommes et femmes) des zones touchées par le programme connaissent les conséquences de l'excision et du mariage précoce et s'engagent pour leur abandon.

| Indicateurs ⁴ | Baseline 2016 | Résultat 2017 | Résultat 2018 | Résultat 2019 | Résultats janv.- juin 2020 | Résultat 2019-30 juin 2020 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------------|----------------------------|
| 4.1. Nombre de villages qui ont signé une convention pour l'abandon de l'excision et/ou du mariage d'enfant reconnue par la DRPFEP passe de 36 en 2016 à 136 en 2019. | 61 | 130 | 333 | 1130 | 922 | 2 052 |
| 4.2. Taux de pratique des mariages d'enfant [0-17 ans] passe de 18.16% à 1.00%. | 27,33% | 22,12% | 20,61% | 20,81% | ND | ND |
| 4.3. Taux de pratique de l'excision chez les filles de moins de 15 ans passe de 8.96% en 2016 à 3.10% en 2019. | 33,77% | 22,90% | 23,37% | 21,86% | ND | ND |

³ Source : Cadre de rendement de Debbo Alafia juin 2020.

⁴ Source : Cadre de rendement de Debbo Alafia juin 2020.

Nous constatons que le nombre de village ayant signé la convention d'abandon du mariage d'enfant et/ de l'excision connaît une augmentation d'année en année malgré la situation sociopolitique et sécuritaire fragile du Mali.

Le taux de pratique des mariages d'enfants de 0-17 ans est passé de 27,33% en 2016 à 20,81 en 2019 soit une réduction de 7%. L'objectif recherché qui était une réduction de 1% n'a pas été atteint.

Concernant la pratique de l'excision chez les filles de moins de 15 ans, le programme a passé de 33,77% en 2016 à 21,86% en 2019. Là également, la réduction de 3,10% prévue en 2019 n'a pas été atteinte.

Les raisons qui justifient la non-atteinte de ces indicateurs sont, entre autres, l'insécurité et la pandémie de Covid-19 qui ont ralenti la dynamique sur le terrain. Plus spécifiquement :

- L'effondrement de l'Etat : depuis la crise de 2012, la faiblesse de l'Etat s'accroît et fragilise l'accomplissement de son devoir en matière de santé des populations. Les activités de prévention et d'offre de services de santé ont connu un ralentissement exacerbé par le déplacement de nombreux personnels socio-sanitaires vers le sud du Mali. Le récent coup d'Etat de 2020 a davantage compliqué la situation. Le retrait de certaines ONG opérant à la base a laissé un vide. Le budget de l'Etat alloué à la santé est insuffisant et ne permet pas de couvrir les besoins des populations notamment en matière de santé de la reproduction. Par exemple, le financement des cadres de concertation (CLAPN, CRAPN etc.) n'est pas régulier et les services techniques de l'Etat sont obligés de rabattre sur les partenaires techniques et financiers pour les rendre opérationnels.
- La pandémie de Covid-19 : la survenue de la crise sanitaire a impacté sur la mise en œuvre des activités des organisations chapeaux à cause de l'adoption des mesures barrières.

2 Synergie au sein des organisations chapeaux

Dans la mise en œuvre des activités du programme dans les régions d'intervention, les organisations chapeaux ont eu à travailler ensemble. Cette initiative a été consolidée suite aux recommandations de l'évaluation à mi-parcours. Dans la continuité des actions, la dynamique en matière de synergie s'est améliorée en favorisant non seulement l'approche participative mais également le partage d'expérience et la visibilité du programme à différents niveaux.

La répartition du mandat et des tâches de chaque organisation chapeau a permis d'opérationnaliser les activités de synergie en clarifiant (qui fait quoi, où et comment ?). La tenue des ateliers de rencontres en impliquant chaque organisation chapeau a permis de réaliser les activités planifiées sur la base de la contribution financière que l'ensemble des organisations chapeaux devrait apporter.

- **ASDAP** : a eu à organiser et à mettre en œuvre la campagne médiatique avec l'Union Régionale des Radios et Télévisions Locales (URTEL), l'ORTM et le Forum inter-régional des jeunes leaders. Ces activités ont permis de renforcer la visibilité du programme au niveau régional.

Cependant, quelques difficultés ont été signalées à savoir la qualité des participants, l'accompagnement des différents ministères qui se sont finalement absentés à cause des

incidents antérieurs (polémique sur l'Education Sexuelle Complète (ESC). La situation sécuritaire a influé sur la participation des régions Nord⁵.

- **MSH-CAEB:** étaient responsabilisés pour faire la mise en œuvre de l'étude de capitalisation des programmes dans les différentes régions d'intervention du programme. Ainsi dans le but de contribuer à la promulgation de la loi-anti-VBG, le programme Debbo Alafia a intégré la commission de suivi au niveau national.
- **AEN :** était chargée de faire la capitalisation des expériences du programme dans les différentes régions à travers la production des microfilms sur la planification familiale, le mariage précoce, et l'excision. L'ensemble des acteurs (agents organisations chapeaux, services techniques, bénéficiaires) ont été impliqués de manière participative dans la production des films vidéo qui constituent un outil de communication permettant de comprendre le programme dans son ensemble.

En outre, le programme a établi un partenariat avec Global Media Campaign to End FGM (GMC), une organisation basée à Londres et spécialisée dans le soutien aux activistes et médias locaux et internationaux pour mener des campagnes contre les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) dans les pays à forte prévalence. C'est dans ce cadre que l'AEN a été responsabilisée pour faire représenter le programme lors de la tenue du « Sommet National des Leaders Religieux sur les MGF/E, avec plans d'amplification médiatique régionaux » au Mali en avril 2019.

Cette activité avait pour but d'offrir des informations médicales sur les MGF/E aux leaders religieux les plus influents du pays mais aussi de sensibiliser les journalistes sur les conséquences néfastes de la pratique. Un autre élément important de ce sommet était d'offrir une plateforme pour les femmes survivantes de la pratique en partageant leur expérience et de faire en sorte que les leaders religieux puissent relayer et vulgariser l'information dans leurs communautés en forçant davantage la collaboration avec les médias dans le but de sensibiliser les communautés sur les conséquences néfastes des MGF/E.

Le programme a fait une contribution financière de 1.600.000 F CFA dans le cadre de la mise en œuvre du sommet de Global Median Campagn end MGF/E⁶.

Les activités réalisées dans le cadre du sommet se résument :

- Cycle #1 de subventions d'action directe - journée internationale de la fille (11 octobre 2019) : concernant ce volet, plusieurs débats ont été réalisés aux chaînes télévisions et radios privées
- Cycle #2 de subventions d'action directe - 16 jours d'activisme (25 novembre 2019 - 10 décembre 2019) : Par rapport à cette activité, plusieurs thèmes ont été abordés. Il s'agit :

⁵ Rencontre des Organisations Chapeaux du Programme Debbo Alafia, Hôtel Onomo de Bamako – Du 30 au 31 Mai 2019, P 4.

⁶ Protocole d'accord, Pour l'organisation du Sommet National des Leaders Religieux sur les MGF/E, avec plans d'amplification médiatique régionaux (avril 2019-2022), Mali, 11/02/2019

| Thèmes abordés ⁷ | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilisation des femmes mères sur l'éradication de la pratique de l'excision à travers la radio ✓ Luttons contre les mutilations génitales féminines avec les 16 jours d'activisme ✓ Plaidoyer en direct ✓ Ensemble mettons fin aux MGF ✓ Unissons nos forces pour un monde sans excision (UFPOMEX) ✓ Sauvons les filles de l'excision ✓ Brisons le silence autour des MGF ✓ Information et sensibilisation des populations de Djenné et environs sur les MGF ✓ La MGF brise les espoirs ✓ Parlons des MGF et ses conséquences | <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'excision pourquoi ? un sujet tabou à l'occasion des 16 jours d'activisme ✓ Sensibilisation sur les conséquences de l'excision sur la santé reproductive à la Mali ✓ Je respecte les traditions, je ne veux pas que mon enfant soit du tranchant de la lame ! ✓ Stop excision ✓ Les MGF nous concernent ✓ L'abandon des MGFS, oui c'est possible ✓ Plus de tabou (Big Project 1) ✓ Big projet 2 ✓ Pourquoi nous les filles ? |

3 Synergie avec d'autres programmes des Pays-Bas et autres bailleurs de fonds

L'Ambassade des Pays-Bas a joué un rôle de catalyseur pour l'opérationnalisation de la synergie/complémentarité entre le programme Debbo Alafia et d'autres programmes financés par l'Ambassade mais aussi ceux d'autres bailleurs de fonds.

« Aussi pendant le temps de ces correspondances les uns et les autres ont été dynamiques parce qu'ils devaient en faire des notes techniques dans leurs rapports. Aussi avec le FNUAP, l'ambassade a permis de diligenter certaines choses notamment la coordination de la question d'achat et d'acheminement des produits contraceptifs. » Agent Organisation Chapeau.

Cette démarche avait pour but d'inciter les organisations chapeaux à nouer un partenariat avec les autres acteurs évoluant dans le domaine de la santé de reproduction et les violences basées sur le genre pour plus d'efficacité et d'efficience.

A la demande de l'Ambassade, l'évaluation note que le programme Debbo Alafia a collaboré avec un certain nombre de programmes financés par la coopération Néerlandaise :

- **Le programme Atteindre le dernier Kilomètre** : financé par l'Ambassade des Pays-Bas et exécuté le Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP) dans les différentes régions du Mali approvisionne les établissements de santé en produits contraceptif (l'offre des services). Debbo Alafia, à travers la création de la demande, incite les communautés à utiliser davantage les services de santé *relatifs* à la PF. Sur le terrain, l'évaluation a constaté cette complémentarité entre les deux programmes malgré des problèmes de rupture des intrants dans certains établissements de santé (Tombouctou, Ségou etc.).
- **Le programme Bangué Kolossi Nyèta (BKN)** : sur financement de l'Ambassade des Pays-Bas, ce programme a collaboré avec Debbo Alafia à travers la tenue des cadres de concertation axée sur la planification familiale mais également dans la création de la

⁷ Source : Norwegian church aid Mali, Rapport #2 plan amplification médiatique régional (oct. – déc. 2019)

demande et de l'offre des services. Marie Stopes International (MSI), Population Services International (PSI) et Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF) ont fait la mise en œuvre de ce programme sur le plan national à travers la dynamisation des cadres de concertation, la création de la demande et l'offre des services. A Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka, Debbo Alafia a collaboré avec le programme BKN afin d'améliorer le niveau de satisfaction des bénéficiaires.

S'agissant d'autres projets de bailleurs de fonds, il n'y a pas de vraie synergie permettant de s'inscrire les actions dans une suite logique. La majorité des ONG de mise en œuvre des projets financés par d'autres bailleurs de fonds, évolue de façon unilatérale. Les quelques collaborations entre les organisations chapeaux de Debbo Alafia et celles d'autres bailleurs de fonds se traduisent parfois par des activités ponctuelles de formation (ateliers, rencontres etc.). Or, dans le contexte actuel du Mali, marqué par l'insécurité et récemment la maladie à coronavirus, l'unification des efforts des différentes ONG (qu'elles soient financées par l'Ambassade ou d'autres bailleurs) reste une stratégie pour favoriser l'atteinte des résultats.

L'évaluation note que :

A Ségou, le programme Care Mali intitulé « Empowerment des Femmes (EF) » intervient sur les domaines d'intervention de Debbo Alafia. En outre, l'ONG Wale, l'ONG SDI (Service Développement Intégré), l'ONG IAMANEH-Mali etc. interviennent également sur la santé de la reproduction et les violences basées sur le genre.

A Tombouctou, International Medical Corps (IMC) intervient dans la prise en charge holistique des cas de VBG aussi bien qu'Inclusion et Humanité.

GAO, Médecin du monde Belgique intervient dans la prise en charge des victimes de VBG. Le projet Zangela œuvre dans le domaine de la santé de reproduction.

Mopti, Care International, Westland International, Save the Children etc. interviennent dans le domaine de la santé de reproduction et il a un lien avec le programme Debbo Alafia.

Malgré le leadership de l'Ambassade Royale des Pays-Bas pour l'opérationnalisation de la synergie/complémentarité, l'évaluation a constaté des réticences relatives aux organisations financées par d'autres bailleurs de fonds. Certains programmes financés par l'Ambassade ne sont pas favorables à la synergie. Malgré que les organisations chapeaux aillent vers ces programmes, l'opérationnalisation de la synergie tarde à se concrétiser. Le fait que chaque projet a ses propres indicateurs à atteindre constitue un blocage. Par exemple à Gao, l'AEN avait démarché quelques programmes pour la conjugaison des efforts, mais cela n'a pas pu donner un résultat satisfaisant. Chaque organisation, porteuse de projet, est préoccupée de l'atteinte des objectifs déclinés dans son cahier de charge et accorde peu d'intérêt à la synergie/complémentarité.

Dans le futur, il serait souhaitable, que l'Ambassade continue à plaider auprès des organisations bénéficiaires de son appui financier et technique, à prendre la question de synergie/complémentarité, un volet primordial. Pour cela, l'initiation d'un cadre formel de rencontre entre l'ensemble des bénéficiaires par région est nécessaire pour renforcer davantage la synergie d'action avec les programmes financés par l'Ambassade Royale des Pays-Bas. Pour ce qui concerne des programmes d'autres bailleurs de fond, il est important que l'ambassade renforce son leadership sur le plan national pour inciter les acteurs stratégiques à s'engager davantage dans les activités de synergie d'action.

4 Stratégie de suivi du programme

Le suivi des activités sur le terrain a été fait en adoptant l'approche participative. Les organisations chapeaux en collaboration avec les services techniques clés de l'Etat ont eu a réalisé des suivis conjoints dans les différentes régions.

A la base, les Comités locaux et villageois d'Abandon des Pratiques Néfastes ont participé au suivi de proximité des activités afin d'améliorer la qualité d'intervention.

Parfois, le programme s'est adapté à l'évolution de la situation sécuritaire pour mener des activités tout en minimisant les effets néfastes sur les communautés bénéficiaires.

L'évaluation a constaté que le personnel affecté par le programme était insuffisant pour faire le suivi direct des actions sur le terrain.

A cause de la crise sécuritaire, la stratégie de suivi des activités du programme mérite d'être repensée. Pour la phase 2 de Debbo Alafia, la stratégie de suivi mérite d'être reposée sur l'identification et la formation des personnes autochtones (issues à la base). Il s'agit de les outiller afin de suivre de façon pérenne les activités du programme dans les zones d'intervention. Pour ce faire, un mécanisme de remontée des informations et des données nécessite d'être mis en place pour harmoniser la démarche dans l'ensemble des régions d'intervention.

« Recruter et faire un transfert de compétences à des agents au niveau de ces localités pour assurer le suivi des ONG sur place d'où un suivi de proximité. C'est la stratégie la plus efficace. A défaut, assurer un suivi à distance. » DRS Mopti.

Les agents identifiés à la base collaboreront avec les agents de terrain du programme, des chargés de suivi-évaluation des organisations chapeaux, qui à leur tour fera régulièrement le compte auprès des coordinateurs.

5 Faiblesse du système de suivi des organisations chapeaux

Dans la mise en œuvre du programme, le mécanisme de suivi-évaluation au sein des organisations chapeaux a connu des insuffisances. Lors de l'évaluation, il a été constaté qu'il n'y a pas une base de données propre aux bénéficiaires par région. En plus, il n'existe pas une base de données commune permettant aux organisations chapeaux de collecter les données et de les capitaliser.

Pour la phase 2 de Debbo Alafia, la mise en place d'une base de données commune est importante pour l'intégration progressive des données fiables. Ce qui permettra d'améliorer le renseignement du cadre de rendement qui comporte de nos jours des insuffisances.

6 Initiatives innovantes à succès développées

Dans le but de favoriser l'atteinte des résultats, le programme Debbo Alafia a su innover. Au-delà, des facteurs de résistance liés à l'excision, au mariage d'enfants et même à la PF, l'évaluation a identifié un certain nombre d'éléments qui ont eu du succès :

- **Kèneya Info (Mototaxini)** : Ce moyen de transport et à la fois de communication et de sensibilisation a été déterminant dans l'accès aux produits contraceptifs par les

communautés bénéficiaires notamment les jeunes (filles et garçons). Il a été apprécié positivement par les bénéficiaires qui ont pris part à l'évaluation. A travers les différentes campagnes réalisées, la population a acquis des connaissances sur les différentes méthodes de contraception et leur utilité, les modes d'accès. Les « mototaxini » ont permis de toucher des zones reculées difficiles d'accès et de créer la demande.

- **Les réseaux sociaux (facebook, whatsApp, click info ado) :** La mise à profit des nouvelles technologies de l'information dans le cadre de ce programme a permis à certaines utilisatrices et utilisateurs d'échanger avec des acteurs disposant de compétences dans le domaine de PF sur leur souhait et préoccupation possible. De par cette initiative, certains jeunes ont été autonomes dans la recherche d'information. Grâce aux réseaux sociaux, les utilisatrices et utilisateurs ont la possibilité de poser des questions sur la SR en français ou en bambara et qui sont par la suite répondues par les téléconseillers.
- **L'approche du faire-faire :** Cette initiative des organisations chapeaux a permis d'augmenter la couverture des services surtout dans les zones où l'insécurité sévit. La sélection des Partenaires de Mise en Œuvre (PMO), leur accompagnement technique et financé ont contribué à sensibiliser les communautés sur le mariage d'enfant, la PF et l'excision. Les PMO n'ayant pas suffisamment d'expérience ont bénéficié des renforcements des capacités sur des thématiques diverses à savoir le management de projet, l'établissement de bilan financier, la gestion administrative, la dotation en support de communication etc. A Gao, l'AEN a mobilisé dix-huit PMO. L'ASDAP de son côté, a eu financé 65 PMO. L'initiative des PMO a été une stratégie novatrice dans la mesure où ces PMO constituent une force d'appui pour programmes similaires dans le futur. Au-delà du bien-fondé de l'initiative PMO, leur encadrement a constitué une difficulté pour les organisations *chapeaux* plus d'efficacité. Dans la phase 2 de Debbo Alafia, une priorité mérite d'être accordée aux PMO ayant acquis un niveau de performance acceptable dans le but d'améliorer le rendement du programme.
- **L'implication des coachs sportifs :** Le sport à travers les coachs a permis de sensibiliser les jeunes sur les enjeux liés au mariage d'enfant, à la planification familiale, à l'excision et autres formes de violences basées sur le genre. Les jeunes ont acquis de connaissances sur ces thématiques et certains sont en train de sensibiliser leurs parents pour le respect des droits de l'homme.

« Il y a moins de violences physiques qu'à même à Ségou. Chaque semaine il y avait des cas de viols sexuels des garçons envers les filles mais depuis que le programme a commencé ses activités, on n'en trouve plus. Sinon il y avait des viols dans les publics shows. Dans les publics shows, c'est les lieux de rencontre entre les filles et les garçons. On sensibilisait les jeunes en leur disant si tu commets tel acte, tu dois faire telles années en prison. Donc ça empêchait les jeunes de faire des violences envers les filles ou même envers les femmes. On s'échange les idées chaque vendredi soir au club ici. » Coach Sportif Ségou

- **La mise en place des comités locaux et communaux :** Ils ont contribué à la réalisation et au suivi des activités sur le terrain. La redynamisation des Comités régionaux, locaux et villageois d'Abandon des Pratiques Néfastes a permis de renforcer la visibilité du programme et tout favorisant l'adhésion des communautés dans les objectifs visés.

L'ensemble de ces organes facilite l'ancrage du programme au niveau communautaire et constitue un espoir pour la poursuite des activités sur le terrain même si des défis restent à relever pour plus d'efficacité. Dans ce contexte, il a été constaté, par exemple, que des comités communaux et locaux ne sont pas dynamiques dans leur suivi des activités sur le terrain.

- **L'implication des leaders religieux** : Cette initiative a permis de faciliter l'implémentation du programme dans les zones d'intervention. Les leaders religieux ont fait des contributions dans le domaine de la sensibilisation des communautés à travers les prêches, le développement de l'argumentaire religieux.
- **L'initiation des activités de synergie** : Elle a permis aux organisations chapeaux de collaborer ensemble dans la planification et la mise en œuvre des activités dans les différentes localités. Ces activités de synergie ont contribué davantage à renforcer la visibilité du programme.

7 Conclusion de l'efficacité

L'évaluation conclut que le programme a adopté des démarches qui ont concouru à l'atteinte des résultats. Malgré la fragilité du contexte sociopolitique, de l'insécurité et de la crise sanitaire, plusieurs objectifs programmatiques ont été atteints à travers l'établissement de partenariat fécond avec les services techniques de l'Etat, les partenaires de mise en œuvre (PMO). L'une des valeurs ajoutées du programme est le développement des initiatives innovantes qui ont permis d'augmenter la couverture des zones d'intervention notamment les zones d'insécurité.

Pour la continuité des actions pour la phase 2 du programme, le partenariat mérité d'être consolidé davantage et en améliorant le suivi qualité des PMO.

6 Efficience

1 Management du programme

En ce qui concerne Debbo Alafia, les régions initialement concernées étaient Ségou, Mopti et Tombouctou et le programme a démarré dans ces trois régions le 01 octobre 2014. La région Gao-Ménaka s'est rejointe au programme en juin 2016, même si la plupart des activités n'ont pas commencé avant le premier semestre de 2017.

Le programme était structuré autour du dispositif institutionnel suivant :

- Le comité régional de pilotage, présidé par le Gouverneur est composé des services clés au niveau régional. Il assure le suivi des activités menées par les unités de gestion mises en place par les organisations chapeaux et formule des recommandations pour la bonne gestion du programme
- Les unités de gestion de programmes régionaux qui assurent la coordination des actions programmatiques et financières au niveau régional
- Le partage des données issues du programme avec les mécanismes du PRODESS et les autres partenaires gagnerait à être renforcé et systématisé.

