

LA CROIX-ROUGE DE LA BELGIQUE

**PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGÛE ET PRÉVENTION
DE LA MALNUTRITION À ASSISE COMMUNAUTAIRE DANS LE
CERCLE DE BAROUÉLI, RÉGION DE SÉGOU AU MALI**

RAPPORT D'ÉVALUATION FINALE

Yacouba Traoré
Lisette Caubergs

OCTOBRE 2017

OCTOBRE 2017



South Research CVBA - VSO
Leuvenestraat 5/2
B – 3010 Kessel - Lo
Belgium
T + 32 (0)16 49 83 10
F + 32 (0)16 49 83 19

www.southresearch.be
Southresearch.be

Table des matières

ABREVIATIONS	5
I RESUME	7
II DESCRIPTION DU CONTEXTE	10
II.1 Historique du projet	10
II.2 Objectifs du projet	10
II.3 Objectifs de l'évaluation	11
II.4 Environnement institutionnel	11
II.5 District sanitaire de Barouéli	12
II.6 La Croix Rouge	13
III METHODOLOGIE	14
III.1 Principes de base	14
III.2 Déroulement, phases de l'évaluation	14
III.3 Contraintes rencontrées	14
IV RESULTATS DE L'EVALUATION	15
IV.1 Pertinence	15
IV.2 Complémentarité / Cohérence	17
IV.3 Efficacité	19
IV.4 Efficience	27
IV.5 Durabilité technique, financière et sociale	30
IV.6 Impact	34
V ANALYSES, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	36
V.1 Analyses et conclusions	36
V.1.1 La conception et la mise en œuvre de la dernière phase du projet	36
V.1.2 Les résultats atteints	37
V.1.3 Les moyens pour la mise en œuvre du projet	37
V.1.4 La durabilité	38
V.2 Recommandations	39
V.2.1 Pour la CRM et la CRB	39
V.2.2 Pour la CRM	39
V.2.3 Pour la DRS	40
V.2.4 Pour le District Sanitaire (CSRef, SLDSES)	40
V.2.5 Pour les CSCom	41
BIBLIOGRAPHIE	42
ANNEXES	43

I. Déroulement de la mission - Personnes rencontrées	43
I.1 Programme de la mission – Septembre 2017	43
I.2 Personnes rencontrées/interviewées	44
I.3 Participants/tes à l’atelier de réflexion avec les acteurs locaux	46
I.4 Participants/tes à la réunion de restitution à Bamako	47
II. Guides d’entretiens	48
1. Responsables – Personnel Centres de santé	48
2. Représentants de la CR Mali	49
3. Représentants de la CR de Belgique	51
4. Les organisations communautaires (ASACO, CVS, Mairie, chefs de village, présidentes de femmes, relais, ...)	51
5. Les bénéficiaires : mères et pères d’enfants de moins 5 ans, grands-mères, grands-pères, mères d’enfants FARN, accompagnantes d’enfants à l’URENI, mères d’enfants MAS, etc.	53
III. Résultats de l’atelier de réflexion	55
IV. Cadre d’évaluation	56
V. TdR	56

Remerciements

A la fin de cette mission nous tenons à remercier les responsables de la Croix Rouge de la Belgique et de la Croix Rouge Malienne pour tout appui avant, pendant et après la mission d'évaluation du projet de lutte contre la malnutrition à Barouéli. Nous avons beaucoup apprécié la bonne préparation du programme de notre mission, les moyens mis à notre disposition pour les déplacements ainsi que l'accompagnement lors des visites de terrain. Nous tenons à remercier les responsables « Nutrition » de la CRM et la CRB ainsi que le chef de projet pour les informations et explications fournies. Nos remerciements vont également aux hommes et aux femmes rencontrés et interviewés qui ont donné de leur temps précieux et qui ont tenu à partager leurs expériences avec nous.

Lisette et Yacouba

ABREVIATIONS

AEN	Actions Essentielles en Nutrition
ASACO	Association de Santé Communautaire
ERAD	Equipe de Recherche d'Appui pour le Développement
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
ATN	Assistant Technique en Nutrition
CAP	Connaissances Aptitudes et Pratiques
CRB	Croix Rouge de la Belgique
CRM	Croix-Rouge du Mali
CScom	Centre de Santé Communautaire
CSref	Centre de Santé de Référence
CVS	Comité Villageois de Santé
DGD	Direction Générale pour le Développement
DTC	Directeur Technique de Centre
DRS	Direction Régionale de Santé
ECD	Equipe Cadre du District
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FARN	Foyer d'apprentissage et de réhabilitation nutritionnelle
FE/FA	Femmes Enceintes/ Femmes Allaitantes
FELASCOM	Fédération Locale des Associations Communautaires
JNV	Journée Nationale de Vaccination
MAM	Malnutrition aigue modérée
MAS	Malnutrition aigüe sévère
PCIMA	Prise en charge intégrée de la malnutrition aigue.
PMN	Poudre de micronutriments
PSSBC	Premier secours et santé à Base Communautaire
URENAM	Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle en ambulatoire modérée.
URENAS	Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle en ambulatoire sévère
URENI	Unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive
SLDSES	Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire
PDSEC	Plan de Développement Social, Economique et Culturel
PMH	Pompe à Motricité Humaine
SIAN	Semaine Intensive Activités de Nutrition
SMART	Standardized Monitoring Assessment Research in Transition

I RESUME

Cette évaluation concerne la cinquième phase (2015-2017) du projet « Prise en charge de la malnutrition aigüe et prévention de la malnutrition à assise communautaire dans le cercle de Barouéli, région de Ségou au Mali ». Le projet a bénéficié de l'appui de la CRB pour la planification, le monitoring et la gestion technique et financière, alors que la CRM a assuré l'ensemble du dispositif de mise en œuvre et du personnel ainsi que le support par ses comités régionaux et locaux. Le projet a commencé en 2010 par répondre à l'urgence avec un volet curatif et a évolué ensuite vers une approche globale avec l'intégration d'un volet préventif et promotionnel et basé sur un réseau de volontaires et relais communautaires. Les bénéficiaires finaux étaient les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ou allaitantes. L'objectif global du projet pour la période 2015-2017 était d'appuyer la prise en charge de la malnutrition aigüe d'une part et de renforcer la dynamique communautaire à la prévention de la malnutrition aigüe et chronique d'autre part.

L'analyse du projet a été faite selon les critères standards d'évaluation : pertinence, complémentarité/cohérence, efficacité, efficience, durabilité, impact. L'évaluation s'exprime de manière plus détaillée sur des questions spécifiques formulées dans les TdR.

Pertinence : Il était pertinent de prévoir une dernière phase du projet vu les faiblesses constatées fin de la phase précédente (2014/2015), la rechute des indicateurs (PMA, PMC, PF) et le non respect du protocole de retrait par les parties prenantes lancé en 2015. Les actions réalisées envers les structures de santé, notamment le CSRef de Barouéli avec l'URENI et les CSCom ont répondu en grande partie aux besoins de ces institutions. De même pour ce qui est du renforcement des capacités de la société civile, notamment les CVS, les volontaires de la CR, etc. Cet engagement de la communauté répondait non seulement à la nécessité de détecter des enfants en difficultés mais aussi à un grand besoin d'amélioration des pratiques nutritionnelles et d'hygiène. Un besoin important s'est fait également sentir par rapport au fonctionnement et à la gestion par les ASACO (responsables de la gestion des CSCom).

