

EVALUATION EXTERNE

NOVEMBRE 2014

Projet Intégré d'appui à la lutte contre la malnutrition en milieu urbain, Bamako, Mali (PIALMU)



Financée par
**GOBIERNO
DE NAVARRA**



Par **Montserrat Saboya**

Contenu du rapport

Contenu du rapport	II
Liste d'annexes.....	III
Figures	III
Tableaux	IV
Encadrés	IV
Remerciements	IV
Abréviations utilisées sur ce rapport.....	V
Résumé exécutif.....	VI
1 Contexte.....	1
1.1 Contexte socio-politique du pays	1
1.2 Le contexte urbain de Bamako.....	1
1.3 La problématique de la malnutrition au Mali.....	2
1.4 ACF-E au Mali.....	2
2 Le PIALMU	3
3 Caractéristiques de l'évaluation	4
3.1 Objectifs et champ de l'évaluation	4
3.2 Approche méthodologique et agenda au Mali.....	4
3.3 Contraintes rencontrées	5
4 Résultats de l'évaluation	5
4.1 Pertinence / Acceptabilité.....	5
4.1.1 Pertinence par rapport aux besoins.....	5
4.1.2 Pertinence par rapport aux besoins des acteurs institutionnels et communautaires	6
4.1.3 Pertinence par rapport aux capacités de l'ACF-E.....	7
4.1.4 Pertinence du ciblage.....	8
4.1.5 CONCLUSIONS POUR LA PERTINENCE	9
4.2 Cohérence / complémentarité.....	9
4.2.1 PIALMU et PILMU	9
4.2.2 Les différents volets du projet : nutrition vs. EHA, PCIMA vs. IEC.....	10
4.2.3 Composantes PCIMA.....	10
4.2.4 Stratégie pays et mandat ACF-E.....	10
4.2.5 Stratégies et normes nationales	10
4.2.6 CONCLUSIONS POUR COHERENCE ET COMPLEMENTARITÉ.....	10
4.3 Efficacité	11
4.3.1 Calendrier de l'intervention.....	11
4.3.2 Niveau d'atteinte des résultats planifiés.....	11
4.3.3 Efficacité de la coordination avec autres acteurs.....	21
4.3.4 CONCLUSIONS POUR L'EFFICACITE.....	22
4.4 Couverture.....	23
4.4.1 Couverture géographique des services PCIMA.....	23
4.4.2 Couverture de la PEC de la MAS.....	24
4.4.3 Couverture des activités IEC / CCC	25
4.4.4 CONCLUSIONS POUR LA COUVERTURE.....	25

4.5	Effets (Impact)	26
4.5.1	<i>CONCLUSIONS POUR IMPACT / EFFETS</i>	26
4.6	Durabilité (Pérennité).....	26
4.6.1	<i>CONCLUSIONS POUR LA DURABILITÉ</i>	28
4.7	Qualité des mécanismes de suivi et rapportage.....	29
4.7.1	<i>Le Cadre Logique du projet</i>	29
4.7.2	<i>Suivi des données de programme</i>	29
4.7.3	<i>Analyse de données et résultats</i>	30
4.7.4	<i>Capitalisation et rapportage</i>	30
4.7.5	<i>CONCLUSIONS POUR LE SYSTEME DE SUIVI ET RAPPORTAGE</i>	31
5	Conclusions et recommandations	31
5.1	Evaluation générale	31
5.2	Recommandations.....	33
5.2.1	<i>Le travail avec les acteurs de la santé</i>	33
5.2.2	<i>Le travail avec les acteurs communautaires</i>	33
5.2.3	<i>Le contexte et la coordination</i>	34
5.2.4	<i>Les capacités de l'ACF-E</i>	34
5.2.5	<i>Le suivi du projet</i>	35
6	Annexes	36

Liste d'annexes

Annexe 1	Termes de référence de l'évaluation.....	36
Annexe 2	Bonne pratique.....	36
Annexe 3	Conclusions des évaluations faites en 2010 sur la Commune VI par l'ACF-E.....	37
Annexe 4	Cadre logique du PIALMU	38
Annexe 5	Conventions de partenariat pour le PIALMU.....	38
Annexe 6	Bibliographie et documents revus	39
Annexe 7	Référentiel de l'évaluation	40
Annexe 8	Guides d'entretien	41
Annexe 9	Calendrier et agenda de la visite au Mali.....	42
Annexe 10	Liste des personnes rencontrées au cours de la visite au Mali	43
Annexe 11	Restitution de la visite aux équipes de la mission.....	44
Annexe 12	Résumé des résultats d'enquêtes nutritionnelles sur Bamako	44
Annexe 13	Calendrier et résultats du PIALMU.....	44
Annexe 14	Résultats des activités de la PCIMA pendant la durée du PIALMU	45
Annexe 15	Analyse des admissions à l'URENAS du CSREF selon leur domicile (juillet – septembre 2014).....	47
Annexe 16	Tableau – résumé des résultats de l'étude SQUEAC (2014) sur la Commune VI.....	48
Annexe 17	Résumé des résultats de l'évaluation	49

Figures

Figure 1	Cartographie du PIALMU.....	3
Figure 2	Evolution de la prévalence de la Malnutrition Aiguë sur Bamako (2006 – 2014).....	5
Figure 3	Calendrier du rapportage aux bailleurs	11
Figure 4	Indicateurs de performance pour la PEC de la MAS (2012 – 2014).....	14

Figure 5 Indicateurs de performance pour la PEC de la MAM (2012 – 2014)	14
Figure 6 Châteaux d'eau sur un CSCOM.....	17
Figure 7 Stockage des produits nutritionnels sur un CSCOM.....	17
Figure 8 Evolution des prévalences de MAG et MAS sur la Commune VI de Bamako	21
Figure 9 Cartographie de la couverture de la PEC de la MAS sur la Commune VI (étude SQUEAC 2014).....	24
Figure 10 Exemple de carte avec la répartition géographique des relais communautaires sur un quartier de la Commune VI.....	25
Figure 11 Visibilité ou appropriation ?	28

Tableaux

Tableau 1 Résultats du dépistage communautaire	13
Tableau 2 Forces et faiblesses de l'implication communautaire dans la PCIMA.....	13
Tableau 3 Forces et faiblesses du renforcement de capacités des acteurs de la santé.....	16
Tableau 4 Forces et faiblesses de l'appui à l'amélioration des CAP pour la prévention de la malnutrition	20
Tableau 5 Evolution de la prévalence de la malnutrition aiguë sur la Commune VI de Bamako	21
Tableau 6 Structures sanitaires soutenus par l'ACF-E sur la Commune VI	23
Tableau 7 Forces et faiblesses du système de suivi et rapportage du PIALMU	31

Encadrés

Encadré 1 Evolution du nombre de personnels sur le PIALMU 2011 – 2014	7
Encadré 2 Extrait du rapport de l'enquête SQUEAC 2014	8
Encadré 3 Extrait du rapport de l'étude SQUEAC 2014.....	12
Encadré 4 Extrait du narratif du PIALMU (2011).....	19
Encadré 5 Rôle des acteurs communautaires.....	19
Encadré 6 Résultats entretiens avec Woïyo Kondeye : mesure de l'impact des activités IEC	20
Encadré 7 Coordination entre acteurs sur Bamako	21
Encadré 8 Partage d'information avec les partenaires communautaires.....	22
Encadré 9 Organisation des séances IEC / CCC.....	25
Encadré 10 Extrait du narratif du PIALMU (2011).....	27

Remerciements

Merci à toutes les équipes de l'ACF-E et de leurs partenaires que, malgré les contraintes quotidiennes, luttent contre la malnutrition sur la Commune VI de Bamako au Mali.

Merci à toutes les personnes, que par sa disponibilité et patience, ont fait possible ce petit aperçu du PIALMU et ont facilité la tâche de l'évaluatrice.

Abréviations utilisées sur ce rapport

ACF	Action Contre la Faim
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASPE	Aliment Supplémentaire Prêt à l'Emploi
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CAP	Connaissances, Aptitudes, Pratiques
CL	Cadre Logique
CMP	Commission pour les Mouvements de Population
CNIECS	Centre National d'Information, Education et Communication pour la Santé
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
DN	Direction de la Nutrition au Ministère de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
F-CFA	Franc des Communautés Financières d'Afrique
FELASCOM	Fédération des Associations Communautaires
HCR	Haut-Commissariat des NU pour les Réfugiées
IEC / CCC	Information, Education, Communication / Changement des Comportement par la Communication
MAG	Malnutrition Aiguë Globale (prévalence de)
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
OCHA	UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ONG (ONG-I)	Organisation Non-Gouvernementale (Internationale)
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PEC	Prise en Charge
PIALMU	Projet Intégré d'Appui à la Lutte contre la Malnutrition
PILMU	Projet Intégré de la Lutte contre la Malnutrition
PMA	Paquet Minimum d'Activités (aux CSCOM)
REACH	Renewed Efforts Against Child Hunger and Undernutrition
S&E	Suivi et Evaluation
SLEAC	Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage
SUN	Scaling-Up Nutrition
TMI	Transferts Monétaires Inconditionnels
UK	United Kingdom
URENAM	Unité de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire pour la MAM
URENAS	Unité de Réhabilitation Nutritionnelle Ambulatoire pour la MAS
URENI	Unité de Réhabilitation Nutritionnelle Intensive
VAD	Visites à domicile
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Résumé exécutif

Dès la fin 2011, le **Mali** a fait face à une de ses plus graves crises. Les attaques armées déclenchées le 17 janvier 2012 par des groupes armés au nord du Mali, conjuguées avec le coup d'Etat du 22 mars 2012 ont plongé le pays dans une situation de crise politique, économique, sociale et sécuritaire sans précédent. En outre, le Mali a été confronté en 2012 aux effets d'une crise de sécurité alimentaire, ayant affecté l'ensemble de la bande sahélienne suite à une mauvaise récolte après une saison des pluies 2011 décevante. Cette crise s'inscrit dans un contexte chronique de crises de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (crises de 2005, 2008 et 2010) affectant l'ensemble des pays du Sahel. Dans ce contexte, **Bamako**, le centre administratif du pays (érigé en district et subdivisé en six communes dirigées par des maires élus) a un taux de croissance urbaine parmi les plus élevés en Afrique, de 4,5 % annuel. En 2012 la population de Bamako était estimée de 2.033.000¹ personnes. La **Commune VI** (constituée de dix quartiers) est la plus vaste, la plus peuplée et une des plus pauvres du district de Bamako, avec une population d'environ 600.000 habitants. Avec cette densité de population, et avec un contexte socio-économique adverse, des prévalences de malnutrition aiguë pas trop dramatiques (8,4% de MAG et 1,3% de MAS selon l'enquête nationale SMART de juin 2011) représentent un nombre très élevé de cas. Les capacités nationales sur la commune, évaluées par l'ACF-E en 2010, étaient insuffisantes pour une mise en œuvre efficace du Protocole National de la PCIMA. Par cette raison, il fut désigné le **Projet Intégré d'Appui à la Lutte contre la Malnutrition en Milieu Urbain (PIALMU)**, qui, avec le soutien financier du Gobierno de Navarra et postérieurement de l'UNICEF, a été mis en place entre 2011 et 2014 et qui est l'objet de cette évaluation. Ce projet s'articule sur deux axes : (1) un axe curatif avec la PCIMA et (2) un axe préventif avec des actions IEC/CCC et intègre des aspects EHA avec la nutrition, grâce à la complémentarité entre les actions proposées aux deux bailleurs.

L'**évaluation** avait comme objectif général d'examiner le projet sur la base d'une démarche qualité et via des critères permettant d'estimer la pertinence, la cohérence, l'efficacité, la couverture, l'impact à moyen-long terme et la pérennisation de l'intervention. Elle doit fournir les recommandations qui permettront d'améliorer et de redéfinir l'approche d'ACF-E dans les prochaines interventions de ce type au Mali, en prenant en compte les contraintes et facteurs limitant inhérents au pays. L'évaluation a utilisé les suivantes méthodologies : (I) l'exploitation des ressources documentaires mises à disposition par l'ACF-E, (II) la collecte participative d'information via entretiens individuels semi-directifs et entretiens thématiques par des focus-groupes, et (III) des visites terrain et l'observation *in situ* des activités. Malgré l'esprit collaboratif des équipes ACF-E, l'évaluation a rencontré quelques difficultés : la courte durée et des décalages inattendus de la visite au Mali qui ont modifié le programme initialement prévu ; l'absence de mécanismes de capitalisation efficaces au sein de la mission qui a rendu difficile la collecte d'information et données du projet, et, finalement, la rencontre tardive avec les responsables du projet au niveau du siège de l'ACF-E qui a fait que des informations essentielles qui auraient modifié son aperçu du projet, n'ont pas été obtenues qu'après le partage du rapport provisoire de l'évaluation.

Le projet est **globalement pertinent**. Cependant, une meilleure connaissance du contexte (milieu urbain) aurait sûrement permis la mise en œuvre de stratégies opérationnelles plus adaptées. Le renforcement de capacités des acteurs nationaux (de la santé et communautaires) est une action pertinente mais des insuffisances au niveau de l'encadrement des équipes de l'ACF-E sur le terrain ont limité le transfert de compétences qui reste circonscrit aux aspects techniques et omet les aspects de gestion et organisation.

La **cohérence interne** (entre composantes) **et externe** (mandat et mission de l'ACF-E au Mali, politiques et stratégies nationales) **du projet sont satisfaisantes**. Le projet bénéficie d'un cofinancement entre le Gobierno de Navarra et l'UNICEF qui lui permet une majeure **complémentarité** entre les actions curatives et préventives, et entre les volets nutrition et EHA.

Le projet a réussi à mener **toutes ses activités** même si certains délais ont été observés, souvent par des facteurs externes à l'ACF-E. Les résultats globaux sont corrects et **la plupart des objectifs ont été atteints**. Cependant, quelques-uns des indicateurs du cadre logique n'ont pas pu être mesurés. L'absence d'implication des partenaires à la conception (et au suivi) du projet et le manque de **coordination** avec d'autres acteurs travaillant sur la même commune ou sur de contextes similaires (autres communes de Bamako), ont sûrement diminué l'**efficacité** des actions.

La **couverture géographique** de la PCIMA suit la cartographie du système sanitaire du pays qui a été renforcé par l'appui de l'ACF-E à deux URENI supplémentaires. La **couverture réelle de la PEC** de la MAS, sans une mesure quantitative fiable, est faible. La couverture des actions communautaires est fortement dépendante de la répartition géographique des relais formés par le projet, qui n'ont pas toujours été identifiés par des critères de localisation mais d'intérêt.

¹ Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2012 Revision, <http://esa.un.org/undp/wpp/index.htm>

L'impact du projet en termes de changement de comportements n'est pas mesurable, car les informations fournies par les enquêtes CAP réalisées au début et à la fin du projet ne le permettent pas. Sur la base de discussions et observations, on peut néanmoins constater que le projet a réussi à **améliorer la compréhension de la malnutrition** comme maladie « traitable ».

La **pérennisation** est le maillon faible du projet : depuis sa conception et au cours de sa mise en œuvre, cet aspect n'a pas été suffisamment abordé, et le projet manque de stratégie et d'instruments de mesure de l'autonomisation des acteurs nationaux. Les capacités des acteurs / partenaires n'ont pas été assez explorées ni exploitées, ce qui agit en détriment de leurs possibilités d'autonomie et même d'appropriation. D'autre part, le projet n'a pas su éviter une dépendance excessive des partenaires vers l'ACF-E, ce qui joue un rôle négatif important vis-à-vis **l'appropriation** et la **durabilité** des actions.

L'évaluation recommande :

1. Poursuivre avec une stratégie visant à (i) l'intégration effective de la PCIMA dans le PMA et les services de routine des structures sanitaires et (ii) l'autonomie et l'appropriation des agents de la santé par le renforcement des capacités techniques et en organisation du personnel prestataire.
2. Poursuivre avec une stratégie visant à (i) l'intégration effective de la PCIMA dans le PMA et les services de routine des structures sanitaires et (ii) l'autonomie et l'appropriation des agents de la santé par l'amélioration de l'implication et l'efficacité des niveaux gestionnaires
3. Mettre en place une stratégie communautaire visant à (i) une mobilisation communautaire pour la nutrition effective et (ii) l'identification des cas de malnutrition aiguë dans la communauté.
4. Veiller à la pertinence et l'efficacité des partenariats avec des ONG / associations nationales pour les activités IEC/CCC.
5. Renforcer les capacités au sein des équipes PIALMU en matière (i) d'analyse du contexte, et (ii) de connaissance des besoins de la population cible du projet en termes de vulnérabilité.
6. Renforcer la coordination avec le reste d'acteurs travaillant sur Bamako afin d'améliorer l'efficacité des résultats et le plaidoyer.
7. Poursuivre le renforcement des capacités des équipes PIALMU par le biais de (i) une meilleure description du profil et des capacités requises, (ii) une gestion d'équipes adaptée, (iii) la mise en place de mécanismes de suivi et accompagnement, et (iv) un organigramme transparent.
8. Mettre en place un cadre logique « logique » avec (i) des objectifs réalistes, (ii) des indicateurs pertinents et mesurables, et (iii) incluant des indicateurs qui permettent de mesurer la durabilité des actions.

1 Contexte

1.1 Contexte socio-politique du pays

Le Mali, avec un peu plus de 15 millions d'habitants, est classé parmi la catégorie des Pays les Moins Avancés (PMA) du monde : le 183^{ème} sur 186 selon l'indice de Développement Humain du PNUD. De fortes contraintes naturelles (la moitié du territoire est désertique, et un quart soumis à une pluviométrie faible et irrégulière), structurelles (enclavement, faible densité de la population, infrastructures de transport limitées, et démographiques (forte croissance démographique). La Banque Mondiale estimait en 2012 une population totale de 14,85 millions de personnes avec un taux de croissance annuelle de 3,0% (4,80% en milieu urbain, 2,0% en milieu rural). En 2010 la moitié de la population vive sous le seuil de pauvreté.²

Dès la fin 2011, le Mali a fait face à une de ses plus graves crises. Les attaques armées déclenchées le 17 janvier 2012 par des groupes armés au nord du Mali, conjuguées avec le coup d'Etat du 22 mars 2012 ont plongé le pays dans une situation de crise politique, économique, sociale et sécuritaire sans précédent³. En outre, le Mali a été confronté en 2012 aux effets d'une crise de sécurité alimentaire, ayant affecté l'ensemble de la bande sahélienne suite à une mauvaise récolte après une saison des pluies 2011 décevante. Cette crise s'inscrit dans un contexte chronique de crises de la sécurité alimentaire et nutritionnelle (crises de 2005, 2008 et 2010) affectant l'ensemble des pays du Sahel.

1.2 Le contexte urbain de Bamako

Bamako est le centre administratif du pays, un important port fluvial et un important centre commercial pour toutes les régions environnantes. La capitale est érigée en district et subdivisée en six communes dirigées par des maires élus. Son rythme de croissance urbaine est aussi parmi les plus élevés en Afrique. Avec un taux de croissance annuel de 4,8% avait en 2012 une population de 2.033.000⁴ personnes. Les événements au nord du pays ont emmené en 2013, et selon la Commission pour les Mouvements de Population, 51.733 personnes déplacées. Elle continue d'attirer une population rurale en quête d'emploi et dont les moyens d'existence en zone rurale deviennent de plus en plus précaires du fait notamment des changements climatiques auxquels le Mali est particulièrement vulnérable⁵.

Du point de vue de la **planification sanitaire**, Bamako a un statut particulier qui fait de lui une région sanitaire avec ses six communes équivalentes à des districts sanitaires. Le secteur public⁶ est constitué de six CSREF (centre de santé de référence) et d'un hôpital régional.

L'accès à la nourriture à Bamako est essentiellement monétisé : l'agriculture, la pêche et l'élevage sont peu développés. Le secteur tertiaire est le plus développé, notamment l'artisanat et le commerce. Comme de nombreuses grandes villes africaines, Bamako compte une large part de sa population vivant dans des conditions précaires avec un accès restreint aux services de base.

La **commune VI** est la plus vaste et la plus peuplée du district de Bamako, et aussi une des plus pauvres. Elle est constituée de dix quartiers et, en 2011, sa population était estimée de 539.418 habitants, avec une croissance annuelle de 7%. Cette commune a été progressivement peuplée au fil des années par des migrants issus de groupes ethniques variés et par sa position géographique (à l'entrée de la capitale sur la route de Ségou et de Sikasso) la prédestine à recevoir un flot important d'étrangers qui fournit la main d'œuvre non qualifiée travaillant dans l'agriculture, les travaux publics ou le service domestique.

La précarité économique des ménages se caractérise par la pratique de micro-activités (petit artisanat, revente, recyclage, collecte de gravats, petit maraîchage, etc.), permettant des rentrées d'argent

² Rapport sur la situation de la pauvreté dans le pays de l'UEMOA, BCEAO 2012

³ D'après OCHA, le conflit a affecté 1,721.391 personnes³ dans le Nord du pays, limitant l'accès de ces personnes aux infrastructures et aux services sociaux de base. Il a occasionné le déplacement de population à l'intérieur du pays et vers les pays voisins. Ainsi, en mai 2013, 301.027 personnes étaient déplacées à l'intérieur du Mali (CMP, 2013). Malgré que le nombre de personnes déplacées a quelque peu augmenté depuis l'intervention militaire de janvier 2013 (72.109 personnes), il n'a pas été constaté de mouvements massifs durables. À la fin de mai 2013, au moins 185.144 Maliens avaient fui dans les pays voisins, dont 176.144 étaient enregistrés en tant que réfugiés par le Haut-Commissariat aux Réfugiés (HCR). La plupart des réfugiés se trouvaient au Niger, en Mauritanie et au Burkina Faso (174.598), et quelques-uns en Guinée (26) et au Togo (20) (HCR, 2013).

⁴ Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2012 Revision, <http://esa.un.org/undp/wpp/index.htm>

⁵ Selon *UNDP Climate Change Country Profile*, le Mali devrait connaître le plus fort réchauffement de tous les pays (objets de l'étude) avec une augmentation des températures moyennes de 1,3 à 1,9°C entre 2006 et 2030.

⁶ La politique sectorielle de santé du Mali est bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCOM), le centre de santé de référence (CSREF) et le troisième et quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux.

irrégulières et faibles. Ce manque de liquidité et cette vie au jour le jour oblige les ménages à acheter au détail (donc plus cher) et restreint leur accès aux services de base.

L'enquête CAP réalisée par ACF-E en 2012 trois zones distinctes sur la commune, à partir du profil des femmes qui y vivent et les caractéristiques des quartiers.

- Dans le premier groupe (ASACOSE, ASACOCY, ASACOYIR et ASACOMIS) constituent les plus grandes aires de santé, caractérisées par une plus faible densité de population (très dispersées et isolées, séparation par champs, jardins, maison en construction ou inhabitées, collines, etc.), quartiers moins structurés avec peu ou pas de service. Sur cette zone les contraintes du milieu urbain (anonymat, faible disponibilité des mères, etc.) s'ajoutent donc des problématiques rencontrées plus souvent en milieu rurale.
- Dans un deuxième groupe (ASACOFA, ASACOBABA, ASACOSO, ASACOMA I et II et ASACOSODIA) sont très structurés (avec des systèmes de codification des rues), ont des meilleurs accès aux services (routes, marchés, centre administratif, centres de santé, eau courante, etc.), et sont très densément peuplées.
- Le troisième groupe (ASACONIA et ANIASCO) présente des caractéristiques intermédiaires des deux groupes précédents : forte densité mais assez bien structurés et relativement bon accès aux services. Elles se caractérisent par un niveau d'instruction des femmes plus bas que le reste et le niveau de connaissance est généralement inférieur à la moyenne.