- L'ancrage du programme au niveau de comité régional, communal et local à travers la mise place de comités de pilotage et renforcé par des groupements des premiers bénéficiaires, ainsi que l'engagement des communautés et des groupements des bénéficiaires des jeunes et des femmes.
- Les comités de sélection des sous projets et initiatives locales, qui statuent sur la qualité et la pertinence des sous projets, avant de donner un avis favorable ou défavorable pour leur financement.

Si globalement, la stratégie de « faire-faire » s'est bien déroulée dans la plupart des zones visées, il y a eu néanmoins un certain nombre de problèmes.

L'insécurité et la présence des groupes armés, les assassinats, les vols de véhicules, le banditisme résiduel, le couvre-feu avant 18 heures et le besoin de mettre à chaque fois le matériel de travail en sécurité ont eu un impact sur la mise en œuvre du programme. Ceci a provoqué des problèmes dans plusieurs des régions et a parfois incité des projets à quitter le terrain.

Un autre problème qui est survenu concernait la gestion du budget après 2 ans de mise en œuvre. Il y a eu des problèmes dans certaines localités qui se sont retrouvés avec un budget insuffisant pour leur permettre de réaliser tous leurs projets. La solution a été de réduire le nombre de villages couverts (et par conséquent le nombre d'ONG) et de miser un peu plus sur le maintien des émissions radio dans toutes les localités.

Après deux ans et demi de mise en œuvre, une évaluation à mi-parcours a eu lieu en juillet/août 2017 qui a mise en évidence l'efficacité en termes de produits/outputs du programme. A ce stade, il était encore trop tôt pour constater les effets/outcomes. Toutefois l'évaluation a commenté favorablement :

- Les avancées par rapport à la socialisation du débat sur les thématiques de la santé reproductive et la planification familiale ;
- La large diffusion de messages sur les droits et la dignité de la femme ;
- La levée du tabou sur le débat autour des questions de la sexualité
- Le progrès par rapport à l'abandon des pratiques néfastes comme le témoignent les conventions signées dans ce sens
- L'implication et l'engagement de religieux dans la réduction de la célébration de mariages précoces et forcés.

Cette évaluation a permis d'identifier certaines insuffisances dans la mise en œuvre du programme et notamment :

- Absence d'harmonisation des indicateurs et, de ce fait, des résultats et non-respect des critères SMART (spécifique et simple, mesurable, ambitieux et accepté, réaliste et délimité dans le temps).
- Absence ou manque de pertinence du cadre de suivi du rendement
- Rapports parfois insuffisants ou de piètre qualité
- Faiblesse des dispositifs de suivi et notamment relatifs à la mise en œuvre de la théorie du changement.

Les chapeaux ayant déjà identifié les problèmes posés par le manque d'harmonisation des indicateurs, un processus de recadrage du programme a été entamé qui a mené à une

harmonisation des résultats mais également à une simplification et à une harmonisation des indicateurs. Ce recadrage a renforcé la synergie entre les « chapeaux » et a mené à une plus grande collaboration, à l'élaboration d'un plan d'activités concerté et à la mise sur pied d'une série de rencontres de concertation. Par ailleurs, un processus de suivi-évaluation caractérisé par des missions conjointes avec les services techniques de l'état, a été lancé. En ce qui concerne les partenaires de mise en œuvre, une meilleure articulation des cahiers de charge a été introduit, pour clarifier plus précisément leur apport aux résultats du programme.

Une conséquence importante de ce processus de réorientation était la constatation que la période du contrat restante était insuffisante pour la mise en œuvre de ces nouvelles formules et ainsi, pour assurer l'atteinte des résultats. De ce fait, il a été décidé d'accorder au programme une prolongation dans la durée et en termes financiers. Cette reformulation des résultats a donc mené à la signature d'une phase d'extension de douze mois (de janvier à décembre 2019) avec un budget complémentaire en hausse de 20% par rapport au budget initial.

Rallonge budgétaire accordé le 29 août 2018 pour l'année 2019

Tableau 2: Rallonge budgétaire accordé le 29 août 2018 pour l'année 2019

| Région | Budget initial | Budget révisé |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ségou | 3 199 999 960 | 3 999 999 960 |
| Mopti | 3 796 916 691 | 4 400 000 000 |
| Tombouctou | 1 500 000 001 | 2 000 000 000 |
| Gao-Ménaka | 2 100 000 000 | 2 320 000 000 |
| TOTAL FCFA | 10 596 923 560 | 12 719 999 960 |
| TOTAL Euros | 16 154 904 | 19 391 515 |

2 Conclusions

Force est de constater que, en dépit du remaniement du programme, les indicateurs semblent toujours être plus portés sur les aspects quantitatifs que qualitatifs. Cette dimension devrait retenir l'attention et servir pour informer l'amélioration du design de la prochaine phase. Cependant, la concertation entre les organisations « chapeaux » semble avoir produit des résultats positifs avec un échange d'idées fructueux et la nouvelle approche du suivi-évaluation a certainement porté ses fruits, notamment en termes d'un meilleur ancrage institutionnel du programme.

7 Effets

Pour analyser la performance du programme, les résultats de l'enquête quantitative ont été mis en avant et complétés par ceux de l'enquête qualitative.

1 Caractéristiques Socio démographiques

1.1 Profil des femmes enquêtées

Au total 590 femmes en âge de procréer ont été enquêtées avec succès, soit un taux de couverture de 98%. Le tableau ci-dessous présente le profil des femmes enquêtées par région.

Tableau 3: Profil sociodémographique des femmes en âge de procréer⁸

| Caractéristiques Sociodémographiques | | Région de résidence | | | | | Ensemble | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------------|-------|------------|--------|--------|----------|----------|
| | | Ségou | Mopti | Tombouctou | Gao | Ménaka | % | Effectif |
| Niveau d'instruction | Aucun | 66.7% | 77.7% | 67.5% | 41.2% | 80.3% | 64.2% | 379 |
| | Fondamental 1 | 20.8% | 7.4% | 18.3% | 20.9% | 13.2% | 16.6% | 98 |
| | Fondamental 2 | 9.2% | 9.9% | 9.2% | 19.0% | 5.3% | 11.4% | 67 |
| | Secondaire & + | 3.3% | 5.0% | 5.0% | 19.0% | 1.3% | 7.8% | 46 |
| Groupe d'âge | 15-24 ans | 26.7% | 19.0% | 15.0% | 12.4% | 9.2% | 16.8% | 99 |
| | 25-29 ans | 22.5% | 24.8% | 22.5% | 17.6% | 30.3% | 22.7% | 134 |
| | 30-34 ans | 15.0% | 22.3% | 23.3% | 26.8% | 26.3% | 22.7% | 134 |
| | 35-39 ans | 14.2% | 24.8% | 26.7% | 23.5% | 18.4% | 21.9% | 129 |
| | 40-49 ans | 21.7% | 9.1% | 12.5% | 19.6% | 15.8% | 15.9% | 94 |
| Ethnie | Bambara/Malinké | 29.2% | 5.8% | 1.7% | 2.0% | 0.0% | 8.0% | 47 |
| | Peulh | 8.3% | 19.8% | 5.8% | 4.6% | 0.0% | 8.1% | 48 |
| | Sarakolé | 29.2% | 14.0% | .8% | 0.0% | 0.0% | 9.0% | 53 |
| | Sonrhaï | 0.0% | 1.7% | 41.7% | 44.4% | 5.3% | 21.0% | 124 |
| | Dogon | 2.5% | 54.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 11.7% | 69 |
| | Tamasheq | 0.0% | 0.0% | 29.2% | 40.5% | 86.8% | 27.6% | 163 |
| | Minianka | 16.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 3.4% | 20 |
| | Arabe/Maure | 0.0% | 0.0% | 11.7% | 5.9% | 7.9% | 4.9% | 29 |
| | Bozo | 6.7% | 0.0% | 8.3% | 2.0% | 0.0% | 3.6% | 21 |
| | Autre | 7.5% | 4.1% | .8% | .7% | 0.0% | 2.7% | 16 |
| Religion | Musulman | 99.2% | 98.3% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 99.5% | 587 |
| | Chrétien | .8% | .8% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | .3% | 2 |
| | Autres | 0.0% | .8% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | .2% | 1 |
| Statut matrimonial | Marié | 100.0% | 99.2% | 82.5% | 85.6% | 97.4% | 92.2% | 544 |
| | Célibataire | 0.0% | .8% | 8.3% | 8.5% | 0.0% | 4.1% | 24 |
| | Séparé | 0.0% | 0.0% | 2.5% | 3.9% | 2.6% | 1.9% | 11 |
| | Veuve | 0.0% | 0.0% | 6.7% | 2.0% | 0.0% | 1.9% | 11 |

⁸ Source : Evaluation finale Debbo Alafia, 2021

| Caractéristiques Sociodémographiques | | Région de résidence | | | | | Ensemble | |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------|------------|------------|------------|-----------|----------|------------|
| | | Ségou | Mopti | Tombouctou | Gao | Ménaka | % | Effectif |
| Change ment de lieu d'habitation | Resté sur place | 99.2% | 97.5% | 72.5% | 79.7% | 96.1% | 88.0% | 519 |
| | Déplacé | .8% | 2.5% | 4.2% | 8.5% | 3.9% | 4.2% | 25 |
| | Déplacé de retour | 0.0% | 0.0% | 23.3% | 11.8% | 0.0% | 7.8% | 46 |
| Total | | 120 | 121 | 120 | 153 | 76 | | 590 |

Une grande majorité (64%) des femmes sont sans niveau d'instruction. Celles de Mopti (78%) et de Ménaka (80%) sont les moins instruites.

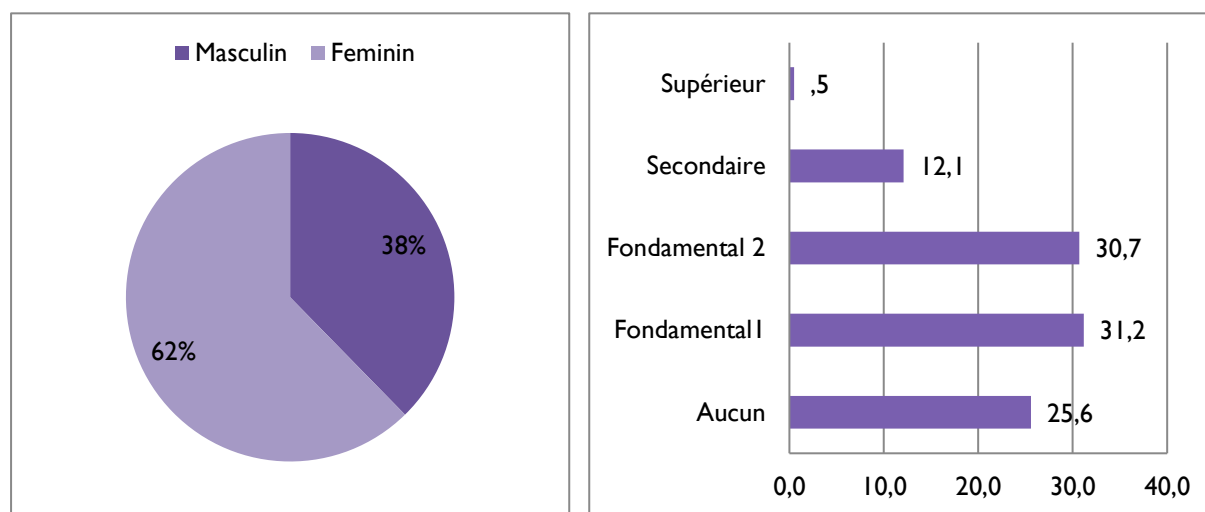
La moyenne d'âge se situe pratiquement entre 31 et 32 ans. 50% des femmes ont moins de 31 ans et l'autre moitié 31 ans ou plus.

Selon la répartition ethnique, la région de Ségou est à majorité Bambara/malinké (29%) et Sarakolé (29%). Dans les autres régions on retrouve dogon (55%) et peuhl (20%) à Mopti, Tombouctou Sonrhäï (42%) et Tamasheq (29%), Gao Sonrhäï (44%) et Tamasheq (41%), Ménaka Tamasheq (87%) et Arabe (8%).

1.2 Profil des adolescents enquêtés

L'enquête adolescente a concerné les jeunes de 10-17 ans tout sexe confondu. Selon les résultats, 62% des adolescents sont de sexe féminin, 38% de sexe masculin⁹.

Graphique 1: répartition des adolescents par sexe et par niveau d'instruction



Par rapport à l'instruction, 26% des adolescents sont sans aucun niveau d'instruction. Parmi eux, 31% ont atteint le niveau fondamental premier cycle, 31% le niveau fondamental second cycle et seulement 12% le niveau secondaire. Concernant la situation matrimoniale, ils sont en grande majorité des célibataires (89,3%).

⁹ Sources : Evaluation finale Debbo Alafia, 2021

2 Évaluation du recours aux soins de santé prénatals et postnatals

En matière de la santé de la reproduction, la réalisation des consultations prénatales, l'accouchement assisté, les consultations postnatales est importante pour non seulement prévenir les complications mais d'également d'avoir des informations adéquates sur les méthodes de PF.

C'est pourquoi ces informations ont été collectées auprès des femmes en âge de procréer (15-49 ans). Le tableau¹⁰ ci-dessous donne des informations relatives à ce sujet.

Tableau 4: Répartition par l'obtention de grossesse et réalisation des consultations prénatales selon le profil des femmes

| | | De 2015 à 2020 avez-vous contracté au moins une grossesse | Avez-vous fait des consultations prénatales |
|---------------------------------|-------------------|---|---|
| Région de résidence | Ségou | 86.7% | 94.2% |
| | Mopti | 92.6% | 97.3% |
| | Tombouctou | 75.8% | 94.5% |
| | Gao | 68.6% | 95.2% |
| | Ménaka | 77.6% | 100.0% |
| Niveau d'instruction | Aucun | 80.7% | 95.1% |
| | Fondamental 1 | 87.8% | 98.8% |
| | Fondamental 2 | 73.1% | 98.0% |
| | Secondaire & + | 65.2% | 93.3% |
| Groupe d'âge | 15-24 ans | 85.9% | 95.3% |
| | 25-29 ans | 79.9% | 94.4% |
| | 30-34 ans | 88.8% | 96.6% |
| | 35-39 ans | 79.8% | 97.1% |
| | 40-49 ans | 60.6% | 96.5% |
| Changement de lieu d'habitation | Resté sur place | 80.5% | 96.4% |
| | Déplacé | 72.0% | 94.4% |
| | Déplacé de retour | 76.1% | 91.4% |
| Ensemble | | 79.8% | 96.0% |

Dans l'ensemble, 80% des femmes en âge de procréer ont contracté au moins une grossesse entre les années 2015 et 2020. Ce taux est encore élevé à Mopti (93%) tandis que celui de Gao est beaucoup plus inférieur à la moyenne avec un écart de moins de 11%.

Selon les résultats de cette étude, elles semblent bien être conscientes de ces risques et de l'importance de la consultation avant et après l'accouchement. Ainsi, 96% des femmes tombées enceinte dans l'intervalle d'année 2015-2020 ont effectué au moins une consultation au moment de la dernière grossesse.

¹⁰ Source : Evaluation finale Debbo Alafia, 2021

La région de résidence et le niveau d'instruction n'ont statistiquement pas d'influence significative sur la consultation prénatale. Par contre 39% des femmes âgées de 40 ans ou plus n'ont bénéficié d'aucun soin prénatal lors de la dernière grossesse. Cela peut laisser à croire que certaines femmes, vu leur expérience dans la maternité minimise le risque de non-recours aux soins prénatals.

A des questions « quelle a été l'issue de votre dernière grossesse » et « durant les 4 semaines de l'accouchement, êtes-vous allés à l'hôpital pour des soins » ; nous avons recueilli des réponses consignées dans le tableau ci-dessous¹¹.

Tableau 5: Répartition par région selon l'issue de la grossesse et les consultations post-natales

| | | Région de résidence (%) | | | | | Ensemble | Effectif |
|--|---|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| | | Ségou | Mopti | Tombouctou | Gao | Ménaka | | |
| L'issue de la dernière grossesse | Grossesse en cours | 12.5 | 9.8 | 15.4 | 7.6 | 0.0 | 9.8% | 46 |
| | Arrivé à bon terme | 80.8 | 87.5 | 72.5 | 82.9 | 83.1 | 81.5% | 384 |
| | Des difficultés au moment de l'accouchement | 1.0 | 0.0 | 2.2 | 3.8 | 3.4 | 1.9% | 9 |
| | Césarienne | 1.0 | 1.8 | 5.5 | 3.8 | 13.6 | 4.2% | 20 |
| | Mort-né | 2.9 | 0.0 | 4.4 | 1.0 | 0.0 | 1.7% | 8 |
| | Fausse couche | 1.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 0.0 | 0.4% | 2 |
| | Autres | 1.0 | .9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.4% | 2 |
| Total | | 100.0% | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 471 |
| Durant les 4 semaines de l'accouchement, êtes-vous allés à l'hôpital pour des soins ? | | 86.8% | 89.1 | 81.8 | 87.6 | 100.0 | 88.5 | 376 |

Dans l'ensemble 82% des grossesses sont arrivées à bon terme et 10% était encore en cours au moment de l'enquête, 4% se sont soldées par la césarienne, 2% ont rencontré des difficultés au moment de l'accouchement.

On note 4% de mort-né à Tombouctou, 14% de césarienne à Ménaka et 4% de difficulté au moment de l'accouchement à Gao.

Durant les quatre (4) semaines suivant l'accouchement, 89% des femmes qui ont accouché ont été à l'hôpital pour des soins.

¹¹ Source : Evaluation finale Debbo Alafia, 2021

3 Le mariage des enfants

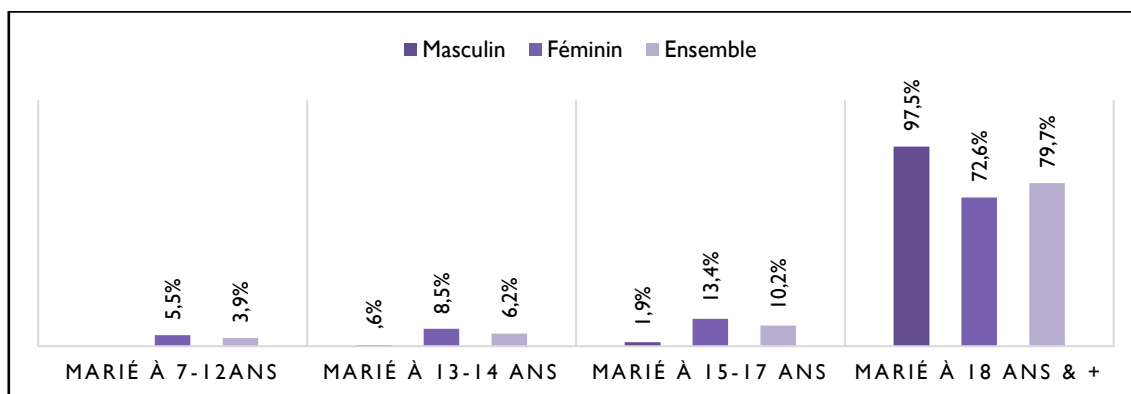
Les données qualitatives de l'évaluation montrent que le programme a engagé des actions contribuant à la signature des conventions publiques d'abandon. De manière participative, des mécanismes locaux ont été pris pour sanctionner toute pratique relative au mariage d'enfants dans les communautés d'abandon. La démarche adoptée par le programme a favorisé l'adhésion des communautés dans la lutte contre le mariage d'enfant.

En termes de conséquences, l'évaluation note que le niveau de connaissances des bénéficiaires sur les méfaits du mariage d'enfants sur le plan social, économique et sanitaire a connu une amélioration.

*« Le mariage d'enfant a vraiment connu un changement positif du fait que la population avait pris conscience des effets néfastes de la pratique sur la personnalité de l'enfant ainsi que sur son développement. Bon nombre des personnes ont abandonné la pratique par peur d'exposer leurs filles à des problèmes. Ils préfèrent laisser les filles continuer avec leur parcours scolaire »
Femme enceinte, Tillémidesse, District sanitaire de Tombouctou.*

Les données quantitatives ont permis de dénombrer 561 mariages dans les ménages de 2015 à 2020. Dans l'ensemble, on note parmi ces mariages 20% qui ont été célébrés avant que la personne n'atteigne 18 ans. Le graphique¹² ci-dessous montre la répartition du mariage d'enfant sur la période de 2015-2020 ;

Tableau 6: Répartition des mariages par âge selon le sexe (mariage précoce) de 2015-2020



Il ressort que le taux de mariage précoce est estimé à 20% de l'ensemble des mariages célébrés durant cette période. Les filles sont les principales victimes de cette pratique avec un taux de 26% contre 2% pour les garçons.

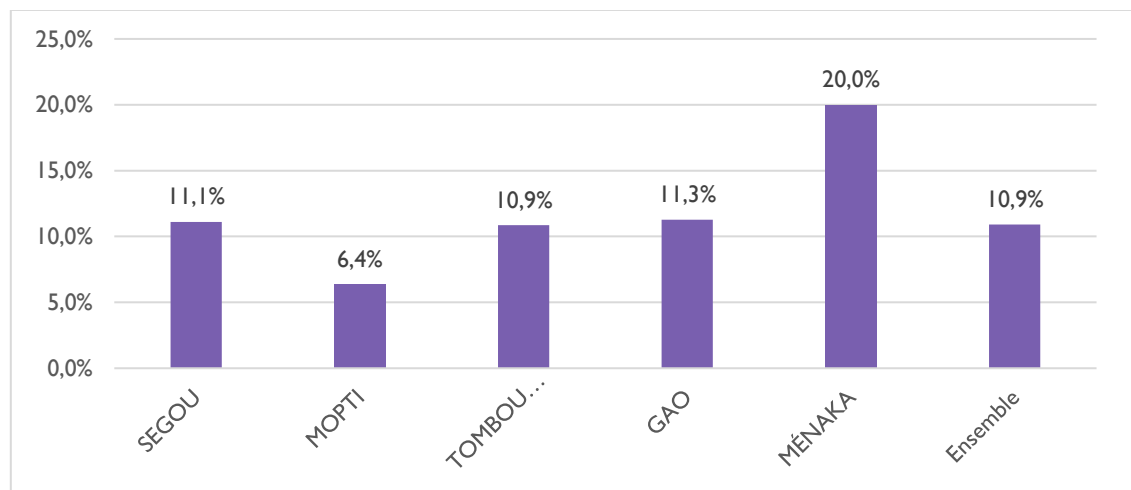
Les résultats approfondis sur l'âge au mariage nous renseignent encore davantage sur le mariage d'enfant. En effet, on réalise 6% de mariage de fille à l'âge de 7-12 ans, 13-14 ans (9%), 15-17ans (13%).