Complémentarité / Cohérence: La démarche du projet était en cohérence avec les objectifs et les stratégies déployées par la CRM pour la période 2015-2019. En effet, elle envisage de renforcer ses capacités afin de la permettre de contribuer efficacement à répondre aux besoins d'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables. La collaboration entre la CRM - en tant qu'auxiliaire de l'Etat - et les services techniques de l'Etat a été une réalité et une valeur ajoutée. De même pour ce qui est de l'application du principe de volontariat, notamment la mobilisation des agents volontaires, issus des communautés et répartis à tous les niveaux du pays.

Efficacité : Le projet a contribué largement à la prise de conscience de l'importance de la problématique de la malnutrition et du fait que c'est un problème de la santé publique. Le projet a également beaucoup contribué au renforcement des connaissances techniques et du plateau technique des centres de santé. L'atteinte des trois résultats est satisfaisant surtout pour le premier résultat – la prise en charge des enfants malnutris en situation de MAS. Les changements d'habitudes alimentaires et d'hygiène – traduit par les R2 et R3 - sont moins satisfaisants pour certaines pratiques. Les changements de comportements sont des processus longs et difficiles. Mais le projet a été très créatif dans la combinaison de plusieurs approches (journées de nutrition, journées de salubrité, FARN, démonstrations, causeries), dans la mobilisation de beaucoup d'acteurs (CVS, VCR, relais, leaders

communautaires, maires, imams, ...) et dans l'utilisation de plusieurs canaux (centres de santé, réseau CR, écoles, radio, ...). Cependant, une des raisons principales de la malnutrition des enfants et des mères, notamment les accouchements rapprochés, n'a pas fait l'objet d'un résultat spécifique comme cela a été le cas pour l'hygiène ou la nutrition. Le sujet a fait l'objet de sensibilisations mais une collaboration structurelle avec des ONG qui offrent des prestations de PF n'était pas prévue.

Efficienc : Le projet a pu disposer de moyens nécessaires pour la plupart des défis de cette dernière phase. La CRM a renforcé son équipe par de l'expertise en nutrition au niveau national et au niveau décentralisé par la présence des points focaux en nutrition dans les CSRef et CCom. La CRB également a mise à disposition du projet un AT Nutrition pour renforcer les compétences de l'équipe du projet. Quant aux moyens d'investissements, il est regrettable que le projet ne peut pas clôturer avec un 100% d'accès à l'eau au niveau des centres de santé car il s'agit d'un facteur crucial pour offrir des soins de santé de qualité.

Durabilité : La CRM et la CRB ont fait un effort important en vue de la durabilité sociale et technique des acquis du projet par le fait même d'avoir saisi l'opportunité de formuler et de mettre en oeuvre cette dernière phase du projet. D'abord, le renforcement de l'implication communautaire est un facteur déterminant en vue de l'amélioration des mesures préventives en matière nutritionnelle. Mentionnons le rôle central des femmes - les mamans lumières mais aussi les mères des villages concernés – car elles sont les premières responsables de tout ce qui concerne la santé. Le fait que le projet a su mobiliser les hommes et particulièrement les leaders communautaires pour la question de la malnutrition a contribué à la construction d'une responsabilité partagée. Si l'engagement de la communauté et le volontariat sont des facteurs déterminants de durabilité, ils constituent également des facteurs limitatifs. Pour assurer la prise en charge et des soins de qualité au niveau des centres de santé et de l'URENI, plusieurs acteurs ont leur rôle à jouer : l'ECD vis à vis les CCom et CSRef, les DTC vis à vis des ASACO ; de même que les maires et le président du Conseil de Cercle. La durabilité des services de qualité dépendra en partie des moyens financiers disponibles (de l'Etat, d'autres PTF) et des capacités organisationnelles et de la volonté de toutes les parties prenantes. Surtout les faiblesses au niveau des ASACO ou des relations entre les ASACO et d'autres parties prenantes (maires, DTC, ...) constituent des facteurs d'instabilité.

Recommandations : une sélection

Pour la CRM et la CRB

- prévoir la capitalisation de l'expérience acquise pendant les 7 ans du projet de développer une approche « Prise en charge de la MA et prévention de la Malnutrition à assise communautaire » cohérente avec plusieurs phases (urgence, développement, désengagement) de 5 ans ; prévoir dans de nouveaux programmes un CL pour les différentes phases avec des objectifs spécifiques et des indicateurs appropriés pour accompagner chaque phase ;
- prévoir une meilleure implication de la société civile dans la préparation de programmes et dans leur suivi : prévoir des méthodes appropriées comme par exemple « *Most Significant Changes* » (changements les plus significatifs) ou « *Outcome mapping* » pour suivre et apprécier les changements de comportement (p.ex. nouvelles pratiques nutritionnelles et d'hygiène);

Pour la CRM

- continuer avec le plaidoyer pour la nutrition auprès des gestionnaires, en coordination avec l'ensemble d'acteurs en santé et nutrition dans le cercle de Barouéli; poursuivre et améliorer les contacts et les occasions de partage avec les acteurs institutionnels (DRS et CSRef) et établir des calendriers pour la discussion des résultats ;
- continuer et renforcer les structures décentralisées de la CR (branches et les volontaires) pour qu'elles prennent le leadership dans les actions communautaires (CVS, relais...) et prévoir dans le budget les ressources nécessaires a cet effet;

Pour la DRS

- orienter d'avantage les partenaires dans la formation des ASACO par rapport aux aspects de renforcement des aspects organisationnels notamment les capacités d'action, de réflexion, de communication, de négociation et de création le sentiment d'appartenance au groupe ;
- développer une stratégie d'intégration des FARN dans les services de routine des structures sanitaires et l'appropriation par les agents de la santé de cette démarche en valorisant et en intégrant les expériences de ce projet ;

Pour le District Sanitaire (CSRef, SLDSES)

- valoriser (multiplier, améliorer) les acquis du projet (p.ex. approche FARN) : prévoir des rencontres de plaidoyer pour mieux partager les acquis du projet et susciter ainsi l'intérêt des acteurs et décideurs communautaires à l'approche FARN ; mener une analyse participative avec les CVS et autres acteurs communautaires pour développer une formule « *light* » de FARN à la portée de la communauté ;
- investir d'avantage dans la collaboration entre l'ECD et le SLDSES afin d'assurer l'accompagnement et la formation des ASACO par rapport aux aspects de renforcement des aspects organisationnels;

II DESCRIPTION DU CONTEXTE

II.1 Historique du projet

Le projet « Prise en charge de la malnutrition aigüe et prévention de la malnutrition à assise communautaire dans le cercle de Barouéli, région de Ségou au Mali » est l'expression du partenariat formalisé en décembre 2009 entre la Croix Rouge de Belgique communauté francophone et la Croix Rouge Malienne. Il s'inscrit dans le cadre d'une stratégie globale développée par la Croix-Rouge pour la lutte contre la malnutrition au Mali. En effet, pour la CRM et CRB, la lutte contre la malnutrition est une priorité *« permettant de diminuer la mortalité et la morbidité liées à celle-ci et, plus largement de diminuer le réel frein que constitue la malnutrition dans le développement socio-économique d'un pays tel que le Mali »*. Selon les promoteurs il est surtout question *« d'assurer une prise en charge de la malnutrition aigüe de qualité et la plus précoce possible, de promouvoir la prévention à travers la diffusion de bonnes pratiques nutritionnelle et des normes d'hygiène pour avoir un impact sur la prévalence de la malnutrition chronique et aigüe et ainsi contribuer à diminuer la morbidité et la mortalité liées à celle-ci »*.