1.3 La problématique de la malnutrition au Mali

En 2011, les données disponibles montraient la présence des taux élevés de malnutrition aiguë et chronique. L'enquête nationale SMART de juin-juillet 2011, la prévalence nationale de malnutrition aiguë globale (MAG) serait de 10,4% dont 2,2% sous forme sévère (MAS), pour le district de Bamako de 8,4% et 1,3% respectivement. Avec ces chiffres, ce sont plusieurs milliers d'enfants qui – dans la capitale du Mali – sont atteints de malnutrition aiguë et n'ont pas accès à un traitement adéquat. Par ailleurs, elles masquent un niveau frappant d'hétérogénéité et d'inégalités à l'intérieur de la ville, où l'écart entre riches et pauvres ne cesse de s'accroître. A côté d'un centre-ville prospère, dans de vastes zones d'habitat précaire ou dans des îlots insalubres, se cachent des situations où taux de malnutrition et mortalité infantile sont parfois plus élevés que dans les zones rurales.

Les indicateurs clé en nutrition et santé, évalués par des études plus récentes indiquent que, sur l'ensemble du pays, la situation nutritionnelle et sanitaire des femmes et des enfants est toujours préoccupante. L'EDS de 2012 montre que, au niveau national, 96% des enfants de moins de 6 mois soient allaités au sein et que plus de 89% de ceux entre 12 et 15 mois le soient encore, le taux d'allaitement exclusif est très bas : seulement un enfant sur trois reçoit uniquement du lait maternelle avant les six mois d'âge et l'introduction d'autres liquides et d'aliments de complément a lieu à un âge trop jeune. Selon la même étude, moins d'un tiers des enfants ayant eu des symptômes d'insuffisance rénale aiguë, de la fièvre ou la diarrhée les deux semaines précédant l'enquête ont été menés à un établissement ou chez un prestataire de santé à la recherche de traitement (30%, 31.2% et 31.3% respectivement), avec des écarts considérables entre les milieux urbain et rural. La couverture vaccinale est complète uniquement pour 39% des enfants de 12 – 23 mois. Et finalement, en ce qui concerne la santé maternelle, un peu plus de la moitié de femmes maliennes accouchent dans un établissement de santé (55%, 59% avec un prestataire formée) et trois quarts (74%) ont suivi des soins prénatals.

Le **cadre institutionnel** donnée par l'Etat Malien pourvoie des directives pour la mise en œuvre de programmes de nutrition. Le pays d'est doté en 2007 d'un Protocole National pour la Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë (PCIMA, actualisé en 2011) et en 2013 d'une Politique Nationale de Nutrition. Un Plan d'Action Multisectoriel et budgétisé pour la Nutrition pour 2014-2018 permettra l'opérationnalisation de cette politique et l'intégration de tous les secteurs concernés. Le pays a adhéré les initiatives REACH et SUN en 2009 et 2011 respectivement.

1.4 ACF-E au Mali

L'ACF-E est présent au Mali depuis 1996, avec des programmes de nutrition, sécurité alimentaire, EHA, et, globalement de prévention de risques et adaptation au changement climatique. A l'heure actuelle, l'ONG travaille sur les régions de Gao (projet d'urgence de réponse à la crise), Kayes (Kita), Koulikoro (Banamba) et Bamako (PIALMU et PILMU), avec des fonds provenant du Gobierno de Navarra, de la Communauté Européenne (ECHO) et Fonds Européens pour le Développement), l'AECID, l'UNICEF, OFDA, la Mairie de Zaragoza, Agencia Andaluza de Cooperación, et des fonds propres d'Acción contra el Hambre.

2 Le PIALMU

Malgré l'existence de documents stratégiques et normatifs, la lutte contre la malnutrition reste un défi au pays. Les compétences techniques et les capacités des agents de l'Etat sont reconnues faibles et, en général, l'expertise des acteurs externes en nutrition s'est principalement concentrée sur les zones rurales.

Les autorités sanitaires avaient toujours adressé des demandes d'appui technique pour Bamako pour la mise en place et l'application effective de la PCIMA⁷. ACF-E répondait à cet appel en 2011, suite à deux évaluations initiales⁸ sur le terrain qui permettaient d'estimer la pertinence d'une intervention, sur la base de l'intérêt du Ministère de la Santé pour l'intégration des activités de la PCIMA dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) de soins de santé primaires, et le soutien actif de la Division Nutrition (DN) pour que l'ACF-E intervienne dans le district de Bamako ; la présence et l'implication de l'UNICEF et du PAM engagées avec le gouvernement Malien pour la fourniture des intrants pour le traitement de la malnutrition ; la situation spécifique du système de santé dans la Commune VI avec les 11 aires de santé de la commune fonctionnelles, et la participation communautaire à travers les Associations de Santé Communautaire (ASACO) qui émanent de l'organisation de la population et qui ont pour rôle la gestion des CSCOM et la promotion de la participation communautaire pour la PEC et la prévention des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité.

Figure 1 Cartographie du PIALMU

Le **Projet Intégré d'Appui à la Lutte contre la Malnutrition en Milieu Urbain (PIALMU)**, conçu en 2011 vise donc au renforcement des structures étatiques et communautaires de la Commune VI de Bamako pour la réduction de la mortalité infantile liée à la malnutrition. Le projet⁹, avec une approche communautaire et participative, s'articule sur deux axes :

- La **prise en charge de la malnutrition aiguë** au niveau des structures sanitaires (CSCOM, CSREF et hôpital). Le projet met aussi l'accent à la détection précoce et le référencement des cas de VIH (+)¹⁰ et tuberculose parmi les malnutris assistés sur la Commune VI.
- La **prévention de la malnutrition** par l'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques de la population générale en termes de santé et nutrition (actions préventives)

Le projet cible les 10 quartiers de la commune.

Appart aux accords établis avec les acteurs institutionnels (DRS, CSREF, Marie de la Commune VI) et communautaires (ASACO et FELASCOM), le PIALMU signa des conventions de partenariat avec deux organisations : SOLTHIS (ONG internationale qui travaille sur la Commune VI pour les formations en VIH) et Woÿlo Kondeye (ONG locale pour les démonstrations culinaires). En Annexe 5 le calendrier de signature et le contenu de ces conventions.

Le projet a bénéficié d'un cofinancement avec le Gobierno de Navarra, le premier à assurer des fonds pour les activités, et l'UNICEF-Mali. Le budget total est de 1,258.380EUR, distribués finalement comme suit :

- Gobierno de Navarra (PIALMU), sur une période de 3 ans, de septembre 2011 – juillet 2014 (avec un prolongement de deux mois jusqu'au 30 septembre pour la réalisation des enquêtes CAP et SMART, et cette évaluation finale) : 611639,03 EUR. Ce montant représente presque la moitié du total du budget du projet (49%).



⁷ Le district de Bamako compte à lui seul pour environ le 14% de la population malienne et avait été complètement occulté malgré une prévalence élevée.

⁸ Janvier 2010 et juillet 2010. Les principales conclusions de ces évaluations se trouvent en Annexe 3

⁹ Cadre logique du projet en Annexe 4

¹⁰ Concernant la problématique VIH, le taux de séroprévalence évalué par EDS 2006, est estimé à 2% au Mali. Bien que ce taux soit relativement bas, le risque de diffusion reste encore important. Selon les écarts régionaux, les taux de prévalence, et le milieu de résidence, le district de Bamako vient en première position avec un taux de prévalence de 2,3%.

- PILMU (PILMU) avec deux contrats séparés :
 - PILMU I de novembre 2011 à octobre 2012 : 103.601 EUR
 - PILMU II de février 2013 à janvier 2014 : 543.141 EUR

Le calendrier du financement a été comme suit :

2011				2012								2013								2014														
9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Gobierno de Navarra																																		
UNICEF PILMU I																UNICEF PILMU II																		

3 Caractéristiques de l'évaluation

3.1 Objectifs et champ de l'évaluation

L'objectif général de cet exercice est d'évaluer le programme PIALMU sur la base d'une démarche qualité et via des critères d'évaluation qui permettront d'estimer la pertinence, la cohérence, l'efficacité, la couverture, l'impact et la viabilité des interventions d'ACF-E. Comme objectifs spécifiques :

- Evaluer la performance du projet selon les critères CAD
- Evaluez l'impact à moyen-long terme et la pérennisation du projet.
- Fournir les recommandations.

Les utilisateurs cible de l'évaluation sont le siège commanditaire (ACF-E – E : référents opérationnels et pour la nutrition et la Délégation de Navarra de l'ONG) et la ELA Unit à ACF-E-UK, la mission (départements Nutrition et Rapportage - Qualité), le donateur, et toutes les parties prenantes et partenaires de l'action de l'ACF-E au Mali.

L'évaluation couvre l'ensemble d'activités du PIALMU financé par le Gobierno de Navarra, et examine la totalité de la durée du projet (septembre 2011 – août 2014). Les activités financées par l'UNICEF (PILMU) sur la Commune VI de Bamako et qui se déroulent en parallèle pendant un période du PIALMU, seront sommairement considérées en raison de leur complémentarité avec le PIALMU et des effets synergiques souhaités. Egalement, le volet EHA, étant entièrement financé par l'UNICEF ne fait pas partie des objectifs de cette évaluation.

Les recommandations permettront principalement d'améliorer et de redéfinir l'approche d'ACF-E dans les prochaines interventions de ce type au Mali, en prenant en compte les contraintes et facteurs limitant inhérents au pays.

3.2 Approche méthodologique et agenda au Mali

L'exercice de l'évaluation a commencé par la révision exhaustive des documents mis à la disposition de l'évaluatrice avant son voyage au projet (liste complète des documents revus en Annexe 6). Les premiers constants et une description sommaire du projet et de ses résultats, ensemble avec la description de la méthodologie et le calendrier proposé pour la visite au Mali ont constitué un premier Rapport de démarrage qui a été partagé avec les équipes ACF-E : UK et Mali.

Afin d'identifier les données et les informations nécessaires pour donner réponse aux questions évaluatives fournies par les Termes de Référence de la mission, un Référentiel de l'Evaluation (Annexe 7, en document séparé) a été préparé. Des indicateurs et des éléments de renseignement ont été identifiés, ainsi que les potentielles sources de vérification. Cette matrice fait partie du Rapport de démarrage.

La visite au projet a eu lieu entre le 23 septembre et le 9 octobre de 2014. Un plan de travail avait été agréé avec les équipes à Bamako avant le voyage et il a été revu et définitivement validé à l'arrivée de l'évaluatrice à la mission. La méthodologie suivie au pays a repris celle proposée sur le Rapport de démarrage :

- (i) L'exploitation des ressources documentaires mises à disposition par l'ACF-E
- (ii) La collecte participative d'information via deux types d'entretiens : (1) des entretiens individuels semi-directifs avec le personnel de l'ACF-E, de ses partenaires et de différents parties prenantes, notamment les autorités nationales et administratives, (2) des entretiens thématiques avec des focus-groupes.
 - a. Des guides d'entretien (en Annexe 8) ont été préparées à partir des éléments de la Matrice afin de guider et harmoniser le contenu des échanges individuels ou en focus-groupes.

(iii) Les visites terrain et l'observation *in situ* des activités

L'agenda et les détails de la visite et la liste complète des personnes rencontrées se trouvent en Annexes 9 et 10 respectivement.

Une restitution (en format PowerPoint (Annexe 11, en document séparé) a été faite aux équipes ACF-E - Mali et projet, où les premiers constats et des tentatives de recommandations ont été discutés. Le rapport préliminaire de l'évaluation a été envoyé aux équipes ACF-E concernées (Mali, projet, ACF-UK, ACF-E siège à Madrid et délégation à Navarra) une semaine après le départ du terrain et le rapport final, amendé suite aux feedback reçus, remis à l'organisation le 14 novembre de 2014.

3.3 Contraintes rencontrées

Malgré l'esprit collaboratif des équipes ACF-E, l'évaluation a rencontré quelques difficultés :

Le **calendrier de la mission terrain** : un décalage inattendu du voyage (grève d'Air France) a retardé de plus d'une semaine l'arrivée à Bamako. Ainsi, le programme initialement planifié a souffert de quelques modifications et malgré une prolongation de deux jours sur la mission, le nombre de visites – terrain et le nombre de focus-groupes réalisés a considérablement diminué de ce prévu.

Malgré les efforts d'amélioration réalisés pendant les derniers mois, le projet ressent de l'absence de mécanismes de **capitalisation** efficaces. Du fait que le rapport final du projet est en cours (le PIALMU a officiellement terminé le 31 septembre) certaines informations et données (compilées) n'ont pas été disponibles que quelques semaines après le retour de l'évaluatrice, ce qui a occasionné un retard considérable à la livraison du rapport final.

Par des raisons externes à sa volonté, l'évaluatrice **n'a pas eu un briefing** avec des personnes clé de l'ACF-E du siège (réfèrent technique à Madrid et délégué à Navarra) avant son départ au Mali. De ce fait, des informations essentielles qui auraient modifié son aperçu du projet, n'ont pas été obtenues qu'après le partage du rapport provisoire de l'évaluation et grâce à une courte visite au siège organisé à posteriori. Cela a aussi généré des délais dans la préparation du rapport final.

4 Résultats de l'évaluation

4.1 Pertinence / Acceptabilité

4.1.1 Pertinence par rapport aux besoins

4.1.1.1 La situation nutritionnelle

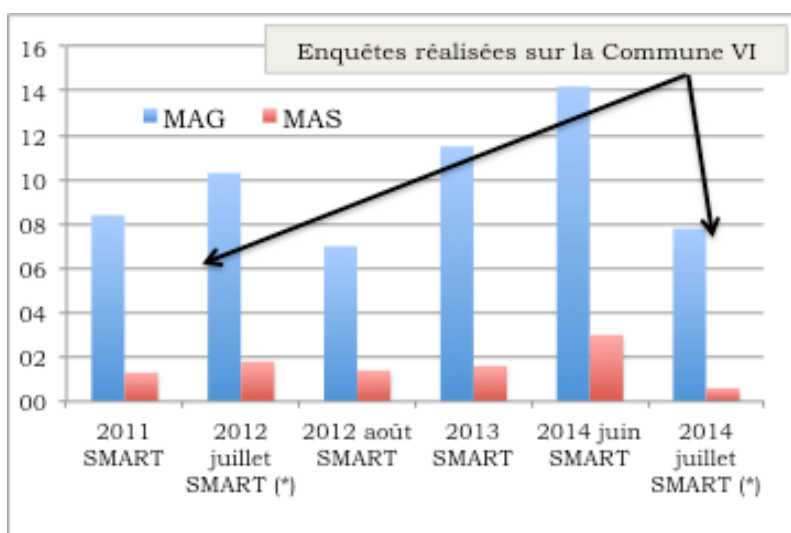


Figure 2 Evolution de la prévalence de la Malnutrition Aiguë sur Bamako (2006 – 2014)

Ce graphique montre l'évolution de la prévalence de la malnutrition aiguë à partir des enquêtes réalisées sur Bamako, soit dans le cadre d'enquêtes nationales désagrégées par région, soit celles du projet réalisées spécifiquement sur la Commune VI (marquées avec *) sur le graphique). En Annexe 12 les résultats détaillés de toutes ces enquêtes. Malgré donc une **prévalence de malnutrition** pas trop élevée le nombre élevé de cas

à cause de la forte densité de population de la capitale et spécifiquement de la Commune VI.

Les conclusions des évaluations initiales réalisées par l'ACF-E en 2010 décrivent la **précarité des activités de PEC**. Le personnel des CSCOM et du CSREF avait été formé en 2008-2009 après la validation du premier protocole. Mais son application était irrégulière, du fait qu'il n'existait pas des

« mesures d'accompagnement en termes d'appui en matériels, outils et supervisions ». La maîtrise du protocole était rare et la majorité des agents formés avaient été affectés dans d'autres activités ou même d'autres structures. L'approvisionnement en intrants était erratique et l'absence de données de programme ne permettait pas de confirmer que la PEC était réellement effectif. La mobilisation communautaire était faible et le dépistage pas systématique. Le coût de la consultation (600 CFA) et des traitements (et selon le cas du transport) constituait aussi une barrière au traitement.

4.1.1.2 Typologie de la population

L'enquête CAP de 2012 a donné quelques pistes sur le profil de la population de la commune mais un certain manque d'information sur la **vulnérabilité** spécifique de la zone. Des perceptions très générales sont partagées par les équipes sur les caractéristiques de ce milieu : population hétérogène culturellement et en ethnie, en niveau socioéconomique et d'instruction (généralement bas), etc. La commune, qui est périphérique par rapport à la grande ville, a une forte pression démographique due à l'exode rural, avec un grand nombre de ménages pauvres, un faible tissu social et un manque de cohésion communautaire, etc. mais il n'existe aucun document « formel » décrivant en profondeur sur quel (ou quels) types de population le projet agit. Les résultats d'enquêtes et recensements disponibles ne permettent pas de discerner en détail toutes ces différences. Les probables transformations souffertes par ce milieu (ex. par l'arrivée de déplacés arrivant du nord du pays) au cours du projet n'ont pas eu un impact majeur sur le contexte de la Commune VI, du fait que la plupart des déplacés ont été accueillis au niveau des ménages. Il n'y a pas eu besoin de stratégie spécifique à son égard car le dépistage et la PEC étaient convenablement assurés par les activités de routine. Cependant, ce changement du contexte n'est que sommairement mentionné sur les rapports (UNICEF I et II) et est complètement absent des rapports Navarra.

4.1.2 Pertinence par rapport aux besoins des acteurs institutionnels et communautaires

4.1.2.1 Capacités des acteurs institutionnels

Les **capacités des acteurs institutionnels** à Bamako et en général sur le pays étaient bien connues par l'ACF-E en 2011, grâce à sa présence au pays depuis 1996, aux évaluations initiales réalisées en 2010 et aux échanges eus avec d'autres acteurs travaillant sur Bamako, qui ont permis aux équipes de bien profiler les besoins en termes d'appui au système sanitaire vis-à-vis la mise en échelle d'activités de nutrition.

Le protocole national de la PCIMA se trouvait en 2011 en cours de révision – validation par le ministère de la santé. Dans ce cadre, les agents de la santé, qui à l'époque avaient été formés à l'ancienne version du protocole (2007), n'avait jamais bénéficié d'un recyclage technique de qualité. A la conception du PIALMU, le renforcement des capacités (formation, suivi et supervision) des agents prestataires fut incluse comme une de ses activités prioritaires.

Le renforcement des capacités institutionnelles dans le domaine de la santé – nutrition doit aussi assurer le soutien à la gestion des activités de la part des équipes au niveau des régions (DRS) et des districts sanitaires. Le système sanitaire du Mali manque d'un organigramme avec des équipes cadre, complètement dédiées à la gestion des districts sanitaires. Il se trouve que du personnel prestataire, extrêmement occupé avec ses responsabilités comme soignant (médecins, chirurgiens, etc.), est affecté sur un poste gestionnaire sans être détaché (libéré) de son rôle clinique ou prestataire, et souvent reçoivent plusieurs « casquettes » au même temps.

En vue des faibles (voir nulles) volonté et engagements politiques pour la nutrition, le plaidoyer auprès du district et de la DRS et sur le niveau central, en concertation avec les autres acteurs de la nutrition (cluster ou autre) reste le seul moyen par lequel de changements pourront être observés.

Selon la plupart des partenaires entretenus au cours de la visite terrain, et malgré que cette activité ne soit pas clairement décrite sur le cadre logique du projet, les équipes ACF-E ont régulièrement mené des actions de plaidoyer, de façon individuelle ou dans le cadre du cluster nutrition, avec des résultats variables.

4.1.2.2 Capacités des acteurs communautaires

La mobilisation des communautés est un des éléments essentiels pour la réussite de la PCIMA. Les conclusions des évaluations faites en 2010, montraient l'absence de mobilisation communautaire sur les quartiers de la Commune VI et le faible engagement communautaire pour la santé et la nutrition.

Au démarrage, L'ACF-E a réalisé une cartographie exhaustive des ressources communautaires de la Commune VI. Ensuite, des conventions de partenariat avec des **acteurs communautaires** et qui, pour la plupart, devinrent des partenaires opérationnels ont été signées (Annexe 5)

- Les Comités de Gestion (ASACO) de chacune des aires de santé de la commune : pour l'identification des Relais et la gestion des leurs activités, et la coordination avec les activités dans les centres
- FELASCOM (association de tous les ASACO) : qui finalement a pris la responsabilité des séances IEC/CCC autant au niveau des centres que sur les quartiers.
- WOÏYO KONDEYE : ONG locale qui s'a occupé des démonstrations culinaires dans les centres et sur les quartiers et tout au long du projet.
- SOLTHIS : ONG (avec expertise dans le domaine du VIH) qui a activement participé à la sensibilisation et à la formation du personnel de la santé aux aspects préventifs et de diagnostic précoce du VIH
- Deux radios privées locales (Radio Espoir et Radio Guintam) pour l'élaboration et l'émission de spots et magazines avec des messages sur la prévention et le traitement de la malnutrition.

L'implication des autorités administratives et sanitaires pour la recherche de solutions adaptées fut aussi demandée (Conventions avec la DRS Bamako, le CSREF de la Commune VI et la Mairie de la Commune VI).

Le projet a formé 220 **Relais Communautaires** (19 par aire de santé), qui furent identifiés en sa totalité par les ASACO pendant la première phase du projet (janvier – février 2012), principalement par des critères d'affinité et pas par de répartition géographique. Une grande partie parmi eux avait déjà un rôle actif dans le soutien aux activités dans le centre car il s'agissait des « bénévoles - stagiaires » sur certains des centres (ASACOSO et ASACOMA)¹¹. En février 2013, 140 relais des 220 formés au départ étaient actifs et le projet appuya une rénovation de ces équipes par l'identification de 80 nouveaux volontaires, qui furent aussi formés en juin 2013. Le rapport de janvier 2014 informe qu'à cette date 210 relais sont toujours actifs. Cela représente un 5% de rotation qui est considérablement inférieur au 20% prévu à la conception du projet.

Les capacités, l'implication et l'engagement des acteurs communautaires restent variables, comme partout au pays –et sur la plupart de pays de la région, où la mobilisation communautaire reste le maillon faible. On peut citer entre autres causes la motivation des relais, moyens de transport, etc. Au Mali, il n'y a pas un consensus pour la motivation des relais.

Certes les capacités restent précaires, mais une certaine amélioration peut être observée car le 95% de ses relais restent actifs à la fin du projet. Certes, selon le personnel du projet, l'implication et l'engagement des acteurs communautaires varient d'une aire de santé à une autre.

4.1.3 Pertinence par rapport aux capacités de l'ACF-E

Le nombre de RH attachés au PIALMU a été très variable pendant la durée du projet.

Encadré 1 Evolution du nombre de personnels sur le PIALMU 2011 – 2014

Sur le narratif du PIALMU de septembre 2011, cinq (5) staffs été prévus : un Chef de Projet, un Assistant de programme (responsable aussi du volet URENI) et deux Superviseurs (en charge des activités au CSCOM). Grâce au premier financement de l'UNICEF, le projet a bénéficié d'un troisième Superviseur qui participé aux taches dans les centres de santé.

En début 2013, un des superviseurs fut attaché à une mission à Gao et le poste restait vacant jusqu'en mai quand avec le nouveau projet UNICEF un volet EHA fut ajouté au programme sur la Commune VI. Le poste Chef de Projet était aussi vacant pendant une longue période (Octobre 2013 à Janvier 2014). Finalement, en février 2014, l'équipe était formée par : un Chef projet, un Assistant Nutrition, 5 Superviseurs Nutrition (4 pour CSCOM et 1 pour les URENI), 3 Superviseurs EHA (IEC, infrastructures et kits hygiène) et un Assistant WASH.

Avec la finalisation du PIALMU UNICEF en mai 2014, le nombre de personnels est encore réduit, et le financement de Navarra assure, jusqu'à présent : un Chef de Projet, quatre Superviseurs Nutrition et un Superviseur EHA – IEC et un Assistant EHA. Le poste d'Assistant de projet n'existe plus, ce qui fait que la gestion du quotidien retombe aussi sur le Chef du projet.

Mais malgré tous ces changements en nombre de personnels, l'ACF-E a essayé d'assurer une certaine continuité au niveau du management du projet. Le processus de nationalisation des postes de responsabilité entamé par l'ACF-E facilitera la couverture de certains postes de façon plus rapide et adaptée mais demande des efforts supplémentaires pour assurer que les professionnels qui reprennent ces responsabilités soient convenablement préparés.