Dans le but de mettre l'accent sur la contribution du programme, l'indicateur du taux de mariage d'enfant a été calculé sur l'échelle des deux dernières années (2019, 2020). De ce fait, l'effectif

¹² Source : Evaluation finale Debbo Alafia, 2021

des mariages avant 2019 ont été automatiquement écarté afin d'éviter la surestimation de l'indicateur. Les résultats y afférant apparaissent dans le graphique ci-après.

Graphique 2 : Proportion des mariages d'enfant dans les régions au cours des deux années 2019 et 2020.



Par rapport au taux global au cours de la période 2015-2020, on constate une réduction presque de moitié de l'intensité des mariages précoces dans les localités concernées par l'évaluation en se focalisant uniquement sur les deux dernières années (2019 et 2020). Elle a en effet chuté de 20% à 11% dans les deux années concernées.

Cette baisse ne s'est pas faite sentir dans la région de Ménaka qui conserve les 20%. Mopti observe le plus bas niveau avec 6%.

S'agissant l'implication dans la prise de décision pour les 11% de mariage précoce, 78% des répondants (en majorité hommes) ont été impliqués dans la prise de décision contre 22% qui ont répondu de manière négative.

4 L'excision

Les données qualitatives de l'évaluation révèlent que la contribution du programme en matière de lutte contre l'excision réside dans l'implication des leaders religieux, des associations féminines et de la jeunesse pour inverser la tendance. L'évaluation note qu'il y a eu une liberté d'expression autour de la pratique de l'excision considérée depuis longtemps comme une question taboue dans la société malienne. Les sensibilisations réalisées à la télévision, aux radios, les rencontres intergénérationnelles etc., ont favorisé un changement de comportement social en matière de l'abandon de la pratique de l'excision.

L'évaluation note un effet de boule de neige des communautés d'abandon sur des communautés pratiquantes. Celles-ci, demandent à être couvertes par le programme en vue d'abandonner la pratique de l'excision.

Dans les zones concernées par l'évaluation, les différents groupes cibles (leaders communautaires, femmes, hommes et jeunes etc.) ont acquis des connaissances sur les conséquences de la pratique de l'excision sur les filles.

Concernant les données quantitatives de l'évaluation, au total, 1042 filles de 0-15 ans ont été dénombrées dans les ménages sélectionnés. 36% étaient excisées au moment de l'enquête et parmi celles-ci, plus de la moitié (55%) l'était déjà avant 2015. La situation de 3% des filles n'a pas été éclairée.

Tableau 7: Situation de l'excision au sein de la population âgée de 0-15 ans

| | % | Effectif |
|--|-----|-------------|
| Totale Excisée | 36% | 379 |
| Excisées avant l'année 2015 | 20% | 209 |
| Excisées au cours de la période 2015-2020 | 16% | 170 |
| Non excisées | 61% | 635 |
| Refus de répondre | 3% | 28 |
| Total | | 1042 |

La population non-excisé représente 61% de l'ensemble des filles âgées de 0-15 ans.

L'indicateur taux d'excision présenté dans le tableau ci-dessous ne prend pas en considération l'effectif des filles excisées avant 2015 dans l'opération de calcul.

Cela s'explique par le fait que le programme a démarré en toute effectivité ses activités dans les régions en 2015. Donc ne pouvant avoir aucun effet sur ces cas d'excision, tenir compte de cet effectif fera une surestimation du niveau de l'excision sous le programme.

4.1 Prévalence de l'excision

Sachant que certaines actions prennent de l'effet à court ou à long terme, nous avons jugé nécessaire de mesurer le taux d'excision à deux périodes (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 8: Répartition des taux d'excisions par région et par âge

| | | Taux d'excision 2015-2020 | Taux d'excision 2019 & 2020 |
|-----------------------|------------|---------------------------|-----------------------------|
| Région | Ségou | 35% | 8% |
| | Mopti | 45% | 11% |
| | Tombouctou | 4% | 2% |
| | Gao | 2% | 1% |
| | Ménaka | 2% | 0% |
| Age des filles | 0-3 ans | 31% | 17% |
| | 4-6 ans | 39% | 5% |
| | 7-9 ans | 27% | 2% |
| | 10-15 ans | 5% | 2% |
| Ensemble | | 20% | 5% |

Dans la période 2015-2020, le taux global de l'excision est estimé à 20% contre 5% pour la période des deux dernières années (2019, 2020).

La pratique de l'excision n'est pas une chose courante dans les régions nord du Mali (Tombouctou, Gao, Ménaka). Elle est d'une intensité extrêmement faible par rapport à Ségou et Mopti. Au regard des résultats, dans la période 2015-2020, le taux d'excision est estimé 35% à Ségou, 45% à Mopti contre 4% à Tombouctou et 2% à Gao et à Ménaka.

Le taux d'excision des filles de 0-15 ans sur la base des deux dernières années est encore faible à tous les niveaux. Et cela est tout à fait logique. Selon ces informations, le taux d'excision de Ségou est de 8%, Mopti (11%) et les 3 régions du nord (2% ou moins).

Toujours dans les années 2019 et 2020, l'excision est beaucoup plus fréquente à bas âge, soit 17% pour les 0-3 ans, 4-6 ans (5%), 7 ans et plus (2%).

Dans l'ensemble, 65% de femmes ont été sensibilisées, informées ou formées sur les MGF/Excision dans les 5 régions couvertes.

5 La Planification Familiale

5.1 Cas des femmes en âge de procréer

Selon les données qualitatives, le programme a contribué au renforcement des connaissances des bénéficiaires sur les méthodes de PF. L'évaluation note que les femmes font recours aux relais, Agents de Santé Communautaire (ASC), et au personnel des centres de santé pour accéder aux méthodes de PF. Les sensibilisations faites par le programme ont favorisé l'engagement des époux dans l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes. Par conséquent, il y a des hommes (époux) qui accompagnent leurs femmes aux centres de santé dans le but d'obtenir des méthodes contraceptives. Cette initiative a permis aux hommes « réticents » de devenir par la suite des hommes « engagés » « modèles » dans l'utilisation des produits contraceptifs.

« J'ai demandé à ma première femme d'utiliser une méthode de contraception parce que ses naissances étaient rapprochées. Même présentement, elle utilise une méthode de contraception » Homme participant au focus group, Kalaké, District Sanitaire de Barouéli.

« Les hommes ont pris conscience maintenant des avantages de la planification familiale puisque certains accompagnent leurs femmes pour faire le choix ensemble d'une méthode de PF au centre de santé. Auparavant il y avait une réticence du côté des hommes due à l'attachement aux valeurs sociétales » Femme enceinte, Tillémidesse Tombouctou.

Une avancée a été constatée concernant la disponibilité des méthodes de contraception dans les structures de santé. Cela a été possible à travers d'autres programmes financés par l'Ambassade Royale des Pays-Bas tels que le « Programme Bangué Nyèta (BKN) » et le « programme atteindre le dernier kilomètre », tous intervenants dans la dotation des structures de santé en produits contraceptifs. Par la suite, il a été demandé au programme Debbo Alafia de se focaliser sur la création de la demande afin d'améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives.

Quant aux données quantitatives, globalement, (93%) des femmes sont satisfaites de l'utilisation des méthodes contraceptives. S'agissant l'accès à ces produits contraceptifs, 95% des femmes expriment ne pas avoir de difficulté majeure pour se rendre en possession des contraceptifs.

Il a eu une réduction des filles mères, des grossesses rapprochées et indésirées, des maladies sexuellement transmissibles (IST/VIH Sida). Cela peut avoir des implications positives sur le maintien des filles à l'école, la réduction de l'exode rural, le bien-être familial etc.

« C'est à partir de 2020 qu'on a commencé à ne pas rencontrer les filles mères célibataires chez nous. Ensuite chez les femmes mariées, les naissances étaient très rapprochées chez certaines femmes, maintenant on a trouvé une solution à tout ça. » Coach Sportif Ségou

« Au début du programme la prévalence contraceptive était à 5% et aujourd'hui nous nous sommes à 15,6%. » Membre ASACO, Bourem Inaly.

Il ressort des données quantitatives collectées que 91% des femmes ont déjà eu des informations sur la planification familiale, 88% connaissent au moins une méthode contraceptive moderne et 52% l'ont utilisé au cours des 5 dernières années.

Les femmes de Ségou sont les plus informées (97%) sur la PF et celles de Ménaka (92%) connaissent plus les méthodes contraceptives modernes et sont également nombreuses (70%) à les utiliser. Tombouctou observe le taux le plus bas avec 39% d'utilisation.

L'utilisation des contraceptifs varie avec le niveau d'instruction. Plus la femme est instruite plus elle a des fortes chances d'utiliser une méthode moderne de contraception.

Les femmes du niveau d'instruction secondaire ou plus connaissent à 100% une méthode moderne et 83% d'entre elles l'ont déjà utilisé dans les 5 dernières années contre 49% de celles d'aucun niveau d'instruction.

5.2 Cas des adolescents (filles et garçons)

Selon les résultats, une grande majorité (80%) des adolescents ont déjà entendu parler de la planification familiale. 72% d'entre eux connaissent au moins une méthode contraceptive moderne et 29% l'ont déjà utilisé.

Bien que dans l'ensemble 80% des adolescents ait été informé sur les PF, ce résultat est très contrasté dans les différentes régions. Pendant que Ségou et Mopti sont à environ 64%, Gao Tombouctou et Ménaka sont respectivement à 87, 90 et 97%. Cette tendance est respectée au niveau de la connaissance d'au moins d'une méthode contraceptive et le taux de prévalence contraceptive des adolescents.

À peine, 5% des adolescents de la région de Mopti ont utilisé une méthode de contraception dans les 5 dernières années, la région de Ségou encore moins. Les plus forts taux de prévalence sont observés dans les 3 régions du nord soit 40% à Gao, Tombouctou (48%) et Ménaka (50%).

6 Violences basées sur le genre

De façon qualitative, les actions du programme ont influé positivement sur la perception des communautés quant au respect des droits de l'homme. Les populations des zones d'intervention

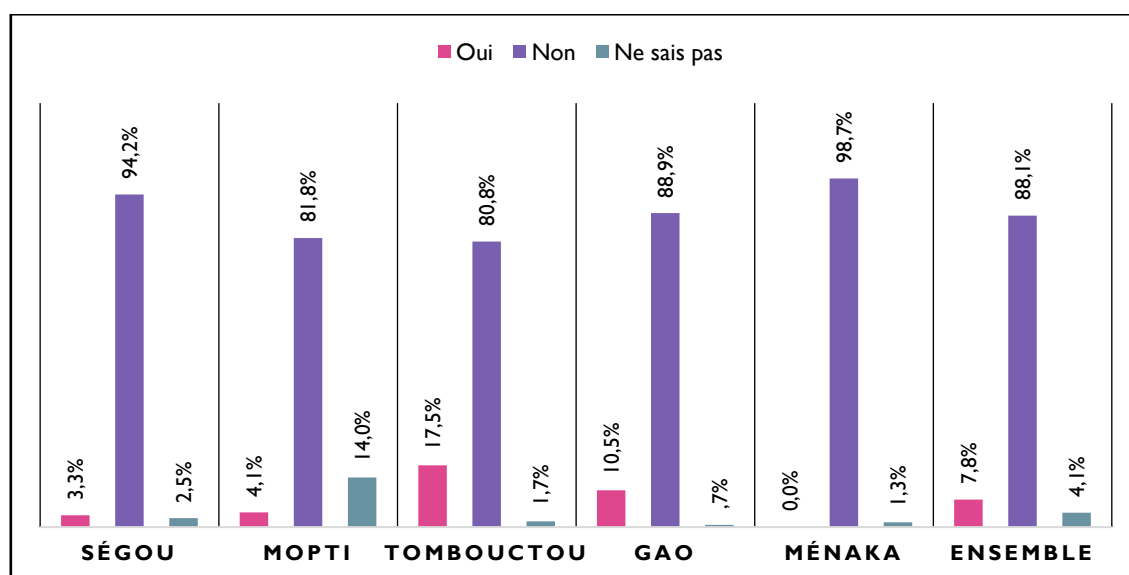
du programme accordent d'importance aux droits spécifiques des femmes et des filles tels que la scolarisation, la possibilité de choisir le conjoint, l'utilisation des méthodes de contraception etc.

Il a été constaté lors de l'évaluation que les comités de veille sont actifs dans la dénonciation des violences faites aux femmes, filles et garçons. Certains imams à Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka ont fait des prêches au niveau des mosquées qui ont favorisé l'éveil de conscience en termes de respect des droits des femmes, filles et garçons.

« La perception des communautés sur les droits des femmes, des jeunes filles et garçons est favorable parce que ces communautés ont compris que l'homme et la femme sont complémentaires. » Femme enceinte, Tillémidesse.

Les données quantitatives indiquent que dans l'ensemble que 8% de cas de violences basées sur le genre au sein de la population féminine ont été commis. Ce phénomène touche beaucoup plus la région de Tombouctou avec environ 18% et celle de Gao (11%).

Graphique 3: % de femmes victimes de VBG par région durant les deux années (2019 et 2020)



Du côté des adolescents, il ressort que 12% des adolescents ont déclaré être victimes de VBG au cours des deux dernières années (2019 et 2020) dont 15% de fille et 6% de garçon. Il y a eu plus de cas de ce genre à Ségou (19%) et Tombouctou (18%) comparativement aux autres régions.

7 Les goulots d'étranglement

Au-delà des performances réalisées sur le terrain, l'évaluation a noté des barrières d'ordre multidimensionnelles en matière de lutte contre l'excision, le mariage d'enfant, la PF et autres

formes de VBG. La persistance de ces barrières justifie davantage la phase 2 du programme tout en apportant de solutions appropriées.

7.1 Le mariage précoce des filles, encore une réalité

Malgré les sensibilisations faites au sein des communautés, le mariage d'enfant constitue une pratique courante. Plusieurs parents enquêtés lors de l'évaluation reprochent aux jeunes filles d'adopter des comportements sexuels bien avant leurs mariages. Ce qui est en déphasage avec les normes sociales et les prescriptions religieuses. Pour prévenir la contraction de grossesse hors mariage, certains parents ont tendance à marier leurs filles bien avant 18 ans reconnus comme l'âge légal.

Ainsi les filles scolarisées qui ont été exclues de l'école pour faute de performance constitue un une motivation chez leurs parents à les marier tôt. A cela s'ajoute aussi la pauvreté des familles entraînent des difficultés dans la prise charge dépenses.

A face à l'impossibilité, plusieurs filles tentent de fuir dès que les parents leurs proposent en mariage. La plupart de ces filles se trouvent dans les grandes villes dans des conditions inappropriées (absence de logement, manque d'emploi décent, difficulté d'accéder aux soins de santé etc.). Ce qui contribue à les fragiliser davantage, par exemple cas de (viol, agressions physiques, contraction de grossesse, IST/VIH/Sida etc.).

Dans ce cas de figure, les mères de ces filles subissent de critiques qui ne sont pas justifiées. Les parents reprochent aux mères biologiques d'avoir aidé ou soutenu leurs jeunes filles à fuir vers les capitales régionales ou parfois aux pays voisins.

« Même si la fille fuit parce qu'elle n'a pas encore l'âge du mariage, sa mère ne sera pas épargnée de la querelle. Même si la mère n'est pas au courant de la situation, les gens vont dire que c'est la mère de la fille qui l'a aidé à fuir. » Femme Participante Focus group, Boidié, District Sanitaire de Barouéli

7.2 La persistance de la pratique de l'excision

Dans les localités concernées par l'évaluation, il existe un attachement profond de certaines communautés croyant que l'excision de la fille est une tradition à conserver. Il existe toujours de la pression sociale qui encourage l'excision. Les filles non excisées ainsi que leurs familles continuent à subir des propos stigmatisant qui freinent l'élan de l'abandon. Pour cette catégorie de la population, le fait de ne pas exciser la fille met en péril son statut de femme.

Dans le district sanitaire de Boidié dans la région de Ségou, cette pression sociale de l'excision est vive. La fille non excisée a des difficultés de se marier au sein de la communauté. D'où la motivation de certains parents à maintenir la pratique de l'excision. Compte tenu de la forte probabilité de ne pas avoir un mari, des filles non excisées sont contraintes de partir en exode rural afin d'avoir un mari hors de leurs localités d'origine.

« Nous ne pouvons pas abandonner la pratique de l'excision. C'est une vieille coutume que nous respectons pour que nos filles ne soient pas traitées de "Djofolo" (non excisées) méprisées ou bannies de leurs groupes d'âge » FGD femmes, Tombouctou.

« Moi, j'ai excisé mes filles parce que chez nous tant que tu n'excises pas la fille, ce n'est pas facile. Sinon on a entendu parler aux radios qu'on ne doit pas exciser les filles. » Femme Participant Focus group, Boidié District Sanitaire de Barouéli.

Dans cet objectif que certaines familles adoptent des pratiques de contournement des sanctions établies dans les communautés ayant signé des conventions d'abandon de l'excision. On parle de la « délocalisation de la pratique » c'est-à-dire quitter d'une zone pour une autre dans la plus grande discrétion possible. Dans certains cas, les villages environnants, les régions éloignées et mêmes les frontières sont pris comme des zones pour échapper au contrôle social dans les communautés d'abandon.

Les types d'acteurs qui se mobilisent pour le maintien de la pratique de l'excision sont généralement les personnes âgées (femmes, hommes, grands-parents ainsi que les religieux et traditionnels). Leur motivation, c'est de perpétuer la pratique de l'excision léguée par les premières générations.

« Ils se disent que l'excision est une pratique traditionnelle très ancienne depuis le temps des arrière-grands-parents. Chez nous, les filles qui ne sont pas excisées, on les appelle "bilakoroni" ». Femme en âge de procréer, Boidié.

7.3 Relâchement par certains villages de l'abandon suite à l'influence des villages pratiquants

Qu'il s'agit du mariage d'enfants ou de la pratique de l'excision, il a été constaté lors de l'évaluation que les communautés n'ayant pas signé les conventions d'abandon public exercent une influence négative sur les communautés d'abandon (celles ayant déjà signé publiquement les conventions). L'influence des communautés voisines favorise la reprise des pratiques (mariage d'enfants et excision) et constitue un blocage de la certification.

Par exemple dans le cercle de Baraouéli, les villages de Djidian et de Dotimbougou devaient signer la convention d'abandon. Dès que Djidian a signé, Dotimbougou a refusé à cause des rivalités internes entre les deux communautés.

Nous notons que le contraire se produit également. Un village en signant la convention, exerce une influence positive sur d'autres villages, les encourageant d'aller vers la signature d'un abandon.

7.4 Les motivations financières, une conditionnalité pour aller vers les signatures d'abandon des Pratiques Traditionnelles Néfastes

L'évaluation note qu'il y a une tendance chez les leaders communautaires à conditionner la signature d'abandon publique à l'octroi d'argent ou de réalisations symboliques (réalisation de jardin maraîcher, école, etc.). Cet aspect a été évoqué par un agent de la DRPFEF de Mopti. Pour ces catégories de leaders, le fond des Pratiques Traditionnelles Néfastes (PTN) ne doit pas rester uniquement dans les mains des acteurs de mise en œuvre (ONG). La signature des

cérémonies d'abandon est en voie de devenir un enjeu auquel il faut trouver une stratégie d'encadrement.

7.5 La planification familiale

Les goulots d'étranglement dans le domaine de la PF constituent en priorité la rupture des intrants. La plupart du personnel de santé ainsi que les utilisatrices rencontrées lors de l'évaluation ont mis l'accent sur la rupture des produits contraceptifs comme étant un gap auquel il faut apporter de solutions adéquates.

Par exemple, dans la région de Tombouctou, précisément l'aire de santé de Gari (district sanitaire de Diré) connaît la rupture de l'ensemble des intrants de PF depuis quelques temps de selon un agent du CScom enquêté.

Aussi, le CScom de Salakoira (district sanitaire de Tombouctou) connaît la rupture depuis 3 mois. Les pullules qu'il a reçu tout dernièrement étaient presque périmées et non pas pu être utilisées.

« Le seul partenaire qui approvisionne le centre de santé est Debbo Alafia et ils sont en rupture depuis trois mois aucune méthode n'existe. Les derniers pullules qu'ils ont amené étaient presque périmées donc nous étions dans l'obligation de les jeter. Maintenant les autres méthodes aussi sont terminées » Personnel de Santé, Salakoira District Sanitaire de Diré

La rupture des méthodes de contraception a été aussi signalée dans l'aire de santé de Tagalalt (Tanguaya) dans le district sanitaire de Anderamboukane. Selon le personnel de santé enquêté lors de l'évaluation, le CScom ne disposait que des injectables.

La rupture est aussi expliquée par le fait que lors du démarrage, le projet atteindre le dernier Km avait connu un retard.

« Quand le projet atteindre le dernier Km a connu un retard dans sa mise en œuvre entre temps on avait des ruptures de produits contraceptifs et quand on a demandé Debbo, il ne pouvait pas payer ces produits pour nous. C'était le projet atteindre le dernier km qui devait faire l'approvisionnement. Donc, il faut que ça soit décentralisé pour permettre à chaque région, comme pour le passé, de faire l'expression de ses besoins pour assurer la disponibilité des intrants » DRS, Mopti

En outre, la complémentarité et la synergie voulue au départ par le programme Bangué Kolossi Nièta (BKN) intervenant dans l'offre des services n'a pas donné assez d'effet. La rupture des intrants contraceptifs a mis en mal l'effet de la création de la demande qui était le créneau de Debbo Alafia.