Le projet de lutte contre la malnutrition à Barouéli a bénéficié de l'appui de la CRB pour la planification, le monitoring et la gestion technique et financière, alors que la CRM a assuré l'ensemble du dispositif de mise en œuvre et du personnel ainsi que le support par ses comités régionaux et locaux. Le projet a commencé par répondre à l'urgence (volet curatif), puis a évolué vers une approche globale avec l'intégration d'un volet préventif et promotionnel et basé sur un réseau de volontaires et relais communautaires bien formés et actifs.

Le projet est actuellement dans sa cinquième phase (2015-2017) et est donc caractérisé par cette approche à double voie « curative » et « prévention » pour faire face à la problématique de la malnutrition. Comme pour les autres phases les bénéficiaires finaux étaient les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ou allaitantes. Important à signaler est que le projet ne connaîtra pas d'extension et aucun autre financement n'est prévu pour la poursuite ou l'extension des acquis. La présente évaluation est donc une évaluation finale prévue dans le cadre de la mise en œuvre du projet pour la période 2015-2017 sur un financement de la DGD.

II.2 Objectifs du projet

L'objectif global du projet pour la période 2015-2017 était d'appuyer la prise en charge de la malnutrition aigüe d'une part et de renforcer la dynamique communautaire à la prévention de la malnutrition aigüe et chronique d'autre part.

Plus spécifiquement, le volet curatif envisageait d'offrir un soutien à la prise en charge et l'intégration progressive du PCIMA au système de santé en vue d'apporter une réponse d'urgence aux enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes par une prise en charge de la malnutrition. Avec le volet prévention et promotion de bonnes pratiques de santé et de nutrition voulait réduire considérablement la mortalité et la morbidité des enfants dès leurs premières années de vie, et donc d'impacter la prévalence de la malnutrition sous toutes ses formes.

Le projet a été mis en œuvre dans toutes les 26 aires de santé et dans tous les villages (251) du Cercle de Barouéli dans la Région de Ségou.

Les bénéficiaires finaux du projet étaient donc les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Cependant, le CSRef, les CSCOM, les ASACO, les CVS, les volontaires (relais, VCR) ont été tous en même temps bénéficiaires et acteurs du projet.

II.3 Objectifs de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation finale était d'une part de mesurer l'atteinte des résultats pour la période 2015-2017 à travers l'appréciation des indicateurs objectivement vérifiables et ainsi d'apprécier l'impact et les effets de la stratégie adoptée et capitaliser les bonnes pratiques. L'analyse du projet a été faite selon les critères standards d'évaluation : pertinence, complémentarité/cohérence, efficacité, efficience, durabilité, impact. L'évaluation s'exprime de manière plus détaillée sur des questions spécifiques formulées dans les TdR. Comme le projet ne connaîtra pas d'extension, nous avons mis l'accent sur les enseignements en matière de pérennité et d'autonomisation des réalisations au bénéfice des communautés et des plus vulnérables. Néanmoins, il aurait été intéressant d'élargir le scope de cette évaluation sur toute la période du projet (depuis 2010) permettant ainsi de tirer des leçons par rapport à toute la démarche, notamment l'évolution d'une intervention d'urgence vers des actions de développement.

II.4 Environnement institutionnel

Organisation du système de santé

Le système de santé du Mali est structuré à trois niveaux. Le niveau central: il est chargé de l'appui stratégique, détermine les investissements et le fonctionnement du secteur, les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application de ces standards par tous ses partenaires à l'action sanitaire. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'État et celles des bailleurs de fonds pour le financement de soins de qualité accessibles à tous. Le niveau d'appui : la région est chargée d'appuyer les cercles sur le plan technique. Le niveau opérationnel: il comprend deux échelons, le district sanitaire qui constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion et le CSCOM qui offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA)

La Politique Sectorielle de Santé et de Population (PSSP) adoptée par le Gouvernement du Mali le 10 décembre 1990 est fondée sur les stratégies de soins de santé primaires et les principes de l'Initiative de Bamako avec comme objectif majeur la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la disponibilité, l'accessibilité géographique et financière des médicaments essentiels aux couches les plus défavorisées. Cette politique fait de l'équité, de la justice, de la solidarité, de la participation de la population et de la société civile son credo. Elle est basée sur les principes de recouvrement des coûts, le système de santé de districts, la santé communautaire, la contractualisation de l'offre de services de santé avec les Associations de Santé Communautaire (ASACO).

Dans la perspective d'assurer une participation et une implication de la communauté, une place de choix est réservée à la promotion des ASACO qui assurent la gestion des structures de santé de premier échelon (centres de santé communautaire).

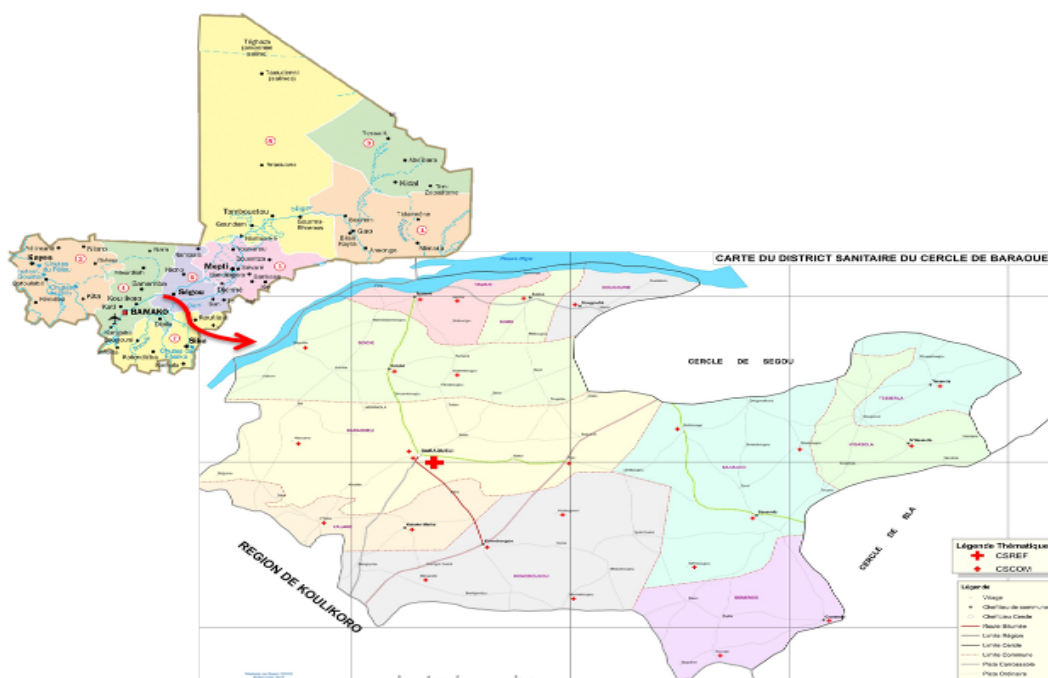
II.5 District sanitaire de Barouéli

Le Cercle de Barouéli (district sanitaire dudit) est situé dans la région de Ségou, République du Mali, à 180 km de Bamako, la capitale. Il compte 11 communes, 251 villages administratifs et 356 hameaux de culture. La population totale en 2017 est estimée à 264 691 habitants répartis dans 26 aires de santé.