Du fait que le projet se passe en capitale génère aussi quelques inconvénients en termes gestion. Le projet n'a pas une base séparée de celle de la coordination du pays ce qui provoque des chevauchements au niveau des responsabilités, des personnels qui doivent performer deux postes à la

¹¹ La figure du « stagiaire – bénévole » est fréquente au sein du système sanitaire du Mali qui éprouve, de façon chronique d'une précarité en ressources humaines. Il s'agit des volontaires qui de façon arbitraire et inégale (et sans formation) appuient les activités dans les centres de santé.

fois, absence de services de logistique (véhicules et autres) et d'administration (gestion financière, gestion du cash) propres, etc.

La plupart des **agents de nutrition** (Superviseurs) sont au projet depuis ses premières étapes, le moins ancien ayant arrivé en mai 2013. Ils assistent les activités sur les structures (animation de l'IEC, accompagnement du personnel soignant, appui à la gestion des stocks et à la préparation des rapports statistiques, animation des réunions mensuelles) et sur les quartiers (IEC principalement). Chaque superviseur est assigné à des aires de santé / structures concrètes, et toujours les mêmes.

Appart la **formation** initiale (5 jours à l'embauche), les Superviseurs ont participé aux ateliers de recyclage pour les agents de santé des structures et sont encadrés (*coaching*) pendant les réunions hebdomadaires (vendredi) au bureau, les séances de compilation mensuelles et les visites ponctuelles de la coordination sur le terrain.

En septembre 2014 le projet comprenait un Chef de Projet et une équipe de quatre Superviseurs: trois agents pour les CSCOM (chacun avec quatre centres), un agent pour les trois URENI de la commune, et 1 agent IEC / EHA qui couvre la totalité de la commune (plus les activités sur la Commune IV) et 1 Assistant EHA. Au global, on a observé :

- Une excessive compartimentation des tâches et des responsabilités.
- Des attitudes et des compétences techniques variables, et des mécanismes d'encadrement et de suivi technique qui semblent insuffisants.
- Manque de préparation pour accompagner les cibles du projet (agents de santé et acteurs communautaires) vers leur autonomisation. Cela génère souvent fatigue et frustration, et une forte négativité vis-à-vis l'impact du projet.

L'excessive charge de travail du Chef de Projet (qui depuis le mois de mai 2014 n'a pas d'assistant) ne lui permet pas de descendre souvent avec eux sur les structures, et le partage est fait à travers les réunions hebdomadaires et les séances de compilation mensuelles. Il ne semble pas y avoir un espace de réflexion sur le projet. L'analyse des problèmes est plus pragmatique que stratégique et cela génère frustration et fatigue, une vision négative des acquis du projet et une culpabilisation « des autres » (personnel de la santé pas motivé, relais pas engagés, etc.) sans pour cela explorer comment le faire mieux. On constate que l'encadrement de ces Superviseurs n'a pas inclus, et n'inclut toujours pas, l'amélioration de leurs propres capacités pour l'encadrement des acteurs sur le terrain en questions de gestion et d'organisation, du fait que le projet ne les intègre pas.

4.1.4 Pertinence du ciblage

Le district de Bamako compte à lui seul pour environ le 14% de la population malienne et avait été complètement occulté malgré des prévalences de malnutrition aiguë élevées. Le **choix de la Commune VI** comme cible du PIALMU est le résultat des trouvailles des évaluations réalisées en 2010 et la demande des autorités nationales que à plusieurs reprises ont exprimé leur volonté d'appliquer la PCIMA de façon effective sur cette zone. Du même, l'UNICEF cherchait un partenaire de qualité (avec expertise) pour la mise en œuvre du programme en milieu urbain, d'où le cofinancement du projet.

Le **ciblage des bénéficiaires** du projet répond aussi aux besoins identifiés pendant les étapes préliminaires.

Les **relais communautaires** –bénéficiaires directs de l'action de l'ACF-E, ont été identifiés par les ASACO et les Chefs de Quartier. La manière dont ils avaient été identifiés a été beaucoup discutée au sein des différentes équipes ACF-E et a été signalée sur le rapport de l'étude SQUEAC comme un facteur défavorable vis-à-vis l'efficacité de leur travail.

Encadré 2 Extrait du rapport de l'enquête SQUEAC 2014

Le choix des relais ne semble pas avoir été toujours fait en impliquant toute la communauté et a été limité aux ASACO, aux DTC et aux chefs de quartier.

Du fait de la faible activité des relais et du contexte urbain (lien social moins structuré), ils ne sont pour la plus part pas connus et reconnus par la communauté. Ils ne peuvent donc pas rendre compte de leur activité à la communauté qui ne peut les juger, encourager ou remplacer les moins actifs sans l'intervention de l'ONG partenaire.

Selon le personnel du projet, la reconnaissance (et crédibilité) varie en fonction des quartiers (nanti ou pauvre). Une grande reconnaissance de ses relais dans les quartiers très pauvres comme Niamakoro, Yirimadio, Sokorodji, mais dans certains quartiers nantis, tel que Mangnabougou, manquent d'une certaine crédibilité.

D'ailleurs, presque toutes les équipes ACF-E-E s'accordent à affirmer que le nombre de relais reste insuffisant pour couvrir l'ensemble des ménages au niveau des aires de santé. Dans l'idéal, un relais devrait couvrir que 50 ménages.

Les **agents de santé** furent choisis à partir de critères de nombre et localité. Ainsi, 2 personnes par CSCOM plus les infirmiers et les cadres du CSREF, de l'hôpital du Mali et la Division de la Nutrition (jusqu'à un nombre total de 60 personnes) furent formées à la PCIMA en 2012. La fréquente rotation de ce personnel représente une problématique majeure vis-à-vis la durabilité des actions.

Les bénéficiaires indirectes du projet sont les **enfants souffrant de la malnutrition aiguë** et la **population totale de la commune** qui est ciblée lors des activités d'IEC/CCC.

En ce qui concerne les **enfants malnutris**, leur identification et admission sont faits selon les procédures et les critères recommandés par le protocole national en cours (2011) et qui adhèrent aux recommandations internationales plus récentes. Les visites aux centres (révision de fiches de suivi et registres, observation de la prise de mesures, etc.) et les entretiens réalisés avec les partenaires de l'ACF-E, montrent que autant le système de dépistage et référencement que les critères d'admission et de sortie de la PEC, sont exécutés selon le protocole, malgré qu'on identifie encore quelques insuffisances. Le système de prise en charge est maîtrisé par la plupart des agents formés bien que quelques problèmes sont parfois notés et liés à l'instabilité du personnel et il n'y a pas également d'agent dédié uniquement pour la prise en charge. En ce qui concerne le niveau communautaire, le fait que la plupart des enfants référés par les relais sont admis dans le programme signifie une maîtrise du système.

4.1.5 CONCLUSIONS POUR LA PERTINENCE

Projet pertinent par rapport aux **besoins de la population** de la Commune VI de Bamako. Bien que l'évaluation a mis en évidence un certain manque de connaissances du profil et des caractéristiques socioéconomiques et culturelles de cette population, ce qui aurait permis la mise en œuvre d'actions et stratégies plus adaptées. Les raisons de ce manque d'analyse contextuelle sont variées mais, à part une première occasion manquée en 2012 (manque de sécurité pendant l'enquête CAP qui prévoyait inclure une étude de vulnérabilité), le projet n'a pas eu une démarche proactive vers une amélioration de la compréhension du contexte.

Projet pertinent du fait que le projet tien bien en compte des **capacités institutionnelles et des acteurs communautaires** et se construit autour du renforcement de capacités des parties nationales. Néanmoins, le suivi du processus d'autonomisation des acteurs nationaux n'a pas été prévu à la conception du projet. Le renforcement de capacités réalisé par le projet se base principalement à la transmission de connaissances (techniques) et accorde très peu d'importance aux aspects de gestion et organisation qui sont des éléments fondamentaux. Et cela en partie est du à une insuffisance dans le **renforcement de capacités des équipes de l'ACF-E** sur le terrain qui n'ont pas été eux-mêmes formés à ces aspects.

Malgré une certaine indéfinition des concepts « bénéficiaire direct et indirect », le **ciblage** réalisé par le projet a été **adéquat** et **pertinent** par rapport à ces objectifs. Cependant, le processus d'identification d'une partie importante des bénéficiaires directs de l'action de l'ACF-E a été sujet de débat en vue du manque de motivation des **relais communautaires**.

4.2 Cohérence / complémentarité

4.2.1 PIALMU et PILMU

Il est difficile, si on ne rentre pas dans des aspects budgétaires ou comptables, de discerner où l'un commence et l'autre termine :

- Le narratif et le cadre logique du projet Navarra et celui du premier UNICEF sont exactement les mêmes, à l'exception que l'UNICEF ne prévoit pas les activités URENAM.
- La coordination et la plupart des RH sont les mêmes. Le PILMU I complète les besoins en RH par le financement de personnel nutrition additionnel : un superviseur le PILMU I) et deux avec le PILMU II.
- Le PILMU II intègre aussi la Commune IV qui n'était pas couverte par le PILMU I ni par le PIALMU, mais autant le narratif du projet que le rapport final présentent les résultats attendus et atteints de façon désagrégée.
- Le PILMU II formalise le volet EHA qui complète les efforts du volet préventif IEC/CCC et celui de mise à point des structures sanitaires du PIALMU.
- Même sans financement UNICEF certains postes et certaines activités couverts par le PILMU (I et II) ont continué (ex. en mai 2014 Navarra a repris l'assistant et le superviseur EHA, à part deux des superviseurs nutrition).

La complémentarité entre les deux projets existe et les synergies créées ont sûrement participé aux résultats positifs du programme.

4.2.2 Les différents volets du projet : nutrition vs. EHA, PCIMA vs. IEC

Le cadre logique du PIALMU vise à l'intégration de tous ces volets, mais, en pratique, la mise en œuvre « intégrée » des activités montre quelques défaillances.

Au niveau des RH le travail est fait séparément. La distribution de tâches entre les superviseurs est évidente et la division est bien acceptée, et même bien protégée, au sein de l'équipe. Les « deux » équipes travaillent avec les mêmes bénéficiaires (relais et personnel communautaire) mais de façon compartimentée

4.2.3 Composantes PCIMA

La PCIMA est une approche globale qui, pour sa réussite, précise de la coordination et la collaboration effective entre les différents volets et services. L'opérationnalisation de l'approche entraîne souvent des lacunes et des décalages : difficultés pour la traçabilité des cas au référencement après dépistage ou entre services (URENI vers URENAS ou vice-versa), abandons et pertes de vue pendant le traitement, etc. Des problèmes ont été rapportés depuis le démarrage du projet par rapport au manque de communication entre les responsables des centres et les relais pour la recherche des abandons. Les agents communautaires opinent que le personnel en charge de la nutrition n'enregistre pas assez bien adresses des bénéficiaires ou leur numéro de téléphone, et le manque de crédit sur le portable (qui est fourni par l'ACF-E) est un argument souvent utilisé par les agents de la santé.

Sur la Commune VI de Bamako, la présence de l'ACF-E assure le fonctionnement adéquat du continuum communauté – services de soins – communauté. L'ACF-E a mis en place un système d'approvisionnement de crédit téléphonique qui facilite la communication et la coordination entre les acteurs communautaires et ceux de la santé pour la recherche d'absents et abandons et réalise des actions de plaidoyer lors des réunions entre les parties concernées. Cependant, il est difficile d'identifier les mécanismes par lesquels, en absence de l'ACF-E, ce scénario sera maintenu. Les entretiens avec les autorités civiles et sanitaires, avec les ASACO et même avec la FELASCOM, montrent une sévère insuffisance d'implication à cet égard.

4.2.4 Stratégie pays et mandat ACF-E

La stratégie pays, préparée pour 2011 – 2015 s'oriente vers l'opérationnel et vise l'objectif suivant : « Accroître l'impact des actions de prévention et de prise en charge sur la malnutrition à travers la prise en compte et l'articulation des facteurs structurels et conjoncturels de vulnérabilité au Mali ». Il s'en dégage 3 axes opérationnels principaux :

- Axe 1 : Analyser et évaluer le contexte humanitaire et la vulnérabilité pour la définition d'actions appropriées.
- Axe 2 : Augmenter la couverture et renforcer la durabilité des actions à travers une approche de prévention et de gestion des risques centrée sur la malnutrition.
- Axe 3 : Développer l'information, la communication et le plaidoyer pour une meilleure coordination et capitalisation des actions au service de l'opérationnel

Les zones d'actions prioritaires sont la vallée du fleuve Niger (Régions de Gao et Mopti), le cercle de Kita dans la région de Kayes et le District de Bamako pour chacun des 3 axes.

En 2014, l'ACF-E – Mali est en train de préparer une nouvelle stratégie pour les prochaines 3 années.

4.2.5 Stratégies et normatives nationales

Le PIALMU adhère et applique en sa totalité les recommandations du protocole national de la PCIMA pour lequel l'ACF-E a activement participé à sa révision (2011). Le renforcement de capacités du personnel de la santé est réalisé à partir des documents techniques préparés par le Ministère de la Santé, et l'ACF-E a piloté les matériels de formation (2012) en avant des formations organisées par le propre Ministère.

Les activités IEC/CCC (pour l'ANJE et autres) du projet s'appuient aussi sur les documents techniques du ministère de la santé et l'ensemble d'institutions étatiques concernées¹². Es matériels utilisés pendant les séances sont ceux du Ministère.

4.2.6 CONCLUSIONS POUT COHERENCE ET COMPLEMENTARITÉ

*Le projet présente une **bonne cohérence** interne entre les différents volets (nutrition et EHA, PEC et prévention) et grâce à la **complémentarité** entre le projet financé par le Gobierno de Navarra et ceux*

¹² La stratégie IEC/CCC 2011- 2014 du PIALMU – ACF-E fut préparée conjointement et validé par la DRS, le Service de Développement Social, le Centre National d'Information. Education et Communication pour la Santé (CNEICS), la FELASCOM et l'ONG nationale Woïlo Kondéye

financés par l'UNICEF. De même, le projet adhère et applique les stratégies et politiques nationales en matière de nutrition et IEC et s'inscrit adéquatement dans la stratégie pays de l'ACF-E-E au Mali.

En pratique, la distribution de tâches au niveau des RH génère une certaine **compartmentation** entre le volet nutrition et le volet EHA.

4.3 Efficacité

4.3.1 Calendrier de l'intervention

Le projet PIALMU a été officiellement lancé en décembre de 2011.

- Les premiers mois furent destinés au recrutement du personnel et à la formalisation des premières conventions de partenariat avec les partenaires communautaires.
- Les activités communautaires démarrèrent en février 2012 –par l'identification et la formation des relais communautaires, et ne fut qu'en avril que la PCIMA fut mise en place dans les structures sanitaires, suite à la formation des agents de santé.
- La signature avec la DRS avait pris beaucoup plus de temps (longues discussions sur le contenu) : ça n'a été qu'en octobre 2012 que l'accord entre les deux institutions fut signé. Le CSREF et la Mairie de la Commune VI ont suivi.
- Les derniers travaux de réhabilitation et aménagement des structures (construction d'hangars) terminèrent en février 2014.

Plusieurs raisons expliquent ce décalage à la mise en œuvre des activités. D'une part, le retard accusé dans la mise en place de l'équipe du projet, qui a pris plus de trois mois. D'autre, des facteurs externes à l'ACF-E qui ont retardé le démarrage du travail dans les structures sanitaires. Ainsi, la révision du protocole national PCIMA (et des matériels de formation qui vont avec) été terminée avant la fin de 2011 mais leur validation finale par le Ministère de la Santé a été différée de plusieurs mois (juin 2012). Dans le cadre du projet et en accord avec la Division Nutrition et UNICEF, ACF-E-E a été autorisé à réaliser les formations des agents de santé en avril 2012 des centres ciblés avec les premiers outils de formation toujours en cours de validation à cette période.

4.3.2 Niveau d'atteinte des résultats planifiés

En absence d'un document rapport final du projet (en cours), les informations et données recueillies ici proviennent des rapports disponibles, notamment ceux préparés pour les bailleurs de fonds, des bases de données sur la PEC et des données compilées par les responsables du projet après la visite. Les rapports aux bailleurs consultés sont :

Gobierno de Navarra

- Rapport 2012 (sept. 2011 – juillet 2012)
- Rapport 2013 (août 2012 – avril 2013)
- Rapport 2014 (mai 2013 – juillet 2014)

UNICEF

- Rapport 2012 (nov. 2011 – octobre 2012)
- Rapport 2014 (février 2013 – janvier 2014)

Malgré le fait que les périodes couvertes par ces rapports diffèrent, on peut facilement observer la progression sur les résultats. Un calendrier (Annexe 13) présente le déploiement des activités tout au long de la durée du projet (septembre 2011 – juillet 2014), avec les résultats du projet (annuels et cumulés à la fin du projet selon les indicateurs de « résultat » et de « activité » du CL.

Figure 3 Calendrier du rapportage aux bailleurs

2011				2012												2013												2014																			
9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9											
Gobierno de Navarra																																															
1 ^{er} rapport G Navarra												2 ^{eme} rapport G Navarra												3 ^{eme} rapport G Navarra (*)												Données et informations de cette période obtenues à posteriori											

Dépistage, référencement et admission de cas de malnutrition aiguë

Entre mars 2012 et juillet 2014, le **nombre total d'enfants de moins de 5 ans dépistés** est de 202.431. Le **pourcentage d'admissions parmi les référés et les arrivés** montre une tendance positive (Tableau 2) ce qui indique une forte amélioration de la performance des relais.

Tableau 1 Résultats du dépistage communautaire

	Sept. 2011 – juillet 2012	Août 2012 – avril 2013	Mai (août) 2013 – janvier 2014	Février – juillet 2014	Total
Enfants dépistés	22.058	49.907	47.691	62.826	202.431
Enfants référés	296	1106	1784	2195	6347
Enfants arrivés aux structures	163 (55%)	885 (80%)	1526 (86%)	1953 (89%)	5274 (83%)
Enfants admis (et % parmi les référés / arrivés)	139 (47% / 85%)	772 (70% / 87%)	1499 (84% / 94%)	1792 (82% / 92%)	4971 (78% / 94%)

L'organisation du **dépistage communautaire** est laissée à la libre appréciation des relais du fait que, en étant des bénévoles, ils doivent aussi s'occuper des activités quotidiennes pour subvenir au besoin de leur famille mais chaque relais ou binôme de relais avait un secteur bien déterminé pour mener leurs activités. Cependant, ils n'utilisent pas un plan de progression, ni de listes (ménages, enfants) qui leur permettent de connaître la part réelle d'enfants dépistés (problème des doublons).

La **population cible pour le dépistage** estimée en 2011 (estimations de population sur recensement de 2009 avec taux de croissance annuelle de 7%) était de 135.735 enfants de moins de 5 ans. Le 30% (40,720 enfants de moins de 5 ans) aurait dû être dépisté par an. De ce nombre annuel d'enfants dépistés, il était prévu que le 30% (12,201 enfants) soit référé aux structures avec critères de malnutrition aiguë.

Quelques considérations à l'égard de cette méthodologie d'estimation de la population :

- Pendant la durée du projet (2011 – 2014) la population de Bamako et spécifiquement celle de la Commune VI a certainement changé. A son croissement naturel il faudrait y ajouter les vagues de déplacés du nord qui se sont installés sur la zone (entre 2012 et 2013) et y diminuer les potentiels retours aux zones où une certaine sécurité s'y est consolidée.
- La cible annuelle fut calculée par un pourcentage (30%) appliqué à la population totale des moins de 5 ans estimée pour 2012. Le nombre résultant aurait dû être modifié chaque année
- Le rapportage mensuel du dépistage, duquel nous manque la compilation définitive, ne pourra pas discriminer « qui » ont été les enfants dépistés : *toujours les mêmes ou on a passé qu'une seule fois par chaque ménage* ? Ce type d'action précise un système de monitoring plus transparent qui corrige les doublons et évite les écarts.

Tableau 2 Forces et faiblesses de l'implication communautaire dans la PCIMA

FORCES	FAIBLESSES
Présence des ASACO sur toutes les aires de santé couvertes par le projet avec réseaux de relais communautaires en place Relais formés (19 par aire de santé) et pour la plupart « actifs »	Faible motivation des relais et des ASACO Excessive dépendance de l'ACF-E par l'absence de mécanismes visant l'autonomisation
OPPORTUNITES	MENACES
Partenariat avec ONG / associations locales	Mécanismes de suivi de l'activité des relais insuffisants

4.3.2.2 Résultat 2

Résultat espéré 2 :

Durant la période du projet, les enfants malnutris sévères et modérés sont admis et reçoivent un traitement de qualité dans les 12 structures de santé remises à niveau.

Indicateurs de résultat :

Au moins 85% des enfants admis et traités atteignent les critères de qualité mentionnés dans le protocole national

Activités prévues :

- *Organisation de 4 formations techniques pour 60 agents de santé et partenaires*

9 aménagements de structures sont réalisés

6 missions conjointes sont réalisées avec la Direction Régionale de la Santé (DRS)

3 missions conjointes sont réalisées avec la Division Nutrition National (DN)

- Réhabilitation des infrastructures sanitaires
- Organisation de neuf missions conjointes de suivi et évaluation
- Plaidoyer sur le système d'approvisionnement et de prise en charge intégrée de la malnutrition

Indicateurs de performance de la PCIMA

Selon les bases de données de programme disponibles à l'ACF-E, 4 323 cas de MAS et 6 990 cas de MAM ont été admis entre avril 2012 et juillet 2014 (à partir de la compilation des rapports mensuels, graphiques avec l'évolution mensuelle de ces admissions en Annexe 14)). Les indicateurs de performance ont été également suivis mensuellement et les résultats sont montrés sur les graphiques 4 et 5 ci-dessous.

L'objectif **taux de guérison** supérieure ou égal à 85% a été atteint pendant 2014, avec une normalisation de l'ensemble d'indicateurs de performance de la PEC depuis janvier cette année. Cela montre l'efficacité du travail réalisé par les équipes de l'ACF-E.

Cependant, il faut signaler l'élevé **pourcentage d'abandons** observé pendant les premières phases du projet, qui par des longues périodes largement dépassé les valeurs d'alarme du protocole national¹³ autant pour la MAS que pour la MAM.

Figure 4 Indicateurs de performance pour la PEC de la MAS (2012 - 2014)

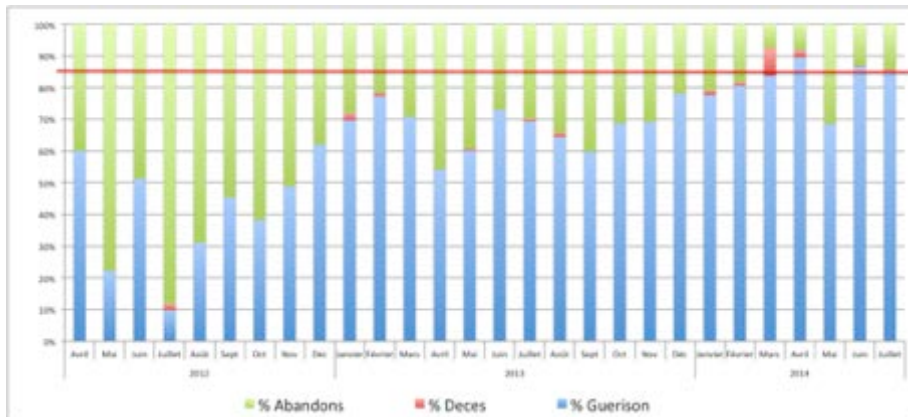
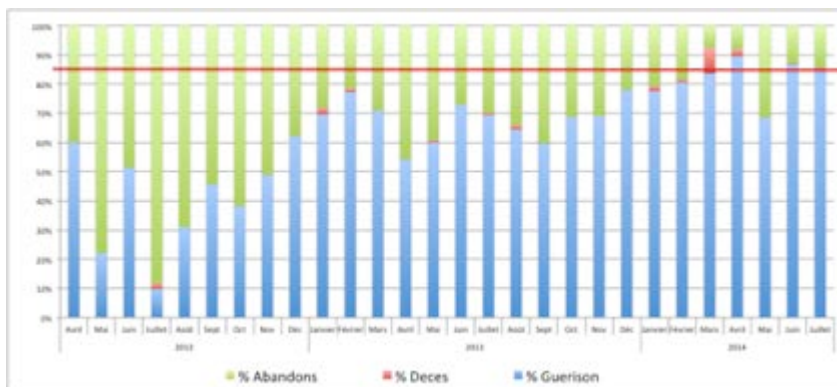


Figure 5 Indicateurs de performance pour la PEC de la MAM (2012 - 2014)



Quelques considérations à faire par rapport aux résultats obtenus et leur interprétation :

- La **pertinence de l'indicateur** proposé par le projet : le seuil du 85% été peu réaliste. Même le protocole national PCIMA de 2012 donne comme valeur acceptable un pourcentage de guéris du 75% (qui est le seuil recommandé par le projet SPHERE). Le CL ne clarifie pas à quel moment

¹³ Selon le Protocole National de la PCIMA, le taux d'abandons doit être inférieur au 15% (URENAS et URENAM). Il est considéré « alarme » quand il dépasse le 25%

l'objectif doit être atteint : mensuellement pendant toute la durée du projet (impossible), en moyenne de toute la durée du projet (aucune valeur),...