A cause des pesanteurs socioculturelles, des jeunes garçons (filles et garçons) se cachent pour s'approvisionner en méthodes de planification familiale dans les structures de santé. Cette contrainte fait que parfois certains jeunes sollicitent le personnel de santé de leur classe d'âge pour bénéficier des méthodes de contraception dans la discrétion.

« La fréquentation des jeunes est un peu faible en matière de PF parce qu'ils ont honte de venir, ils passent par l'intermédiaire de leurs amis qui travaillent au centre de santé » Personnel de santé, CScom, Dandoli cercle de Bandiagara, région de Mopti

Globalement 65% des femmes n'ayant pas utilisé des méthodes de contraception ont exprimé l'absence du besoin.

Comme raison de non-utilisation, la peur de stérilisation et la religion sont citées chacune à hauteur de 9%. Dans 6% des cas le mari s'est opposé, 3% pour manque de connaissance et 2% respectivement par peur de la communauté et à cause de difficultés d'accès.

Les données par région mettent en évidence les particularités des résultats de Tombouctou qui méritent un accent particulier. Selon ces informations, on note 40% d'absence de besoin, 16% de peur de stérilisation, 19% pour des raisons religieuses, 14% de cas de refus du mari, 6% par peur de la communauté et 4% pour les difficultés d'accès à ces méthodes modernes.

En outre, on observe dans la région de Mopti 15% de cas de peur de stérilisation, Mopti 14% de raisons religieuses, Ménaka 9% de raison religieuse et également 9% de difficultés d'accès.

S'agissant des adolescents, en général ceux qui n'utilisent pas de contraceptif, beaucoup (60%) ne sont pas dans le besoin ou sont plutôt sexuellement inactif. La religion est la cause à 15%, le manque de connaissance 9%, la peur de stérilisation

7.6 Défi dans le cadre des violences basée sur le genre

Le programme a été confronté au soulèvement de la classe religieuse dû à l'intégration de l'éducation sexuelle complète dans le curricula dans l'enseignement fondamental au Mali. Le Haut Conseil Islamique du Mali à travers son président à l'époque (Mahmoud Dicko) s'est opposé à la réalisation de ce projet. Par la suite, la Coalition des Forces Patriotiques (Cofop), un regroupement de plusieurs partis politiques, a soutenu le Haut Conseil Islamique du Mali dans son mouvement de protestation contre ledit projet.

Le 02 janvier 2019, le ministère des Affaires religieuses et du Culte accompagné de ceux de l'Education Nationale et de la Jeunesse et de la Construction citoyenne dans le cadre de la rencontre avec l'ensemble des acteurs religieux, a affirmé que le programme de l'éducation Sexuelle complète a été abandonné par les plus hautes autorités du Mali.

En début de l'année 2021, l'adoption de l'avant-projet de loi contre les Violences Basées sur le Genre a été contestée par les religieux. La thèse avancée par la classe religieuse qu'est l'article 3 de l'avant-projet de loi comporte des ambiguïtés qui vont à l'encontre des valeurs sociétales du Mali.

Ces différents exemples montrent bien qu'il existe suffisamment d'obstacles en matière de lutte contre les VBG. Pour la phase 2 programme, la synergie entre les différents acteurs de lutte contre les VBG pour apporter de solutions aux difficultés survenues.

7.7 Facteur d'insécurité

Dans la mise en œuvre du programme, l'insécurité a constitué une difficulté. Dans les régions de Ménaka, Gao, Mopti et Ségou, toutes les localités n'ont pas pu être couvertes par les activités. Avec l'accentuation de la crise au centre du Mopti (région de Mopti, Ségou), il y a eu le déplacement des femmes et des filles constituant une cible prioritaire du programme.

Par exemple à Tarkint, le partenaire de mise en œuvre DADESA a dû délocaliser certaines de ses activités à Bourem en raison de la grande activité des groupes armés. En plus l'agent de l'AEN et le partenaire CCPSEM ont été victimes d'un braquage routier sur l'axe Gao-Intilit. Dans les communes de Talataye et Tidermène, l'accès aux populations a été extrêmement difficile à cause de la présence des groupes armés.

« L'insécurité est devenue permanente et même grandissante qui fait que, malgré nos différentes stratégies, certaines localités étaient inaccessibles pour offrir des services. Et cette insécurité a engendré le déplacement des populations ce qui fait le projet ne pouvait pas, à tous les endroits, recruter le nombre de personnes pour atteindre ses objectifs » DRS, Mopti.

La présence des groupes terroristes constitue un frein pour certaines communautés de signer les conventions d'abandon. Dans certains, les leaders des communautés désirant à la signature des conventions d'abandon reçoivent permanemment des menaces de mort. Le constat est que généralement les groupes terroristes sont contre les activités destinées à bannir des thématiques comme la lutte contre le mariage d'enfant, l'excision, la PF etc.

« Certains chefs de village veulent la signature des conventions d'abandon des pratiques traditionnelles néfastes. Mais par peur, ils hésitent. Un Iman du village qui refuse de signer les pratiques d'abandon parce qu'il est menacé de mort par les terroristes et les djihadistes. ». Agent DRPFEF, Mopti.

7.8 Les conservateurs des normes sociales (religieux, traditionnels etc.).

La pression des conservateurs rend difficile la promotion de l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes ainsi que la promotion et l'utilisation des méthodes contraceptives. Leur rôle consiste à démobiliser les populations contre l'abandon de la pratique du mariage d'enfants et de l'excision, perçus comme des « problématiques importées de l'occident ». La disparition de ces pratiques contribue à dénaturer l'organisation sociale à l'image des générations précédentes.

7.9 Les barrières d'ordre secondaires

Au-delà des barrières citées plus haut, les entretiens et les focus groups réalisés avec les bénéficiaires et autres personnes ressources ont permis d'identifier d'autres blocages liés à l'accès et à l'utilisation des services de droits sexuels et reproductifs.

Concernant les consultations prénatales (CPN), les Consultations postnatales (CPON), les vaccinations et surtout les accouchements assistés, l'état physique des centres de santé est remis en cause par les utilisatrices. L'exiguïté des salles de certains centres de santé ainsi que l'inexistence de points d'eau potable sont des facteurs entravant à la fréquentation des services de santé par les femmes et les filles.

Dans l'aire de Boidié, les femmes en âge de procréer ont mentionné que la salle d'accouchement et la salle de consultation sont enchevêtrées. Les femmes en situation de travail (dans la salle d'accouchement) craignent d'être perçues par autres personnes se trouvant dans la salle de consultation. L'accouchement reste tabou et plusieurs femmes ne veulent pas que leur intime soit découverte par d'autres personnes au sein des centres de santé.

On note aussi que l'insuffisance de source d'énergie dans certains établissements de santé est un facteur contraignant par rapport à la fréquentation.

La faiblesse du pouvoir de revenu des familles, particulièrement chez les femmes, constitue un frein à l'utilisation accrue des services de santé. D'où la raison de l'irrégularité dans la réalisation des CPN, des vaccinations et de la pratique de l'accouchement à domicile.

La mobilité des maris (exode rural) devenue courante avec la crise sécuritaire comme à Mopti et à Ségou, a été signalée par des femmes enquêtées lors de l'évaluation comme un facteur de blocage.

« Nous informons nos maris qui sont en exode, mais ils prennent du temps avant de nous envoyer de l'argent. Donc tu vas trouver que le prochain rendez-vous au centre de santé est déjà arrivé tandis que tu n'as pas encore acheté l'ordonnance de la consultation passée. La vie à Bamako, ce n'est pas facile ; il y a des hommes qui oublient même qu'on leur a parlé l'achat de l'ordonnance » Participante-Focus group, Boidiè District Sanitaire de Barouéli.

La mobilité du personnel soignant couplée à l'insuffisance des compétences techniques, exacerbées par la crise est source de démotivation chez les femmes à fréquenter les centres de santé.

8 Changements sur le plan opérationnel, technique et institutionnel

Les interventions du programme Debbo Alafia a permis d'induire de changement à différents niveaux : opérationnel, technique et institutionnel. Sa logique d'intervention prenait en compte ces trois (3) niveaux.

8.1 Sur le plan opérationnel

Pour une augmentation de la demande des services de PF et reproductifs, une série d'actions d'informations, de formations et de sensibilisations ont été réalisées à la base auprès des bénéficiaires ainsi que le personnel socio-sanitaire.

Les CVAPN, les CLAPN ont contribué davantage à la réalisation des activités ainsi que de leur suivi. Au niveau opérationnel, l'adoption de l'approche participative et inclusive a permis de consolider le travail d'intersectorialité (personnel socio-sanitaire, collectivités, communautés, agents d'ONG, RECOTRADE etc.) tout en conjuguant les efforts pour favoriser l'atteinte des objectifs. C'est le cas de la préparation et la signature des cérémonies publiques d'abandon du mariage d'enfants, de l'excision.

Un des acquis du programme en termes opérationnel réside également dans la disponibilité des services de soins reproductifs, l'amélioration de l'accueil des utilisateurs au niveau des formations sanitaires. Le programme, à travers la participation et l'accompagnement des Districts sanitaires dans les stratégies mobiles, a permis d'améliorer la capacité d'actions des structures de santé en développant la couverture des services.

En outre, le programme a contribué à l'approvisionnement en méthodes contraceptives auprès des structures de santé dans le but de favoriser l'accessibilité auprès des utilisateurs/utilisatrices.

Les réalisations des dialogues communautaires, le financement des plans d'actions des PMO, l'implication des leaders religieux etc., ont permis de faciliter le changement de mentalité envers les pratiques traditionnelles néfastes.

« Je me suis formellement opposé aux mariages de deux petites filles l'une âgée de 7 ans et l'autre de 10 ans de la même famille. Quand j'ai été informé de la décision des mariages, j'étais surpris dans un premier temps, puisque nous avons tellement sensibilisé sur le phénomène qu'aucun parent ne devrait s'en aventurer. J'ai donc fait appel aux parents, qui en réalité n'avaient pas bénéficié de nos sensibilisations, car ils étaient hors de la commune depuis la crise de 2012. Nous avons mis un relais à leur disposition pour plus d'informations sur le programme. Comme quoi, nous devons rester vigilants. » Chef de village de Banga Dirya, rapport mission de suivi, Tombouctou.

Au niveau communautaire, il y a un changement dans la prise de parole par les femmes en public pour exprimer leur désaccord envers les VBG.

8.2 Sur le plan technique

La contribution du programme dans l'amélioration et l'utilisation des méthodes de PF et de la santé reproductive dans les zones d'intervention sont visibles. Plusieurs personnels socio-sanitaires (médecins, matrones, infirmières, relais etc.) ont bénéficié de renforcement des capacités pour l'amélioration de leurs compétences techniques et relationnelles envers les utilisateurs et utilisatrices notamment les femmes et les jeunes.

Du Côté des services techniques de l'Etat, le programme a appuyé techniquement et financièrement surtout à l'occasion de certains événements d'envergure nationale (Campagne Nationale PF, journée internationale de l'enfant, Journée internationale des femmes « 8 mars »).

Un autre fait marquant est qu'au Mali, il n'y avait pas un outil de certification standard concernant l'abandon du mariage d'enfant et de l'excision. Chaque acteur de mise en œuvre (ONG) avait sa démarche. Le programme Debbo Alafia a contribué à la formalisation d'un outil standard dédié à la certification.

8.3 Sur le plan institutionnel

La mise en œuvre du programme Debbo Alafia, dans les régions du Mali (Ségou Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka) a été faite sur la base d'un partenariat multi-acteurs.

Les entretiens réalisés avec les agents services techniques de l'Etat (Direction Régionale de la Santé, Service du Développement Social, Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille etc.) ont relevé en grande partie de l'adoption d'une approche participative de la part du programme Debbo Alafia dans les régions d'intervention. Ce partenariat est perçu comme une force.

Les différents niveaux d'implication des services techniques de l'Etat sont entre autres :

- Le renforcement des capacités : dans le cadre du programme, les agents de l'Etat ont bénéficié de renforcement des capacités dans plusieurs domaines (PF, VBG, Excision, mariage d'enfants etc.). Etant des acteurs de relais, les personnes enquêtées lors de l'évaluation ont apprécié le bien-fondé des formations reçues. Plusieurs agents de santé ont été formés sur la technologie contraceptive, la prise en charge de la fistule etc., leur permettant d'améliorer les pratiques et de mieux répondre aux besoins des utilisatrices et utilisateurs des services de santé.

« Nous avons été formés dans le domaine de violences basées sur le genre, de la prise holistique. Nous avons été formés sur l'excision et le mariage précoce ; ça nous a permis d'assurer nos activités régaliennes » DRPF EF, Ségou.

- L'appui financier : Le programme a fait des contributions financières en lien avec le mandat de certains services techniques (DRPF EF, DRS). Il s'agit entre autres de la journée Internationale des femmes (le 08 mars), la journée de l'Enfant Africain, (16 juin), les 16 jours d'activismes contre les Violences Basées sur le Genre, les campagnes nationales de PF. A travers cet appui, les capacités d'action des services techniques ont été renforcées.
- L'ancrage institutionnel : C'est le ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille à travers la DRPF EF qui assure la tutelle du programme. Les DRPF EF et leurs démembrements ont facilité l'implémentation du programme dans les localités ciblées ainsi que la coordination des activités. Elles ont joué le rôle d'interface entre les autorités administratives des régions et les organisations chapeaux. Cela a permis de favoriser le cadre de réalisation.
- La mise en œuvre des activités de suivi conjoint : Dans les différentes régions, les services techniques comme (la Direction Régionale du Service de Développement Sociale et de l'Economie Solidaire, la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, la Direction Régional de la Santé, le Gouvernorat, les Maires etc.) ont participé aux activités de suivi rapproché dans les zones d'intervention du programme. Ces différents suivis ont permis non seulement d'apprécier l'état d'avancement des activités mais également de formuler des recommandations aux problèmes constatés sur le terrain.

Il convient de préciser que les services techniques de l'Etat, les PTF, les organisations de la société civile ont participé aux cadres de concertations dont les gouvernorats étaient les institutions présidentes.

« Vraiment c'est une approche participative qui a permis d'atteindre les résultats. Le comité de pilotage la présidence est assurée par le gouverneur. Le gouverneur et ses conseillers font partie des missions de suivi. C'est vraiment encourageant ».

9 Conclusions concernant Les Effets

L'évaluation retient que le programme a induit des effets positifs sur les bénéficiaires des différentes régions. Il y a eu une réduction de la pratique du mariage d'enfants, de l'excision et les communautés s'engagent dans la dénonciation des cas de VBG.

Malgré les contributions du programme, des goulots d'étranglements ont été identifiés. Les pesanteurs socioculturelles constituent un frein au changement de comportement. La présence des groupes terroristes et djihadistes sont en train d'influer négativement sur la signature des conventions publiques d'abandon relatives à l'excision et au mariage d'enfants.

8 Durabilité

1 Insuffisance dans la définition de la réussite de la stratégie de retrait du programme

En se basant sur le document projet, il ressort que les stratégies de retrait du programme ne sont pas clairement définies. Bien que les thématiques d'intervention du programme demandent assez de temps pour percevoir le changement de comportement social, cette clarification de la stratégie de retrait était indispensable et ensuite de la rendre opérationnelle pour plus de pérennisation des initiatives à l'actif du programme.

Du fait que cette approche n'a pas été suffisamment travaillée, les PMO ainsi que les associations féminines bénéficiaires du programme sont dans l'attente et ne disposent pas de mécanismes pour assurer la continuité des activités du programme en l'absence par exemple de la phase 2 de Debbo Alafia.

C'est la raison pour laquelle, on note une irrégularité dans le fonctionnement de certains comités de veille mis en place et ou redynamisés par le programme dans les régions d'intervention (Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka).

Durant la phase 2, la prise en compte de la stratégie de retrait du programme doit être considérée comme une priorité et partagée avec l'ensemble des parties prenantes. Elle doit être testée et améliorée dans les deux dernières années de la fin de la phase 2 de Debbo Alafia.

2 La pérennisation du programme par les organisations/institutions locales, régionales

Sur le plan stratégique et institutionnel, le partenariat multi-acteurs constitue un atout pour la continuité des actions. L'ancrage institutionnel du programme semble être sur la bonne voie. Les DRPFEF, les DRS, les DRDSES comprennent mieux leurs responsabilités quant à la survie des activités. Les renforcements des capacités réalisés à l'endroit de ces services techniques est un gage pour la continuité des actions mais également pour l'intégration progressive des thématiques de respect des droits de l'homme. Les compétences acquises dans la planification, la budgétisation, l'intégration des droits des enfants dans les interventions de développement, les VBG contribueront à améliorer davantage la qualité et le rendement des programmes similaires.

La tenue des Comités Locaux de Suivi du programme (CLSP), des Comités Régionaux de Suivi du Programme (CRSP), des Unités de Gestion du Programme (UGP) ont permis de consolider les acquis en matière de coordination et de suivi-évaluation des activités sur le terrain.

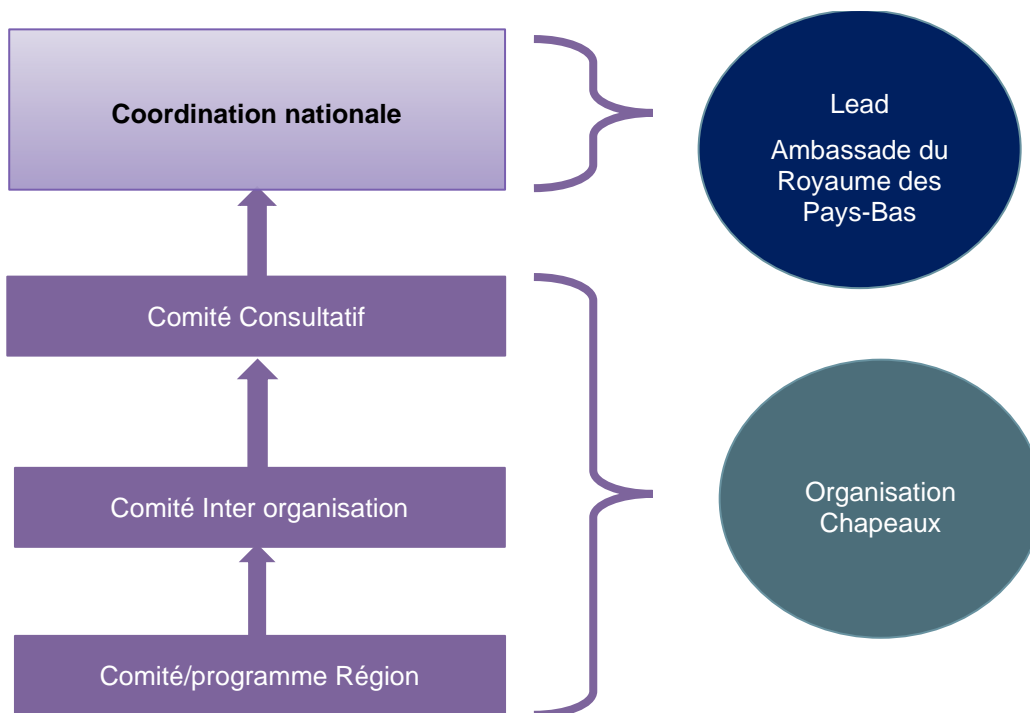
Sur le plan communautaire, la collaboration avec les ASC, les relais communautaires, les leaders religieux, les associations de jeunes peut servir de base de durabilité des actions.

Concernant la phase 2 de Debbo Alafia, le réajustement institutionnel a été apprécié par les organisations chapeaux. Il s'agit de la mise en place des instances suivantes :

- La coordination nationale : Contrairement à la phase une, il y aura un seul interlocuteur face au bailleur de fonds (Ambassade Royale des Pays-Bas). A cet effet, un seul rapport consolidé sera soumis à l'Ambassade. Cette unité du programme cadre parfaitement avec

- la notion du consortium et contribuera à renforcer la visibilité du programme au plan national et international.
- Le Comité Consultatif qui se réunit une fois ans dans le but de partager les résultats avec les ministères clés (les ministères de tutelle, les Directions nationales, les collectivités, les groupes ciblent).
 - Le comité inter-organisation : composé des directeurs de programmes, il est chargé d’élaborer un programme commun sous le leadership de l’ASDAP (ONG lead de la phase 2)¹³

Graphique 4: Schéma Récapitulatif du changement institutionnel et opérationnel



Source : Compte-rendu de la rencontre des organisations chapeaux Debbo Alafia, du 30-31 mai 2019.

3 Conclusion de la durabilité

L'évaluation conclut que l'enracinement des mécanismes de durabilité du programme n'est pas assez cimenté pour aller vers la pérennisation durable des actions. Malgré l'implication des services techniques et de leurs démembrements dans la mise en œuvre du programme, le conflit au nord et au centre ainsi que la maladie à coronavirus mettent en danger les acquis.

Il est important, que les mécanismes de durabilité soient davantage réfléchis pour une meilleure adaptation aux réalités du terrain.

Après le retrait du programme même après la mise en œuvre de la phase 2, des stratégies doivent être identifiées pour la continuité, le suivi des actions.

¹³ Compte-rendu de la rencontre des organisations chapeaux Debbo Alafia, du 30-31 mai 2019.

9 Leçons apprises

Après 5 ans de mise en œuvre du programme, les principales leçons tirées sont les suivantes :

- **La communication de masse est un outil efficace pour améliorer le niveau de connaissance**

Les sensibilisations faites à travers les radios, la télévision, les cliniques mobiles, les écoutes radiophoniques collectives ont contribué à l'atteinte des résultats. La stratégie de Keneya Info Taxi, les réseaux sociaux (Facebook etc.) sont des canaux de communication fédérateurs pour un changement de comportement.

Dans la lutte contre les PTN, il s'est avéré que la réalisation des dialogues intergénérationnels a permis de briser des barrières et de favoriser la co-construction des idées autour des thématiques considérés dans le temps comme des tabous.

- **La signature des conventions publiques d'abandon est une preuve d'engagement communautaire**

Ces signatures en rapport avec le mariage d'enfant et de l'excision constituent une avancée dans la protection des droits de l'homme. Grâce au programme, plusieurs villages ont signé des conventions publiques d'abandon et continuent à influencer positivement d'autres localités n'ayant pas encore bénéficié des actions de Debbo Alafia.