En termes de caractéristiques démographiques et socio-culturelles, les différents groupes socio-professionnels sont représentés majoritairement par des agriculteurs avec des éleveurs et des commerçants. Les mouvements migratoires des populations se font essentiellement à l'intérieur du cercle et de la région vers des hameaux de culture en saison hivernale. Malgré la relative bonne disponibilité alimentaire du fait de la bonne pluviométrie et de la nature du sol, les enfants et les FEFA ne reçoivent pas une alimentation équilibrée, riche et variée. Les mauvaises pratiques de soins et d'alimentation chez l'enfant restent d'actualité, marquées par des recours aux soins traditionnels et des pratiques alimentaires inadéquates.

La situation socio-sanitaire dans le cercle de Barouéli (région de Ségou) était dominée par une forte prévalence de la malnutrition aiguë, constituant ainsi un véritable problème de santé publique. Selon les données de l'enquête nutritionnelle SMART 2014, la prévalence de la malnutrition aiguë globale dans la région de Ségou (couvrant le cercle de Barouéli) est de **14% IC (11,4-17,1)**, Prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG), de **28,9% IC (25,3-32,7)** la Prévalence de la Malnutrition Chronique (MC) et de **25,1% IC (22,2-28,3)** la Prévalence de l'Insuffisance Pondérale (IP). Selon les normes OMS¹, ces seuils indiquent une situation sérieuse qui implique une intervention d'urgence.

Dans la même zone, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ou allaitantes souffrent respectivement de 20% et de 60% d'anémie selon les résultats de l'EDSM 2012-2013².



¹ Seuil OMS : MAG (10-14%= situation sérieuse), MC (20-29% =situation précaire), IP (20-29%=situation sérieuse)

² Enquête Démographique et de Santé, initiée par la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé du Mali.

II.6 La Croix Rouge

La Croix- Rouge malienne est une organisation humanitaire à but non lucratif. Elle a été fondée le 20 août 1965. La Croix-Rouge Malienne est reconnue d'utilité publique par le Gouvernement de la République du Mali par Décret N° 123 du 13 septembre 1965. Elle est auxiliaire des pouvoirs publics et agit indépendamment de ceux-ci. Elle se compose de deux grandes entités à savoir « la Gouvernance » et « l'Exécutif ».

Le Secrétariat Général est l'organe de gestion de la CRM. Il est essentiellement composé de départements techniques en lien avec les principales thématiques traitées et les types de supports (soutiens) nécessaires pour accompagner les interventions. Le personnel du secrétariat général est composé d'agents salariés, d'agents bénévoles et d'agents vacataires (notamment les enseignants de l'Institut de Formation Socio- Sanitaire).

La CRM s'est dotée de commissions techniques nationales (CTN), organes d'orientation chargés de faciliter l'action du Secrétariat Général et de ses départements techniques. Elles collaborent avec le Secrétariat Général pour la planification et la revue du programme des activités. La Croix-Rouge en compte actuellement six qui sont : la Commission Nationale de Finances, la Commission Nationale de Santé, la Commission Nationale du Genre et du Développement, la Commission Nationale de Secours, la Commission Nationale de l'Information et de la Diffusion et la Commission Nationale de la Jeunesse et de la Gestion des Volontaires. Cette nouvelle disposition organisationnelle permet de renforcer la collaboration entre les deux composantes majeures de la CRM et une meilleure implication de la gouvernance dans la concrétisation des orientations données à la mission humanitaire.

CRM inscrit sa mission comptant pour la période 2015-2019 dans le cadre d'une refondation organisationnelle et institutionnelle adaptée au contexte et aux nouvelles formes de défis à relever dans les domaines et axes stratégiques suivantes.

Objectifs stratégiques pour la période 2015-2019

L'objectif essentiel de développement de la CRM pour les cinq prochaines années vise le renforcement de ses capacités d'organisation et l'accroissement de ses performances institutionnelles face à sa mission. A cet effet, l'objectif global de la CRM pour la période est de : « *Renforcer les capacités de la Croix- Rouge Malienne afin de la permettre de contribuer efficacement à répondre aux besoins d'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables sur la période 2015-2019* » Pour atteindre cet objectif global, cinq objectifs spécifiques ont été définis, à savoir :

- Contribuer à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations les plus vulnérables au Mali de 2015 à 2019
- Contribuer au Renforcement des capacités des communautés à prévenir, à faire face et à se relever à la suite des catastrophes tout au long de la période 2015-2019.
- Contribuer à l'amélioration de la situation alimentaire des populations dans les régions vulnérables du Mali pendant la période 2015-2019
- Contribuer à améliorer le respect de la dignité humaine par la diffusion du DIH, des principes fondamentaux et des valeurs humanitaires au cours de la période 2015-2019
- Renforcer les capacités de la CRM afin qu'elle soit plus performante à répondre aux besoins des populations vulnérables en toute sécurité de 2015 à 2019.

III METHODOLOGIE

III.1 Principes de base

En grandes lignes la méthodologie de l'évaluation était basée sur les principes de base et lignes directrices suivants : une démarche participative en vue du renforcement des capacités de tous les acteurs touchés lors de cet exercice, une évaluation axée sur son utilisation, une attention à la qualité des informations obtenus et la valorisation des connaissances existantes.

III.2 Déroulement, phases de l'évaluation

Un plan détaillé de toutes les rencontres et interviews réalisées lors de la mission se trouve en Annexe II.