- La **qualité des données** utilisées pour ces calculs, principalement pendant la première période du projet (2012). Les formations des agents de santé ont été faites pendant le mois d'avril 2012 (L'outil de compilation et traitement des données de cette première période n'était pas adapté (des erreurs de calcul et des incomplétudes ont été identifiées pendant cette évaluation) et il n'a été qu'en 2013 qu'une base de données harmonisée a été adoptée par les acteurs de la nutrition au pays. Pour tout cela, il serait plus pertinent de prendre avec prudence ces premiers résultats.
- L'**absence de décès** : il est surprenant que, même au démarrage du projet, le nombre de décès rapportés est presque inexistant, autant pour la PEC de la MAS que pour la PEC de la MAM. Uniquement en 2014 des décès en URENI sont rapportés régulièrement (18 entre janvier et juillet 2014), toujours dans les objectifs (< 10% des sorties).
- Le **petit nombre de cas de non-réponse** et le **faible pourcentage de réadmissions** : selon les bases de données disponibles en 2013 six (6) cas de MAS et un (1) cas de MAM ont été déclarés comme non-répondants, en 2014 (jusqu'en août) uniquement un (1) cas de MAS a été rapporté. En ce qui concerne le pourcentage de réadmissions (sur les admissions totales) a toujours été très bas : 1,7% et 1,3% pour la MAM (2013 et 2014 jusqu'en août) et 3,9% et 3,2% pour la MAS, toujours dans les normes SPHERE (pour la MAS < 5%). Sur un contexte qui est reconnu comme précaire ces deux indicateurs devraient refléter la vulnérabilité de la population par des valeurs plus dramatiques. Au cas échéant, les résultats disponibles doivent être interprétés avec prudence car plutôt ils nous indiquent la qualité des données recueillies et globalement de la qualité de la PEC.
- Les **changements observés aux indicateurs des URENAM** : à partir de janvier 2014 tous les indicateurs de performance des URENAM se trouvent dans les objectifs de façon incontestable avec, par exemple des pourcentages d'abandons inférieurs au 5% depuis le mois de mai 2014 même si quelques mois en 2013 ils avaient dépassé le 50% des sorties. La consolidation de la régularité en l'approvisionnement des intrants nutritionnels a été sûrement le facteur déterminant de cette amélioration.

Cette amélioration dans les URENAM ne correspond pas avec une consolidation si évidente des résultats pour la PEC de la MAS (en mai il y a eu encore plus de 30% d'abandons). Cette période est la seule pendant laquelle les décès (MAS) ont été régulièrement rapportés ce qui pourrait indiquer une amélioration de la qualité du rapportage mensuel, que ce soit de la qualité de la PEC.

Les **causes d'abandon** ont été régulièrement évaluées par les équipes de l'ACF-E et ont fait objet d'une petite étude. Sur les rapports mensuels (internes) et périodiques aux bailleurs on retrouve des éléments de justification pour cette situation, entre autres :

- Le manque de motivation des agents de santé en charge de la PCIMA qui perçoivent ces activités comme une surcharge (gratuite) de travail et qui entraîne un accueil et une qualité de soins aléatoire.
- Le contexte urbain du programme, où les mères accompagnantes ont des petits travaux dans la journée et qui ne peuvent pas se rendre régulièrement dans les CSCOM pour le suivi. De plus, le système d'entraide entre mères est moins évident qu'en milieu rural.
- Des ruptures de stock récurrentes en intrants et médicaments, entraînant l'espacement voire l'arrêt des visites de suivi, principalement au démarrage. A signaler les grandes difficultés pour l'approvisionnement en intrants pour la MAM à la première période du projet en 2012.

Une **étude** menée par les équipes du projet entre août et octobre 2013 (sur un échantillon de 61 cas d'abandon retrouvés) montre que la principale raison est l'indisponibilité (temps) pour assurer le suivi au niveau des centres, liée à l'occupation des mamans à des tâches ménagères, au petit commerce, longues attentes, etc.

Le manque d'efficacité de la **recherche active d'abandons** : cette action est l'objet d'un travail de collaboration entre les relais communautaires et les CSCOM. Dans la pratique, la mise en place de cette activité a été confrontée à différents problèmes, et elle n'a pas été mise en place de façon systématique qu'à partir d'août 2013, avec de résultats divers. Au total, jusqu'à la fin du projet (juillet 2014) les relais ont mené 306 cas de recherche d'abandons¹⁴. Des problèmes de couverture, de surcharge de travail, de manque d'information (adresses incorrectes), le manque de moyens de communication (crédit téléphone), sont quelques-unes des difficultés exprimées par les équipes qui expliqueraient les pauvres résultats obtenus.

¹⁴ Pendant la même période (août 2013 – juillet 2014) le nombre total de cas ayant abandonné est de 1226 (710 en URENAM, 508 en URENAS et 8 en URENI)

Ce problème avec les abandons préoccupe profondément les partenaires / bailleurs de fonds (UNICEF) qui associent cette situation au manque de connaissances du profil socioéconomique et culturel des ménages cible.

Formations techniques pour les agents de santé et partenaires

Comme l'énoncé de cette activité indique, les formations données au personnel sanitaire (prestataires et gestionnaires) ont mis l'accent aux **aspects techniques de la PCIMA** (PEC des cas selon le Protocole National, rapportage statistique des activités, dépistage VIH et réalisation du score rapide pour la tuberculose) adaptés au service concerné (URENAS/URENAM pour les CSCOM, URENI pour le personnel du CSREF, de l'Hôpital du Mali et du CSCOM ASACOYIR suite à l'installation d'une URENI supplémentaire sur ce centre). L'objectif a été donc atteint. Les améliorations observées sur les indicateurs de performance nous montrent qu'au niveau des structures, une certaine maîtrise de la PEC existe. D'ailleurs la perception généralisée est que la proportion d'enfants admis à travers le dépistage passif aux centres est plus élevée que celle des référés par les agents communautaires. Ce qui montre le résultat des efforts réalisés par les équipes de l'ACF-E pour l'intégration de la PCIMA et du dépistage passif de la malnutrition aiguë pendant tous les contacts enfant – structure sanitaire.

Cependant, une grande partie des problèmes rencontrés au cours du projet est liée à la gestion et l'organisation des activités et surtout à la mauvaise distribution de tâches entre le personnel des structures. Ce dernier aspect apparaît à répétition sur les rapports mensuels internes de l'ACF-E.

Parmi les actions de renforcement de capacités pour les niveaux gestionnaires, à part la participation aux formations techniques, la DRS et le CSREF furent dotés, en décembre 2012, avec des équipements informatiques.

Tableau 3 Forces et faiblesses du renforcement de capacités des acteurs de la santé

FORCES	FAIBLESSES
Nombre de personnels (60) formés au Protocole National de la PCIMA	<p>Faible motivation du personnel de la santé, liée au système de « gratuité » soutenu par l'ACF-E</p> <p>Formations essentiellement techniques</p> <p>Absence de mécanismes visant à l'autonomisation du personnel étatique, en lien avec le faible analyse qui est réalisée par aire de santé et avec le manque de réflexion approfondie sur le futur, et en lien avec les capacités d'encadrement des équipes ACF-E</p>
OPPORTUNITES	MENACES
Intégration de la PCIMA dans le PMA des structures sanitaires	<p>Rotation du personnel de la santé</p> <p>L'engagement montré par la DN avec la préparation de politiques et plans d'action (multisectoriel et budgétisé) et l'adhésion du pays à des initiatives (REACH, SUN) mettant la nutrition sur l'agenda national, sont des progrès incontestables. Cependant, deux éléments mettent à risque ce type de déterminations. D'une part, les difficultés de la DN dans l'opérationnalisation de ses engagements. En outre, le propre rôle de la DN, sans capacité institutionnelle pour impacter le fonctionnement des structures sanitaires ou normatif par rapport au personnel, fait que la nutrition, qui ne donne pas des revenus aux centres et hôpitaux, reste, en pratique, un volet négligé.</p>

Plaidoyer sur le système d'approvisionnement et de prise en charge intégrée de la malnutrition

Les activités menées par l'ACF-E dans le cadre du plaidoyer se retrouvent principalement dans le cadre de :

- L'élimination de barrières financières pour la PEC de la malnutrition aiguë et la facilitation de l'accès aux soins :
 - Un rencontre en mars 2012 avec les autorités civiles et sanitaires et des représentants de la FELASCOM a permis l'accord de tous ces partenaires sur un forfait unique de 300 CFA, payable une seule fois pour toute la durée de la prise en charge des enfants malnutris. Dans la pratique, la majorité des CSCOM ne font pas payer le ticket de consultation.
 - Depuis août 2012, l'ACF-E assure les repas des accompagnants des enfants admis dans les URENI de la Commune VI.
 - A partir de décembre 2013, participation au plaidoyer global pour l'exemption des frais de soins de santé au Mali.

- L'amélioration des systèmes d'approvisionnement en intrants à travers des contacts avec l'UNICEF la gestion et le suivi des intrants et médicaments dans les centres de santé afin de prévenir des ruptures de stock.
- L'intégration de la PCIMA dans le PMA des centres de santé : cet aspect, malgré être officiellement validé par le Ministère de la Santé, reste un des grands défis du programme, principalement par le manque de motivation du personnel de la santé

Réhabilitation des infrastructures sanitaires



Figure 6 Châteaux d'eau sur un CSCOM

Une évaluation de besoins fut menée par l'équipe du projet et les responsables DRS – CSREF en avril 2012, où les priorités en termes de construction / réhabilitation furent identifiées. A la fin du projet (juillet 2014) les réalisations sont :

- Connexion au réseau d'eau potable du CSCOM ASACOSODIA en septembre 2012.
- Réhabilitation d'une URENI au CSCOM ASACOYIR à la demande de l'ASACO l'URENI a démarré en juillet 2012 et les travaux furent achevés en décembre 2012.
- Construction de 5 hangars (zones ombragées sur la cour du centre où, entre autres, les activités de la PCIMA se déroulent) à ASACOSODIA, ASACOCY, ASACOSO, ANIASCO et ASACOMA I. Les travaux furent terminés en mars 2014.

La construction de magasins pour le stockage des intrants nutritionnels fut aussi évaluée comme action prioritaire mais finalement le projet n'a pas eu des fonds disponibles pour ces actions.

Il était prévu aussi la construction d'une URENI. En raison de la présence d'une autre ONG opérant sur le même centre et d'explorer les travaux de construction, il fut décidé d'habiliter

au CSREF mais après des échanges avec une autre possibilité d'une révision budgétaire permettant les une salle comme Unité pour le traitement des cas de malnutrition aiguë.

En parallèle tous les centres furent dotés de systèmes d'eau (châteaux et points d'eau) et de latrines dans le cadre du projet UNICEF et son volet EHA.

Les observations réalisées pendant la visite ont permis d'apprécier les améliorations sur certains centres et la pertinence des interventions EHA

Figure 7 Stockage des produits nutritionnels sur un CSCOM



Missions conjointes de suivi et évaluation

A part l'accompagnement (« supervision ») effectué par le personnel ACF-E, il était prévu de la réalisation de 6 visites de suivi-évaluation avec les autorités sanitaires régionales (DRS) et du district (CSREF) et 3 avec la Division de la Nutrition (DN). A la fin du projet, les trois uniques missions réalisées ont été en octobre 2012 (DRS, CSREF, FELASCOM et ACF-E, août 2013 (DRS, CSREF, DN et ACF-E) et février 2014 (DRS, CSREF et ACF-E). Cet objectif n'a pas donc été atteint mais par des raisons externes à la volonté de l'ACF-E, principalement le manque de disponibilité des autorités sanitaires –à cause des facteurs mentionnés précédemment (polyvalence du personnel gestionnaire, responsabilités multiples) mais qui pourrait être aussi un signe de la faible implication des acteurs institutionnels à la mise en œuvre de la PCIMA.

4.3.2.3 Résultat 3

Résultat espéré 3 :

Les enfants malnutris sévères avec complications et les enfants ne répondant pas aux traitements (MAM et MAS) sont dépistés pour le VIH et selon le score pédiatrique de la tuberculose (SPT) et orientés vers un parcours thérapeutique et de counseling adapté.

Indicateurs de résultat :

85% des enfants admis à l'URENI son dépistés pour le VIH

85% des enfants ne répondant pas au traitement en URENAM, URENAS et URENI qui sont testés au test rapide de score de Tuberculose

Un minimum de 85% d'enfants dépistés positif au VIH ou SPT est redirigés vers les structures de counseling et de traitement

Activités prévues :

- Appui à l'atteinte des critères de qualité de prise en charge via l'appui au dépistage systématique du VIH pour les enfants en URENI (formation, dépistage, matériel et référencement)
- Appui à l'atteinte des critères de qualité de prise en charge pour le diagnostic au score rapide de la tuberculose pour les enfants non-répondants en URENAM et URENAS

Les activités d'appui pour l'atteinte des critères de qualité de la PEC par le biais de d'une amélioration du **dépistage systématique du VIH** (et le référencement) pour les enfants en URENI ont été :

- La formation en VIH des agents de santé dans le cadre de la formation PCIMA en juillet 2012. Cette formation était animée par l'ONG SOLTHIS.
- L'accompagnement réalisé régulièrement par les agents de l'ACF-E
- La remise de matériel de dépistage (test rapide)

Cependant, les résultats obtenus sont pauvres, loin du 85% proposé par le CL du projet. En absence de données consolidées (qui seront sur le rapport final en cours), les informations disponibles par rapport au pourcentage d'enfants admis / dépistés sont : 15%, 9% et 18% respectivement pour les trois rapports Navarra disponibles.

Les activités d'appui pour l'atteinte des critères de qualité de la PEC par le biais de d'une amélioration du **diagnostic au score rapide de la tuberculose** pour les enfants non-répondants (URENAS, URENAM et URENI) ont été :

- La formation en VIH des agents de santé dans le cadre de la formation PCIMA en juillet 2012. Cette formation était animée directement par l'ACF-E avec la participation des équipes du siège à Madrid.
- L'accompagnement réalisé régulièrement par les agents de l'ACF-E

Les premiers cas de non-réponse ne sont rapportés que sur le rapport Navarra de 2014, en nombre de trois (3) et selon le même rapport ils furent testés. Cependant, ces chiffres (cas de non-réponse) ne sont pas cohérents avec les données saisies sur les bases de données du programme. Au total 8 cas ont été rapportés : 6 en 2013 et 1 en 2014 (jusqu'au mois d'août). D'autres cas suspects (symptomatologie présente même si pas déclarés non-répondants par la PCIMA) en URENI, au nombre de 15, furent subis au test par le score rapide.

Le 100% donné comme objectif atteint sur les rapports devrait être contrasté avec les données de programme recueillies mensuellement.

Tous les cas dépistés VIH avec résultat (+) et tous les cas diagnostiqués (+) à la tuberculose par le test rapide ont été **redirigés aux structures de traitement**.

4.3.2.4 Résultat 4

Résultat espéré 4 :

Les connaissances les pratiques et le comportement en matière de nutrition et des « 4 gestes qui sauvent » (UNICEF) des populations concernées (20.000 personnes) se sont significativement améliorés entre le début et la fin du projet.

Indicateurs de résultat :

Les connaissances, les pratiques et attitudes en termes d'hygiène et d'assainissement, de pratiques nutritionnelles et d'accès aux soins ont évolué d'au moins 10% entre le début et la fin du projet

Au moins 50% des personnes ayant participé aux séances de sensibilisation reproduisent les comportements à la maison

Au moins 85% de la population cible du district de la commune VI de Bamako peut citer un des messages de la campagne de masse

Activités prévues :

- Organisation de 500 séances d'activités IEC
- Mise en œuvre de campagnes de communication de masse sur la malnutrition

Deux enquêtes CAP ont été réalisées par le projet : en 2012 et en 2014. Cependant, aucune des variables mesurées par ces enquêtes **ne permet l'estimation directe des indicateurs de résultat** de cet objectif, tel que formulés sur le CL. D'autres mécanismes par lesquels de suivi qui auraient facilité des mesures approximées n'ont pas été mises en place.

Un document **stratégie IEC** a été élaborée par l'ACF-E suite à l'analyse des résultats de l'enquête CAP de février-mars 2012, en collaboration avec le Centre Nationale d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé (CНИЕCS), la DRS, le CSREF, l'ONG Woïyo Kondeye, la FELASCOM et le service du développement social de la Commune VI.

La FELASCOM et l'ONG Woïyo Kondeye sont en charge de mener respectivement et couplés les **séances d'IEC et de démonstrations culinaires** au niveau des structures sanitaires et des quartiers de la Commune VI. Elles ont commencé en avril 2012 et les séances IEC intègrent des comportements en santé, hygiène et nutrition, d'où les synergies avec le volet EHA des projets avec l'UNICEF. Au total, 509 séances IEC/CCC et 512 démonstrations culinaires ont été menées par ces partenaires avec une moyenne de participation mensuelle de 2000 personnes, pour la plupart des femmes. Le narratif du PIALMU prévoyait un total de 20.000 bénéficiaires directs de ces activités, nombre absolu qui a été dépassé à la fin du projet (26.978 et 26.778 pour chacune d'elles respectivement). Cependant, en absence d'un registre de participation ou de listes prospectives, on ne peut pas affirmer qu'il n'y a pas eu des doublons au comptage.

La **sélection des partenaires** fut faite en raison de leur expertise et leur implication sur la commune, comme décrit sur le narratif du PIALMU (2011).

Encadré 4 Extrait du narratif du PIALMU (2011)

Pour la mise en œuvre de cette activité, ACF fera appel à un partenaire de la société civile déjà compétent dans l'approche communautaire dans la commune VI. Ce partenaire pré-identifié (**ONG Woïyo Kondeye**) est déjà actif dans la commune VI où il est l'initiateur des cuisines collectives pour les mères d'un quartier de la commune et s'implique dans d'autres communes sur les mêmes thèmes ainsi que sur les cantines scolaires.

Mais malgré que les conventions signées avec ces acteurs se disent de « partenariat » elles ont devenu, en pratique, des « contrats de services » où les ONG locales ont un rôle uniquement « exécutant ».

Encadré 5 Rôle des acteurs communautaires

Dans le cadre du partenariat avec l'ACF-E, la **FELASCOM** a mis à la disposition du projet six animatrices formées dans les techniques de mobilisation communautaire. Elles réalisent chacune, mensuellement et contre gratification, une séance de sensibilisation / démonstration culinaire dans chaque quartier et dans chaque CSCOM.

Elles ne sont par contre pas impliquées dans le suivi ou l'encadrement des relais.

- La planification et l'organisation sont de la responsabilité de l'ACF-E. Le calendrier est décidé par les superviseurs de l'ACF-E, qui le communique au début du mois aux partenaires et aux relais pour en faire diffusion et appeler la population à y participer.
- Les sites sont choisis (par des critères de convenance) par les relais de l'aire de santé mais il n'existe pas une cartographie permettant d'en évaluer la couverture des actions.

- D'autre part, et malgré leur demande d'explorer des mécanismes d'autonomisation, les exécutants sont complètement dépendants de l'ACF-E sur le plan financier : achat des produits alimentaires pour les démonstrations, location de chaises pour les séances, etc.
- Les démonstrations sont faites avec des grosses quantités qui permettent la « dégustation » de bouillies, purées et autres à tous les participants aux séances. Ainsi, quand la maman se retrouve seule à la maison à préparer des petites quantités pour son enfant, la répétabilité devienne un défi.

Des **actions de sensibilisation de masse** ont été réalisées pendant les trois années du projet : des émissions radiophoniques (via les accords avec deux radios locales) et des représentations sur les quartiers par une troupe théâtrale. Le nombre total et les thèmes traités peuvent être extraits des rapports aux bailleurs, même si aucun indicateur du CL fait référence à ces aspects.

Les **mécanismes de suivi** de ces activités se limitent au « comptage » des séances et campagnes et du nombre de participants, mais aucune mesure d'effet (court, moyen ou long terme) est en place. Cependant, la perception des mères sur ce type d'actions est très positive, toutes les femmes entretenues pendant les focus-groupes les ont mentionnée et étaient capables de répéter quelques-uns des messages diffusés.

Encadré 6 Résultats entretiens avec Woïyo Kondeye : mesure de l'impact des activités IEC

L'ONG Woïyo Kondeye avait proposé la réalisation d'enquêtes (par VAD) post-séance (une ou deux semaines après) par lesquelles l'application pratique des connaissances transmises aurait été évaluée dans les ménages. Cet élément fait partie de leur système de monitoring habituel.

Par manque de budget pour les soutenir (si c'était eux-mêmes qui menaient ces enquêtes) ou par manque de motivation des relais (si était décidé que c'était eux qui devaient les faire) cette procédure n'a jamais été mise en place.

Tableau 4 Forces et faiblesses de l'appui à l'amélioration des CAP pour la prévention de la malnutrition

FORCES	FAIBLESSES
<p>Le partenariat avec des ONG / associations locales</p> <p>Une stratégie IEC/CCC élaborée conjointement avec les acteurs locaux concernés</p>	<p>Une stratégie appliquée de façon « générique » (homogène) sans être adaptée aux caractéristiques de différentes zones de la commune (selon enquête CAP 2012)</p> <p>Une excessive dépendance des partenaires locaux de l'ACF-E (financière) sans que des mécanismes visant l'autonomisation aient été explorés</p>
OPPORTUNITES	MENACES
	<p>Qualité des instruments de mesure de l'impact des actions IEC/CCC : enquêtes CAP</p> <p>Absence d'information sur le profil socioéconomique de la population (pas réalisé en 2012)</p>

4.3.2.5 Résultat 5

Résultat espéré 5 :

La conduite d'enquêtes nutritionnelles (SMART), sociologiques (vulnérabilité), de couverture (SQUEAC) et CAP dans la zone cible et la diffusion de leurs résultats au plus grand nombre d'acteurs concernés renforce le plaidoyer national en faveur d'une meilleure prise en charge des problématiques de malnutrition au Mali.