Dans ce contexte, les communautés signataires des conventions d'abandon peuvent jouer un rôle important dans le passage à l'échelle des interventions.

- **L'implication des religieux est un moteur de changement**

Il a été retenu que l'implication des leaders religieux dans la mise en œuvre des composantes du programme était indispensable. La multiplication des déclarations des imans, pasteurs et prêtres en faveur de la SR/PF mais aussi du développement d'argumentaires religieux a permis aux communautés d'être édifiées sur les pratiques du mariage d'enfant, de l'excision. Ce volet stratégique du programme mérite d'être consolidé puisque la religion est largement citée encore comme un facteur de blocage dans la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes.

- **L'affirmation du leadership des jeunes dans la promotion des droits sexuels et reproduction**

A la fin de la première de Debbo Alafia, il a été retenu que l'encadrement et la formation des jeunes permettent de renforcer leur leadership et d'être des vecteurs de transmission des bonnes pratiques de promotions des droits sexuels et reproductifs notamment en milieu communautaire. L'enseignement qu'on tire de la mise en œuvre de ce programme, est qu'il existe un vivier de jeunes capables de contribuer à la lutte contre le mariage d'enfant, l'excision et autres formes de VBG mais également d'être acteurs de pérennisation des bonnes pratiques.

- **La réalisation des activités en milieu scolaire est un socle**

Elle a permis de former le personnel enseignant ainsi que les élèves à travers l'élaboration des leçons modèles sur le mariage d'enfants, l'excision, la PF et autres formes de VBG. Dans le cas de ce programme, le ciblage du milieu scolaire de développer la sensibilité des cadres, du personnel enseignant et de favoriser leur engagement dans la protection des droits des enfants.

10 Conclusions

L'approche participative, la stratégie « faire-faire », a été un des aspects les plus originaux de Debbo Alafia. Elle semble avoir réussi le défi de travailler avec, et à travers, les acteurs de la société civile et notamment avec les ONG, les associations culturelles et religieuses et les associations de femmes et de jeunes sur l'amélioration de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels. Parmi les éléments originaux et réussis de la chaîne des résultats, il convient de noter la collaboration avec les leaders religieux dont l'engagement a joué un rôle important dans la réduction de la célébration de mariage précoce et forcé dans plusieurs localités.

Une autre dimension très importante a été la collaboration étroite avec les services techniques de l'Etat et avec les collectivités territoriales, ce qui a permis un ancrage institutionnel du programme. Un autre élément très important par rapport à l'ancrage institutionnel a été l'ancrage au niveau des comités régional, communal et local et ceci par le biais des comités de pilotage, renforcés par des groupements de bénéficiaires. A l'avenir il sera très important d'impliquer ces différentes institutions dans des visites du terrain et dans les processus de suivi-évaluation.

Les ajustements effectués suite à l'évaluation à mi-parcours ont eu des effets très positifs par rapport au renforcement de la collaboration entre les organisations « chapeaux », notamment en termes de la concertation entre les organisations « chapeaux ». Cette réorganisation semble avoir produit des résultats positifs avec un échange d'idées fructueux. La nouvelle approche du suivi-évaluation a certainement porté ses fruits, notamment en termes d'ancrage institutionnel du programme.

En termes de résultats, il y a certains doutes qui planent sur les chiffres comparatifs, résultat du changement des indicateurs à la mi-parcours, de l'accent mis surtout sur la dimension quantitative et puis à cause des incertitudes concernant la qualité des statistiques disponibles. Toutefois, se fondant pour l'essentiel sur le cadre de rendement, nous pouvons en tirer les informations suivantes :

- Les adolescents ont été extrêmement nombreux à bénéficier d'une information sur la planification familiale ;
- Les années protection couple ont vu une tendance lente mais progressive vers une baisse ;
- Le nombre des nouvelles utilisatrices ont progressé pour atteindre un sommet en 2019 ;
- La prévalence contraceptive globale a augmenté de façon constante jusqu'en 2019 pour ensuite baisser légèrement ;
- Il y a eu une forte augmentation des jeunes leaders jusqu'en 2019 puis un déclin abrupt ;
- Le nombre de villages qui ont signé une convention soit sur le mariage d'enfant, soit par rapport à l'excision, ont atteint un pic en 2019 et continuent à augmenter ;
- Depuis 2016, les mariages d'enfant ont baissé légèrement mais les données plus récentes manquent ;
- Depuis 2016, par rapport à l'excision, il n'y a pas eu beaucoup de changement et les dernières données n'étaient pas disponibles.

En conclusion, cette expérimentation avec une nouvelle approche « faire-faire » a clairement démontré son utilité, en particulier dans une situation rendue très difficile, grâce à la grande insécurité qui règne dans plusieurs zones ciblées par le programme. La prolongation de ce programme a beaucoup de mérite et dans la prochaine section, l'équipe d'évaluation avance un certain nombre de propositions pour rectifier le tir en ce qui concerne certains aspects. Toutefois, globalement, on peut dire que cette nouvelle approche a fait ses preuves.

11 Propositions concernant la stratégie d'intervention pour la seconde phase

- Poursuivre l'approche « faire-faire » qui semble plutôt efficace et notamment dans des situations de conflit ou des difficultés liées à l'accessibilité géographiques d'une zone.
- Retenir l'accent sur les zones éloignés ou difficilement accessibles.
- Mettre l'accent sur l'ancrage institutionnel afin d'assurer la durabilité de la démarche après la fin du programme. Dans cette perspective, poursuivre une collaboration étroite avec les services techniques de l'Etat et avec les collectivités territoriales. Maintenir l'ancrage institutionnel du programme au niveau des comités régional, communal et local et ceci par le biais des comités de pilotage, renforcés par des groupements de bénéficiaires. Impliquer ces différentes institutions dans des visites du terrain et dans les processus de suivi-évaluation.
- Accorder une place importante dans le programme aux religieux qui peuvent jouer un rôle important dans la réduction de la célébration de mariage précoce et forcé.
- Revoir la base des données du programme et le système de collecte des données, ainsi que le cadre du rendement afin d'améliorer le suivi et l'évaluation des performances.
- Repenser les indicateurs qui doivent être clairement définies et comporter un élément « qualité » beaucoup plus développé, car des indicateurs fondés uniquement sur la quantité de la production ne peuvent pas, dans certains cas, garantir l'impact d'une démarche. Les indicateurs doivent être communs pour l'ensemble des régions participants afin de produire des données fiables pour l'appréciation des résultats de la mise en œuvre.
- Continuer à promouvoir la concertation entre les organisations « chapeaux » et notamment par rapport à la dimension suivi-évaluation de la mise en œuvre.
- Repenser l'approche de la collaboration avec les autres partenaires techniques et financiers, avec, éventuellement, une dimension axée sur des questions juridiques liées au respect de la femme, aux violences basées sur le genre, et à l'abandon des pratiques traditionnelles néfastes.
- Repenser la collaboration avec les services de l'Etat afin d'éviter, dans toute la mesure du possible, une duplication ou substitution, en ce qui concerne les services qui relèvent de la responsabilité des pouvoirs publics.
- Mener une réflexion sur les possibilités d'intervenir relatif à la prévention et la prise en charge du VIH Sida et également relatif à la prévention et la prise en charge de la fistule.
- Accorder une importance à la prise en charge holistique des survivantes de violences basée sur le genre y compris à l'aspect de leur relèvement économique,
- Continuer avec le renforcement des capacités du personnel socio-sanitaire pour l'offre de services de qualité
- Renforcer le suivi de proximité dans les zones de conflits.

12 Annexes

| | | |
|----------|-----------------------------------|----|
| Annexe 1 | Termes de Référence Debbo Alafia | 65 |
| Annexe 2 | Méthodologie | 72 |
| Annexe 3 | Cadre de performance Debbo Alafia | 79 |
| Annexe 4 | Profil de l'équipe d'évaluation | 81 |
| Annexe 5 | Rapport statistique | 82 |

Annexe 1 Termes de Référence Debbo Alafia

Termes De Reference Evaluation Finale, Janvier 2020



CONTEXTE

Le Mali, pays d'Afrique Subsaharienne, a une superficie de 1 241 238 km², une population estimée en 2019 à plus de 19 329 841 habitants en 2018 avec un taux de croissance démographique parmi les plus élevés au monde (3,6%, avec 50,4% de femmes). À l'instar de la plupart des pays en pleine transition démographique, la population du Mali est majoritairement jeune : les moins de 25 ans représentent environ 68 p. 100 de la population totale.

Le pays a connu en 2012, une crise multiforme (crise alimentaire, troubles politiques, coup d'état et conflits armés), affectant l'ensemble des efforts de développement entrepris depuis des décennies. En 2018, l'on dénombrait plus de 120 298 personnes (*bulletin humanitaire mi-Novembre 2018, 807 écoles fermées dont 62% dans la Région de Mopti, 242 000 enfants privés du droit à l'éducation en raison de cette fermeture, 124 000 enfants malnutris aigus et sévères*). Une partie des Régions de Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou, Kidal et Ménaka a été particulièrement affectées par la crise par l'arrêt presque total et partiel de la fourniture de services sociaux de base (santé et éducation en particulier). Malgré la mise en œuvre du programme d'urgence de reconstruction, la fourniture de ses services reste encore problématique du fait du départ de nombreux personnels, les actions des groupes terroristes et djihadistes et les conflits intercommunautaires.

Dans ses orientations stratégiques 2014-2018, la Coopération Néerlandaise au Mali s'est engagée, dans l'amélioration de la Santé et les Droits Sexuels et Reproductifs au Mali, avec une autonomisation plus accrue des femmes et des jeunes dans la prise de décisions.

C'est dans cette dynamique que le programme « Actions concertées pour l'amélioration de la santé de la reproduction et la promotion des droits des femmes et des filles » dénommé DEBBO ALAFIA a été initié et mis en œuvre. Dans son évolution, le programme a connu des adaptations pour s'inscrire dans le nouveau plan stratégique 2017-2021 des Pays-Bas au Mali qui met davantage l'accent sur les jeunes et des adolescents-es (plus d'information et accroissement du leadership jeune).

Ce programme a été bâti autour de certains postulats tirés des enseignements et constats des interventions antérieures entre autres le défi démographique, la faiblesse du taux d'utilisation des contraceptifs / besoins non satisfaits en PF élevés, la persistance de certaines pratiques traditionnelles néfastes : excision, mariage précoce, La recrudescence des VBG suite à la crise politico-sécuritaire etc.

Le programme intervient dans les régions de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao/Ménaka à partir de juin 2016. La base du programme est implantée dans les chefs-lieux de ces régions. Pour toucher le maximum de communautés, le programme s'est fixé comme principe sélectif de

favoriser le financement orienter vers les zones difficilement accessibles qui bénéficient peu ou pas des interventions (comme les zones inondées Youwarou, Ténénkoun à Mopti, Macina à Ségou, certaines communes reculées de Tombouctou, Gao et Ménaka).

| Partenaires | Région d'intervention | Budget initial + rallonge |
|-------------------|-----------------------|---------------------------|
| Association ASDAP | Ségou | 3 999 999 960 |
| MSH-CAEB | Mopti | 4 400 000 000 |
| AEN-AMSS | Tombouctou | 2 000 000 000 |
| AEN | Gao-Menaka | 2 320 000 000 |
| TOTAL BUDGET | | 12 719 999 960 |

Il était attendu des organisations chapeaux de susciter la mobilisation des acteurs régionaux et locaux (Organisation de la Société Civile -ONG, associations culturelles, religieuses, associations de femmes et de jeunes, services techniques, collectivités territoriales...) autour des thématiques du programme à travers le financement des initiatives visant les enjeux ci – après :

L'accroissement de la demande en services de planification familiale,

L'accroissement du taux de couverture des besoins en services PF de qualité y compris les méthodes de longues durées,

Le renforcement des capacités des acteurs, mais plus spécifiquement des jeunes (filles et garçons) en couple ou non pour des choix appropriés. La réduction des pratiques traditionnelles néfastes (excision, mariage précoce et autres violences basées sur le genre) ;

La promotion du respect des droits des femmes et des filles.

Le programme était structuré autour du dispositif institutionnel suivant :

Le comité régional de pilotage, présidé par le Gouverneur est composé des services clés au niveau régional. Il assure le suivi des activités menées par les unités de gestion mises en place par les organisations chapeaux et formule des recommandations pour la bonne gestion du programme ;

Les unités de gestion de programmes régionaux qui assurent la coordination des actions programmatiques et financières au niveau régional ;

Les comités de sélection des sous projets et initiatives locales, qui statuent sur la qualité et la pertinence des sous projets, avant de donner un avis favorable ou défavorable pour leur financement.

L'ancrage institutionnel du programme au niveau régional est assuré par les Directions Régionales de la Promotion de la Femme et de l'Enfant.

Opérant à travers la stratégie du faire faire, plus de 300 initiatives soumises par les partenaires de mise en œuvre (ONG, Associations, radios, troupes de théâtres, collectivités, services techniques de l'Etat etc.) ont été financés entre 2015 et 2019. Ce qui a permis d'atteindre certains résultats significatifs auprès des communautés et des services techniques partenaires.

Au cours de l'année 2017, une évaluation à mi-parcours a été commanditée par l'Ambassade des Pays Bas a été commanditée par l'Ambassade et réalisée par un consultant international indépendant dans le but d'apprécier le niveau d'avancement du processus (atteinte des

résultats/indicateurs), la pertinence des stratégies (Théorie de changement) et les changements opérés/effets à moyen termes auprès des cibles, ainsi que leur appropriation.

Cette évaluation mi-parcours a fait ressortir plusieurs résultats, dont les principaux se résument en quelques points :

Ainsi il a été noté que d'une manière générale le programme est en droite ligne avec les préoccupations des communautés, du Gouvernement et des collectivités territoriales décentralisées.

Les parties prenantes du programme en l'occurrence les leaders religieux ont estimé que DA est l'une des rares interventions ayant développé une approche impliquant les religieux. Le programme donne l'espace nécessaire aux religieux pour s'exprimer et leur permet de donner leur vision sur les thématiques jusque-là considérées comme tabou.

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

Les services techniques régionaux et communaux sont de grande importance dans l'ancrage et la durabilité du programme. DA vient ainsi en appui aux CRAPN et aux Comités Locaux (CLAPN), dont le fonctionnement était devenu faible, tout en consolidant leurs activités et inclusion dans le CROCEPS et en s'approchant de cette façon des collectivités territoriales.

Le financement des activités et initiatives des partenaires est la majeure partie des coûts directs. Ces activités et initiatives des PMO ont permis de promouvoir les droits reproductifs et sexuels des femmes et des filles suite à une couverture zonale assez vaste (79% dans la Région de Tombouctou, 90% dans les Régions de Gao/Ménaka, 65% dans la région de Mopti et 58% à Ségou)

L'étude a aussi formulé des recommandations essentielles à savoir :

Le recadrage et l'harmonisation des indicateurs de performance pour les 4 régions afin que les indicateurs soient plus mesurables ;

L'intensification des activités conjointes de synergie entre les chapeaux et entre les chapeaux et les autres programmes financés par l'Ambassade et d'autres bailleurs institutionnels ;

Le renforcement de la capacité technique des services de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille à travers l'appui à la mise à disposition des de renforcement des capacités des acteurs locaux (comités locaux d'abandon des PTN etc) plans de suivi des interventions, y compris les outils et les stratégies de collecte et de dissémination des résultats

La poursuite du renforcement des capacités des acteurs locaux (leaders religieux, chefs de village, communicateurs traditionnels, les associations) et la sensibilisation des populations en raison du processus de changement de comportement qui s'avère souvent long etc.

La prise en compte des recommandations de cette évaluation à mi-parcours a permis le recadrage et l'harmonisation des indicateurs de performance pour les 4 régions et du système de suivi évaluation avec une mise en œuvre des activités conjointes de synergies).

Ce recadrage a donné lieu à la reformulation des résultats et à la signature d'une phase d'extension de douze (12) mois (janvier à Décembre 2019), de même que celle du budget initial. Ainsi, quatre (04) Outcomes ont été retenus à savoir :

Accroissement de 30% de la demande en PF y compris des méthodes contraceptives modernes de longue durée par les adolescents, les femmes et hommes en âge de procréer dans les régions couvertes par le programme.

70% des demandes de services de planification familiale et produits contraceptifs de qualité des hommes et femmes, filles et garçons sont satisfaits dans les régions couvertes par le programme en 2019.

60% des femmes, d'adolescents et des jeunes (filles et garçons) touchés par les activités d'IEC connaissent leurs droits et prennent en toute responsabilité des décisions concernant leur santé reproductive et sexuelle.

Au moins 50% des populations (hommes et femmes) des zones touchées par le programme connaissent les conséquences de l'excision et du mariage précoce et s'engagent pour leur abandon.

Après un an de mise en œuvre de cette phase de recadrage, les organisations chapeaux ont conjointement conduit une étude qualitative et de capitalisation du programme dans les cinq (05) régions de couverture, sur la période mars – juillet 2019. Les principaux résultats livrés depuis l'harmonisation des indicateurs sont consignés dans un cadre de suivi de performance unifié pour les 4 régions (cf annexe).

Malgré les résultats assez probants, l'étude a révélé quelques défis se résumant en :

La problématique de l'opérationnalisation de la synergie avec les programmes financés par l'Ambassade et les autres programmes intervenant dans la zone ;

Les difficultés liées au processus d'adoption et de promulgation de la loi contre les violences basées sur le genre ;

La réticence de certains leaders religieux et communautaires de participer activement aux activités du programme ;

Les tendances à la baisse du couple année protection dues essentiellement aux situations de rupture récurrentes des produits contraceptifs, aux insuffisances du Système d'Information Sanitaire (SIS) dans la collecte et le traitement des données PF

Le contexte sécuritaire très volatile.

Après cinq années d'intervention octobre 2014 – décembre 2019 et conformément aux engagements (contrat de financement), il est apparu nécessaire de procéder à l'évaluation finale du programme. A cet effet, l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas lance un appel à recrutement d'un consultant international externe afin de procéder à l'évaluation finale dudit programme.

OBJECTIFS ET RÉSULTATS ATTENDUS DE LA MISSION D'ÉVALUATION

Deux principaux objectifs sont visés par cette évaluation :

Informers les autorités Maliennes et Néerlandaises sur l'utilisation des fonds mobilisés,

Apprendre de la mise en œuvre de cette phase, et au besoin proposer des changements d'approches, en termes de pertinence, d'efficacité et d'efficience.

Il est attendu de la mission d'évaluation de procéder aux travaux suivants :

Déterminer le niveau d'atteinte des résultats (changement aussi bien quantitatifs que qualitatifs), la pertinence de l'approche, les défis rencontrés et les leçons apprises de la mise en œuvre du Programme.

Analyser l'adéquation entre les effets attendus du programme d'une part, et d'autre part les interventions menées, les ressources mobilisées, les besoins identifiés des bénéficiaires, la problématique de l'opérationnalisation de la synergie avec les programmes financés par l'Ambassade et les autres programmes intervenant dans la zone ;

Examiner comment les approches du Programme ont été appliquées et ont contribué à la réalisation des droits reproductifs des femmes et des filles dans les régions couvertes ;

Identifier les initiatives et stratégies innovantes développées ou en cours de développement qui peuvent être mises à échelle ;

Formuler des recommandations sur la base des enseignements, des bonnes pratiques identifiées, les stratégies innovantes développées, les défis existants, en vue d'une mise à échelle pour la promotion des droits des femmes et des filles au Mali et l'amélioration de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels dans les communautés concernées.

QUESTIONS ÉVALUATIVES

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

La pertinence

Dans quelle mesure les objectifs du programme, la logique d'intervention du programme logique d'intervention du programme et les lignes d'actions du programme ont été en adéquation avec les besoins des communautés en matière de SR-PF, de droits des femmes et des jeunes (filles et garçons)?

Dans quelles mesures les recommandations de l'évaluation à mi-parcours ont été mises à profit pour améliorer les stratégies intervention (Théorie de changement)?

Quelles sont les initiatives innovantes à succès qui ont été développées?

Les mécanismes de mise en œuvre étaient-ils adéquats et ont-ils favorisé la participation active des cibles stratégiques du programme en termes d'équité?

L'efficacité

Est-ce que les valeurs escomptées des indicateurs ont été atteintes ? si non, pourquoi ?

Quel est le niveau de réalisation des outputs et des outcomes du programme, au regard des prévisions ?

Quelles sont les initiatives de synergie prises par le programme aussi bien entre organisations 'chapeau' qu'à l'endroit des programmes d'autres secteurs de la coopération néerlandaise, voire d'autres intervenants ? Et quel rôle l'Ambassade a joué dans l'opérationnalisation de cette synergie ?

Dans quelle mesure les stratégies mises en place ont permis l'atteinte des résultats, y compris les stratégies d'adaptation au contexte sécuritaire ? Quelles sont les principales leçons à tirer ?

L'efficience

Le système de gestion (management) du programme y inclus le système de suivi et évaluation mis en place ? a-t-il permis de gérer de façon efficiente les ressources du programme ?

Les moyens déployés (ressources humaines, financières et autres) ont-ils été utilisés de façon judicieuse et optimale pour atteindre les résultats obtenus ?

La durabilité

Les stratégies élaborées et mises en œuvre par le programme peuvent-elles assurer la pérennité des acquis ? Et quelles mesures essentielles ont été prises pour mieux garantir la durabilité ?

Les effets

Quels sont les effets attendus ou non, positifs ou non, après 05 ans d'intervention ? Que peut-on en apprendre ?

Quelles leçons tirées de ces 5 années d'intervention (en termes opérationnel, institutionnel et technique) ?

Quelles recommandations pour la suite ?

LIVRABLES :

La restitution sur power point des constats, conclusions et recommandations préliminaires à mi-parcours de la mission ;

La production d'un draft de rapport de mission ;

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

APPROCHE METHODOLOGIQUE

La méthodologie combinera :

Une analyse documentaire (pour une meilleure appréciation de l'intervention, toute la documentation jugée utile sera consultée comme entre autres : le Bêmo, les documents de projets des 4 organisations 'chapeaux', les rapports semestriels, les études de base, le rapport d'évaluation à mi-parcours, le rapport de la capitalisation et de l'évaluation qualitative, les supports de communication (films documentaires, livrets, témoignages, déclarations, etc.)