Les principales étapes de l'évaluation étaient les suivantes :

- Etape de préparation
 - o Briefing à Bruxelles au niveau du siège de la CRB
 - o Planification de la mission : calendrier, organisation de la mission
 - o Elaboration du cadre d'évaluation : questions d'évaluation, critères d'appréciation, outils
 - o Collecte et lecture de documents : DTF du projet, enquêtes, rapports d'activités
- Etape d'étude de terrain au Mali
 - o Briefing à Bamako au niveau du bureau de la CRB
 - o Rencontres à Bamako avec des représentants de la CRM
 - o Rencontres à Ségou avec des représentants de la CRM et de la DRS
 - o Atelier de réflexion avec des représentants de la société civile et des centres de santé
 - o Interviews individuelles avec le personnel des centres de santé et les ASACO
 - o Interviews/focus groupe avec les bénéficiaires (femmes et hommes)
 - o Interviews individuelles avec des représentants des collectivités (Cercle, mairie)
 - o Interviews/focus groupe avec les volontaires CR, les relais et les mamans lumières
 - o Entretiens avec le personnel du projet : chef du projet, infirmière, animateur
 - o Visite de 7 CSCom et l'URENI à Barouéli
- Etape d'analyse et de restitution
 - o Analyse de données collectées (enquêtes, interviews, atelier)
 - o Préparation de l'aide mémoire et restitutions
- Etape de rédaction et de débriefing
 - o Rédaction d'une version provisoire du rapport
 - o Suite à la réception des commentaires sur le rapport provisoire de CRM et CRB, le rapport final et la synthèse seront rédigés et envoyés aux commanditaires de l'évaluation.

III.3 Contraintes rencontrées

La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions grâce à l'appui de la CRB et la CRM. Les contraintes principales concernent le temps dédié à cette mission étant très limité ainsi que la non disponibilité d'une partie du staff qui avait déjà quitté le projet et d'une partie de l'ECD qui était en formation.

IV RESULTATS DE L'EVALUATION

Dans ce chapitre nous présentons les constats faits lors des toutes les étapes de l'évaluation et à travers les différentes méthodes de collecte et de triangulation des informations. Pour ce faire, nous suivons les critères d'appréciation – pertinence, cohérence, efficacité, efficience, durabilité et impact - et les questions d'évaluation y relatives proposées par le commanditaire.

IV.1 Pertinence

Est-ce que les actions concrètes mises en œuvre dans le cadre de ce projet au profit des communautés sont pertinentes au regard de leurs besoins identifiés ?

Pour répondre à cette question nous avons comparé les priorités des bénéficiaires avec les priorités retenues par le projet d'une part et d'autre part nous avons estimé le degré d'appréciation des actions du projet par les bénéficiaires cibles. Au niveau des cibles et bénéficiaires du projet la distinction a été faite entre : (i) le système de santé supposé de prendre en charge la malnutrition de côté curatif, (ii) la communauté engagé dans la prévention de la malnutrition et (iii) les bénéficiaires finales, notamment les enfants de moins de 5 ans et les mamans enceintes et allaitantes du district de Barouéli.

Les actions réalisées envers les structures de santé, notamment le CSRef de Barouéli avec l'URENI, les CSCCom et leurs ASACO (responsables de la gestion des CSCCom), ont répondu en grande partie aux besoins de ces institutions. Premièrement il s'agissait des besoins en termes : (i) de connaissances du personnel par rapport de la problématique de la malnutrition et (ii) d'intrants afin d'assurer la prise en charge des enfants touchés par la malnutrition aigüe sévère. Deuxièmement, un besoin important s'est fait ressentir au niveau du fonctionnement et de la gestion par les ASACO.

Les formations des agents du CSRef et des CSCCom en PCIMA et à l'UNRENI école de Dioïla étaient donc très pertinentes. Aussi les investissements au niveau des CSCCom dans le domaine du WASH (accès à l'eau, incinérateurs) répondaient à de réels besoins car au début du projet moins de 5% des CSCCom répondait aux normes WASH.

Mentionnons également le travail de plaidoyer par la projet pour l'intégration de la nutrition dans les priorités des acteurs locaux.

Le fait que l'équipe du projet s'est retirée graduellement des activités au niveau des centres de santé a été une approche fondée en vue de l'autonomisation de ces centres en termes d'intégration de la nutrition dans leurs services.

Quant aux ASACO, l'appui financier pour assurer la prise en charge des enfants malnutris et les accompagnants/tes était justifié. Les ASACO ont également été accompagnés dans le renforcement de leurs capacités par des rencontres d'échanges. Ces rencontres entre des ASACO qui fonctionnent bien et celles qui ne fonctionnent pas bien ont permis de partager les bonnes pratiques et les problèmes vécus. Cependant, à ce niveau un vrai coaching de proximité a fait défaut pour s'assurer de l'application des bonnes pratiques par les ASACO et de la bonne volonté de toutes les parties prenantes (non seulement les ASACO mais aussi les mairies, les DTC, ...) pour une gestion saine et efficace.

Les structures communautaires (CVS, RC, volontaires de la CR) ont été accompagnées dans la mise en place des actions de prévention, notamment pour l'organisation des dépistages, des FARN, des

démonstrations culinaires et des causeries. Ces actions répondent non seulement à la nécessité de détecter des enfants en difficultés mais aussi à un grand besoin d'amélioration des pratiques nutritionnelles et d'hygiène, dont la problématique constitue une des causes importantes de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes. Pour répondre aux besoins spécifiques des mères en termes d'appui en intrants – précédemment fourni par le PAM – le projet a investi dans la promotion des produits locaux à travers l'organisation des FARN, ce qui a constitué une bonne alternative. La problématique de la proximité des naissances, une autre cause importante de la malnutrition des enfants et leurs mères, a été traitée par le projet pendant des sensibilisations mais n'a pas fait l'objet d'un résultat spécifique du projet comme cela a été le cas pour des aspects de nutrition et d'hygiène. Il est vrai que d'autres ONG y travaillent mais une approche multi-acteurs aurait pu être développée pour maximiser les efforts par rapport à ce sujet.

Le projet s'insère-t-il dans les politiques nationales et priorités stratégiques du pays ?

La cohérence entre les politiques nationales et les priorités stratégiques d'une part et la démarche adoptée par le projet d'autre part se traduit par la mise en application du PCIMA. Par ailleurs la CR fonctionne comme auxiliaire de l'Etat ce qui suppose qu'elle respecte les normes et les indicateurs établis, qu'elle utilise les mêmes outils de collecte de données par l'Etat. Plus concrètement elle a contribué à la formation des formateurs en PCIMA et elle a accompagné les structures par l'approvisionnement des médicaments selon les circuits indiqués par l'Etat. En d'autres mots, la CR se conforme à la stratégie nationale en général et particulièrement dans le cadre de ce projet. En plus, le projet montre de nouvelles pistes à l'Etat, par exemple par l'approche FARN qui est une innovation et montre à l'Etat des alternatives pour promouvoir la prévention - moins chère que la prise en charge – et ainsi, pour éviter que la malnutrition s'installe.

Le projet s'insère-t-il dans le contexte institutionnel et s'appuie-t-il sur les structures officielles afin de renforcer l'existant ?

Pour la mise en œuvre des actions du volet curatif, le projet s'est tout à fait appuyé sur les structures officielles existantes. Les activités sont mises en œuvre par les structures de santé présentes à Barouéli, notamment l'URENI du CSRef et les 26 CSCom et ont ainsi contribué au renforcement de ces structures, par les formations, équipements, intrants et infrastructures. Par ailleurs l'URENI de Barouéli est considéré - par les responsables de la santé/nutrition au niveau régional - comme un modèle ; de même pour les FARN qui - selon les mêmes responsables - méritent à être vulgarisés dans toutes les régions. Aussi, la collaboration et la synergie entre l'équipe du projet et les structures officielles ont été positivement appréciées. Les représentants des services étatiques sont très satisfaits de la démarche participative du projet et de la collaboration sur le terrain. Cependant, il est ressorti d'une enquête menée par l'ATN de la CRB « qu'une faible proportion des acteurs locaux a participé à l'identification et à la planification du projet. De plus, il n'existe pas d'organe de gestion du projet (type comité de pilotage) impliquant les acteurs locaux. Les décisions sur les orientations du projet sont prises par la Croix Rouge et communiquées aux autorités locales, aux services techniques de l'Etat et aux communautés. Ainsi, en dehors de l'exécution conjointe des activités, les acteurs locaux ne participent pas à la gestion du projet (prise de décision, gestion des ressources,...) »³.