Indicateurs de résultat :

Le taux de malnutrition global est diminué d'un pour cent à la fin du projet par rapport au début

Le taux de couverture globale de la prise en charge des sévères est de 70% dans la zone d'intervention

30 acteurs (gouvernement, société civile, Partenaires Techniques et Financiers, ONG) ayant reçu tous les rapports d'enquêtes réalisés par ACF-E-E

Activités prévues :

- Réalisation d'une enquête de couverture
- Réalisation de deux enquêtes SMART
- Réalisation de deux enquêtes CAP (Connaissance, Aptitudes et Pratiques)

Prévalence de la malnutrition aiguë

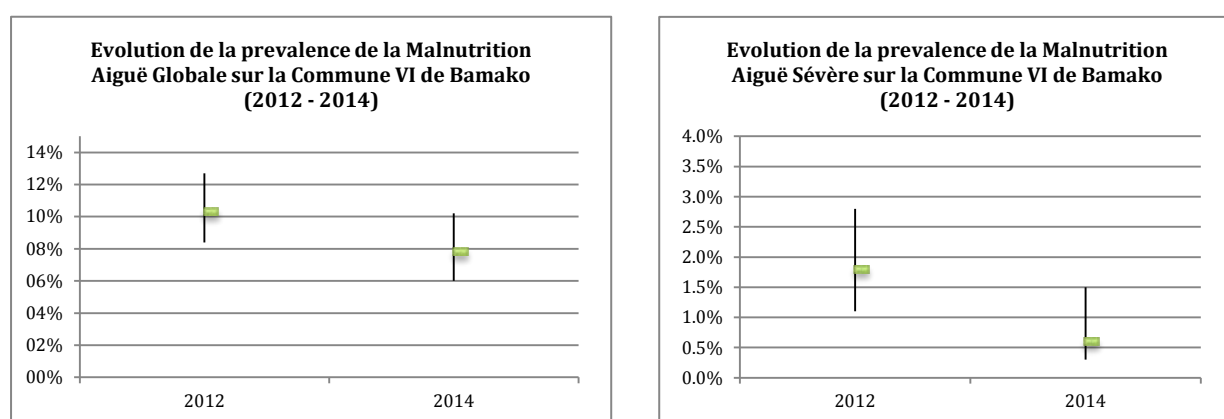
Deux enquêtes SMART ont été réalisées par le projet: en 2012 (données de base) et en 2014. Avec cette dernière, on peut conclure que il n'y a pas eu des changements significatifs sur la **prévalence de la MAG, ni de la MAS**.

Les valeurs comparées des enquêtes de 2012 et 2014 semblent montrer une amélioration (10,3% et 7,8% de MAG, et 1,8% et 0,6% pour la MAS respectivement) mais les intervalles de confiance (IC) chevauchent dans tous les cas, indiquant que la différence est uniquement due au hasard ou à la sélection de l'échantillon.

Tableau 5 Evolution de la prévalence de la malnutrition aiguë sur la Commune VI de Bamako

	2012	2014
Malnutrition aiguë globale	10,3% (8,4 – 12,7)	7,8% (6,0 – 10,2)
Malnutrition aiguë sévère	1,8% (1,1 – 2,8)	0,6% (0,3 – 1,5)
Malnutrition aiguë modérée	8,5% (6,8 – 10,6)	7,2% (5,5 – 9,4)

Figure 8 Evolution des prévalences de MAG et MAS sur la Commune VI de Bamako



Couverture de la PCIMA

Une étude SQUEAC a été réalisée vers la fin du projet (juillet 2014). La couverture du projet est discutée dans la section 4.4 de ce rapport.

Diffusion de rapports et résultats

Les résultats de la première enquête SMART (2012) furent partagés avec tous les acteurs de la nutrition au pays au niveau du cluster national, à travers une séance de restitution faite par l'auteur de l'enquête. Le rapport est disponible sur le site web du cluster. Il ne fut pas possible de procéder de la même manière pour l'enquête CAP de 2012, car l'enquêteur quitta le pays de façon précipitée par l'insécurité qui existait à l'époque. En ce qui concerne les enquêtes réalisées en 2014, il n'y a pas eu de restitution par manque de disponibilité des consultants ou par des retards à la validation définitive des rapports.

4.3.3 Efficacité de la coordination avec autres acteurs

ACF-E a toujours été très actif au Cluster Nutrition et fait partie du Groupe de Partenaires Technico-Financiers du Gouvernement Malien. Mais, l'absence, jusqu'à il y a peu, d'un sous-groupe de coordination pour Bamako a fait que l'harmonisation d'initiatives et de stratégies opérationnelles sur la capitale soit manquante. Dans le sous-groupe PCIMA, duquel l'ACF-E n'a le lead, une des priorités est l'harmonisation du travail avec les relais communautaires.

D'ailleurs, on note aussi l'absence de coordination (et de partage d'information) entre l'ACF-E et des acteurs d'autres domaines : santé, sécurité alimentaire, etc. travaillant sur la même Commune VI.

Encadré 7 Coordination entre acteurs sur Bamako

Pendant 2012 et 2013, suite aux événements au Nord et l'arrivée sur Bamako d'un nombre considérable de population déplacée, l'ONG-I ACTED avait mené sur la Commune VI de Bamako une intervention de Transferts Monétaires Inconditionnels (TMI) sous le financement du PAM. Ainsi : (1) aucune référence à cette action n'a été trouvée sur les documents du PIALMU, encore moins les effets qu'elle a pu avoir sur la population cible du projet, (2) la plupart du personnel du projet présent à cette époque et encore disponible à l'ACF-E n'avait connaissance de cette intervention, et (3) ceux qui avait entendu parler de cette activité n'avait pas jugé important d'en savoir plus pour se coordonner et améliorer l'efficacité des deux interventions.

Toutes les ONG-I (nutrition et santé) sur Bamako ont comme partenaires les mêmes acteurs institutionnels, notamment la DRS, et partagent les mêmes difficultés et contraintes sur le terrain (manque de motivation des agents de santé et des relais communautaires). Cependant, **le plaidoyer** est fait séparément, ce que lui reste efficacité.

Jusqu'au présent, aucune **planification conjointe** n'a été faite entre les autorités sanitaires de Bamako et l'ensemble de partenaires sur la capitale-région. Chaque partenaire opérationnel négocie particulièrement ses projets, même s'ils ont des objectifs communs, pour la plupart le renforcement des capacités institutionnelles. Ce qui leur reste efficacité.

Ce manque de coordination au niveau de Bamako a même eu des **effets pernicioeux** : des divergences ont été observées du fait que certaines ONG-I (la Croix Rouge Française, par exemple) ont des systèmes de motivation monétaires (en argent). Les relais travaillant avec les ONG qui n'ont pas considéré le paiement comme forme de motivation, comme l'ACF-E, difficilement seront motivés car ils connaissent ce qui se passe ailleurs.

Finalement, le **partage d'information** au niveau du cluster est efficace (diffusion de rapports, résultat des activités) mais on a pu observer que ce partage est moins évident quand il s'agit des partenaires / acteurs communautaires ou même des autorités (civiles) de la commune et des quartiers. D'après les entretiens eus pendant la visite, l'administration (Mairie de la Commune VI) le partage est limité et, après la réception de quelques rapports les échanges sont minimes et seulement quand leur collaboration est nécessaire par problème majeur. Les acteurs / partenaires communautaires expriment les mêmes soucis. Ils sont responsables de l'exécution d'un certain nombre d'activités et renvoient à l'ACF-E leurs résultats mensuels (nombre de séances IEC réalisées, nombre de participants, etc.) mais reçoivent pas un retour qui leur permettrait améliorer leur performance.

Encadré 8 Partage d'information avec les partenaires communautaires

Le rapport de l'enquête CAP de 2012 n'a pas été donné aux partenaires responsables des activités IEC/CCC car ils sont uniquement considérés comme exécutants et n'ont pas un rôle actif à leur planification. Ils étaient absents de la restitution des résultats préliminaires de l'enquête CAP 2014.

4.3.4 CONCLUSIONS POUR L'EFFICACITE

*Globalement **les résultats sont positifs**, la plupart des activités prévues ont été réalisées et une partie des objectifs atteints. En termes de respect du **calendrier**, le projet a démarré en retard, et certaines activités se sont mises en place avec un délai important même si souvent par des raisons externes à l'ACF-E. La plupart des **activités ont été réalisées** comme prévues, à l'exception de celles qui ne dépendaient pas exclusivement de l'ACF-E (missions conjointes de suivi, par exemple).*

*Les **résultats** (selon les indicateurs du CL), à la fin du projet (juillet 2014), sont globalement positifs.*

Résultat 1 : *le nombre de relais identifiés et formés est conforme au résultat espéré et dépasse le 20% d'échec (rotation, abandons) prévu par le projet. Les activités de dépistage et référencement ont fonctionné de façon irrégulière mais il y a eu une amélioration progressive au cours du projet, malgré que le suivi de ces activités reste faible. Le manque de motivation des relais, qui est mentionné de façon répétitive sur tous les rapports s'aggrave par l'absence d'harmonisation des stratégies opérationnelles des différents acteurs travaillant sur Bamako.*

Résultat 2 : *le nombre d'agents de santé formés à la PCIMA est conforme au résultat espéré. Les indicateurs de performance de la PEC ont évolué au cours du projet avec les objectifs atteints pendant 2014, malgré que le nombre d'abandons (en lien avec l'efficacité de la performance des relais et la qualité de la PEC aux centres) a été un sujet préoccupant tout au long du projet car pendant des mois a eu des pourcentages très élevés. Des travaux de réhabilitation des structures sanitaires ont été faits (notamment la construction d'hangars et l'adéquation des bâtiments pour les URENI) même si avec un certain retard. En parallèle, le projet a bénéficié des actions d'amélioration des infrastructures EHA (points d'eau, latrines) au niveau des centres grâce au co-financement de l'UNICEF. Le nombre de missions de suivi conjointes prévues n'a pas été atteint par manque de disponibilité des autorités sanitaires du district (CSREF), de la région (DRS) et du niveau central (DN), ce qui montre leur faible engagement aux objectifs du projet.*

Résultat 3 : *ce résultat a été partiellement atteint. Le pourcentage d'enfants dépistés au VIH aux URENI n'a pas abouti au cible marqué mais tous les cas identifiés (+) ont été redirigés aux services de traitement. Le nombre de cas de non-réponse au traitement qui ont passé par le test diagnostique du score rapide pour la tuberculose n'est pas consistant avec le nombre trouvé sur les bases de données du programme.*

Résultat 4 : les paramètres mesurés par les enquêtes CAP réalisées au début et au final du projet (2012 et 2014) ne permettent pas d'évaluer aujourd'hui l'atteinte des résultats espérés. Néanmoins, les activités IEC/CCC ont été réalisées comme prévues (par l'externalisation de leur exécution) et la perception généralisée est qu'il y a eu des changements par rapport à la compréhension de la malnutrition comme « maladie traitable » entre la population.

Résultat 5 : il n'y a pas eu des changements significatifs sur la prévalence de la malnutrition aiguë entre 2012 et 2014 (et mesurée par des enquêtes SMART sur la Commune VI). Uniquement les résultats de la première enquête SMART ont été partagés avec le reste d'acteurs de la nutrition au pays à travers du cluster. Pour le reste, et par des raisons variées, ce partage n'a pas pu être fait mais tous les rapports, quand validés, ont été distribués.

La **couverture** de la PEC sera discutée sur la section suivante.

La **coordination avec d'autres acteurs** travaillant sur Bamako n'a pas été développée que pendant les derniers mois, ce qui a créé des situations qui ne restent efficacité auprès des acteurs nationaux. Une méconnaissance persiste des actions d'autres acteurs sur la Commune VI de Bamako, ce qui diminue le potentiel impact des actions de l'ACF-E.

4.4 Couverture

4.4.1 Couverture géographique des services PCIMA

Le PIALMU couvre la totalité des aires de santé de la Commune VI (qui est en soi-même un district sanitaire) et toutes les **structures sanitaires** fonctionnelles pour la PCIMA, au total : un CSREF , 12 CSCOM, un Centre de Santé de Mutuelle (privé mais intégré aux réseau public) et l'Hôpital du Mali (hôpital national de troisième niveau). En termes de services PCIMA on trouve : 3 URENI, 14 URENAS et 14 URENAM.

Tableau 6 Structures sanitaires soutenues par l'ACF-E sur la Commune VI

Quartier	Type structure	Nom de la structure	URENI	URENAS	URENAM
Yirimadjo	Hôpital	Hôpital du Mali	X	X	X
	CSCOM	ASACOFYIR	X	X	X
Sogoniko	CSREF	CSREF	X	X	X
	CSCOM	ASACOSO		X	X
Magnambougou	CSCOM	ASACOMA I		X	X
	Centre de Mutuelle	MIPROMA		X	X
Cités Yirimadjo	CSCOM	ASACOCY		X	X
Sokorodji-Djanéguela	CSCOM	ASACOSODJA		X	X
Missabougou	CSCOM	ASCOMIS		X	X
Faladje Banankabougou	CSCOM	ASACOBABA		X	X
Faladje Sokoro	CSCOM	ASACOFA		X	X
Niamankoro 1	CSCOM	ANIASCO		X	X
Senou	CSCOM	ASACOSE		X	X
Niamankoro 2	CSCOM	ASACONIA		X	X
10	14		3	14	14

La distribution géographique de ces services suit la **cartographie du système sanitaire** du pays, à quelques exceptions :

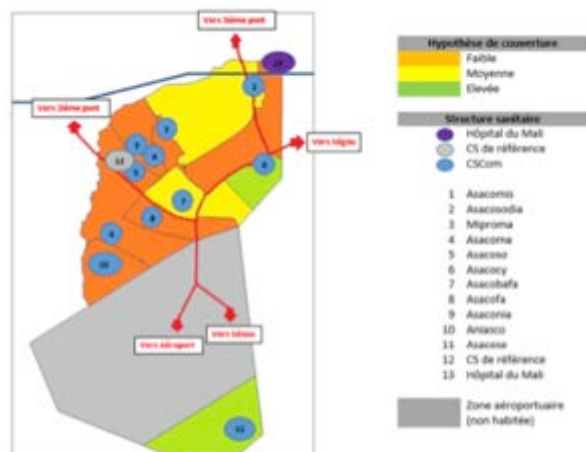
- Un CSCOM additionnel (ASACOMA II) a également été inclus dans la liste des centres soutenus au démarrage du projet, car l'aire de santé a été scindée en deux afin de répondre aux besoins croissant de la population de cette zone. Cependant après 3 mois le centre a été fermé pour problème de locaux, et la prise en charge PCIMA n'a jamais eu lieu.
- Le centre mutualiste la MIPROMA avait été également inclus dans la liste des centres appuyés et tout le personnel de santé pour la PCIMA a été formé. Cependant les activités de PCIMA n'ont été mises en place efficacement dans ce centre mutualiste par manque de volonté des agents du centre.
- Pour les URENI, le projet a fait un effort supplémentaire en appuyant trois unités là où le système n'aurait planifié qu'une –celle du CSREF. L'Hôpital du Mali et une URENI dans le CSCOM ASACOFYIR permettent une meilleure couverture géographique de la PEC en charge hospitalière sur la Commune VI.

Le Protocole National de la PCIMA recommande la mise en place de services URENAS et URENAM sur les CSREF (comme sur les hôpitaux de tous les niveaux), au même titre que le reste de centres de

santé. Dans ce cadre, l'ACF-E a appuyé ces services ambulatoires au CSREF de la Commune VI mais il se trouve que le personnel en charge de tous ces services est le même. Cette surcharge de travail, sur un personnel qui n'est pas motivé, entraîne des faiblesses qui affectent la qualité des soins, principalement pour ceux à l'URENI. En Annexe 15 une petite analyse des admissions à l'URENAS du CSREF avec la cartographie de leur résidence.

4.4.2 Couverture de la PEC de la MAS

Deux méthodes peuvent être utilisés pour estimer la couverture de la PEC : des estimations à partir de la caseload attendue (nombre de cas admis par rapport au nombre de cas attendus), ou des études sur le terrain (enquêtes SQUEAC¹⁵ ou SLEAC¹⁶)



La **caseload atteinte par le projet** est difficile de mesurer, car les différents documents et rapports consultés présentent des chiffres différents. Selon le narratif du projet de 2011, 1649 cas de MAS étaient espérés mais peu détail est donné sur quelle période. Les bases de données du projet, qui suivent un modèle standard de l'UNICEF, parlent de 3091 cas MAS pour 2013 et 3640 pour 2014. Selon les mêmes outils, en 2013, la couverture de la caseload a été du 72,2% (2231 admissions sur les 3091 cas attendus). Pour 2014, au mois d'août et avec 1610 cas admis la couverture partielle est du 44,2%.

Figure 9 Cartographie de la couverture de la PEC de la MAS sur la Commune VI (étude SQUEAC 2014)

Une **étude de couverture suivant la méthodologie SQUEAC** était prévue à la fin du projet (juillet 2014). Elle avait deux objectifs principaux : (1) estimation de la couverture réelle des activités de PEC de la MAS, et (2) identifier les principales les barrières à l'accessibilité. En même temps une enquête SLEAC nationale été programmé pour juin 2014. En vue de préserver les ressources et mutualiser les efforts, l'ACF-E a jugé plus judicieux de ne exécuter que le deuxième objectif et de ne pas donc réaliser l'étape permettant une estimation quantitative de la couverture, vu que les résultats de la SLEAC nationale donneront déjà une estimation pour la commune VI. L'étude SQUEAC de l'ACF-E a été donc menée entre juin et juillet 2014 avec un seul objectif. Mais malheureusement, le rapport de l'étude SLEAC considère que l'échantillon mesuré sur Bamako est trop petit (très peu de cas identifiés pendant l'enquête) pour informer sur la couverture sur le district, et par conséquence, sur la Commune VI. Le résultat national est de 22,3%.

Il est donc impossible de vérifier les résultats du programme en termes quantitatifs de couverture. Comme approximation, la carte ci-dessus (Figure 9) indique les zones de la Commune VI où la couverture est estimée « faible » (< à 50%), « moyenne » ou « élevée » (> au 50%). Les aires de santé de ASACOSE et ASACOCY sont celles qui présentent une couverture estimée plus élevée, contre un nombre plus grand où la couverture est estimée faible : au total 7 aires de santé. Un tableau en Annexe 16 montre les paramètres utilisés pour cette estimation et par aire de santé.

La même étude SQUEAC montre que les principales barrières aux soins sont :

- La méconnaissance de la malnutrition en tant que maladie par les mères.
- La faiblesse de la mobilisation communautaire (dépistage, sensibilisation et suivi).
- Le manque d'information données aux mères par les agents de santé sur le traitement (durée, modalités, etc.)

La barrière financière pour accéder aux services (transport, cout consultation) bien que parfois cités ne semblent pas être un frein majeur, grâce aux engagements de l'ACF-E pour assurer la **gratuité du traitement de la malnutrition aiguë**. En mars 2012, une réunion entre l'ACF-E et les autorités civiles et sanitaires de la Commune VI avec l'objectif de *plaidoyer auprès des autorités communales et sanitaires de la commune VI pour la gratuité des consultations des enfants malnutris référés dans les CSCOM par les relais communautaires dans le cadre du PIALMU*. Les conclusions de cette réunion où le débat avait été centré à qui devrait être le « tiers payant » car « la prise en charge gratuite des enfants malnutris dans les CSCOM entraîne un manque à gagner pour ces structures qui

¹⁵ SQUEAC : Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage

¹⁶ SLEAC : Standardized Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage

fonctionnent sur le recouvrement des coûts » (et par conséquence une diminution, voir suppression totale, des revenus du personnel soignant pour cette maladie) portent finalement à l'acceptation d'une demi-tarif (300 CFA) comme frais de consultation sur les CSCOM. Aucun autre frais ne devra être payé pour le suivi une fois que la première consultation est faite. En pratique, une bonne partie des CSCOM offre la PCIMA complètement gratuite. Pour les URENI, l'ACF-E couvre la totalité des frais pour le traitement, les examens complémentaires et pour le transport (aller – retour CSCOM ou domicile) et assure le repas des accompagnants pendant le séjour en hospitalisation. Au global, le système couvre la PEC nutritionnelle et les médicaments du traitement systématique et, par inaptitude ou par manque de volonté, les agents de santé, surtout en URENI, ont l'habitude de prescrire un nombre élevé de médicaments en dehors de ceux du protocole.

Dans tous les cas, le **grand nombre de bénéficiaires ayant abandonné le traitement** entraîne aussi une diminution de la couverture réelle de la PEC, car elle est mesurée à partir du nombre de cas admis et non des cas effectivement traités. Avec des mois où les abandons ont représenté beaucoup plus de la moitié des sorties, l'efficacité du programme est remise en doute.

4.4.3 Couverture des activités IEC / CCC

Figure 10 Exemple de carte avec la répartition géographique des relais communautaires sur un quartier de la Commune VI



En absence d'une cartographie précise, au-delà du nom du quartier, des activités IEC/CCC (séances et démonstrations culinaires), la couverture de ces activités est mal connue. Principalement parce qu'elle est liée à la couverture des zones où les relais communautaires mènent ces activités.

Des critères géographiques n'avaient pas été utilisés en 2012 pendant l'identification des premiers relais. Le choix avait été plutôt fait par affinités avec les ASACO et par convenance. Quand cet exercice fut répété début 2013 (par les nombreux relais qui n'étaient plus actifs), l'ACF-E essaya d'éviter ce type d'erreurs mais des écarts se trouvent encore avec la distribution géographique. Des cartes (par quartier) préparées par l'ACF-E cette même année, avec la répartition géographique des domiciles des relais communautaires montrent que, sur certains quartiers les adresses se concentrent sur certaines zones et sur d'autres il n'y a pas. De ce fait, une partie importante de relais doivent mener leurs activités sur des zones qui ne leur sont pas connues, et où ils ne sont pas reconnus.

Pour les séances IEC/CCC la planification (lieu et temps) n'est pas un processus participatif qui incorpore tous les acteurs concernés (FELASCOM et Woïyo Kondeye, relais et responsables des CSCOM). Elle est plutôt faite directement par les agents de l'ACF-E, qui ensuite communiquent directement avec les relais pour qu'ils mobilisent la communauté. Le site est décidé par le relais mais toujours à sa convenance (normalement la maison de quelqu'un qui est sûrement proche au relais) et finalement on ne connaît pas qui sont les participants.

Encadré 9 Organisation des séances IEC / CCC

La proximité est un élément essentiel pour l'acceptabilité des actions IEC/CCC, autant que le fait qu'elles se développent dans un entourage bien connu par les participants.

Pendant les focus-groupes, il y a des mères qui ont raconté avoir eu besoin de transport pour accéder aux sites et qu'elles ne connaissaient pas les autres mères qui étaient présentes.

4.4.4 CONCLUSIONS POUR LA COUVERTURE

*Malgré que l'ACF-E a réalisé des efforts pour améliorer la **couverture géographique des services PCIMA** et pour corriger certaines barrières de l'accès aux soins (gratuité), la **couverture réelle de la PEC de la MAS** sur la Commune VI est encore faible (étude SQUEAC 2014 et suivi du nombre de cas admis par rapport au nombre de cas espérés). Le nombre élevé d'abandons affaiblit aussi la couverture de la PEC car il fait diminuer le nombre d'enfants qui reçoivent un traitement complètement efficace (nombre de cas admis vs nombre de cas traités). Parmi les causes de cette faible couverture :*

- dans les communautés, les difficultés rencontrées lors de la sélection des relais par les ASACO et es Chefs de quartier, pour l'obtention d'une répartition géographique adéquate à partir du nombre prévu de relais qu'aujourd'hui est considéré.
- dans les CSCOM, le manque d'implication des agents de santé pour le dépistage passif a également été un frein à la détection de la malnutrition.

En ce qui concerne les **activités IEC / CCC**, et en absence d'une cartographie actualisée, la couverture ces activités préventives reste faible, en lien avec les limites de la cartographie des domiciles des relais actifs.

4.5 Effets (Impact)

Les **effets directs** du projet sont ses propres résultats (cf. 4.3 Efficacité) : le nombre d'agents de santé et de relais communautaires formés et menant les activités de la PCIMA et de prévention de la malnutrition, l'aménagement des structures sanitaires, l'élaboration d'une stratégie IEC/CCC, les campagnes de sensibilisation de masse réalisées, etc. **Indirectement**, ces résultats ont permis et facilité :

- L'identification et le référencement des cas de malnutrition aiguë dans la communauté
- L'admission au traitement de 4323 cas de MAS et 6990 cas de MAM (selon les bases de données du programme)
- L'amélioration des connaissances, attitudes et pratiques de la population pour la prévention de la malnutrition
- La compréhension de la malnutrition comme maladie traitable, par la population et spécialement par les acteurs de la santé

Cependant, le projet a eu, par sa propre stratégie, des **effets inattendus** (souvent négatifs) sur les acteurs avec lesquels l'ACF-E a eu un partenariat, principalement la dépendance qui a été créé chez les acteurs communautaires et les acteurs de la santé de la Commune VI. L'absence d'une stratégie claire visant à l'autonomisation de ces acteurs / partenaires a fait que leur perception des actions proposées par le projet soient des « actions de l'ACF-E » au lieu d'être des actions que leur sont propres et pour lesquelles l'ACF-E n'a qu'un rôle d'accompagnement.