Des visites de terrain à Bamako et à l'intérieur dans les régions d'intervention pour des échanges avec les cibles, l'encrage institutionnel et les partenaires de synergie. Le choix des localités et des acteurs à consulter se fera en collaboration avec les organisations 'chapeaux' de mise en œuvre.

Des enquêtes et entretiens avec les acteurs et bénéficiaires du programme.

D'autres techniques complémentaires peuvent être proposées par le consultant,

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

Une réunion technique de cadrage, sur la base de la proposition technique du consultant/e et du plan de travail à l'Ambassade incluant les coordinations et les responsables des organisations 'chapeaux'. Elle visera une bonne compréhension des termes de référence de la mission, des rôles et responsabilités des uns et des autres et l'adoption du plan de travail proposé par le consultant/e.

Une rencontre pour faire le point sera organisée dans chacune des 5 régions après les visites et les entretiens. Ces rencontres sont organisées sous l'égide des coordinations du programme mises en place par les 'chapeaux'. Les participants à ces rencontres seront les membres du Comité de Pilotage du programme dans la région et tout autre acteur dont la participation est jugée importante.

Une rencontre sera faite avec l'Ambassade et les responsables des organisations 'chapeaux' à Bamako à la fin de la phase terrain sur les constats et conclusions préliminaires.

Sur la base du plan de travail du consultant/e, les organisations 'chapeaux' fourniront à la mission les moyens logistiques et matériels nécessaires à la bonne réalisation de l'évaluation. Elles organiseront les déplacements dans les régions ; établiront un calendrier de visites et informeront les acteurs ; elles effectueront toutes autres activités nécessaires à la bonne réalisation de la mission.

EXPERTISE REQUISE

La mission sera exécutée par une personne physique ou morale spécialiste du domaine de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels. Elle doit posséder une grande capacité d'analyse, de synthèse, de rédaction en français et doit avoir :

Une expérience avérée en évaluation de projets/programmes de santé ;

Une connaissance de l'organisation du système sanitaire au Mali, des politiques en matière de santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels ;

Une certaine connaissance de la société malienne (valeurs et pratiques coutumières et religieuses) ;

Une connaissance avérée de la problématique des droits des femmes et de l'accès des jeunes aux services de SR-PF.

SUIVI DE LA MISSION ET DES CONCLUSIONS/ RECOMMANDATIONS

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

Les organisations 'chapeaux' partenaires de mise en œuvre (Consortium Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN) et Association Malienne pour la Survie dans la Sahel (AMSS), l'Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP) et Consortium Management Science for Health (MSH) et l'ONG Malienne Conseils et Appui à l'Education à la Base (CAEB)), feront le suivi et la facilitation de la mission respectivement dans les régions de Gao, Ménaka, Tombouctou, Ségou et Mopti.

L'ONG ASDAP (Association pour le Soutien au Développement des Activités de Population), lead du Consortium, informera régulièrement l'Ambassade des Pays-Bas sur l'évolution de la mission en vue d'en assurer la bonne marche.

A mi-parcours du travail une réunion sera organisée par l'Ambassade pour faire le point sur l'état d'avancement de l'étude (le consultant réunira à cet effet les éléments d'appréciation du niveau de réalisation, les points d'attention...).

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

L'appréciation de la qualité et l'approbation du rapport seront faites conjointement par l'Ambassade des Pays Bas et le Consortium Debbo Alafia.

Annexe 2 Méthodologie

1 Type d'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation, les approches qualitatives et quantitatives ont été adoptées pour collecter les données auprès du personnel des organisations chapeaux, des agents des services techniques de l'Etat, du personnel des Partenaires de Mise en Œuvre (PMO) ainsi que les bénéficiaires.

L'approche qualitative a permis d'évaluer et d'analyser les questions évaluations (critères classiques d'évaluation) et de formuler des recommandations pour la seconde phase du programme. Quant à l'approche quantitative, elle a permis de collecter les données à travers l'administration de questionnaires élaborés à cet effet.

2 Les outils de collecte de données

Pour la partie qualitative

Dans le cadre de la présente évaluation, les guides d'entretien semi-structurés et les focus group de discussion ont été administrés auprès des groupes cibles :

Les guides d'entretien semi-structurés :

- Les responsables des organisations chapeaux (ASDAP, MSH-CAEB, AMSS-AEN),
- Les Services Techniques de l'Etat (Directions Régionales de la Santé et des Affaires Sociales/, Directions Régionales du Développement Social et de l'Economie Solidaire, Directions Régionales de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille etc.)
- Les Collectivités Territoriales,
- Le personnel de santé des Centres de Santé Communautaires (Directeurs Techniques des Centres, Matrones, Sages-femmes, Infirmières-obstétriciennes, ASACO, Relais communautaires),
- Le personnel des ONG et PMO,
- Les coachs Sportifs ;
- Les leaders communautaires (Chefs de village, Imams, femmes leaders etc.)
- Les hommes et femmes en âge de procréer ;
- Les jeunes adolescents (filles et garçons).

Les guides de focus group de discussion :

- Les hommes mariés.
- Les femmes en âge de procréer.

Pour la partie quantitative

Pour l'enquête quantitative, trois (3) questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données dont un questionnaire ménage et deux questionnaires individuels.

Questionnaire ménage : il comportait trois (3) sections :

- Identification ;
- Excision ;
- Mariage précoce.

Questionnaire individuel : Adressé aux femmes en âge de procréer, il composait de six (6) sections :

- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Consultations prénatales et postnatales ;
- Connaissances, attitudes et pratiques sur la planification familiale ;
- Connaissances attitudes et pratiques face aux mutilations génitales féminines/excision ;
- Connaissances, attitudes et pratiques sur les violences Basées sur le Genre (VBG) ;
- Pratique du mariage d'enfant.

Questionnaire adolescent : Adressé aux jeunes de moins de 18 ans tout sexe confondu, il était structuré comme suite :

- Identification ;
- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Planification Familiale.

Les masques de saisie ont été conçus sous le logiciel CSPro avec la version portable ensuite installé sur les téléphones Android et tablette des enquêteurs via l'application CSEntry.

3 Les étapes clés de l'évaluation

3.1 Revue documentaire

Au démarrage de la mission d'évaluation, l'équipe de consultants a procédé à l'analyse de la documentation fournie par les organisations chapeaux. Parmi ces documents, nous pouvons citer :

- Le cadre conceptuel du programme ;
- Le cadre de rendement du programme ;
- Le rapport d'évaluation à mi-parcours ;
- Les rapports annuels (techniques et financiers) de 2017, 2018 et 2019 ;
- Les rapports des Comités Locaux de Suivi du Programme (CLSP) etc.

En plus des documents cités ci-dessus, d'autres documentaires ont fait l'objet d'analyse par l'équipe de consultants pour des besoins de triangulations des données.

3.2 Réunion de cadrage

Dans le but d'avoir une meilleure compréhension des objectifs de l'évaluation, une rencontre de cadre a eu lieu le 14 septembre 2020 au siège de l'Ambassade Royale des Pays-Bas au Mali à laquelle, l'équipe de consultants, les responsables des organisations chapeaux.

Par la suite, une autre rencontre a été faite pour valider les outils de collecte de données au siège de l'ASDAP à Bamako. Cette activité a regroupé les responsables des organisations chapeaux et l'équipe de consultants.

3.3 Formation des Superviseurs/ enquêteurs

La formation a été réalisée de manière cascade compte tenu de la particularité des différentes régions.

Dans un premier temps, les équipes de collecte des régions de Ségou et Mopti ont été formées ensemble à Bamako sur les outils de collecte pendant trois (3) jours.

Deuxièmement, les équipes de Gao et Ménaka ont été formées dans la ville de Gao. Les enquêteurs recrutés sur place à Ménaka ont effectué le déplacement à Gao.

En fin, la phase de formation a pris fin avec l'équipe de Tombouctou sur place.

Au cours de l'ensemble des formations, les éléments ci-après ont fait l'objet de présentation :

- Le contexte et les objectifs de l'évaluation ;
- L'approche méthodologique de l'évaluation ;
- Les localités ciblées par l'évaluation ;
- Les outils de collecte des données (guides d'entretien semi-structurés, focus group de discussion et questionnaires). Ceux-ci ont été traduits en langue locale ;
- Le pré-test des outils ;
- Les conseils pratiques pour l'adoption des mesures barrières contre la Covid-19.

Dans les différentes régions, la formation a été assurée par le consultant national. L'AEN a facilité le transport (vol) du consultant national sur l'axe (Bamako-Gao-Tombouctou-Bamako).

3.4 Collecte des données

La collecte des données a eu lieu simultanément dans les régions de Ségou et Mopti du 18-27 janvier 2021 soit dix (10) jours au total.

Les équipes d'enquêteurs dans les régions de Gao, Ménaka et Tombouctou ont fait la collecte à partir du 25 janvier au 10 février 2021 soit onze (11) jours.

Dans chacune des régions de (Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et Ménaka) une (1) équipe de collecte composée de trois (3) enquêteurs (dont un superviseur et 2 enquêteurs) a été déployée sur le terrain afin d'administrer les outils de collecte auprès des groupes cibles.

Au total, quinze (15) enquêteurs dont (6 femmes et 9 hommes) ont assuré la collecte des données dans l'ensemble des régions concernées par l'évaluation.

Les focus group de discussion ont été réalisés en binôme dont l'un assurait le rôle d'animateur et l'autre faisait la prise de notes. Dans la mesure du possible, les entretiens (individuels et focus group de discussion) ont été enregistrés en obtenant le consentement volontaire et éclairé des participants à l'évaluation.

Sur le terrain, chaque équipe tenait des séances de débriefing pour faire le bilan des activités réalisées, les forces et faiblesses. Pour apporter des solutions aux difficultés observées sur le terrain, les équipes de collecte communiquaient régulièrement avec le consultant national ainsi que le statisticien.

Le consultant national et la consultante internationale ont réalisé des entretiens avec les responsables des organisations chapeaux à Bamako en présentielle et à distance.

3.5 Plan d'échantillonnage

Les localités concernées par l'évaluation ont été choisies en collaboration avec les organisations chapeaux.

Dans chaque région, deux (2) districts sanitaires ont été sélectionnés par l'évaluation. A l'intérieur de chaque district, deux (2) aires de santé et deux villages ont été choisis.

Dans le choix des districts sanitaires, deux (2) critères en lien avec la planification familiale ont été pris en compte. Il s'agit du :

- Taux de planification familiale élevé (cas du 1er district sanitaire) ;
- Taux de planification familiale bas (cas du 2eme district sanitaire).
- Zone où le niveau de sécurité est acceptable ;
- Zone où le niveau de sécurité est mitigé.

Au total, la collecte des données a été faite dans dix (10) districts sanitaires d'intervention du programme, vingt (20) aires de santé et vingt (20) villages. De façon globale, cinquante (50) localités ont été concernées par l'évaluation.

Au niveau ménage et individuel, quinze (15) ménages, quinze (15) femmes en âge de procréer et cinq (5) adolescents ont été enquêtés dans les différentes localités.

Tableau 9: Sites de collecte des données¹⁴

| Régions | Districts sanitaires | Aires de santé | Villages | Observations |
|------------|----------------------|-----------------|--------------------|------------------------|
| Ségou | San | San Central | Santoro | Fait comme prévu |
| | | Kimparana | Tiediana Kaniwala | Fait comme prévu |
| | Baraouéli | Kalaké (Bamana) | Kinta Marka | Fait comme prévu |
| | | Boidiè | Mallé | Fait comme prévu |
| Mopti | Mopti | Sio | Primpin | Fait comme prévu |
| | | Socoura | Diondiori | Fait comme prévu |
| | Bandiagara | Dandoli | Sibi-Sibi | Fait comme prévu |
| | | Bendjeli | Binou | Fait comme prévu |
| Tombouctou | Tombouctou | Toya | Tillemedesse | Fait comme prévu |
| | | Bourem Inaly | Hondoubomo Abbaber | Fait comme prévu |
| | Diré | Salakoïra | Ouresseydou | Bénéficiaires déplacés |
| | | Gari | Douta | Bénéficiaires déplacés |
| Gao | Gao | Chateau | Sité perdue | Fait comme prévu |
| | | Boulgoundjie | ATT bougou | Fait comme prévu |
| | Almoustrat | Almoustarat | Intasit | Fait comme prévu |
| | | Ersane | Djounoune | Fait comme prévu |
| Ménaka | Ménaka | Touloupe | Ebandague | Fait comme prévu |
| | | Intadeyni | Tamaya | Fait comme prévu |
| | Anderamboukane | Anderamboukane | Gossou | Bénéficiaires déplacés |
| | | Tagalalt | Tanguaya | Bénéficiaires déplacés |
| 5 | 10 | 20 | 20 | |

Tableau 10: Répartition de l'échantillon qualitatif selon les régions

| Régions | Entretien semi-structuré | Focus group de discussion |
|--------------|--------------------------|---------------------------|
| Ségou | 25 | 4 |
| Mopti | 26 | 4 |
| Tombouctou | 25 | 4 |
| Gao | 27 | 4 |
| Ménaka | 26 | 4 |
| Total | 129 | 20 |

Pour la partie qualitative, cent-vingt-neuf (129) entretiens semi-directifs et vingt (20) focus group de discussion ont été réalisés. Environ 249 personnes ont pris à l'évaluation sur le plan qualitatif.

¹⁴ Source : Evaluation finale Debbo Alafia 2021

Tableau 11: Répartition de l'échantillon quantitatif selon les régions¹⁵

| Situation de l'enquête | | Ségou | Mopti | Tombouctou | Gao | Ménaka | Ensemble |
|--|---------------------|-------|-------|------------|------|--------|-------------|
| Ménage | Prévu | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 600 |
| | Enquêté avec succès | 120 | 121 | 120 | 155 | 76 | 592 |
| | Taux de couverture | 100% | 101% | 100% | 129% | 63% | 99% |
| Individuel (femme en âge de procréer) | Prévu | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 600 |
| | Enquêté avec succès | 120 | 121 | 120 | 153 | 76 | 590 |
| | Taux de couverture | 100% | 101% | 100% | 128% | 63% | 98% |
| Adolescent | Prévu | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 200 |
| | Enquêté avec succès | 43 | 40 | 40 | 62 | 30 | 215 |
| | Taux de couverture | 108% | 100% | 100% | 155% | 75% | 108% |

Au total, 592 ménages répartis entre les cinq (5) régions ont été enquêtés avec succès soit un taux de couverture 99%.

Au niveau individuel, 590 personnes ont été enquêtés avec succès avec un taux de couverture de 98%. 215 Adolescents ont été enquêtés soit un taux de couverture de 108%.

3.6 Mode de collecte :

Pour la partie quantitative, les opérations de collecte ont été faites sur les Smartphones et tablettes en utilisant l'application CSEntry. Quant aux données qualitatives, les entretiens individuels et les focus group de discussion ont été enregistrés dans la mesure du possible et transcrits par les enquêteurs.

3.7 Saisie et analyse des données

Pour les données quantitatives, le logiciel d'analyse des données statistiques SPSS nous a servi de support pour l'analyse des données. Excel a été utilisé pour la mise en forme des tables et la construction des graphiques. Les données qualitatives ont été analysées manuellement afin de produire le rapport.

4 Lieu et période de l'évaluation

La présente évaluation a été réalisée dans les régions de Ségou (ASDAP), Mopti (MSH-CAEB), Tombouctou (AMSS-AEN), Gao et Ménaka (AEN). Elle a été mise en œuvre de janvier-Avril 2021.

5 Aspects d'éthiques

Dans le cadre de la présente évaluation, la protection des droits humains a été prise en compte. En prélude des différents entretiens, le consentement volontaire et éclairé de tous les participants

¹⁵ Source : Evaluation finale Debbo Alafia 2021

a été obtenu. Les données produites ont été sauvegardées et n'étaient pas accessibles aux personnes étrangères du bureau d'étude.

6 Facteurs favorisants et difficultés rencontrées

Facteurs favorisants

La réalisation de l'évaluation a été facilitée à travers les points ci-après.

- La mobilisation des participants par le personnel des organisations chapeaux dans les différentes régions ;
- La collaboration avec les services techniques de l'Etat ainsi que les Partenaires de Mise en Œuvre (PMO) ;
- La mobilisation des bénéficiaires par les relais communautaires et agents terrain des organisations chapeaux ;
- Le recrutement des enquêteurs locaux (Gao, Tombouctou, Ménaka).

Difficultés rencontrées

Cependant, quelques difficultés ont été observées :

- A cause de l'insécurité, les enquêteurs de Tombouctou et Ménaka n'ont pas pu se rendre dans l'ensemble des localités prévues pour la collecte des données. Pour la région de Tombouctou, les bénéficiaires de Tillemédessé, Salakoïra et Ouresseydou ont été déplacés dans la ville de Diré et à Toya (Tombouctou) pour être interviewés par les enquêteurs. Concernant la région de Ménaka, les bénéficiaires de Gossou, Tanguaya ont été transportés dans la ville de Ménaka pour des interviews,
- L'organisation du transport des bénéficiaires des localités inaccessibles aux enquêteurs a parfois pris du temps jouant sur le calendrier de mise en œuvre des activités de collecte notamment à Ménaka,
- A cause de la Covid 19, le nombre de participants par focus group a été réduit de 5 personnes maximum contrairement à 6-12 personnes conformément à la norme afin de réduire le risque de contamination.

7 Limites de l'évaluation

La présente évaluation a permis d'aboutir à des résultats. Compte tenu de la volatilité de la situation sécuritaire, l'équipe d'évaluation n'a pas pu se rendre dans l'ensemble des localités sélectionnées par les organisations chapeaux (cas d'Anderamboukane et de Tombouctou).

Une des limites de cette évaluation finale est l'absence de comparaison entre les zones d'intervention du programme et les zones où Debbo Alafia n'a pas intervenu.

Annexe 3 Cadre de performance Debbo Alafia

Cadre de rendement de janvier à juin 2020 du programme SRDS Debbo Alafia Global

| OUTCOMES | INDICATEURS | Baseline Déc 2016 | Prévisions 2017 | Résultats 2017 | Prévisions 2018 | Résultats 2018 | Prévisions 2019 | Résultats 2019 | Prévisions Janv. juin 2020 | Résultats Janv. juin 2020 | Résultats décembre 2016 au 30 juin 2020 |
|---|--|----------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| OUTCOME 1 : <i>Accroissement de 30% de la demande en PF y compris des méthodes contraceptives modernes de longue durée par les adolescents, les femmes et hommes en âge de procréer dans les régions couvertes par le programme (Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka) dans la période couverte par le Programme (2014-2019).</i> | 1.1. Nombre d'adolescents (e), qui sont informés sur les services de planification familiale passe de 327 914 en 2016 à 427 393 en 2019. | 485.126 | 206.533 | 772.093 | 259.442 | 993.752 | 300.920 | 1.132.777 | 598.990 | 453.613 | 1.586.390 |
| | 1.2. Le Couple année protection des méthodes modernes passe de 103 996 en 2016 à 124 796 en 2019. | 427.415 | 230.000 | 542.854 | 278.893 | 464.340 | 304.963 | 266.936 | 21.669 | 133.328 | 400.264 |
| | 1.3. Nombre de nouvelles utilisatrices des méthodes de planification familiale passe de 18 374 en 2016 à 70 235 en 2019. | 80.099 | 51.067 | 147.127 | 67.986 | 200.317 | 80.512 | 243.089 | 46.304 | 85.738 | 328.827 |
| OUTCOME 2 : <i>70% des demandes de services de planification familiale et produits contraceptifs de qualité des hommes et femmes, filles et garçons sont satisfaits dans les régions couvertes par le programme en 2019.</i> | 2.1. Prévalence contraceptive globale chez les personnes (hommes, femmes) en âge de procréer passe de 12.63% en 2016 à 25.00% en 2019. | 12,51% | 5,63% | 15,62% | 5,88% | 18,44% | 6,00% | 17,05% | 3,90% | 12,02% | 12,02% |
| OUTCOME 3 : <i>60% des femmes, d'adolescents et des jeunes (filles et garçons) touchés par les activités d'IEC connaissent leurs droits et prennent en toute responsabilité des décisions concernant leur santé reproductive et sexuelle.</i> | 3.1. Nombre de jeunes qui jouent un rôle de leader dans la promotion de la santé de la reproduction et des droits reproductifs et sexuels passe de 97 en 2016 à 162 en 2019. | 387 | 500 | 7.155 | 1.286 | 24.059 | 5.050 | 40.578 | 9.379 | 11.628 | 52.206 |
| OUTCOME 4 : <i>Au moins 50% des populations (hommes et femmes) des zones touchées par le programme connaissent les conséquences de l'excision et du mariage précoce et s'engagent pour leur abandon.</i> | 4.1. Nombre de villages qui ont signé une convention pour l'abandon de l'excision et/ou du mariage d'enfant reconnue par la DRPFEP passe de 36 en 2016 à 136 en 2019. | 61 | 6 | 130 | 38 | 333 | 50 | 1.130 | 1.166 | 922 | 2.052 |

| OUTCOMES | INDICATEURS | Baseline Déc 2016 | Prévisions 2017 | Résultats 2017 | Prévisions 2018 | Résultats 2018 | Prévisions 2019 | Résultats 2019 | Prévisions Janv. juin 2020 | Résultats Janv. juin 2020 | Résultats décembre 2016 au 30 juin 2020 |
|----------|--|----------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| | 4.2. Taux de pratique des mariages d'enfant [0-17 ans] passe de 18.16% à 1.00%. | 27,33% | 5,67% | 22,12% | 4,00% | 20,61% | 0,00% | 20,81% | ND | ND | ND |
| | 4.3. Taux de pratique de l'excision chez les filles de moins de 15 ans passe de 8.96% en 2016 à 3.10% en 2019. | 33,77% | 13,83% | 22,90% | 10,13% | 23,37% | 0,00% | 21,86% | ND | ND | ND |

Annexe 4 Profil de l'équipe d'évaluation

| N° | Prénom | Noms | Profil | Titre | Langue parlée |
|-------------------------------|-----------|----------|---|-------------------------------|--------------------------------|
| <i>Consultants Principaux</i> | | | | | |
| 1 | Christine | THAYER | Directeur d'hôpital et expert en santé publique | Consultante Internationale | Français, Anglais |
| 2 | Louk | Stumpel | Director Edburgh Consultants | Project Management | Néerlandais, Anglais |
| 3. | Gita | Poyck | Senior Expert / director Edburgh consultants | Contrôle qualité | Néerlandais, Français, Anglais |
| 1 | M. Birama | BAGAYOGO | Anthropologue spécialisé en santé publique | Consultant principal national | Français et Bambara |

Annexe 5 Rapport statistique

1 Introduction

1.1 Méthodologie

Pour la collecte de données, deux approches ont été adoptées pour la conduite de cette étude :

- La méthode quantitative utilisée dans le but de mesurer les indicateurs de manière chiffrée. Elle est essentiellement basée sur la collecte à travers des questionnaires.
- La méthode qualitative focalisée sur l'enregistrement des entretiens, des discussions de groupe et l'analyse des discours.