³ Facteurs déterminant l'appropriation des projets par les acteurs locaux: Cas du projet de nutrition soutenu par la Croix Rouge dans le district sanitaire de baroueli, Région de Ségou, République du Mali, 2017, E. Somda

Quant à la préparation du retrait, le projet a investi dans la sensibilisation des parties prenantes pour faire comprendre qu'actuellement il ne s'agit plus d'une situation d'urgence et que les modalités d'appui devraient changer. Ainsi le projet a opté pour des actions dégressives : le médecin superviseur n'a plus été actif dans le CSRef depuis fin 2016 ; de même pour les infirmiers payés par le projet. Ils/elles se sont retirés progressivement des CSCom pour laisser le travail au personnel CSCom. Des mesures ont été prises pour une contribution dégressive aux coûts pour l'évacuation des enfants aux CSRef, pour l'acheminement des intrants nutritionnels, pour la prise en charge des accompagnants/tes et pour les analyses et médicaments. Malgré leur réticence, les ASACO, le CSRef et le Conseil de cercle ont été responsabilisés pour la gestion et prise en charge de ces frais. Une analyse du fonctionnement des ASACO a été faite ainsi que l'organisation des échanges entre les ASACO qui marchent bien et les ASACO qui ne fonctionnaient pas bien.

Il nous semble pertinent de se retirer du district après 7 ans d'appui et d'accompagnement. Par ailleurs, les acteurs de l'Etat, représentants de la DRS et la CRM sont également d'accord sur le fait que le temps a suffi pour renforcer les structures étatiques et les associations communautaires. Le fait que le retrait a été accompagné par un protocole de désengagement et d'un plan d'action « dynamique » est un point fort. Le grand défi est maintenant la mise en œuvre des engagements ce qui demande un suivi rigoureux. Notons comme point faible qu'il n'y pas eu la formulation d'un résultat spécifique avec des indicateurs pour accompagner cette phase de retrait permettant de mieux suivre la consolidation des acquis et la préparation de l'avenir.

IV.2 Complémentarité / Cohérence

Quelle a été la valeur ajoutée de la collaboration avec les services techniques de l'Etat au niveau national et local (Barouéli) ?

A travers la collaboration avec les services techniques de l'Etat au niveau local (région et district) le projet a pu valoriser les compétences et le leadership des agents de santé d'une part et utiliser les infrastructures d'autre part. La proximité des services comme le CSRef, les CSCom ou le SLDSES a permis de "garder le doigt sur le poignet" et de valoriser les connaissances locales. Il s'agit des connaissances sur les pratiques sanitaires, nutritionnelles, d'hygiène mais également des informations sur le fonctionnement des différentes institutions. Plus particulièrement, il est important de comprendre les relations (de pouvoir) entre les différents acteurs, notamment les hommes et les femmes, les agents de santé et les associations villageoises, les ASACO, les mairies et les CSCom, etc. Il est également à souligner que les acquis de la collaboration avec les services techniques de l'Etat donnent une légitimité aux interventions mais il est à regretter que les apports financiers de l'Etat restent encore timides.

Quant à l'approche FARN, le degré d'implication du district sanitaire, notamment du Point Focal Nutrition, dans le développement de cette approche a été restreinte. Cependant, les DTC ou Chargés de Nutrition ont participé à tout le processus de mise en place des FARN dans leur zone de couverture. Il y a eu quelques fois des absences liées à leur calendrier.

Les autres acteurs de développement intervenant dans la zone ont-ils été pris en compte et des synergies ont-elles été initiées et valorisées en suffisance ?

Comme autres acteurs de développement dans le district de Barouéli et actifs sur des thèmes ayant un lien avec la malnutrition, nous pouvons citer : UNICEF, Plan Mali, ASDAP, Help, Kilabo, les radios locales

affluées à l'URTL. Le projet a collaboré avec plusieurs de ces structures au niveau du terrain pour des questions de WASH (Help), pour les intrants (UNICEF), pour la question de la planification familiale (ASDAP, Marie Stopes) ou les radios locales (sensibilisation). Ainsi, le projet a décidé d'utiliser les moyens prévus pour la construction des incinérateurs à d'autres fins parce que l'ONG Help avait prévu un budget pour le même objectif. Cependant nous ne pouvons pas dire qu'une vraie harmonisation ou synergie des interventions afin de marier les efforts ou d'éviter des doublures ont été le cas et ceci par manque de cadre de concertation multisectoriel à Barouéli. En plus, la difficulté réside dans le fait que les projets ont d'autres trajets - les uns sont déjà en cours quand d'autres arrivent, les uns datent vers la fin quand d'autres n'ont pas encore commencés. Pourtant il y a de bonnes raisons pour favoriser l'harmonisation et la synergie car les besoins sont importants - il y a 251 villages dans le district de Barouéli - et les moyens sont limités. Il est donc indiqué de partager les responsabilités et engagements, de bien répartir les moyens et de valoriser ce qui existe déjà. Par exemple, l'ONG Kilabo est en train de démarrer dans le district à Barouéli entre autres avec des démonstrations nutritionnelles et la distribution de kits. L'expertise et le matériel du projet de la CR pourraient et devraient être valorisés par l'ONG.

Le projet est-il en cohérence avec la stratégie de la CRM ?

Nous pouvons confirmer que le projet est en cohérence avec les objectifs et les stratégies déployées actuellement. En effet, l'objectif global de la CRM pour la période 2015-2019 est de : « Renforcer les capacités de la Croix- Rouge Malienne afin de la permettre de contribuer efficacement à répondre aux besoins d'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables sur la période 2015-2019 »⁴. Pour ce faire, la CRM a opté de travailler dans le domaine : (i) de la santé, (ii) du renforcement des capacités des communautés à prévenir, à faire face et à se relever à la suite des catastrophes, (iii) de la sécurité alimentaire, (iv) des principes et valeurs humanitaires, (v) du développement organisationnel et institutionnel de la CRM. Les domaines d'intervention et les actions du projet sont donc en parfaite harmonie avec le plan stratégique en cours de la CRM.