Cette situation et ses conséquences vis-à-vis la pérennisation des activités seront discutées avec plus de détails dans la section 4.6 Durabilité de ce rapport.

4.5.1 CONCLUSIONS POUR IMPACT / EFFETS

*Le projet a eu, certes, des effets très positifs qui se montrent par ces résultats. Mais aussi des effets inattendus. Le principal, la **forte dépendance envers l'ACF-E** que la stratégie opérationnelle en place a crée parmi les acteurs communautaires et institutionnels et qui joue contre l'appropriation des actions et des résultats et qui a un fort impact négatif envers leur durabilité.*

4.6 Durabilité (Pérennité)

Cette section analyse le degré d'appropriation et d'autonomisation acquise par les acteurs institutionnels et communautaires, et les éléments du projet et de sa stratégie opérationnelle vis-à-vis la pérennisation des actions.

Selon les documents du projet, le PIALMU répond, depuis sa conception, à la volonté de l'ACF-E de mener une intervention d'appui qui vise à *l'appropriation des activités de lutte contre la malnutrition de la part des acteurs institutionnels et communautaires*. A cette fin, le projet a le souci de mettre l'accent au *renforcement de capacités des partenaires*, en cherchant leur implication à chaque étape du projet, car finalement ils seront ceux qui devront continuer les activités.

Cependant, les stratégies de mise en œuvre et les modalités opérationnelles du projet n'ont pas toujours eu comme résultat l'autonomisation de ces acteurs.

Autant que la mise en place de **partenariats avec des ONG / associations communautaires** est une initiative pertinente, la manière dont le projet a établi ces partenariats n'a pas facilité l'autonomisation des ces acteurs / partenaires. Tel que décrit dans les sections précédentes de ce rapport, ces partenaires, malgré leur potentialité comme acteurs autonomes -ils existaient avant

l'arrivée de l'ACF-E et menaient leurs propres actions, ont eu, au projet, un rôle limité comme « exécutants ». Pour la planification des activités que leur sont assignées, leur organisation et leur financement sont complètement dépendants de l'ACF-E, et leurs propres expertises et capacités dans ces domaines ont été souvent négligées.

La **motivation des relais** est aussi un des facteurs cités à répétition comme cause de la faible qualité de leur performance : le deuxième rapport du projet (d'octobre 2012) en parle déjà. En juillet 2014 la situation n'a pas changé. La manière dont les relais avaient été identifiés (par des critères d'affinité avec les membres des ASACO) et les mécanismes de suivi en place peuvent avoir une influence à l'implication de ces acteurs. Maintenir la motivation des agents bénévoles est toujours un défi, surtout, selon le résultat des entretiens eu pendant la visite, en milieu urbain où la cohésion sociale est moins manifeste. D'ailleurs, il se trouve que pas tous les acteurs ONG travaillant sur Bamako appliquent la même politique en termes de « motivation » (sur certaines communes les relais sont rémunérés) ce qui ne facilite pas l'engagement de ces acteurs sur la Commune VI.

Le rapport relais – ACF-E est très fort, les échanges fréquents (jours de la PEC, réunions mensuelles aux CSCOM, etc.) alors que **d'autres intervenants communautaires (ASACO, FELASCOM) sont totalement effacés**. Ce qui peut aller contre la pérennité de l'action et l'appropriation du programme par la communauté étant donnée que la crédibilité des relais comme élus de la communauté est redoutable.

Encadré 10 Extrait du narratif du PIALMU (2011)

Le rôle du partenaire sera ici de promouvoir la stratégie d'IEC au sein des centres de santé, qui se doivent normalement d'être les premiers prestataires de ces animations, ils aideront donc les CSCOM et le CSREF à mettre en place leur stratégie de communication annuel et à en respecter les échéances par la suite.

Une autre des principales contraintes rencontrées sur le terrain est, tel que exprimé par les équipes ACF-E, le **manque de motivation des agents de santé**. L'analyse que le projet a fait jusqu'au présent de cette situation montre que une des principales causes de ce manque d'engagement est la perception des agents de la surcharge de travail qui représente la PCIMA associée à l'absence de revenus générés par ces activités, autant que la, souvent bien fondée, **perception que la PCIMA est une « activité ACF-E »**, qui ne facilite pas l'appropriation et aggrave le manque d'intérêt à s'impliquer aux activités. Ce manque d'implication peut aussi s'étendre aux niveaux gestionnaires (région et district) et central (spécifiquement la Direction de la Nutrition) par les raisons multiples déjà décrites.

Cependant, cette analyse réalisée sur le terrain oublie un élément clé : *qu'est-ce que l'ACF-E a fait pour éviter / prévenir cette situation ?*

- Selon le narratif du projet, l'ACF-E, dans la mise en œuvre du projet, aura le souci de former et de renforcer les capacités des partenaires afin de rendre efficiente, pertinente et pérenne l'action : en pratique, le renforcement de capacités a mis l'accent aux formations techniques et a manqué de l'encadrement du personnel à d'autres aspects essentiels pour la mise en œuvre efficace de la PCIMA.
- L'ancrage institutionnel est fondamental pour permettre l'appropriation des pratiques et garantir la durabilité des résultats : le focus de l'action de l'ACF-E a été le travail sur les structures prestataires et l'implication des équipes au travail avec les responsables sanitaires (DRS, CSREF) a été insuffisante. L'implication des autorités sanitaires (et civiles) n'a pas été cherchée de façon suffisamment proactive et on constate que le travail conjoint à la conception du projet et pendant la mise en œuvre et le suivi a été modeste.

L'**organisation du système sanitaire du pays** ne prévoit pas d'équipes-cadre dédiées à temps plein à la gestion et à la santé publique. Au niveau du district il s'agit de personnel soignant (médecins, chirurgiens, etc.) qui sont affectés sur un poste gestionnaire sans être détachés (libérés) de leur rôle « prestataire », et qui ne peuvent pas s'engager sur de nouvelles tâches, surtout quand pas rémunérées. Du même, la **faible volonté politique vis-à-vis la nutrition** malgré l'existence de politiques et plans d'action, et l'adhésion du pays à des initiatives internationales en soutien des actions de lutte contre la malnutrition.

Pourtant cette situation était bien connue en 2011 : l'ACF-E est présent au pays depuis quelques années (1996) et au lieu de mettre en place des stratégies « génériques » d'appui cet élément contextuel aurait dû être pris en compte au choix de certains aspects opérationnels du projet : RH, activités ...

Les **stratégies opérationnelles de l'ACF-E** (ou des équipes de l'ACF-E) ne facilitent pas l'appropriation des actions de la part des agents de la santé. Comme exemple, la propre perception des équipes ACF-E de leur rôle : les équipes sur le terrain, de qui le titre de son poste est « Superviseur », ont comme objectif principale l'encadrement et l'accompagnement des agents des structures pendant leur processus d'acquisition de connaissances et pratiques qui leur permettra

l'application correcte et autonome du Protocole National de la PCIMA. Ils sont des facilitateurs et n'ont pas un rôle de supervision comme son titre semble indiquer. Cette toute petite nuance (le titre du poste) peut avoir un effet pernicieux vis-à-vis la manière dont ils performant leurs obligations et comme ils sont perçus sur les structures. Finalement, à plus ou moins degré selon les personnes, se sont eux qui s'érigent comme « propriétaires » des activités, des centres et du personnel. L'organigramme et l'organisation du staff ACF-E ne fait que faciliter ce biais (cf. 4.1.3 Pertinence du projet par rapport aux capacités de l'ACF-E)



Figure 11 Visibilité ou appropriation ?

La visibilité des bailleurs de fonds, même si souvent fondamental, joue aussi à faveur d'une perception erronée des responsabilités de tous et de chacun : sur les affiches collés aux murs des CSCOM avec le protocole URENAS les logos de l'ACF-E et des bailleurs de fonds du projet sont très visibles. Celui du Ministère de la Santé est absent. Quelle est la perception induite que le personnel des centres peut avoir ? Vont-ils s'approprier de quelque chose qui leur a tombé de l'extérieur et que représente une surcharge de travail et pas de revenus ? Encore une petite nuance qui marque la différence.

Un autre élément qui pourrait jouer contre la durabilité des résultats, et qui a déjà été cité comme « effet inattendu – pervers », et **l'excessive dépendance envers l'ACF-E** que le projet a engendré chez les acteurs / partenaires de l'action.

Un de plus grands défis de ce projet était que pour la première fois l'ACF-E menait ce type d'intervention d'appui sur un **milieu urbain au Sahel**. Dans ce cadre, le projet a été vu comme « pilot » et cette évaluation devrait servir pour informer l'ACF-E et ces partenaires des leçons apprises à cet égard. Mais il est important de signaler que les termes avec lesquels le projet fut conçu et les éléments qui le constituent (y-inclut son CL) ne montrent pas des différences avec d'autres projets similaires (en milieu rural). Aucune démarche a été faite au cours du projet pour mieux connaître les spécificités de ce contexte (typologie et structure de la population, niveau socio-économique, etc.) qui à son tour aurait permis la mise en place de stratégies opérationnelles plus adaptées.

Finalement et dans le même sens, le fait que **aucun élément du projet ou de son CL ne met en évidence le but final de pérennisation**, ni permet de suivre les progrès réalisés vers l'autonomisation des partenaires. D'une part, aucun des cinq résultats (objectifs spécifiques du projet) ne réfère à ce processus mais aux effets directs ou indirects des activités de la PCIMA ou des IEC/CCC. Les activités proposées se focalisent à ces résultats. Elles n'ont pas été modifiées ni ajustées depuis le démarrage en fonction des résultats vis-à-vis l'autonomisation des partenaires, car ces progrès n'ont pas été mesurés : aucun indicateur du CL réfère à ce processus, ni existent pas des seuils qui informent, à partir des indicateurs proposés, où on en est sur ce développement.

4.6.1 CONCLUSIONS POUR LA DURABILITÉ

Malgré les résultats obtenus, la pérennisation des actions reste le maillon faible du projet. Depuis sa conception et au cours de sa mise en œuvre cet aspect a été peu abordé. L'appropriation des activités de la part des acteurs nationaux (communautaires et de la santé) reste très faible. Quelques éléments ont été cités comme cause de cette situation :

- Les partenariats avec **acteurs communautaires** qui ont été évalués comme inégalitaires, car on leur demande un rôle uniquement d'exécutant à **forte dépendance** envers l'ACF-E. Leurs capacités et leur potentialité pour donner continuité aux actions n'ont pas été suffisamment exploitées ni soutenues.
- Le **manque de motivation des relais**, aggravé par le manque de coordination entre les acteurs (ONG internationales) travaillant sur Bamako a créé des écarts importants sur comment la motivation aux volontaires doit être gérée.
- Le **manque de motivation des agents de santé** et leur faible engagement pour la PCIMA, malgré l'intégration du traitement de la malnutrition aiguë au PMA. La perception généralisée, souvent bien fondée, est que la PCIMA est de l'ACF-E. Au niveau des niveaux gestionnaires (DRS, district), la

propre **organisation du système sanitaire** du pays ne permet pas le détachement à temps plein du personnel cadre, ce qui a fait que leur implication au projet soit minime.

- Le fait que le projet se réalise dans un **milieu urbain**, plus complexe par la précarité de la population et l'absence d'un tissu social solide.
- Les propres **stratégies opérationnelles** de l'ACF-E qui se sont montrées peu efficaces car ni la structure du projet et ni ses éléments définitoires (objectifs, résultats espérés, activités, RH, indicateurs du cadre logique, etc.) mettent en évidence le but final du projet qui est la recherche de l'autonomisation des acteurs par l'appropriation d'activités et résultats. Aucun indicateur du projet mesure le « degré d'appropriation » ou le « degré de progression de la pérennisation ». Et d'autre, le profil des RH et leur propre perception de son rôle n'ont pas répondu adéquatement aux besoins réels (de renforcement de capacités et encadrement) et peuvent avoir eu des effets négatifs vis-à-vis l'appropriation des actions par les acteurs locales.

4.7 Qualité des mécanismes de suivi et rapportage

Deux stratégies de suivi coexistent au sein du projet :

- Le suivi des indicateurs qui se trouvent sur le CL qui est centralisé au niveau du département de S&E de l'ACF-E – Mali à Bamako.
- Le suivi des activités (de PEC et IEC) qui est responsabilité directe de l'équipe du projet, notamment du Chef du projet.

4.7.1 Le Cadre Logique du projet

Le cadre logique du PIALMU est construit à partir d'objectifs, résultats et indicateurs. Une analyse sommaire du CL et des indicateurs qu'il propose, nous a fait identifier quelques faiblesses, qui sont tout de même perçues par les équipes sur place, notamment :

- Au **choix et à la définition des indicateurs** :
 - Parce qu'ils ne sont pas pertinents (la prévalence de malnutrition aiguë pour la conduite d'enquêtes pour renforcer le plaidoyer),
 - Parce que, à l'heure actuelle ne sont pas mesurables (les indicateurs du R4 car aucun instruments de mesure n'a pas été mis en place)
 - Parce qu'ils proposent des seuils non réalistes (taux de couverture de la PEC, ceux du R3)
 - Parce qu'ils (la plupart) manquent de la notion « temps »
- Peu d'information sur la **durabilité** des activités (qui est le but final du projet) : aucun indicateur ne mesure les progrès en l'autonomisation des agents de santé et des acteurs communautaires. Même si, par exemple certains indicateurs de performance (% de guérison, % admissions parmi les enfants référés par les relais) montrent une amélioration, ils n'expliquent pas directement l'autonomie des acteurs.

Le suivi à travers du CL, est fait à travers d'un outil Excel qui reprend ses **résultats attendus et ses indicateurs** (OMP, Outil de Monitoring des Projets). Cet outil est mensuellement actualisé par le Chef de projet qui le transmet à l'équipe de S&E. Il permet de suivre les avancements réalisés sur l'ensemble du projet et informe du niveau d'atteinte des résultats.

4.7.2 Suivi des données de programme

Pour ce qui est le suivi des **données de programme** (nutrition, principalement) on doit mentionner les outils de collecte et de traitement des données.

Les outils de collecte de données :

- Collecte mensuelle des données de la PCIMA et du dépistage qui sont ceux recommandés par le Ministère de la Santé. Sont remplis au niveau des structures et suivent deux circuits parallèles : celui du Ministère (structure prestataire, district sanitaire, DRS et niveau central) et celui de l'ACF-E. Ils sont acheminés au bureau par les superviseurs de nutrition.
- Collecte de données pour les activités IEC qui doivent être remplis mensuellement par les exécutants de ces activités (ONG partenaires)

Le traitement des données :

- Données de la PCIMA : une base de données électronique est utilisée depuis 2013 et suit le model proposé par le Ministère de la Santé. Elle est de la responsabilité du Chef de projet (ou de son Assistant si le poste est couvert). En 2012, en absence d'un format harmonisé au niveau du pays, l'ACF-E avait préparé une base de données très simple qui ne permettait de compiler les données mensuelles. L'outil actuel permet la compilation et aussi l'analyse des tendances mensuelles et par centre.

- Données des activités des relais communautaires : aucune compilation n'est faite à ce niveau. Les données sont reçues sur une fiche de synthèse par aire de santé mais il n'y a pas de suivi des tendances.
- Données des activités IEC : uniquement pendant 2012, une base de données permettait de suivre les résultats de ces activités mais depuis 2013 les canevas remplis mensuels ne sont pas traités.

4.7.3 Analyse de données et résultats

L'évaluation a exploré sur les rapports produits par le projet (rapports aux bailleurs et rapports mensuels internes) quatre niveaux d'analyse qui semblent essentiels :

1. L'analyse contextuelle : pays, Bamako, Commune VI, au-delà des informations sur le projet
2. L'analyse de tendances et de l'évolution des indicateurs sur le temps
3. L'analyse particulier par aire de santé –qui est l'unité opérationnelle du système sanitaire et par extension du projet, par la triangulation de données et informations provenant de différentes sources (rapports statistiques, visites terrain, études et enquêtes)
4. L'analyse des progrès en autonomie et appropriation des acteurs / partenaires, en absence d'indicateurs ou seuils spécifiques qui permettent sa mesure.

Sur les rapports aux bailleurs (Gobierno de Navarra) :

1. L'actualisation d'informations sur la situation politique, sécuritaire, santé, sécurité alimentaire ... est totalement absente : aucun rapport n'est fait entre ce qui se passe au pays ou sur la ville et le déroulement et les résultats des activités.
2. Quelques commentaires apparaissent sur l'évolution des indicateurs de performance (R3 du CL) mais toujours par comparaison entre deux rapports, sans détails sur les variations mensuels ni un argumentaire précis qui explique ces changements. Les informations sont toujours données pour l'ensemble de centres et aires de santé.
3. Cette analyse est complètement absente et la reprise de différentes sources pour évaluer les points forts et faibles de chaque aire de santé de façon compréhensive, ce qui, à quelques exceptions, est cause de l'homogénéité de l'appui donné.
4. Examen absent des rapports car ne fait pas partie du CL

Sur les rapports mensuels internes ACF-E¹⁷ :

1. Uniquement pour quelques mois de 2013 des détails sur le contexte sont donnés. Pour le reste de rapport cet élément est inexistant.
2. Les fluctuations et variations des indicateurs de performance de la PCIMA, du nombre de relais assistant aux réunions mensuelles, du nombre de cas dépistés, etc. sont mentionnées mais toujours comparativement avec le mois précédent. Des tendances sur plus longues périodes de temps ne sont pas établies.
3. Aucune analyse particulière des aires de santé n'est faite. Les aires de santé qui pour une raison ou autre ont présenté des faits saillants sont mentionnées (par exemple, un nombre d'abandons plus élevé que d'habitude, ou des relais qui n'ont pas assisté à la réunion mensuelle)
4. Le suivi et l'analyse de l'appropriation et des avancements vers la durabilité des actions n'est pas présente.

4.7.4 Capitalisation et rapportage

Plusieurs rapports ont été produits par le PIALMU au cours de ces trois années, et suivant les recommandations globales des sièges ACF-E et les besoins des bailleurs. Ils sont préparés pour le Chef du projet. Mais ils ne facilitent toujours la traçabilité de l'évolution du projet, par plusieurs raisons :

- Les **rapports au bailleur**, ceux pour le Gobierno de Navarra, sont trois, mais ils ne couvrent pas des périodes égales à une année (de janvier à décembre) ni toujours des périodes similaires (en nombre de mois). Cela répond aux demandes du bailleur mais peut tromper l'analyse de l'évolution des résultats. Le dernier termine en janvier 2014. D'autre part, le canevas sur lequel le rapport doit être préparé n'est pas très performant du fait que les résultats doivent être consignés sur un tableau qui reprend le modèle du CL avec espace limité mais où les équipes ont essayé d'y expliquer beaucoup, voir trop, de détails. Ces rapports viennent accompagnés d'une série d'annexes qui confirment (et dupliquent) les informations déjà contenues au rapport. D'ailleurs, les rapports ne suivant pas une ligne temporaire logique mais contiennent beaucoup de répétitions : certains éléments du projet sont expliqués sur le trois rapports même s'ils ont été réalisés en 2012. Ces rapports ne sont pas synthétiques, sont lourds à lire et à suivre.

¹⁷ Vingt-quatre (24) rapports mensuels ont été mis à disposition de l'évaluation et brièvement revus. Ils couvrent la totalité de la période août 2012 – juillet 2014. Les formats ont changé au cours du temps mais le type d'analyse que y est reflétée n'a pas changé.

- Le format des **rapports mensuels ACF-E** a changé au cours du temps mais leur contenu reste similaire. Si bien au départ il s'agissait plutôt des comptes-rendus des réunions mensuelles avec les relais aux CSCOM, très formels et très, voir trop, synthétiques, ils ont évolué vers formats plus complets mais qui ne sont pas complètement remplis. Malgré que ils formalisent les objectifs et les réalisations du mois, ils manquent d'analyse et de réflexion.

4.7.5 CONCLUSIONS POUR LE SYSTEME DE SUIVI ET RAPPORTAGE

Le projet s'est doté d'outils et mécanismes de suivi et on peut distinguer ceux qui réfèrent au suivi à travers le cadre logique et ceux qui permettent le suivi des activités (PCIMA, IEC).

*Les **indicateurs du cadre logique** du projet permettent le suivi des avancées du projet. Cependant, des faiblesses ont été identifiées du fait que certains de ces indicateurs se sont montrés inefficaces (non-mesurables ou non-pertinents) et du fait de l'absence d'indicateurs mesurant directement l'objectif final du projet qui est la continuité des actions au-delà de la présence de l'ACF-E.*

*Le **suivi des activités**, malgré la disponibilité d'instruments de collecte et compilation de données efficaces et harmonisés (pour la PCIMA, moins pour les activités communautaires et d'IEC) manque d'analyse (contextuelle, de tendances, particulière des aires de santé, etc.).*

*Malgré la préparation de rapports mensuels et des rapports pour les bailleurs, la **capitalisation** du développement et des résultats du projet reste faible.*

Tableau 7 Forces et faiblesses du système de suivi et rapportage du PIALMU

FORCES	FAIBLESSES
Projet élaboré autour d'un cadre logique Disponibilité d'outils de collecte et compilation de données pour la mesure des indicateurs du CL	Qualité et pertinence des indicateurs du cadre logique : no SMART (certains difficilement mesurables) Manque d'harmonisation d'outils et bases de données pour les activités IEC et communautaires Capitalisation erratique et insuffisante Déficent suivi en interne du résultat des activités : quantitatif et qualitatif (en lien avec et l'absence d'analyse approfondie de ces résultats)
OPPORTUNITES	MENACES
Equipe de S&E disponible et motivée Expertise de l'ACF-E à ce type de programmes (même si au Mali le milieu urbain n'était pas expérimenté avant)	L'enquête CAP ne permet pas la mesure des indicateurs inclus au CL

5 Conclusions et recommandations

5.1 Evaluation générale

Le PIALMU, entre septembre 2011 et juillet 2014 a réussi à atteindre ses objectifs. Et, selon les critères proposés par les Termes de Référence de l'évaluation, ses résultats sont globalement corrects. En tant que projet (pilot) d'appui en milieu urbain, visant à l'intégration d'activités préventives (IEC, EHA) et curatives (traitement) pour la nutrition, et ayant comme cible les agents de la santé et les acteurs communautaires de la Commune VI de Bamako.

- Le projet est **globalement pertinent**. Cependant, une meilleure connaissance du contexte (milieu urbain) aurait sûrement permis la mise en œuvre de stratégies opérationnelles plus adaptées.
- La **cohérence interne et externe du projet est satisfaisante**. Le projet bénéficie d'un cofinancement entre le Gobierno de Navarra et l'UNICEF qui lui permet une majeure **complémentarité** entre les actions curatives et préventives, et entre les volets nutrition et EHA.
- Le projet a réussi à mener **toutes ses activités** même si certains délais ont été observés, souvent par des facteurs externes à l'ACF-E. Les résultats globaux sont corrects et **la plupart des objectifs ont été atteints**. Cependant, quelques-uns des indicateurs du cadre logique n'ont pas pu être mesurés. L'absence d'implication des partenaires à la conception (et au suivi) du projet et le manque de coordination avec d'autres acteurs travaillant sur la même commune ou sur de contextes similaires (autres communes de Bamako), ont sûrement diminué l'efficacité des actions.