1.2 Cible :

Cette évaluation est menée dans les zones d'intervention du programme « Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé Reproductive et la Promotion des Droits de la Femme et des Filles (Debbo Alafia) ». Il s'agit particulièrement des régions de Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao et Ménaka.

L'enquête a concerné essentiellement au niveau individuel les adolescents et les femmes en âge de procréer, mais aussi des hommes et femmes en dehors de ces deux populations sur les questions relatives aux membres de ménage.

1.3 Les outils

Pour l'enquête quantitative, trois (3) questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données dont un questionnaire ménage et deux questionnaires individuels.

Questionnaire ménage : Il Comporte de trois (3) sections :

- Identification ;
- Excision
- Mariage précoce.

Questionnaire individuel : Adressé aux femmes en âge de procréer, il compose six (6) sections :

- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Consultations prénatales et postnatales ;
- Connaissances, attitudes et pratiques sur la planification familiale ;
- Connaissances attitudes et pratiques face aux mutilations génitales féminines/excision ;
- Connaissances, attitudes et pratiques sur les violences basées sur le genre (vbg) ;
- Pratique du mariage d'enfant.

Questionnaire adolescent : Adressé aux jeunes de moins de 18 ans tout sexe confondu, il est structuré comme suite :

- Identification ;
- Caractéristiques sociodémographiques ;
- Planification Familiale.

Les masques de saisie ont été conçus sous le logiciel CSPro avec la version portable ensuite installé sur les téléphones Android et tablette des enquêteurs via l'application CSEntry.

1.4 Les logiciels utilisés

Les opérations de collecte ont été sur les Smartphones et tablette en utilisant l'application CSEntry.

Le logiciel d'analyse des données statistiques SPSS nous a servi de support pour l'analyse des données. Excel a été utilisé pour la mise en forme des tables et la construction des graphiques.

1.5 Échantillonnage

Nous avons utilisé la méthode aléatoire pour le tirage des districts sanitaires, les aires de santé ainsi que les localités ayant fait l'objet de l'enquête.

Dans chaque région deux districts sanitaires ont été sélectionné et dans chacun de ces districts sanitaires deux aires de santé ont été retenu pour l'enquête. Conformement aux prévisions, l'enquête est réalisée dans deux (2) localités de chaque aire de santé.

Au niveau ménage et individuel, quinze (15) ménages, quinze (15) femmes en âge de procréer et cinq (5) adolescent ont été enquêté dans les différentes localités.

Tableau 12 : Répartition de l'échantillon selon les régions¹⁶

| Situation de l'enquête (%) | | Ségou | Mopti | Tom-bouctou | Gao | Ménaka | Ensemble |
|--|---------------------|-------|-------|-------------|-----|--------|------------|
| Ménage | Prévu | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 600 |
| | Enquêté avec succès | 120 | 121 | 120 | 155 | 76 | 592 |
| | Taux de couverture | 100 | 101 | 100 | 129 | 63 | 99 |
| Individuel (femme en âge de procréer) | Prévu | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 600 |
| | Enquêté avec succès | 120 | 121 | 120 | 153 | 76 | 590 |
| | Taux de couverture | 100 | 101 | 100 | 128 | 63 | 98 |
| Adolescent | Prévu | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 200 |
| | Enquêté avec succès | 43 | 40 | 40 | 62 | 30 | 215 |
| | Taux de couverture | 108 | 100 | 100 | 155 | 75 | 108 |

Au total, 592 ménages répartis entre les cinq (5) régions ont été enquêtés avec succès soit un taux de couverture 99%.

¹⁶ Source : Traitement des données de l'enquête

Au niveau individuel, 590 personnes ont été enquêtés avec succès avec un taux de couverture de 98%.

215 Adolescent ont été enquêtés soit un taux de couverture de 108%.

1.5.1 Les enquêteurs

Au total, 18 agents enquêteurs et superviseurs ont été déployés dans les 5 régions. Les enquêteurs ont été recrutés mis à niveau pendant 3 jours de formation sanctionnée par un pré-test des outils de collecte.

Pour assurer une maîtrise de l'application, les enquêteurs ont procédé à des exercices pratiques assisté par des formateurs afin d'une meilleure manipulation et de tester le programme avant la phase de terrain.

1.5.2 Difficulté sur le terrain (à placer après le volet qualitatif)

Au plan sécuritaire, l'insécurité est devenue le quotidien des régions du nord et du centre. L'accessibilité de certaines zones s'est avérée difficile au vu des menaces sécuritaires qui planent dans ces localités. Dans cette perspective, l'échantillon de Ménaka est en deçà de ce qui a été prévu. Pour pallier cette insuffisance, la région de Gao a été sûr échantillonnée sachant que Ménaka est un ancien cercle de Gao.

2 Résultats de l'étude

2.1 Volet qualitatif

Ce chapitre central porte sur les résultats de l'étude. Nous y présentons en synergie les résultats quantitatifs et qualitatifs. Dans un premier temps, nous présentons les profils sociodémographiques des enquêtés. La seconde phase de ce chapitre est consacrée à l'évaluation des indicateurs clés du cadre de rendement du programme « Actions Concertées pour l'Amélioration de la Santé Reproductive et la Promotion des Droits de la Femme et des Filles ».

2.2 Caractéristiques Socio démographiques

2.2.1 Profil des femmes

Ces données sont issues de l'enquête menée auprès de la population féminine en âge de procréer (15-49 ans révolus) dans les 5 régions.

Au total 590 personnes ont été enquêtées avec succès, soit un taux de couverture de 98%. Le sûr échantillonnage de la région de Gao trouve ces explications dans les difficultés rencontrées à Ménaka compte tenu des tensions sécuritaires dans la zone. Le choix de Gao pour la complétude de l'échantillon repose sur le fait que Ménaka était un cercle de Gao avant d'être tout récemment érigé en région, donc partage presque les mêmes caractéristiques.

Le tableau ci-dessous présente le profil des femmes enquêtées par région.

Tableau 13: Profil sociodémographique des femmes en âge de procréer¹⁷

| Caractéristiques Sociodémographiques | | Région de résidence | | | | | Ensemble | |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------|-------|------------|--------|--------|----------|----------|
| | | Ségou | Mopti | Tombouctou | Gao | Ménaka | % | Effectif |
| Niveau d'instruction | Aucun | 66.7% | 77.7% | 67.5% | 41.2% | 80.3% | 64.2% | 379 |
| | Fondamental 1 | 20.8% | 7.4% | 18.3% | 20.9% | 13.2% | 16.6% | 98 |
| | Fondamental 2 | 9.2% | 9.9% | 9.2% | 19.0% | 5.3% | 11.4% | 67 |
| | Secondaire & + | 3.3% | 5.0% | 5.0% | 19.0% | 1.3% | 7.8% | 46 |
| Groupe d'âge | 15-24 ans | 26.7% | 19.0% | 15.0% | 12.4% | 9.2% | 16.8% | 99 |
| | 25-29 ans | 22.5% | 24.8% | 22.5% | 17.6% | 30.3% | 22.7% | 134 |
| | 30-34 ans | 15.0% | 22.3% | 23.3% | 26.8% | 26.3% | 22.7% | 134 |
| | 35-39 ans | 14.2% | 24.8% | 26.7% | 23.5% | 18.4% | 21.9% | 129 |
| | 40-49 ans | 21.7% | 9.1% | 12.5% | 19.6% | 15.8% | 15.9% | 94 |
| Ethnie | Bambara/Malinké | 29.2% | 5.8% | 1.7% | 2.0% | 0.0% | 8.0% | 47 |
| | Peulh | 8.3% | 19.8% | 5.8% | 4.6% | 0.0% | 8.1% | 48 |
| | Sarakolé | 29.2% | 14.0% | .8% | 0.0% | 0.0% | 9.0% | 53 |
| | Sonrhâï | 0.0% | 1.7% | 41.7% | 44.4% | 5.3% | 21.0% | 124 |
| | Dogon | 2.5% | 54.5% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 11.7% | 69 |
| | Tamasheq | 0.0% | 0.0% | 29.2% | 40.5% | 86.8% | 27.6% | 163 |
| | Minianka | 16.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 3.4% | 20 |
| | Arabe/Maure | 0.0% | 0.0% | 11.7% | 5.9% | 7.9% | 4.9% | 29 |
| | Bozo | 6.7% | 0.0% | 8.3% | 2.0% | 0.0% | 3.6% | 21 |
| | Autre | 7.5% | 4.1% | .8% | .7% | 0.0% | 2.7% | 16 |
| Religion | Musulman | 99.2% | 98.3% | 100.0% | 100.0% | 100.0% | 99.5% | 587 |
| | Chrétien | .8% | .8% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | .3% | 2 |
| | Autres | 0.0% | .8% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | .2% | 1 |
| Statut matrimonial | Marié | 100.0% | 99.2% | 82.5% | 85.6% | 97.4% | 92.2% | 544 |
| | Célibataire | 0.0% | .8% | 8.3% | 8.5% | 0.0% | 4.1% | 24 |
| | Séparé | 0.0% | 0.0% | 2.5% | 3.9% | 2.6% | 1.9% | 11 |
| | Veuve | 0.0% | 0.0% | 6.7% | 2.0% | 0.0% | 1.9% | 11 |
| Changement de lieu d'habitation | Resté sur place | 99.2% | 97.5% | 72.5% | 79.7% | 96.1% | 88.0% | 519 |
| | Déplacé | .8% | 2.5% | 4.2% | 8.5% | 3.9% | 4.2% | 25 |
| | Déplacé de retour | 0.0% | 0.0% | 23.3% | 11.8% | 0.0% | 7.8% | 46 |
| Total | | 120 | 121 | 120 | 153 | 76 | 590 | |

Une grande majorité (64%) des femmes sont sans niveau d'instruction. Celles de Mopti (78%) et de Ménaka (80%) sont les moins instruites.

La moyenne d'âge se situe pratiquement entre 31 et 32 ans. 50% des femmes ont moins de 31 ans et l'autre moitié 31 ans ou plus.

Selon la répartition ethnique, la région de Ségou est à majorité Bambara/malinké (29%) et Sarakolé (29%). Dans les autres régions on retrouve dogon (55%) et peuhl (20%) à Mopti,

¹⁷Source : Traitement des données de l'enquête

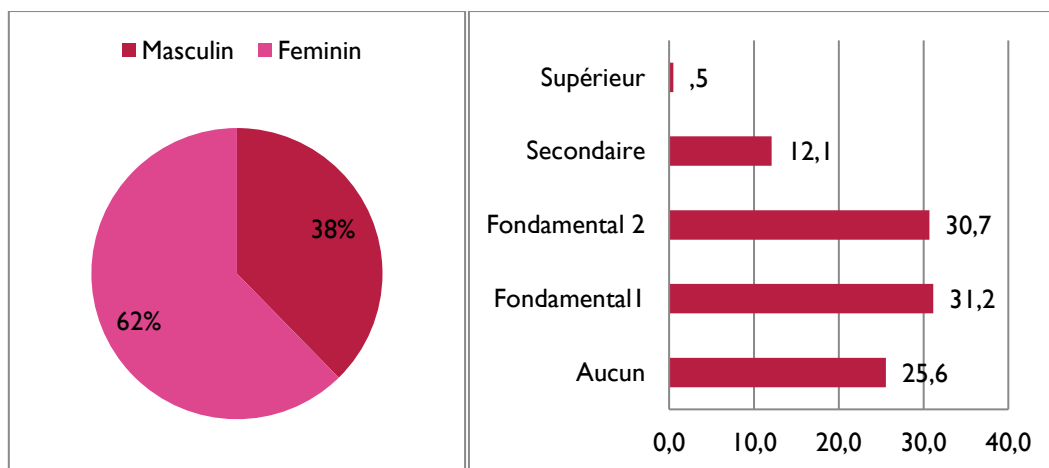
Tombouctou Sonrhaï (42%) et Tamasheq (29%), Gao Sonrhaï (44%) et Tamasheq (41%), Ménaka Tamasheq (87%) et Arabe (8%).

De façon globale, la quasi-totalité de la population féminine à cette tranche d'âge sont des musulmanes (plus de 99%) et mariées à 92%. Parmi elles, 4% sont des déplacées et 8% des déplacées de retour.

2.2.2 Profil des adolescents

L'enquête adolescente a concerné les jeunes de 10-17 ans tout sexe confondu. Selon les résultats, 62% des adolescents sont de sexe féminin, 38% de sexe masculin.

Graphique 5 : répartition des adolescents par sexe et par niveau d'instruction¹⁸



Par rapport à l'instruction, 26% des adolescents sont sans aucun niveau d'instruction. Parmi eux, 31% ont atteint le niveau fondement premier cycle, 31% le niveau fondamental second cycle et seulement 12% le niveau secondaire.

Concernant la situation matrimoniale, ils sont en grande majorité des célibataires (89,3%).

2.3 Évaluation du recours aux soins de santé prénatals et postnatals

Cette section traite essentiellement l'utilisation des services de santé au moment de la grossesse et à la suite des couches. Ces données concernent uniquement les femmes en âge de procréer conformément au questionnaire individuel femme.

La grossesse étant un préalable de toute sorte de soins prénatals et postnatals, nous avons interrogé les femmes sur leur passé en matière de conception dans l'intervalle 2015-2020 avant d'aborder l'utilisation des services de santé.

Le tableau ci-dessous donne des informations relatives à ce sujet.

¹⁸ Source : Traitement des données de l'enquête

Tableau 14: Répartition par l'obtention de grossesse et réalisation des consultations prénatales selon le profil des femmes¹⁹

| | | De 2015 à 2020 avez-vous contracté au moins une grossesse | Avez-vous fait des consultations prénatales |
|--|-------------------|---|---|
| Région de résidence | Ségou | 86.7% | 94.2% |
| | Mopti | 92.6% | 97.3% |
| | Tombouctou | 75.8% | 94.5% |
| | Gao | 68.6% | 95.2% |
| | Ménaka | 77.6% | 100.0% |
| Niveau d'instruction | Aucun | 80.7% | 95.1% |
| | Fondamental 1 | 87.8% | 98.8% |
| | Fondamental 2 | 73.1% | 98.0% |
| | Secondaire & + | 65.2% | 93.3% |
| Groupe d'âge | 15-24 ans | 85.9% | 95.3% |
| | 25-29 ans | 79.9% | 94.4% |
| | 30-34 ans | 88.8% | 96.6% |
| | 35-39 ans | 79.8% | 97.1% |
| | 40-49 ans | 60.6% | 96.5% |
| Changement de lieu d'habitation | Resté sur place | 80.5% | 96.4% |
| | Déplacé | 72.0% | 94.4% |
| | Déplacé de retour | 76.1% | 91.4% |
| Ensemble | | 79.8% | 96.0% |

Dans l'ensemble, 80% des femmes en âge de procréer ont contracté au moins une grossesse entre les années 2015 et 2020. Ce taux est encore élevé à Ségou (87%) tandis que celui de Gao est beaucoup plus inférieur à la moyenne avec un écart de moins de 11%.

La grossesse est une étape de la vie d'une femme entachée de plusieurs risques d'où la nécessité absolue d'un suivi médicale régulier tout au long de la période de conception.

Selon les résultats de cette étude, elles semblent bien être conscientes de ces risques et de l'importance de la consultation avant et après l'accouchement. Ainsi, 96% des femmes tombées enceinte dans l'intervalle d'année 2015-2020 ont effectué au moins une consultation au moment de la dernière grossesse.

La région de résidence et le niveau d'instruction n'ont statistiquement pas d'influence significative sur la consultation prénatale. Par contre 39% des femmes âgées de 40 ans ou plus n'ont bénéficié d'aucun soin prénatal lors de la dernière grossesse. Cela peut laisser à croire que certaines femmes, vu leur expérience dans la maternité minimise le risque de non-recours aux soins prénatals.

A des questions « quelle a été l'issue de votre dernière grossesse » et « durant les 4 semaines de l'accouchement, êtes-vous allés à l'hôpital pour des soins » ; nous avons recueilli des réponses consignées dans le tableau ci-dessous.

¹⁹ Source : Traitement des données de l'enquête

Tableau 15: Répartition par région selon l'issue de la grossesse et les consultations post-natales

| | | Région de résidence (%) | | | | | Ensemble | Effectif |
|--|---|-------------------------|-------|------------|-------|--------|----------|----------|
| | | Ségou | Mopti | Tombouctou | Gao | Ménaka | | |
| L'issue de la dernière grossesse | Grossesse en cours | 12.5 | 9.8 | 15.4 | 7.6 | 0.0 | 9.8 | 46 |
| | Arrivé à bon terme | 80.8 | 87.5 | 72.5 | 82.9 | 83.1 | 81.5 | 384 |
| | Des difficultés au moment de l'accouchement | 1.0 | 0.0 | 2.2 | 3.8 | 3.4 | 1.9 | 9 |
| | Césarienne | 1.0 | 1.8 | 5.5 | 3.8 | 13.6 | 4.2 | 20 |
| | Mort-né | 2.9 | 0.0 | 4.4 | 1.0 | 0.0 | 1.7 | 8 |
| | Fausse couche | 1.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 0.0 | .4 | 2 |
| | Autres | 1.0 | .9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | .4 | 2 |
| Total (%) | | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 471 |
| Durant les 4 semaines de l'accouchement, avez-vous été à l'hôpital pour des soins ? | | 86.8% | 89.1% | 81.8% | 87.6% | 100.0% | 88.5% | 376 |

Dans l'ensemble 82% des grossesses sont arrivées à bon terme et 10% était encore en cours au moment de l'enquête, 4% se sont soldées par la césarienne, 2% ont rencontré des difficultés. On note 4% de mort-né à Tombouctou, 14% de césarienne à Ménaka et 4% de difficulté à Gao.

Durant les quatre (4) semaines suivant l'accouchement, 89% des femmes qui ont accouché ont été à l'hôpital pour des soins. Selon les régions, toutes les femmes après leur accouchement ont été à l'hôpital pour des soins contre 82% de Tombouctou.

2.4 Planification familiale

2.4.1 Femmes en âge de procréer et planification familiale

Dans cette section, les femmes ont été interrogées sur leur connaissance, attitude et pratique sur la planification familiale. L'instruction joue un rôle important sur le comportement en matière d'information et d'utilisation des méthodes de planification familiale.

Tableau 16 : Profil des femmes selon leur information sur la planification familiale, connaissance d'une méthode de contraception et l'utilisation méthode de contraception²⁰

| | Avoir des informations sur la planification familiale (%) | Connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne (%) | Utilisation d'au moins une méthode de contraception durant les 5 dernières années (%) | Effectif |
|-------|---|---|---|----------|
| Ségou | 96.7 | 89.2 | 49.2 | 120 |

²⁰ Source : Traitement des données de l'enquête

| | | Avoir des informations sur la planification familiale (%) | Connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne (%) | Utilisation d'au moins une méthode de contraception durant les 5 dernières années (%) | Effectif |
|--|-------------------|---|---|---|------------|
| Région de résidence | Mopti | 87.6 | 85.1 | 49.6 | 121 |
| | Tombouctou | 86.7 | 87.5 | 39.2 | 120 |
| | Gao | 90.8 | 88.9 | 58.8 | 153 |
| | Ménaka | 93.4 | 92.1 | 69.7 | 76 |
| Niveau d'instruction | Aucun | 88.9 | 86.0 | 49.3 | 379 |
| | Fondamental 1 | 91.8 | 90.8 | 49.0 | 98 |
| | Fondamental 2 | 95.5 | 89.6 | 53.7 | 67 |
| | Secondaire & + | 97.8 | 100.0 | 82.6 | 46 |
| Ethnie | Bambara/Malinké | 97.9 | 91.5 | 53.2 | 47 |
| | Peulh | 93.8 | 79.2 | 47.9 | 48 |
| | Sarakolé | 94.3 | 90.6 | 45.3 | 53 |
| | Sonrhaï | 90.3 | 93.5 | 56.5 | 124 |
| | Dogon | 82.6 | 85.5 | 52.2 | 69 |
| | Tamasheq | 87.7 | 86.5 | 56.4 | 163 |
| | Minianka | 100.0 | 100.0 | 70.0 | 20 |
| | Arabe/Maure | 100.0 | 93.1 | 44.8 | 29 |
| | Bozo | 90.5 | 81.0 | 38.1 | 21 |
| | Autre | 93.8 | 75.0 | 25.0 | 16 |
| Changement de lieu d'habitation | Resté sur place | 91.5 | 89.2 | 51.8 | 519 |
| | Déplacé | 84.0 | 72.0 | 36.0 | 25 |
| | Déplacé de retour | 87.0 | 87.0 | 67.4 | 46 |
| Total | | 90.8% | 88.3 | 52.4 | 590 |

Dans le cas général, il ressort des données que 91% des femmes ont déjà eu des informations sur la planification familiale, 88% connaissent au moins une méthode contraceptive moderne et 52% l'ont utilisé au cours des 5 dernières années.