Dans le plan stratégique de la CRM il est également stipulé que la CRM entretient des relations de collaboration étroite avec les services techniques de l'Etat dont elle est sensée accompagner et soutenir les actions envers les populations dans le domaine humanitaire. Cette collaboration se traduit généralement par la participation mutuelle aux activités avec les services de la santé, la protection civile, le développement social, entre autres et tous autres départements techniques traitant des thèmes d'intérêts (eau potable, sécurité alimentaire, élevage, etc.). Comme dit plus haut la collaboration entre la CRM - en tant qu'auxiliaire de l'Etat - et les services techniques de l'Etat a été une réalité et une valeur ajoutée. De même pour l'application du principe de volontariat car pour la mise en œuvre de ses actions, la CRM mobilise des agents volontaires, issus des communautés et répartis à tous les niveaux du pays. Le projet a adopté cette même stratégie et a contribué au renforcement organisationnel et institutionnel de la CRM et particulièrement des capacités des branches de la CR dans le district de Barouéli.

⁴ Plan stratégique d'intervention et e développement de la Croix Rouge Malienne 2015 – 2019, 48 p.

IV.3 Efficacité

Avant d'aborder les questions d'évaluation par rapport à l'efficacité du projet, nous présentons les données disponibles (vers la fin du projet) afin d'apprécier à quel degré le projet a réalisé ses objectifs et a obtenu les résultats attendus.

Objectif spécifique

Pour mesurer l'atteinte de l'objectif spécifique du projet, notamment l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes, la prévalence de la malnutrition aigüe, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale sont les indicateurs les plus parlants. Cependant, ces indicateurs n'ont pas été repris dans le cadre logique. Au niveau de l'objectif spécifique nous trouvons plutôt des "proxy indicators" avec comme sources principales, des enquêtes nutritionnelles (CAP)⁵, WASH et des rapports d'activités. Dans les tableaux suivants sont présentées les données les plus récentes de 2017.

Les données du Tableau 1 montrent que le projet n'a pas toujours atteint le cible mais si nous comparons les données du *baseline* avec les réalisations en 2017, nous pouvons confirmer que le projet a contribué de façon significative à l'amélioration des capacités et des conditions de travail au niveau des CSCOM pour les normes d'intégration de la nutrition: de 10% à pratiquement 70% et de 5% à 60 % pour les questions de WASH.

Tableau 1 : Indicateurs p/r à l'objectif spécifique ⁶

Indicateurs	Baseline	Cible	2017
% de CSCOM remplissant des normes d'intégration de la nutrition	≤10%	>50%	69,6%
% de FEFA adoptent 4 des bonnes pratiques nutritionnelles dans les ménages.	≤20%	>60%	33,7%
% de CSCOM remplissant des normes WASH	≤5%	100%	60%

Les résultats par rapport à l'adoption des bonnes pratiques nutritionnelles par les femmes enceintes et allaitantes sont moins positifs car seulement 33,7 % des femmes interviewées adoptent les quatre bonnes pratiques. En plus, l'enquête CAP spécifie que : 42,6% des FEFA connaissent ce qu'une « bonne alimentation des FEFA » comprend, 19,8% connaissent l'importance de supplémentation en fer, 100% des FEFA adoptent au moins une bonne pratique nutritionnelle, 84,1% en adoptent deux bonnes pratiques et 52,5 % des femmes appliquent trois bonnes pratiques.

Nos visites aux villages nous ont montré que parfois les femmes connaissent - par exemple - plus de bonnes alimentations des FEFA qu'initialement pensé car une discussion en focus groupe permettait d'approfondir les discussions et de découvrir les connaissances pas exprimées.

⁵ L'enquête CAP a été menée dans 41 villages ; dans cet échantillon nous retrouvons 13 villages/sites FARN, soit 31,7% de l'échantillon. Au total, 1182 femmes ont été enquêtées. Parmi elles, 203 sont mères d'enfants ayant été suivi en FARN, soit 17,2%. Environ une femme ciblée sur deux sont des femmes enceintes et allaitantes, soit 53%. Pour cette enquête, les outils de collecte comprenaient : (i) une fiche de dénombrement ; (ii) une fiche de sélection des ménages ; (iii) un questionnaire FEFA et Maman FARN ; (iv) un questionnaire ANJE et Enfant FARN

⁶ Enquête CAP 2017 – Evaluation WASH 2017 – Rapports d'activités 2017

Résultat 1 : Les enfants de moins de 5 ans ont un accès à une prise en charge de la malnutrition de qualité dans le district sanitaire de Barouéli

Tableau 2 : Indicateurs p/r au résultat 1 ⁷

Indicateurs	Baseline	Cible	2017
% de dépistage des enfants de 6-59 mois	80%	100%	97%
taux de guérison en URENI	80%	98%	98%
taux de guérison en URENAS			99,3%
taux de décès en URENI	8%	<2%	2%
taux de décès en URENAS			0,07%
taux d'abandon en URENI	10%	<3%	0%
taux d'abandon en URENAS			0,4%
% de prestataire connaissant et appliquant le protocole PCIMA	33%	100%	94% (*)

(*) % de personnes formées en PCIMA

Les données relatives au résultat 1 montrent que les enfants de moins de 5 ans ont effectivement un meilleur accès à la prise en charge de la malnutrition qu'il y a 2 ans. Ceci est dû à un meilleur dépistage des enfants en difficultés et de meilleures prestations au niveau des CSCom et URENI. Surtout le faible taux d'abandon à l'URENAS semble démontrer un dynamisme dans le suivi communautaire des enfants admis et aussi une bonne adhésion de la communauté au programme PCIMA. Le fait que 94% des prestataires ont été formés en PCIMA est un atout. Cependant, le fait d'être formé ne veut pas dire automatiquement que les connaissances sont également appliquées. Lors des visites de terrain nous avons constaté par exemple que l'accueil dans les CSCom n'était pas toujours de qualité. Il est donc très important d'assurer un suivi régulier par la l'EDC.

Une remarque à l'égard de la méthodologie d'estimation de la *baseline* et la valeur cible des unités URENAS et URENI concerne le fait qu'une même valeur cible de décès et d'abandon n'est pas très logique car le mode de suivi est différent en URENI (MAS avec complications médicales en hospitalisation) et en URENAS (ambulatoire une fois par semaine MAS sans complication).

Résultat 2 : la population de Barouéli, et en particulier le personnel de santé, améliore les pratiques d'hygiène et de gestion de l'eau

Tableau 3 : Indicateurs p/r au résultat 2 ⁸

Indicateurs	Baseline	Cible	2017
% de FEFA pratiquant les techniques de lavage de main dans les ménages aux 5 moments critiques	-	>70%	17,1%
% de ménages disposant de latrines bien entretenues	-	>80%	59%
% des CSCOM bénéficiant d'un accès à l'eau et assurant la gestion	20	100%	24/26
% des CSCOM bénéficiant d'une incinération des déchets.			18/26

⁷ Enquête CAP – Evaluation WASH – Rapports d'activités 2017

⁸ idem

L'hygiène, une des raisons les plus importantes de maladies et ainsi de malnutrition reste un point d'attention car la situation au niveau des ménages est en dessous de la cible. La formation des enseignants/tes est un point fort par rapport à cette problématique car ce sont souvent les enfants qui donnent le bon exemple à la maison. Il est également fort regrettable que deux CSCom n'ont pas accès à l'eau car il s'agit d'un facteur essentiel pour le bon fonctionnement d'un centre de santé. Cette difficulté s'explique par le fait que le projet n'a pas prévu des moyens pour de gros investissements (nouveaux forages p.ex.) mais a surtout focalisé sur la réparation des équipements existants. Alors le CSCom ouvert récemment n'a pas de point d'eau ; on note également l'échec d'essai de pompage dans un des CSCom.