- La **couverture géographique** de la PCIMA suit la cartographie du système sanitaire du pays qui a été renforcé par l'appui de l'ACF-E à deux URENI supplémentaires. La **couverture réelle de la PEC** de la MAS, sans une mesure quantitative fiable, est faible. La couverture des actions communautaires est fortement dépendante de la répartition géographique des relais formés par le projet, qui n'ont pas toujours été identifiés par des critères de localisation mais d'intérêt.
- Il n'a pas été possible de mesurer **l'impact** du projet en termes de changement de comportements, car les informations fournies par les enquêtes CAP réalisées au début et à la fin du projet ne le permettent pas. Cependant, et sur la base de discussions et observations réalisées pendant la visite, on peut constater que le projet a réussi à améliorer la compréhension de la malnutrition comme maladie « traitable ».
- Le projet n'a pas su éviter de créer une dépendance excessive des partenaires envers l'ACF-E, ce qui finalement jouera un rôle important vis-à-vis la **durabilité** des actions : cet aspect est le maillon faible du projet : depuis sa conception et au cours de sa mise en œuvre, cet aspect n'a pas été suffisamment abordé, et le projet manque de stratégie et d'instruments de mesure de l'autonomisation des acteurs nationaux. Les capacités des acteurs / partenaires n'ont pas été assez explorées ni exploitées, ce qui agit en détriment de leurs possibilités d'autonomie et même d'appropriation.

L'appui donné par l'ACF-E à travers du PIALMU se manifeste, principalement, par le **renforcement de capacités** des acteurs locaux (agents de santé et communautaires) et s'articule autour de **formations techniques** et des actions de **suiti - supervision** continue. Quelques faiblesses observées au niveau de l'encadrement et le suivi, aggravées par des insuffisances dans le renforcement de capacités des propres équipes de l'ACF-E sur le terrain, et le perceptible manque d'implication et engagement des autorités sanitaires et civiles.

Le **milieu urbain** offre quelques **avantages** par rapport au milieu rural du fait que l'accès physique aux services est propice (distances comparativement réduites) et la barrière coût a été convenablement corrigée par l'action de l'ACF-E. Mais le milieu urbain a aussi des **implications négatives** avec absence d'un tissu social consolidé et une cohésion communautaire moins évidente. Cependant, l'ACF-E a manqué de mieux explorer ce contexte au démarrage et au cours du projet.

Les **prestataires des structures sanitaires** sont les médecins, infirmiers et aides qui, avec le concours de l'ACF-E, ont été formés aux aspects techniques du protocole national de la PCIMA. Malgré les améliorations observées après trois ans de projet, la perception généralisée est celle de leur **manque la motivation**, qui se traduit en une performance souvent pleine d'insuffisances, aggravée par une distribution de tâches inappropriée et une rotation récurrente du personnel. Au Mali, la nutrition est aujourd'hui partie intégrante du PMA mais n'apporte aucun bénéfice pécuniaire au personnel des centres. L'ACF-E ne fait qu'appuyer cette intégration mais certaines stratégies opérationnelles en place perturbent cette transition et jouent contre l'appropriation des activités. Les **cadres de la santé (région et district)** ont été presque **absents** du renforcement de capacités réalisé par l'ACF-E. Bien qu'ils aient participé aux formations techniques, ils n'ont pas été intégrés au quotidien du suivi sur les structures et leur **minime implication** pour les missions conjointes n'est une preuve. L'organisation du système sanitaire a été un facteur limitant et que souvent le seul moyen d'avoir un impact à ce niveau est le **plaidoyer** auprès de niveaux plus élevés. Mais il n'est que depuis peu qu'une partie des acteurs travaillant sur Bamako commencent à s'organiser et à réfléchir ensemble sur les difficultés et contraintes communes.

Deux **associations / ONG communautaires** ont signé des conventions de partenariat avec l'ACF-E au démarrage du projet. En pratique, ces deux organismes ont devenu des agents en **sous-traitance pour l'exécution** des séances d'IEC/CCC et des démonstrations culinaires. Leurs capacités n'ont pas été convenablement exploitées et leur potentielle autonomie, vis-à-vis la pérennisation des activités qui leur sont assignées, explorée et/ou soutenue –malgré qu'elle est incontestable, si on pense qu'ils ont déjà des acteurs indépendants avant l'arrivée du projet ACF-E.

Les **relais communautaires** sont une figure réglementée par le système sanitaire du pays. La figure du relais est une personne reconnue par la communauté qui destine, comme bénévole, une partie de son temps libre à l'amélioration de la santé de sa communauté, par l'appui au personnel de la santé pendant les activités réalisées dans la communauté. Avec la PCIMA d'autres activités leur ont été assignées. Le PIALMU a formé et équipé 220 relais desquels plus du 90% continuent en actif. Cependant, malgré des améliorations récentes, leur motivation et l'impact de leurs activités (dépistage, VAD) ont été remis en cause. Le manque de coordination entre les ONG-I travaillant sur Bamako ne fait qu'aggraver les réclamations pécuniaires qui sont faites en permanence, et à juste titre car il y a d'autres ONG-I qui payent. Le **suiti de la performance** reste aussi un élément à améliorer, du fait que les instruments sur place semblent insuffisants.

Malgré que le PIALMU dispose d'un **système de suivi et évaluation** performant, l'**analyse** et la **capitalisation** de résultats restent des aspects à améliorer. Etant donné qu'il s'agit d'un projet

« pilote » ces aspects sont essentiels comme moyens **d'apprentissage**, et pour **identifier rapidement les défaillances** de sa mise en œuvre et l'application de mesures correctives adaptées.

5.2 Recommandations

Toutes les recommandations présentées sur ce rapport sont en **lien avec les capacités et la stratégie opérationnelle** de l'ACF-E au Mali, par deux raisons :

- Le PIALMU est un projet pilote duquel l'ACF-E a en tirer tous les enseignements possibles en vue d'une potentielle réplique sur un contexte similaire.
- Le PIALMU évalué (2011 – 2014) est fini mais l'ACF-E a préparé et démarre dans les prochaines semaines un PIALMU II, avec les mêmes objectifs et avec / sur le même cible (avec la Commune IV). Ce nouveau PIALMU n'a pas été partagé avec l'évaluatrice afin d'éviter influencer les résultats de la présente évaluation.

5.2.1 Le travail avec les acteurs de la santé

Recommandation 1 :

Poursuivre avec une stratégie visant à (i) l'intégration effective de la PCIMA dans le PMA et les services de routine des structures sanitaires et (ii) l'autonomie et l'appropriation des agents de la santé par le renforcement des capacités techniques et en organisation du personnel prestataire

R.1.1 : Renforcer les capacités techniques du personnel (point focaux) en la prise de mesures, l'application des différents protocoles médicaux, le remplissage d'outils et supports, etc.

R.1.2 : Accompagner le personnel (point focaux et responsables de centre) pour une réorganisation des responsabilités à la PCIMA afin d'optimiser les ressources existants et éviter frustration et fatigue

R.1.3 : Définir des formes de motivation (et d'appropriation) alternatives : organiser des rencontres entre les points focaux des centres afin de partager les difficultés communes et trouver des solutions adaptées, organiser des séances de discussion techniques avec le personnel des URENI, etc.

R.1.4 : Appliquer des mesures simples et effectives visant l'appropriation des activités de la PEC par le personnel (par exemple, refaire les affiches avec le protocole URENAS qu'avec le logo de la DN et du Ministère de la Santé)

R.1.5 : Afin de prévenir des abandons : travailler avec le personnel les aspects communicatifs (avec les mères) de la PCIMA : accueil, explications sur le traitement (procédures et durée du traitement), passage URENAS – URENAM, etc.

Recommandation 2 :

Poursuivre avec une stratégie visant à (i) l'intégration effective de la PCIMA dans le PMA et les services de routine des structures sanitaires et (ii) l'autonomie et l'appropriation des agents de la santé par l'amélioration de l'implication et l'efficacité des niveaux gestionnaires

R.2.1 : Continuer avec le plaidoyer pour la nutrition auprès des niveaux gestionnaires, en coordination avec l'ensemble d'acteurs en santé et nutrition sur Bamako

R.2.2 : Poursuivre et améliorer les contacts et les occasions de partage avec les acteurs institutionnels (DRS et CSREF), établir des calendriers réalistes pour la discussion de résultats

5.2.2 Le travail avec les acteurs communautaires

Recommandation 3 :

Mettre en place une stratégie communautaire visant à (i) une mobilisation communautaire pour la nutrition effective et (ii) l'identification des cas de malnutrition aiguë dans la communauté.

La motivation, la performance et l'efficacité des relais sont unes des principales contraintes rencontrées pour l'atteinte des résultats du PIALMU. Le volet communautaire est essentiel pour la PCIMA mais aussi, en pratique, le plus compliqué à mettre en place correcte et efficacement. Ces difficultés classiques s'aggravent en milieu urbain, vu l'absence de tissu social et cohésion communautaire qui le caractérisent. Les deux recommandations présentées ici rappellent aux équipes de l'ACF-E la possibilité de chercher des alternatives au travail avec les relais

R.3.1 : Réfléchir à la mise en place en priorité de formes alternatives de mobilisation, comme celles qui se sont avérées plus efficaces pendant la première période du projet : mères relais, media (radio), campagnes de masse, etc. Ces méthodes, autant que à faible impact sur des contextes avec population dispersées (milieu rural), ont sûrement un potentiel plus grand sur le milieu urbain qui nous concerne.

R.3.2 : Réfléchir à des formes alternatives d'identification / référence de cas plus efficaces : avec une mobilisation communautaire adéquate, l'autoréférence (avec le dépistage « passif » aux centres) devient la méthode la plus efficace de recrutement de cas pour le traitement. D'ailleurs, certains opinent que des mères sortant de la PEC (enfants guéris) pourraient aussi devenir des potentiels « agents de dépistage » si formées convenablement.

Recommandation 4 :

Veiller à la pertinence et l'efficacité des partenariats avec des ONG / associations nationales pour les activités IEC/CCC

R.4.1 : Etablir des vrais partenariats à la place de contrats de sous-traitance (rapport égal entre les deux parties concernées), avec participation active au projet (planification, partage d'information, suivi) au lieu de leur assigner un rôle secondaire comme « exécutants »

R.4.2 : Exploiter les capacités de ces acteurs / partenaires en vue d'améliorer leur efficacité sur le terrain, leur permettre d'appliquer leurs propres expertises et les soutenir à mieux développer leurs capacités (techniques et en gestion)

R.4.2 : Explorer avec eux des alternatives qui leur permettent diminuer leur dépendance financière de l'ACF-E : AGR, autres sources de financement, etc.

5.2.3 Le contexte et la coordination

Recommandation 5 :

Renforcer les capacités au sein des équipes PIALMU en matière (i) d'analyse du contexte, et (ii) de connaissance des besoins de la population cible du projet en termes de vulnérabilité

R.5.1 : Mener une étude de vulnérabilité socio-économique sur la Commune VI de Bamako, tel qu'il était prévu sur le narratif du premier PIALMU. Cette étude n'a pas été réalisée par des raisons sécuritaires pendant la première enquête CAP (2012), et n'a pas été récupérée au cours du projet ni au moment de la deuxième CAP (2014) malgré la certitude de continuation des actions sur la même cible. D'ailleurs, les deux enquêtes ont priorisé les données / informations quantitatives et la représentativité statistique, au lieu d'approfondir les aspects sociologiques / anthropologiques qui caractérisent ce type d'études.

R.5.2 : Si un exercice – enquête n'est pas viable, des efforts doivent être faits pour améliorer les connaissances sur le contexte via meilleurs échanges avec (1) les partenaires (associations / ONG nationales, les représentants de la société civile, etc.), (2) les bénéficiaires (focus-groupes avec bénéficiaires et pas bénéficiaires du programme), et (3) les autres acteurs (ONG-I) travaillant sur Bamako et spécifiquement sur la Commune VI.

Recommandation 6 :

Renforcer la coordination avec le reste d'acteurs travaillant sur Bamako afin d'améliorer l'efficacité des résultats et le plaidoyer

R.6.1 : Poursuivre et renforcer la coordination avec le reste d'acteurs travaillant à la nutrition sur Bamako visant l'harmonisation d'initiatives et modalités / stratégies opérationnelles et comme seul moyen pour améliorer l'efficacité du plaidoyer auprès des autorités civiles et sanitaires.

R.6.2 : Créer des espaces de partage avec l'ensemble d'acteurs (de tous les domaines) travaillant sur la Commune VI de Bamako, en vue d'améliorer l'efficacité des résultats et, si pertinent, mutualiser les efforts et les ressources.

5.2.4 Les capacités de l'ACF-E

Recommandation 7 :

Poursuivre le renforcement des capacités des équipes PIALMU par le biais de (i) une meilleure description du profil et des capacités requises, (ii) une gestion d'équipes adaptée, (iii) la mise en place de mécanismes de suivi et accompagnement, et (iv) un organigramme transparent.

R.7.1 : Reconsidérer l'organigramme du projet afin de le rendre capable de répondre aux besoins en RH du projet : assurer le poste d'Assistant du projet

R.7.2 : Revoir les profils de poste des agents de terrain ACF-E et réexaminer les capacités requises de ce personnel, mettant les capacités en gestion, communication et facilitation au même niveau que les capacités techniques, car elles sont essentielles pour le correct développement de leurs responsabilités. Viser à la polyvalence du personnel.

R.7.3 : Réfléchir autour du titre du poste « superviseur » qui peut mener, certainement, à une perception non-désirable vis-à-vis l'appropriation des actions de la part des acteurs du pays, et du propre personnel ACF-E.

R.7.4 : Réévaluer l'organisation actuelle des équipes sur le terrain, et en général, l'organisation du travail de ces équipes : établir des rotations sur les centres et entre terrain - bureau, établir plans de travail individuels, mettre en place de « cahiers de passation » (qui permettront le suivi des avancées sur chaque aire de santé), etc.

5.2.5 Le suivi du projet

Recommandation 8 :

Mettre en place un cadre logique « logique » avec (i) des objectifs réalistes, (ii) des indicateurs pertinents et mesurables, et (iii) incluant des indicateurs qui permettent de mesurer la « durabilité » des actions.

R.8.1 : Reconsidérer les objectifs du cadre logique qui ne sont pas réalistes

R.8.2 : Réévaluer la pertinence du choix de certains indicateurs et ceux dont le seuil à atteindre n'est pas réaliste (couverture, indicateurs performance de la PCIMA)

R.8.3 : Inclure des indicateurs mesurant la « durabilité » cherchée par le projet et des seuils de progression

R.8.4 : Inclure des indicateurs de performance et résultat des actions IEC/CCC qui ne soient uniquement mesurables par enquête et qui permettent d'évaluer les progrès

Recommandation 9 :

Poursuivre le renforcement des capacités des équipes ACF-E – Mali en matière (i) de capitalisation des produits du projet, et (ii) d'analyse de résultats.

R.9.1 : Mettre en place des mécanismes et outils (ou adapter ce qui existent déjà) pour l'amélioration de l'analyse de résultats au cours du temps.

- Une matrice par aire de santé incluant toutes les données et informations disponibles mensuellement (activités des relais, activités IEC/CCC et PCIMA) et/ou obtenues par enquêtes ou études spécifiques (SMART, SQUEAC, CAP, étude sur les abandons, enquêtes post séances IEC, etc.) et/ou actions particulières réalisées sur l'aire

R.9.2 : Mettre en place des instruments de mesure de l'impact (à court terme) des activités IEC/CCC

- Enquêtes post-séances IEC/CCC par VAD (et comme proposé par les outils de collecte de données déjà en place)

R.9.3 : Systématiser la capitalisation des produits et des résultats du projet par la préparation de rapports adaptés (inclusifs et harmonisés)

R.9.4 : Impliquer les équipes du PIALMU au suivi et à la capitalisation des produits et des résultats du projet.

R.9.5 : Etablir des mécanismes (réunion mensuelle, cahier de passation) permettant l'analyse individuelle (par aire de santé) et des tendances dans l'évolution des indicateurs du projet, principalement ceux qui sont en lien avec la durabilité des actions.

6 Annexes

Annexe 1 Termes de référence de l'évaluation

En document séparé

Annexe 2 Bonne pratique

Approche intégrée d'appui à la lutte contre la malnutrition en milieu urbain au Mali	
<p>Traits et caractéristiques innovants</p> <p><i>Ce qui fait la différence</i></p>	<p>Le projet vise, entre autres, à l'atteinte du OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans, à travers une approche intégrée qui touche plusieurs niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aspects curatifs et aspects préventifs</i> : <p>Le projet vise à <i>sauver des vies</i> par la consolidation de la PCIMA dans les structures sanitaires mais ambitionne aussi de corriger des facteurs causaux de malnutrition, notamment par des actions IEC/CCC (dans les centres et sur les quartiers) et par l'amélioration des conditions EHA (des centres et des ménages)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Intégration EHA et nutrition</i> : <p>Le PIALMU rejoint l'initiative EHA – nutrition (<i>WASH in Nut</i>) qui est devenue un volet indispensable de tout projet visant à réduire la mortalité infantile liée à la malnutrition.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Travail avec acteurs de la santé (institutions nationales) et acteurs communautaires (ASACO et relais, ONG / associations locales)</i> : <p>L'efficacité de la PCIMA et des actions IEC/CCC précise de l'association d'efforts pour le renforcement de capacités au niveau des structures sanitaires et du travail avec des acteurs communautaires. Les objectifs du PIALMU explicitent nettement la complémentarité de ces deux niveaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Plaidoyer auprès des autorités sanitaires et civiles</i> : <p>Le PIALMU combine le renforcement de capacités techniques des prestataires avec le plaidoyer auprès des autorités, soit-il par des actions individuelles (réunions bilatérales) qu'à travers des mécanismes de coordination existants (cluster, groupes de travail, etc.) et a réussi, par exemple, à l'amélioration de l'accès aux soins (par la gratuité) et des systèmes d'approvisionnement (intrants nutritionnels et médicaments). En ce qui concerne les autorités civiles, leur engagement est recherché à travers leur participation à toutes les étapes du projet (ce qui n'est pas toujours évident).</p>
<p>Recommandations spécifiques / pratiques pour la dissémination</p> <p><i>Comment la méthode sélectionnée peut être répliquée à plus grande échelle ?</i></p>	<p>La capitalisation des produits et des résultats à toutes les étapes du projet est un instrument nécessaire et essentiel d'apprentissage.</p> <p>Le renforcement de capacités des acteurs institutionnels doit inclure tous les niveaux du système sanitaire (prestataires et gestionnaires) et les capacités en gestion doivent être renforcées au même niveau que les capacités techniques.</p> <p>Des études préliminaires sur la vulnérabilité et du contexte socio-économique, et un suivi rapproché des changements de ce contexte, sont essentiels pour la mise en place de stratégies adaptées qui devrait aussi évoluer au cours du projet.</p> <p>Le partenariat avec des ONG / associations locales doit viser à établir des rapports égalitaires entre toutes les parties concernées, comme moyen unique pour le renforcement des capacités nationales et la durabilité des actions.</p> <p>La mobilisation communautaire doit s'appuyer à des modalités opérationnelles tenant en compte les spécificités du milieu urbain. Les</p>

	caractéristiques de ce contexte permettent la mise en place d'initiatives innovatrices. La complexité du travail avec les relais (motivation, rotation, etc.) peut être palliée par l'utilisation de canaux plus efficaces en milieu urbain : mass media, bouche-oreille, etc.
--	--

Annexe 3 Conclusions des évaluations faites en 2010 sur la Commune VI par l'ACF-E

En **janvier 2010**, ACF a conduit une mission d'évaluation rapide dans les Communes I et VI du district de Bamako. Le rapport d'évaluation démontre un besoin d'intervention comparable dans les deux communes. En coordination avec l'ONG Médecins Du Monde (MDM), il a été décidé qu'ACF porterait ses efforts de réponse sur la commune VI et MDM sur la commune I.

En **juillet 2010**, une nouvelle évaluation plus approfondie dans la commune VI avec les conclusions suivantes:

Implication des communautés :

- Mobilisation communautaire : inexistence d'un réseau de mobilisation communautaire pour le dépistage et le référencement. Manque de dynamisme, de capacité des relais communautaires, faiblesse voir absence des systèmes de référence et contre-référence.
- Absence de sensibilisation communautaire aux problématiques de malnutrition. Au sein des ménages, les causes de la malnutrition sont méconnues ainsi que les bonnes pratiques pour la prévenir.

Prise en charge de la MAS en ambulatoire

Malgré les investissements du Ministère de la Santé en formation et équipement la situation actuelle reste préoccupante. Le suivi des données dans les centres de santé effectué par l'UNICEF montre :

- Une faible qualité de la prise en charge (taux de décès et d'abandons largement supérieurs aux normes SPHERE).
- Une faible activité des structures de prise en charge de la malnutrition c'est à dire peu d'enfants pris en charge par rapport à la quantité estimée d'enfants malnutris.
- Mauvaise utilisation du matériel mis à disposition, pas de pesé systématique ou de journée préétablis, pas de registre pour le suivi, prise en charge relégué à du personnel non formés.

Plusieurs raisons permettent d'expliquer ce constat :

- Manque d'infrastructure pour l'accueil et la prise en charge des enfants.
- Manque de capacité de personnel médical pour assurer une prise en charge adéquate. Celui a bien reçu une formation mais n'est plus présent dans les centres, les activités sont donc conduites par des stagiaires. Ou encore la personne est affectée à des positions autres tel que la consultation prénatale, la vaccination etc.
- Turn-over important du personnel
- Faible et/ou mauvaise application des formations reçues par les agents sur le terrain : les médecins chef de CSCOM formés n'ont pas fait la restitution de la formation aux agents de santé pour mettre en œuvre les activités.
- Indisponibilité du matériel et intrants nutritionnels dans les centres : mauvaise gestion des stocks, absence d'inventaire, pas d'emplacement disponible ou spécifique pour l'entreposage etc. ;
- Manque de données nutritionnelles. Les données nutritionnelles ne sont pas collectées dans le cadre du système d'informations sanitaires au niveau des centres de santé communautaires et au niveau CSREF. Les activités de nutrition sont jusque là limitées aux activités de routines de suivi de la croissance de l'enfant.
- Absence de sensibilisation communautaire aux problématiques de malnutrition.
- Manque d'infrastructure.

Prise en charge hospitalière de la MAS

Le protocole national prévoit la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère avec complications dans les unités de Réhabilitation nutritionnelle (UREN) au niveau des hôpitaux régionaux et Centres de Santé de Référence.

Actuellement, le service de pédiatrie du CSREF de la commune VI est la seule structure publique de référence pour la prise en charge des maladies infantiles et de la malnutrition aiguë. Avec une capacité de 3 lits (observations), ce service ne peut pas assurer l'hospitalisation des patients. Tous

les cas de maladies qui nécessitent une hospitalisation sont transférés à l'hôpital régional Gabriel Touré dans la commune II dont l'opérationnalité n'est pourtant pas effective à ce jour.

Prise en charge de la MAM

Le protocole national prévoit la prise en charge au niveau des enfants malnutris modérés. Les CSCOM de la commune ont reçu la première livraison d'aliments supplémentaires via le PAM au mois d'août 2009, mais celle-ci est irrégulière et les ruptures de stock sont fréquentes.

Le problème majeur à l'heure actuelle est la faiblesse de formation des CSCOM en charge concernant la malnutrition aigüe et les critères de dépistage.

La prise en charge dans ce programme ne répond pas à des critères bien définis (critères d'admission et de décharge assez vagues), et les rations distribuées ne sont pas celles indiquées dans le protocole national. Le mélange du prémix (CSB + huile + sucre) de la ration de supplémentation ne respecte pas les proportions définies dans le protocole national.