Les femmes de Ségou sont les plus informées (97%) sur les PF et celles de Ménaka (92%) connaissent plus les méthodes contraceptives modernes et sont également nombreuses (70%) de les utiliser. Tombouctou observe le taux le plus bas avec 39% d'utilisation.

L'utilisation des contraceptifs varie avec le niveau d'instruction. Plus la femme est instruite plus elle a de fortes chances d'utiliser une méthode moderne de contraception.

Les femmes du niveau d'instruction secondaire ou plus connaissent à 100% une méthode moderne et 83% d'entre elles l'ont déjà utilisé dans les 5 dernières années contre 49% de celles d'aucun niveau d'instruction.

L'ethnie n'a pas d'incident majeur sur l'utilisation contraceptif. Néanmoins, on relève quelques particularités avec les Arabe/maure (45%) et les Bozo (38%) qui sont les nombreux à les utiliser.

Au cours de cette étude, nous avons cherché à savoir les raisons de non-utilisation des méthodes contraceptives par les femmes. Plusieurs raisons ont été citées dont la principale est l'inexistence du besoin.

Tableau 17 : Répartition selon les raisons de non-utilisation des méthodes contraception moderne par profil²¹

| | | Si non pourquoi ? (%) | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|------------|-----------------|------------------------|---------------|------------|
| | | Pas besoin | Par peur de stérilisation | Peur de la communauté | Religion | Accès difficile | Manque de connaissance | Refus du mari | Autres |
| Région de résidence | Ségou | 68.9 | 4.9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3.3 | 4.9 | 18.0 |
| | Mopti | 77.0 | 14.8 | 1.6 | 0.0 | 0.0 | 1.6 | 1.6 | 3.3 |
| | Tombouctou | 39.7 | 16.4 | 5.5 | 19.2 | 4.1 | 1.4 | 13.7 | 0.0 |
| | Gao | 73.0 | 1.6 | 1.6 | 14.3 | 0.0 | 3.2 | 4.8 | 1.6 |
| | Ménaka | 78.3 | 0.0 | 0.0 | 8.7 | 8.7 | 4.3 | 0.0 | 0.0 |
| Niveau d'instruction | Aucun | 60.4 | 10.9 | 3.1 | 8.9 | 2.6 | 3.1 | 6.3 | 4.7 |
| | Fondamental 1 | 74.0 | 4.0 | 0.0 | 10.0 | 0.0 | 2.0 | 8.0 | 2.0 |
| | Fondamental 2 | 74.2 | 0.0 | 0.0 | 9.7 | 0.0 | 0.0 | 3.2 | 12.9 |
| | Secondaire & | 75.0 | 25.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Ethnie | Bambara/Malinké | 68.2 | 4.5 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4.5 | 22.7 |
| | Peulh | 48.0 | 12.0 | 0.0 | 8.0 | 4.0 | 12.0 | 8.0 | 8.0 |
| | Sarakolé | 69.0 | 13.8 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3.4 | 13.8 |
| | Sonhaï | 61.1 | 11.1 | 1.9 | 11.1 | 1.9 | 1.9 | 9.3 | 1.9 |
| | Dogon | 78.8 | 15.2 | 3.0 | 0.0 | 0.0 | 3.0 | 0.0 | 0.0 |
| | Tamasheq | 64.8 | 5.6 | 5.6 | 14.1 | 2.8 | 1.4 | 5.6 | 0.0 |
| | Minianka | 83.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 16.7 |
| | Arabe/Maure | 56.3 | 0.0 | 0.0 | 37.5 | 0.0 | 0.0 | 6.3 | 0.0 |
| | Bozo | 46.2 | 7.7 | 0.0 | 7.7 | 7.7 | 7.7 | 15.4 | 7.7 |
| | Autre | 83.3 | 8.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 8.3 | 0.0 |
| Changement de lieu d'habitation | Resté sur place | 67.6 | 8.0 | 2.4 | 7.6 | 1.2 | 2.0 | 5.6 | 5.6 |
| | Déplacé | 43.8 | 12.5 | 0.0 | 25.0 | 0.0 | 12.5 | 6.3 | 0.0 |
| | Déplacé de retour | 40.0 | 20.0 | 0.0 | 13.3 | 13.3 | 0.0 | 13.3 | 0.0 |
| Total | | 64.8 | 8.9 | 2.1 | 8.9 | 1.8 | 2.5 | 6.0 | 5.0 |

Globalement 65% des femmes n'ayant pas utilisé des méthodes de contraception ont exprimé l'absence du besoin.

²¹ Source : Traitement des données de l'enquête

Comme raison de non-utilisation, la peur de stérilisation et la religion sont citées chacune à hauteur de 9%. Dans 6% des cas le mari s'est opposé, 3% pour manque de connaissance et 2% pour respectivement par peur de la communauté et difficulté d'accès.

Les données par région mettent en évidence les particularités des résultats de Tombouctou qui méritent un accent particulier. Selon ces informations, on note 40% d'absence de besoin, 16% de peur de stérilisation, 19% pour des raisons religieuses, 14% de cas de refus du mari, 6% par peur de la communauté et 4% pour les difficultés d'accès à ces méthodes modernes.

En outre, on observe dans la région de Mopti 15% de cas de peur de stérilisation, Mopti 14% de raisons religieuses, Ménaka 9% de raison religieuse et également 9% de difficulté d'accès.

Les Bozo sont majoritaire (15%) à avoir l'opposition de leur mari que les autres ethnies tandis que 38% de la population Arabe et maure ont citées la religion. De l'autre côté, les femmes peuhls (12%) sont les plus à ne pas avoir d'information pour utiliser une méthode contraceptive.

2.4.2 Adolescent et planification familiale

Les adolescents ont été également évalués sur leur connaissance et pratique en matière de planification familiale (PF).

Selon les résultats, une grande majorité (80%) des adolescents ont déjà entendu parler de la planification familiale. 72% d'entre eux connaissent au moins une méthode contraceptive moderne et 29% l'ont déjà utilisé.

Tableau 18 : Profil des adolescents selon leur information sur la planification familiale, connaissance d'une méthode de contraception et l'utilisation de méthode de contraception²²

| | | Déjà entendu parler des méthodes de planification familiale PF (%) | Connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne (%) | Utilisation d'une méthode de contraception durant les 5 dernières années (%) | Effectif |
|----------------------|-----------------|--|---|--|----------|
| Région | Ségou | 65.1 | 51.2 | 2.3 | 43 |
| | Mopti | 62.5 | 45.0 | 5.0 | 40 |
| | Tombouctou | 90.0 | 90.0 | 47.5 | 40 |
| | Gao | 87.1 | 85.5 | 40.3 | 62 |
| | Ménaka | 96.7 | 86.7 | 50.0 | 30 |
| Sexe | Masculin | 80.2 | 71.6 | 29.6 | 81 |
| | Féminin | 79.9 | 72.4 | 28.4 | 134 |
| Niveau d'instruction | Aucun | 74.5 | 58.2 | 25.5 | 55 |
| | Fondamental 1 | 77.6 | 71.6 | 22.4 | 67 |
| | Fondamental 2 | 84.8 | 80.3 | 31.8 | 66 |
| | Secondaire | 84.6 | 80.8 | 42.3 | 26 |
| | Supérieur | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 1 |
| Avez-vous changé de | Resté sur place | 78.5 | 70.7 | 26.7 | 191 |

²² Source : traitement des données de l'enquête

| | | Déjà entendu parler des méthodes de planification familiale PF (%) | Connaissance d'au moins une méthode contraceptive moderne (%) | Utilisation d'une méthode de contraception durant les 5 dernières années (%) | Effectif |
|--|-------------------|--|---|--|------------|
| lieu d'habitation en raison du conflit | Déplacé | 87.5 | 62.5 | 25.0 | 8 |
| | Déplacé de retour | 93.8 | 93.8 | 56.3% | 16 |
| Ensemble | | 80.0 | 72.1 | 28.8 | 215 |

Bien que dans l'ensemble 80% des adolescents ont été informés sur les PF, ce résultat est très contrasté dans les différentes régions. Pendant que Ségou et Mopti sont à environ 64%, Gao Tombouctou et Ménaka sont respectivement à 87, 90 et 97%. Cette tendance est respectée au niveau de la connaissance d'au moins d'une méthode contraceptive et le taux de prévalence contraceptive des adolescents.

À peine, 5% des adolescents de la région de Mopti ont utilisé une méthode de contraception dans les 5 dernières années, la région de Ségou encore moins. Les plus fort taux prévalence sont observés dans les 3 régions du nord soit 40% à Gao, Tombouctou (48%) et Ménaka (50%).

L'instruction a un incident majeur sur ces trois questions. En d'autres termes, le niveau d'information sur la PF, connaissance de méthode contraceptive et leur utilisation augmente avec le niveau d'instruction des adolescents. Plus ils sont instruits, plus ils sont enclins à connaître et utilisé une contraception.

La connaissance varie de 58% d'aucun niveau d'instruction à 81% du niveau secondaire. Quant à l'utilisation, elle varie de 26% de sans aucun niveau à 42% pour le niveau secondaire.

Parmi les déplacés de retour, plus de la moitié (56%) ont déclaré avoir utilisé la contraception contre 27% de ceux restés sur place.

A l'instar des femmes, nous nous sommes intéressés au pourquoi du non-utilisation d'une méthode contraceptive chez les adolescents. Les réponses issues de ce questionnement sont affichées dans le tableau suivant.

Tableau 19: Répartition selon les raisons de non-utilisation des méthodes contraceptives moderne par profil des adolescents²³

| | | Pas besoin/ Pas sexuellement active | Par peur de stérilisation | Par peur de la communauté | Religion | Accès difficile | Manque de connaissance | Autres |
|----------------------------|------------|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|-----------------|------------------------|--------|
| Région de résidence | Ségou | 81.0 | 0.0 | 9.5 | 4.8 | 0.0 | 0.0 | 4.8 |
| | Mopti | 50.0 | 12.5 | 6.3 | 0.0 | 0.0 | 31.3 | 0.0 |
| | Tombouctou | 58.8 | 23.5 | 0.0 | 17.6 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| | Gao | 50.0 | 3.6 | 3.6 | 32.1 | 0.0 | 3.6 | 7.1 |
| | Ménaka | 63.6 | 0.0 | 0.0 | 9.1 | 9.1 | 18.2 | 0.0 |
| Sexe de l'enquêté | Masculin | 76.5 | 0.0 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 11.8 | 2.9 |
| | Féminin | 50.8 | 11.9 | 5.1 | 22.0 | 0.0 | 6.8 | 3.4 |

²³ Source : traitement des données de l'enquête

| | | Pas besoin/ Pas sexuellement active | Par peur de stérilisation | Par peur de la communauté | Religion | Accès difficile | Manque de connaissance | Autres |
|---|----------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|----------|--------------------|------------------------------|--------|
| Niveau d'instruction | Aucun | 66.7 | 22.2 | 0.0 | 5.6 | 0.0 | 5.6 | 0.0 |
| | Fondamental 1 | 54.5 | 0.0 | 6.1 | 21.2 | 3.0 | 12.1 | 3.0 |
| | Fondamental 2 | 62.5 | 9.4 | 6.3 | 12.5 | 0.0 | 9.4 | 0.0 |
| | Secondaire | 60.0 | 0.0 | 0.0 | 20.0 | 0.0 | 0.0 | 20.0 |
| Avez-vous changé de lieu d'habitation en raison du conflit | Resté sur place | 59.5 | 7.1 | 3.6 | 15.5 | 1.2 | 9.5 | 3.6 |
| | Déplacé | 33.3 | 33.3 | 0.0 | 33.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| | Déplacé de retour | 83.3 | 0.0 | 16.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Ensemble | | 60.2 | 7.5 | 4.3 | 15.1 | 1.1 | 8.6 | 3.2 |

En général, parmi les jeunes adolescents qui n'utilise pas de contraceptif, beaucoup (60%) ne sont pas dans le besoin ou sont plutôt sexuellement inactif. La religion est la cause à 15%, le manque de connaissance 9%, la peur de stérilisation 8%.

En dehors de la raison principale (absence du besoin) ; parmi les adolescents n'ayant pas utilisé de contraceptif, 24% ne l'ont pas utilisé par peur de stérilisation et 18% à cause de la religion à Tombouctou. 32% ont mis l'accent sur la religion à Gao, 31% sur la méconnaissance à Mopti, 18% également sur le manque de connaissance à Ménaka. La peur de la communauté a été dans 10% des cas dans la région Ségou.

Les personnes sans aucun niveau d'instruction ont mentionné à 22% la peur de la communauté contre 0% pour le niveau secondaire. Par contre les personnes de niveau secondaire ont plus cité la religion (20%) contre 7% des sans niveau.

2.4.3 Excision

L'un des objectifs phares du programme est la réduction des mutilations génitales féminines MGF. Le programme s'est investi dans ce sens avec beaucoup d'activité d'information et de sensibilisation.

Ainsi, l'évaluation de ces questions nous donne des résultats suivants.

Au total, 1042 filles de 0-15 ans ont été dénombrées dans les ménages sélectionnés. 36% étaient excisées au moment de l'enquête et parmi celle-ci, plus de la moitié (55%) l'était déjà avant 2015. La situation de 3% des filles n'a pas été éclairée.

Tableau 20: Situation de l'excision au sein de la population âgée de 0-15 ans²⁴

| Situation | % | Effectif |
|---|-----|----------|
| Totale Excisée | 36% | 379 |
| Excisées avant l'année 2015 | 20% | 209 |
| Excisées au cours de la période 2015-2020 | 16% | 170 |
| Non excisées | 61% | 635 |

²⁴ Source : Traitement des données de l'enquête

| Situation | % | Effectif |
|-------------------|-------------|-------------|
| Refus de répondre | 3% | 28 |
| Total | 100% | 1042 |

La population non-excisé représente 61% de l'ensemble des filles âgées de 0-15 ans.

L'indicateur taux d'excision présenté dans le tableau ci-dessous ne prend pas en considération l'effectif des filles excisées avant 2015 dans ses opérations de calcul.

Cela s'explique par le fait que le programme a démarré en toute effectivité ses activités dans les régions en 2015. Donc ne pouvant avoir aucun effet sur ces cas d'excision, tenir compte de cet effectif fera une surestimation du niveau de l'excision sous le programme.

2.4.4 Prévalence de d'excision

Sachant que certaines actions prennent de l'effet à court ou à long terme, nous avons jugé nécessaire de mesurer le taux d'excision à deux périodes (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 21 : Répartition des taux d'excisions par région et par âge²⁵

| | | Taux d'excision 2015-2020 | Taux d'excision 2019 & 2020 |
|-----------------------|------------|---------------------------|-----------------------------|
| Région | Ségou | 35% | 8% |
| | Mopti | 45% | 11% |
| | Tombouctou | 4% | 2% |
| | Gao | 2% | 1% |
| | Ménaka | 2% | 0% |
| Age des filles | 0-3 ans | 31% | 17% |
| | 4-6 ans | 39% | 5% |
| | 7-9 ans | 27% | 2% |
| | 10-15 ans | 5% | 2% |
| Ensemble | | 20% | 5% |

Dans la période 2015-2020, le taux global de l'excision est estimé à 20% contre 5% pour la période des deux dernières années (2019, 2020).

La pratique de l'excision n'est pas une chose courante dans les régions nord du Mali (Tombouctou, Gao, Ménaka). Elle est d'une intensité extrêmement faible par rapport à Ségou et Mopti. Au regard des résultats, dans la période 2015-2020, le taux d'excision est estimé 35% à Ségou, 45% à Mopti contre 4% à Tombouctou et 2% à Gao et à Ménaka.

Le taux d'excision des filles de 0-15 ans sur la base des deux dernières années est encore faible à tous les niveaux. Et cela est tout à fait logique. Selon ces informations, le taux d'excision de Ségou est de 8%, Mopti (11%) et les 3 régions du nord (2% ou moins).

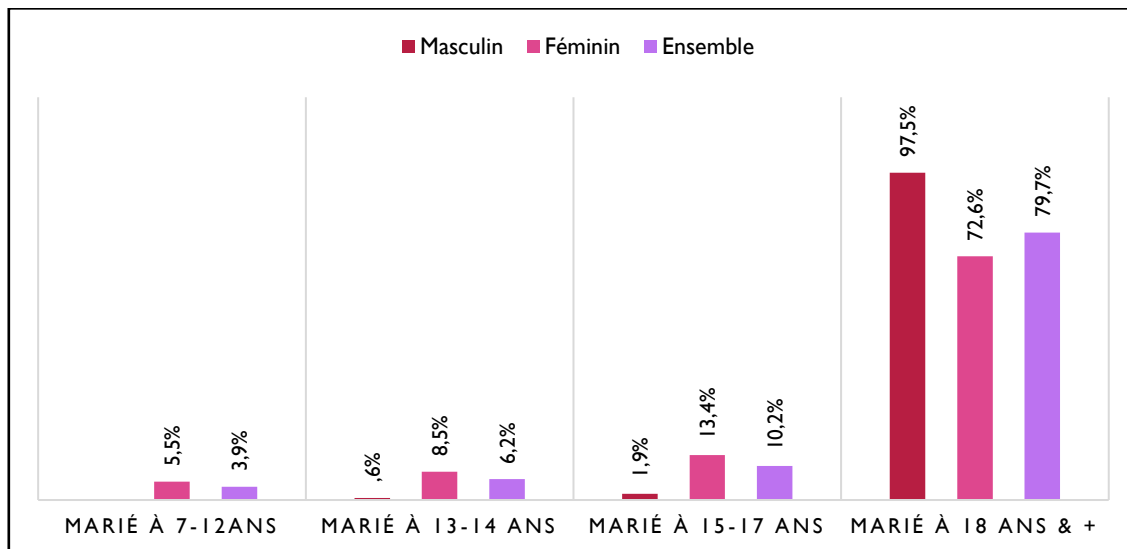
Toujours dans les années 2019 et 2020, l'excision est beaucoup plus fréquente à bas âge, soit 17% pour les 0-3 ans, 4-6 ans (5%), 7 ans et plus (2%).

²⁵ Source : Traitement des données de l'enquête

2.4.5 Mariage précoce

Nous avons dénombré 561 mariages dans les ménages de 2015 à 2020. Dans l'ensemble, on note parmi ces mariages 20% qui ont été célébrés avant que la personne n'atteigne 18 ans.

Graphique 6: Répartition des mariages par âge selon le sexe (mariage précoce) de 2015-2020²⁶



Autrement dit le taux de mariage précoce est estimé à 20% de l'ensemble des mariages célébrés durant cette période.

Les filles sont les principales victimes de cette pratique avec un taux de 26% contre 3% pour les garçons.

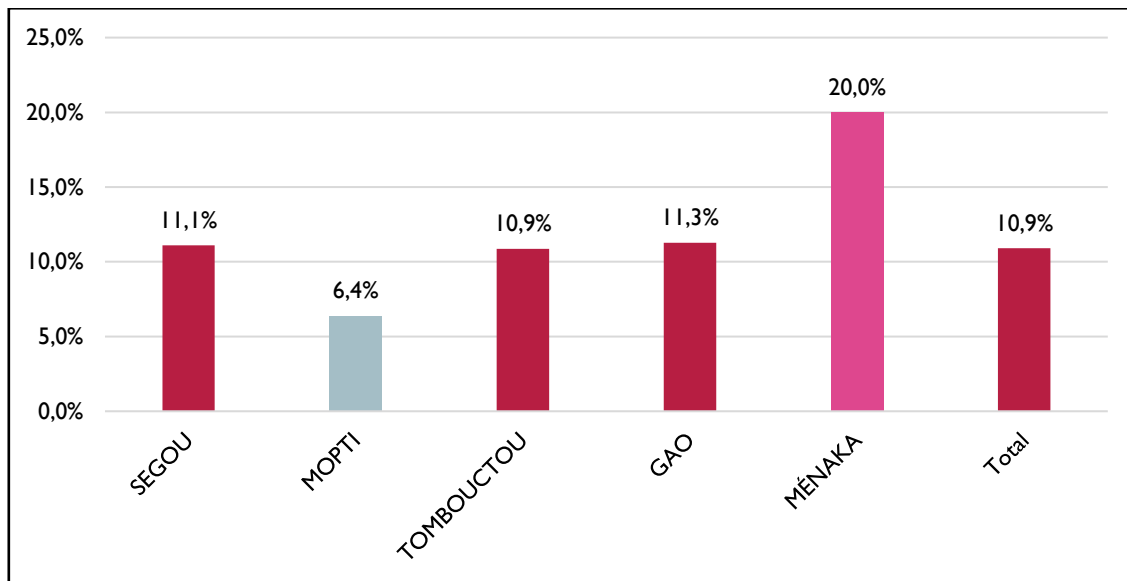
Les résultats approfondis sur l'âge au mariage nous renseignent encore davantage sur le mariage d'enfant. En effet, on réalise 6% de mariage de fille à l'âge de 7-12 ans, 13-14 ans (9%), 15-17ans (13%).

A l'instar du taux d'excision ci-dessus, nous avons affiché l'indicateur de mariage précoce sur l'échelle des deux dernières années (2015, 2020). De ce fait, l'effectif des mariages avant 2019 ont été automatiquement écarté afin d'éviter la surestimation de l'indicateur.

Les résultats y afférant apparaissent dans le graphique ci-après.

²⁶ Source : Traitement des données de l'enquête

Graphique 7 : Proportion des mariages précoces dans les régions au cours des deux années 2019 et 2020²⁷.



Par rapport au taux global au cours de la période 2015-2020, on constate une réduction presque de moitié de l'intensité des mariages précoces dans la zone de l'étude en se focalisant uniquement sur les deux dernières années (2019 et 2020). Elle a en effet chuté de 20% à 11% dans les deux années concernées.

Cette baisse ne s'est pas faite senti dans la région de Ménaka qui conserve les 20%. Mopti observe le plus pas niveau avec 6%.

S'agissant l'implication dans la prise de décision pour les 11% de mariage précoce, 78% des répondants ont été impliqués dans la prise de décision contre 22% qui ont répondu de manière négative.

²⁷ Source : Traitement des données de l'enquête