Annexe 4 Cadre logique du PIALMU

En document séparé

Annexe 5 Conventions de partenariat pour le PIALMU

Partenaire	Date de la signature des conventions
Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM)	Février 2012
Woïyo Kondeye	Février 2012
Hôpital du Mali	Juillet 2012
Radios locales (Espoir et Guintan)	Septembre 2012
Direction Régionale de la Santé	Octobre 2012
Centre de Santé de Référence (CSREF) de la Commune VI	Octobre 2012
Mairie de la Commune VI	Octobre 2012
SOLTHIS	Décembre 2012

Nom du partenaire	Durée de la Convention	Rôles des partenaires
Direction Régionale de la Santé	2012-2014	<p>mettre à disposition les ressources humaines compétentes requises et garantir la gestion fonctionnelle du personnel relatif au projet dans le respect des réglementations en vigueur au Mali</p> <p>participer à la formation des agents de santé</p> <p>superviser les activités</p>
Centre de Santé de Référence (CSREF) de la Commune VI	2012-2014	<p>suivre et exécuter le projet</p> <p>coordonner et participer au suivi et évaluation des activités</p> <p>contribuer à la capitalisation du savoir et des expériences mises en place dans les domaines d'intervention et les diffuser</p> <p>mettre à disposition selon les possibilités du CSREF les moyens logistiques et matériels nécessaires à la bonne mise en œuvre des activités.</p>
Mairie de la Commune VI	2012-2014	<p>garantir que les méthodologies et procédures établies soient correctement appliquées tout au long de l'action</p> <p>identifier et faciliter l'implication des groupements féminins locaux pour une meilleure participation des femmes aux activités du projet</p> <p>coordonner, appuyer les activités</p> <p>contribuer à la capitalisation du savoir et des expériences mises en place dans</p>

		les domaines d'intervention et les diffuser
Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire (FELASCOM)	2012-2014	suivi des activités communautaires du projet mise à disposition des Ressources Humaines compétentes requises et garantir la gestion fonctionnelle du personnel relatif au projet dans le respect des réglementations en vigueur au Mali. supervision des activités des animatrices et des relais communautaires sur le terrain et se porter garante de l'affectation de ces animatrices au service du projet pendant toute sa durée.
Woiyo Kondeye	2012-2014	suivi des activités de démonstrations culinaires du projet mise à disposition des Ressources Humaines compétentes requises pour la mise en œuvre correcte des activités supervision des activités des animateurs sur le terrain et se porter garante de l'affectation de ces animateurs au service du projet pendant toute sa durée.
Radios locales (Espoir et Guintan)	2012-2014	Diffusion des émissions radiophoniques

Annexe 6 Bibliographie et documents revus

- ACF - DRS, 2013, Rapport de la mission conjointe de suivi-évaluation des activités de PCIMA dans les structures sanitaires de la Commune Vi de Bamako
- ACF - Gobierno de Navarra, 2011, Narratif du PIALMU
- ACF - UNICEF, 2012, Narratif du Projet de Lutte contre la Malnutrition (PILNU) Nov 2011 - oct 2012
- ACF - UNICEF, 2013, Narratif du Projet de Lutte contre la Malnutrition (PILNU) Fév 2013 - janvier 2014
- ACF - UNICEF, 2013, Rapport final du Projet de Lutte contre la Malnutrition (PILNU) 2012 (Novembre 2011 - novembre 2012)
- ACF - UNICEF, 2014, Rapport final du Projet de Lutte contre la Malnutrition (PILNU) 2013 (Février 2013 - janvier 2014)
- ACF- Gobierno de Navarra, 2012, Rapport intermédiaire du PIALMU
- ACF- Gobierno de Navarra, 2013, Rapport intermédiaire du PIALMU
- ACF- Gobierno de Navarra, 2014, Rapport intermédiaire du PIALMU
- ACF, 2010 janvier, Rapport de la mission d'évaluation des activités de PEC de la malnutrition dans les structures de santé de la Commune VI de Bamako
- ACF, 2010 juillet, Rapport de la mission d'évaluation des activités de PEC de la malnutrition dans les structures de santé de la Commune VI de Bamako
- ACF, 2011, Cadre logique du PIALMU
- ACF, 2012, Convention de partenariat avec FELASCOM, février 2012
- ACF, 2012, Convention de partenariat avec la DRS - CSREF du District de Bamako, oct 2012
- ACF, 2012, Convention de partenariat avec la Mairie de la Commune VI du District de Bamako, oct 2012
- ACF, 2012, Convention de partenariat avec Radio Espoir, septembre 2012
- ACF, 2012, Convention de partenariat avec Radio Guintan, septembre 2013
- ACF, 2012, Convention de partenariat avec Solidarité thérapeutique et Initiatives contre le VIH/SIDA (SOLTHIS), février 2012
- ACF, 2012, Convention de partenariat avec Wolyo Kondeye, février 2012
- ACF, 2012, Enquête CAP sur la Commune VI de Bamako

ACF, 2012, Enquête SMART sur la Commune VI de Bamako

ACF, 2012, Rapport de la mission conjointe de suivi-évaluation des activités de PCIMA dans les structures sanitaires de la Commune VI de Bamako

ACF, 2012, Rapport de la réunion de convention pour la gratuité

ACF, 2012, Rapport des réunions d'identification des relais/mobilisateurs communautaires au niveau des aires de santé de la commune VI

ACF, 2013, Rapport de la formation des chargés et assistants en nutrition au CSREF de la Commune VI

ACF, 2013, Rapport de la formation des Relais / Mobilisateurs communautaires de la Commune VI de Bamako

ACF, 2013, Rapport de la formation des relais/mobilisateurs communautaires de la Commune VI du district de Bamako

ACF, 2013, Rapport des réunions d'identification des Relais / Mobilisateurs communautaires des aires de santé de la Commune VI de Bamako

ACF, 2014, Enquête CAP sur la Commune VI de Bamako (rapport préliminaire)

ACF, 2014, Enquête SMART sur la Commune VI de Bamako

ACF, 2014, Etude SQUEAC sur la Commune VI de Bamako

DRS Bamako, 2012, Rapport de la mission conjointe de suivi-évaluation des activités de PCIMA dans les structures sanitaires de la Commune VI de Bamako

Ministère de la Santé UNICEF PAM OMS FAO, 2013, Enquête Nationale Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective (Résultats Préliminaires)

Ministère de la Santé UNICEF PAM OMS, 2012, Enquête Nationale Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective

Ministère de la Santé UNICEF PAM OMS, 2014, Enquête Nationale Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective (rapport préliminaire)

Ministère de la Santé UNICEF PAM, 2011, Enquête Nationale Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Rétrospective

Ministère de la Santé UNICEF PAM, 2014, Enquête Nationale de Couverture de la PEC de la MAS (SLEAC) (rapport préliminaire)

Ministère de la Santé, 2012, Protocole National de la Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aigüe (PCIMA)

Ministère de la Santé, 2013, Politique Nationale de Nutrition

République du Mali, Institut National de la Statistique, 2013, Enquête Démographique et de Santé au Mali - Rapport Préliminaire

Annexe 7 Référentiel de l'évaluation

En document séparé

Annexe 8 Guides d'entretien

Guide entretiens partenaires

Pertinence du projet par rapport aux besoins de la population

Adéquation du ciblage : des communautés (géographique) / individuel

Cohérence entre activités PCIMA et activités IEC/CCC

Adéquation et qualité du continuum :

- Dépistage / référencement / admission (ou rejet)
- URENAM / URENAS / URENI

Cohérence du projet avec politiques nationales

Niveau d'atteinte des résultats

Couverture du projet

Effets du projet :

- Potentiels effets négatifs ou pernicieux, et
- Effets positifs

Efficacité de la coordination et du partenariat

Impact du renforcement de capacités :

- Acteurs communautaires
- Acteurs de la santé

Guide pour les focus - groupes

Pertinence du projet par rapport aux besoins de la population

Adéquation du ciblage : des communautés (géographique) / individuel

Adéquation et qualité du continuum :

- Dépistage / référencement / admission (ou rejet)
- URENAM / URENAS / URENI

Couverture du projet

Effets du projet :

- Potentiels effets négatifs ou pernicieux, et
- Effets positifs

Annexe 9 Calendrier et agenda de la visite au Mali

Date		Activités
Mardi	23 sept	Voyage vers la mission
Mercredi	24 sept	Travail personnel de préparation Réunion avec équipe Mali et équipe projet
Jeudi	25 sept	Entretien avec Référent Technique Nutrition ACF – Mali (ancien Chef de projet PIALMU) Préparation des outils de collecte d'information
Vendredi	26 sept	Réunion à l'UNICEF Prise de contact avec l'équipe de superviseurs du PIALMU
Samedi	27 sept	
Dimanche	28 sept	
Lundi	29 sept	Visite à ASACOSODIA Réunion avec département de suivi et évaluation ACF – Mali
Mardi	30 sept	Visite à ASACOSO Entretien avec responsables ONG partenaire Woïyo Kondeye
Mercredi	1 oct.	Visite au CSREF Commune VI Entretien avec le président de la FELASCOM
Jeudi	2 oct.	Visite à ASACOFA Réunion de restitution rapport préliminaire enquête CAP – ACF Bamako
Vendredi	3 oct.	Entretien avec le 5eme Conseiller de la Mairie de la Commune VI (Responsable Santé et Education) Visite au PAM (nutrition, S&E, TMI)
Samedi	4 oct.	
Dimanche	5 oct.	
Lundi	6 oct.	
Mardi	7 oct.	Réunion de restitution avec équipe de superviseurs du PIALMU Entretien avec Chef Mission ACF – Mali
Mercredi	9 oct.	Restitution avec équipe coordination pays et coordination projet
Jeudi	10 oct.	Départ de la mission

Aire de santé / Activités	ASACOSODIA	ASACOSO	ASACOFA	CSREF (URENI)
Focus-groupe avec mères bénéficiaires PCIMA	X	X	X	NA
Focus-groupe avec personnes de la communauté	NA	X (femmes)	X (femmes)	NA
Entretien avec ASACO	X	NA	X	NA
Entretien avec relais	X	X	X	NA
Entretien avec MCP	X	NA	X	X
Entretien avec personnel en charge de la nutrition	X	X	X	X
Entretien avec personnel ACF	X (nutrition et EHA)	X (nutrition)	X (nutrition)	X (nutrition)
Nb de cas vus le jour de la visite	0 cas de MAS 5 cas de MAM		6 cas de MAS 5 cas de MAM (sur 12 attendus)	3 admissions
Nb de nouveaux cas du mois (septembre)	6 cas de MAS 34 cas de MAM	6 cas de MAS 4 cas de MAM	4 cas de MAS 5 cas de MAM	13 admissions

Annexe 10 Liste des personnes rencontrées au cours de la visite au Mali

Nom	Poste
ACF – Espagne	
Pilar Charle	Réfèrent Santé – Nutrition au siège à Madrid
Iñaki San Miguel Pascual	Délégué ACF – E à Navarra (Responsable des contacts avec le bailleur Gobierno de Navarra)
ACF – Mali	
Frank Vannetelle	Chef Mission ACF – Mali
Pauline Jacquart	Coordination Suivi et Evaluation ACF - Mali
Amadou Traoré	Chargé Suivi et Evaluation ACF - Mali
Claude Chigangu	Coordination Santé – Nutrition
Abdias Dgobara Dougon	Responsable Technique Nutrition ACF – Mali
ACF – PIALMU	
Salimata Samaké	Chef Projet
Kadiatou Sanogo	Superviseur CSCOM
Assantou Traoré	Superviseur CSCOM
Mohamed Azizan	Superviseur CSCOM
Aissata Dembele	Superviseur URENI
Dramane Coulibaly	Superviseur IEC
Partenaires opérationnels	
Marcellin Mambo Kalubinda	UNICEF – Spécialiste Nutrition PCIMA
Kadiatou Traoré	Chargée de la Nutrition, ONG Woïgo Kandeye
Mamadou Koné	Superviseur du projet PIALMU, ONG Woïgo Kandeye
Hamidou Diarra	Secrétaire Général de la FELASCOM de la Commune VI
Partenaires étatiques	
Sekou Traoré	Conseiller 5eme du Maire de la Commune VI (Santé et Education)
Aire de santé de ASACOSODIA	
Focus groupe avec mères	7 mères d'enfants admis à la PCIMA
Entretien avec ASACO	Moumouni Diarra, membre du Comité de Surveillance
Entretien avec DTC	D'Oumar Magassouba, Médecin Directeur
Entretien avec relais	Hadida Bagayoho ; Mariam Diaketé ; Aissata Kossé ; Safiatu Diallo
Entretien avec personnel en charge de la nutrition	Karotoumou Tessougué, Chargée de la Nutrition Yacine Mané, Assistante Nutrition Aissata Tapily Adesouli, Assistante Nutrition
Aire de santé de ASACOSO	
Focus groupe avec mères PCIMA	7 mères d'enfants admis à la PCIMA
Focus groupe avec mères pas bénéficiaires PCIMA	5 femmes du quartier
Entretien avec relais	Safiatou Sangoré (« chef des relais »), Fatoumata Koré, Fatoumata Nabo
Entretien avec personnel en charge de la nutrition	Habiba Togo, Chargée de la Nutrition Aissata Fofana, Assistante Nutrition Alain Dena, Adjoint du DTC
Aire de santé de ASACOFA	
Focus groupe avec mères PCIMA	6 mères d'enfants admis à la PCIMA
Focus groupe avec mères pas bénéficiaires PCIMA	6 femmes du quartier
Entretien avec personnel en charge de la nutrition	Karim Sidibé, Chargée de la Nutrition Seydou Sidibé, DTC

Rencontre avec l'ASACO	Fousseyni Keita, Vice-Président Fodé Camara, Secrétaire Administratif Moussa Diawara, Secrétaire d'organisation Mamadou Coulibaly, Commissaire aux Comptes Mamadou Fofona, Secrétaire aux conflits
Rencontre avec des relais	16 relais communautaires de l'aire de santé
CSREF de la Commune VI	
Sinayogo Kadiatou Touré	Adjointe au Médecin Chef CSREF Commune VI
Aichata Traoré Keita	Assistante au Pont Focal Nutrition

Annexe 11 Restitution de la visite aux équipes de la mission

Document PowerPoint en document séparé

Annexe 12 Résumé des résultats d'enquêtes nutritionnelles sur Bamako

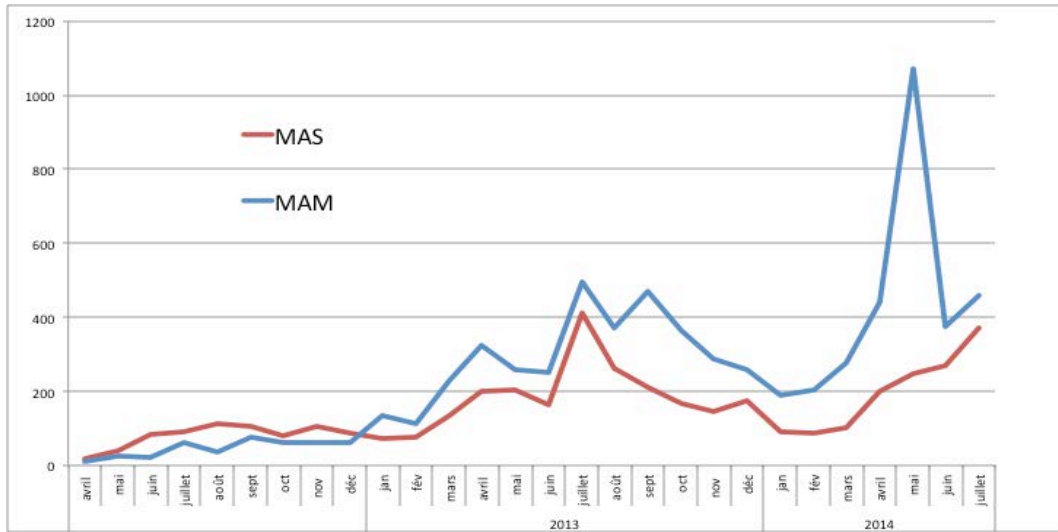
Date		Type	Cible	Malnutrition aiguë			Malnutrition chronique	
				MAG	MAS	MAM	Globale	Sévère
2006		EDS nationale	Bamako	14,3 %	4,7%		23,2%	9,9%
2011	Juin - juillet	SMART nationale	Bamako	8,4%	1,3%		14,0%	4,0%
2012		EDS nationale	Bamako	11,7 %	4,2%		21,1%	8,3%
2012	Juillet	SMART	Commune VI	10,3 %	1,8%	8,5%	13,1%	
2012	Août - sept	SMART nationale	Bamako	7,0%	1,4%	5,6%	14,1%	4,0%
2013	Juillet	SMART nationale	Bamako	11,5 %	1,6%	9,9%	13,0%	1,7%
2014	Juin	SMART nationale	Bamako	14,2	3,2	11,0	9,1	
2014	Août	SMART	Commune VI	7,8	0,6	7,2	9,5	1,8

Annexe 13 Calendrier et résultats du PIALMU

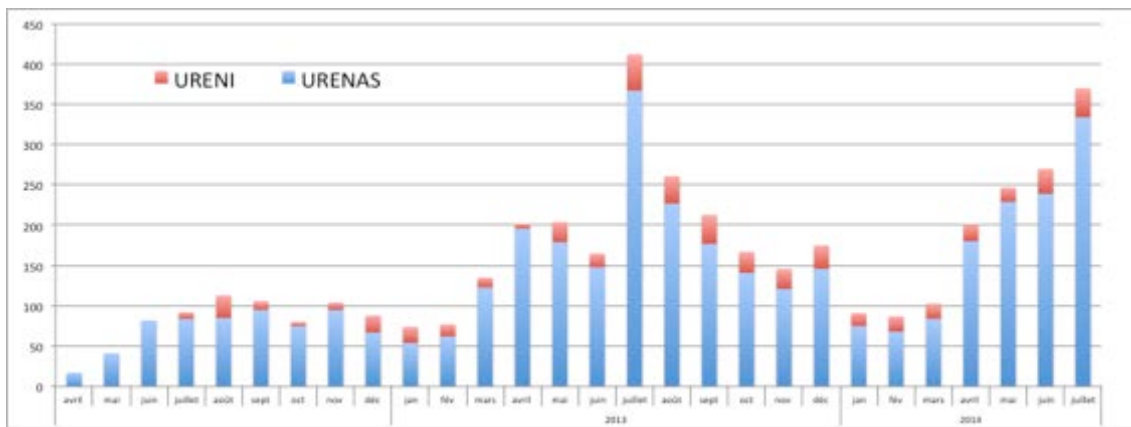
En document séparé

Annexe 14 Résultats des activités de la PCIMA pendant la durée du PIALMU

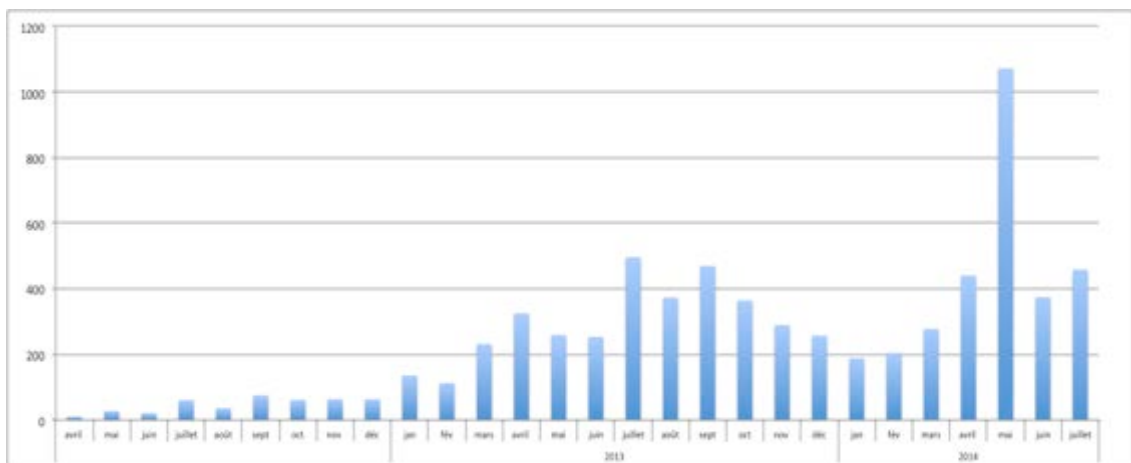
		URENAM	URENAS	URENI
	Avril	10	17	0
	Mai	27	41	0
	Juin	20	82	0
	Juillet	60	84	8
	Août	35	85	28
	Septembre	75	95	11
	Octobre	61	75	5
	Novembre	63	95	9
	Décembre	63	67	21
2013	Janvier	135	54	20
	Février	112	62	15
	Mars	231	123	12
	Avril	325	196	6
	Mai	259	179	25
	Juin	253	148	17
	Juillet	496	367	45
	Août	373	227	34
	Septembre	469	177	36
	Octobre	364	141	26
	Novembre	289	121	25
	Décembre	257	146	29
2014	Janvier	188	75	16
	Février	204	68	19
	Mars	277	84	19
	Avril	440	180	21
	Mai	1072	229	18
	Juin	374	239	31
	Juillet	458	334	36



Admissions MAS (URENAS et URENI)



Admissions MAM (URENAM)



Annexe 16 Tableau – résumé des résultats de l'étude SQUEAC (2014) sur la Commune VI

Aire de santé	Critères d'admission	Rapport nb d'admissions / population	PB à l'admission	Indicateurs performance	Durée du séjour	Dépistage I	Dépistage II	Couverture des VAD	Conclusion
ANIASCO	Faible								FAIBLE
ASACOBABA	Faible								MOYENNE
ASACOCY	Moyenne								ELEVÉE
ASACOFABA	Faible								FAIBLE
ASACOMA	Elevée								FAIBLE
ASACOMIS	Faible								MOYENNE
ASACONIA	Faible								FAIBLE
ASACOSE	Elevée								ELEVÉE
ASACOSO	Moyenne								FAIBLE
ASACOSODIA	Faible								FAIBLE
ASACOYIR	Moyenne								FAIBLE
CSREF	X	X				X	X	X	X
H MALI	X	X			X	X	X	X	X
MIPROMA	Elevée	X				X	X	X	FAIBLE

Annexe 17 Résumé des résultats de l'évaluation

Critère	Classement (1 faible – 5 élevé)					Justification
	1	2	3	4	5	
Pertinence				X		Le projet est globalement pertinent. Cependant, une meilleure connaissance du contexte (milieu urbain) aurait sûrement permis la mise en œuvre de stratégies opérationnelles plus adaptées.
Cohérence				X		La cohérence interne et externe du projet est satisfaisante. Le projet bénéficie d'un cofinancement entre le Gobierno de Navarra et l'UNICEF qui lui permet une majeure complémentarité entre les actions curatives et préventives, et entre les volets nutrition et EHA.
Efficacité			X			Le projet a réussi à mener toutes ses activités même si certains délais ont été observés, souvent par des facteurs externes à l'ACF. Les résultats globaux sont corrects même si quelques-uns ne sont pas encore définitifs car leur compilation sur un rapport final n'est pas encore disponible. L'absence d'implication des partenaires à la conception (et au suivi) du projet et le manque de coordination avec d'autres acteurs travaillant sur la même commune ou sur de contextes similaires (autres communes de Bamako), ont sûrement diminué l'efficacité des actions.
Couverture			X			La couverture géographique de la PCIMA suit la cartographie du système sanitaire du pays qui a été renforcé par l'appui de l'ACF à deux URENI supplémentaires. La couverture réelle de la PEC de la MAS, sans une mesure quantitative fiable, est faible. La couverture des actions communautaires est fortement dépendante de la répartition géographique des relais formés par le projet, qui n'ont pas toujours été identifiés par des critères de localisation mais d'intérêt.
Impact			X			L'impact du projet sera difficilement mesurable à cause de problèmes méthodologiques avec les enquêtes CAP réalisées au début et à la fin du projet. Sur la base de discussions et observations, on peut constater que le projet a réussi à améliorer la compréhension de la malnutrition comme maladie « traitable ». Cependant, le projet n'a pas su éviter une dépendance excessive des partenaires vers l'ACF, ce qui finalement jouera un rôle important vis-à-vis la durabilité des actions.
Durabilité		X				Maillon faible du projet : depuis sa conception et au cours de sa mise en œuvre, cet aspect n'a pas été convenablement abordé. Le projet manque de stratégie claire visant l'autonomisation et le système de suivi ne permet pas de mesurer le progrès du transfert de compétences. Les capacités des acteurs / partenaires n'ont pas été assez explorées ni exploitées, ce qui agit en détriment de leurs possibilités d'autonomie et même d'appropriation.