Résultat 3 : Les femmes enceintes et allaitantes adoptent les bonnes pratiques nutritionnelles d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Tableau 4 : Indicateurs p/r au résultat 3 ⁹

Indicateurs	Baseline	Cible	2017
% d'enfant de 0-5 mois allaités exclusivement au sein	30%	60%	77,7%
% d'enfant de 6-23 mois recevant une alimentation de complément adéquate	9%	50%	65,2%
% d'enfants de 12-59 mois recevant une supplémentation en vitamine A tous les six mois	60%	80%	103%
% d'enfants de 12-59 mois déparasité tous les six mois	60%	80%	92%
% d'enfants de 6-23 mois supplémentés en poudre de micronutriments	0%	40%	49%
% de FEFA recevant une supplémentation en fer/acide folique pendant la grossesse et 42 jours après l'accouchement	25%	65%	8%

A part l'indicateur sur la supplémentation en fer/acide folique, tous les indicateurs ont dépassé la cible et nous pouvons donc confirmer que le projet a contribué à l'amélioration des pratiques nutritionnelles d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Surtout le progrès important de l'allaitement exclusif au sein des nourrissons nous semble très important. Par ailleurs, l'enquête CAP de juin 2017 fournit d'autres informations intéressantes, par exemple le fait qu'un enfant sur deux reçoit des aliments compléments à partir de 6 mois ce qui est une pratique à encourager. L'enquête nous informe aussi du fait que 4 FEFA sur 5 ont eu au moins une consultation prénatale, que 98% des FE ayant fait les CPN ont reçu des comprimés de fer/acide folique tout le long de la grossesse lors des CPN ; que 2/3 ont continué à prendre des comprimés de fer après l'accouchement du dernier enfant vivant mais seulement 8% ont effectivement avalé les comprimés de fer jusqu'à 42 jours après l'accouchement. La principale raison qui justifie l'arrêt de la prise du fer est le fait des effets indésirables.

Les FARN

L'absence des valeurs cibles pour indiquer la performance des Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle par le projet ne permet pas de se prononcer sur l'efficacité des FARN. Cependant, il nous semble pertinent de présenter quelques données pour montrer l'intérêt, le temps et l'énergie dédiée à cette activité. En effet, l'approche innovante a beaucoup contribué à l'amélioration

⁹ Enquête CAP 2017

des pratiques nutritionnelles et à éviter que les enfants et les mères en situation de MAM passent au stade de MAS. Ainsi les FARN ont été une bonne alternative pour le manque d'intrants MAM dans les CSCom à cause du retrait du PAM. Grâce aux FARN les communautés ont une bonne estime de leurs connaissances et de leurs ressources locales pour lutter contre la malnutrition.

Il était prévu d'organiser 50 FARN au lieu de 40 mais le retard de démarrage du projet et l'investissement intense des agents dans les FARN pouvant impacter sur les autres activités ont été évoqués pour justifier cet écart.

Tableau 5 : Données FARN

Sujet	Données
Organisation de FARN	40
Mamans Lumières formées (dépistage, démonstration nutritionnelle, communication pour le changement de comportement)	160
Mères d'enfants bénéficiaires (initiation au PB)	559
Taux de succès en FARN (>ou =200g en 12 j)	94.3 % (n=529)
Taux d'échec (<200g en 12 jours)	5.7% (n=32)
Taux abandon	0 %
% de femmes qui continuent à appliquer les notions apprises dans les FARN en ce qui concerne l'alimentation des enfants	56,7 %
% de mères bénéficiaires des FARN qui continuent d'utiliser le MUAC (périmètre brachial) pour le suivi nutritionnel de leurs enfants et de ceux de leur entourage	97,4%
% des enfants ont gardé un bon état nutritionnel selon le périmètre brachial	94,4%
% des enfants dépistés malnutris aigus sévère	5,6 %

Le fait que 94,4% des enfants ont gardé un bon état nutritionnel après les FARN est une information encourageante mais elle est à relativiser car l'enquête CAP ne mentionne pas après combien de temps. Pour ce qui est du taux d'abandon (0%), il indique une bonne acceptation des FARN et une bonne observance par les mères d'enfants. Les pratiques nutritionnelles de soins aux enfants et les épisodes morbides (diarrhée, vomissement, fièvre) ont été mentionnées pour expliquer le faible gain de poids (5,7%)

Quel a été l'apport du projet en termes de renforcement de capacités des centres de santé tant pour le volet curatif que préventif ?

Comme déjà mentionné, le projet en tenant compte des capacités institutionnelles s'est construit autour du renforcement de capacités des parties nationales et du renforcement du plateau technique des centres de santé (infrastructures sanitaires, matériels anthropométriques et Kits WASH). Tous les chargés de nutrition des CSCom et de l'URENI ont été formés sur le protocole PCIMA avec un suivi/évaluation par rapport à l'intégration des activités de nutrition dans le PMA des 26 CSCom du district. Les rencontres d'échanges sur les bonnes pratiques entre ASACO, DTC et Chargés de Nutrition par groupe de 3 à 5 CSCom ont permis aux agents de santé de dresser des recommandations entre pairs. Le personnel de la DRS, du CSRef et des CSCom a également fait connaissance avec la nouvelle approche FARN.

La prise en charge des enfants en situation de malnutrition aigüe a été appuyé par des subventions gérées par les ASACO (subvention de la référence contre référence, transport des intrants, frais de consultation). Le CSRef a également été appuyé pour la réalisation et le suivi des activités comme les campagnes de dépistage, SIAN, JNV, CPS). En plus, le projet a appuyé le CSRef en personnel en cas de besoin.

En ce qui concerne les infrastructures, la première année 5 PMH et 2 forages dans les CSCom ainsi que 18 latrines ont été construites. En 2017, 10 points dans la communauté (villages FARN) et 17 latrines ont été réhabilités.

Quel a été l'apport du projet en termes de renforcement de capacités de la CRM ?

La CRM est très satisfait des acquis du projet en ce qui concerne le renforcement des capacités techniques en « nutrition » car c'est uniquement avec la CRB que la CRM a eu à exécuter des projets sur cette thématique. L'engagement d'un spécialiste en nutrition aussi bien au niveau de la CRM qu'au niveau de la CRB (ATN) a renforcé les deux structures. En plus, la collaboration entre les deux équipes : (i) les supervisions conjointes, (ii) le partage de mêmes approches et outils ou (iii) le développement participatif du plan de désengagement, ont permis à la CRM de s'approprier des connaissances et de construire une bonne réputation en matière de lutte contre la malnutrition.

Le projet a également favorisé la mise en place ou la redynamisation des comités communaux et villageois CRM et de volontaires dans tous les villages. Mentionnons aussi la formation en « premiers secours et santé à base communautaire » (PSSBC) de 583 volontaires de la Croix Rouge qui a marqué les VCR et a amené ces connaissances jusqu'au village. *And last but not least*, le projet a financé la construction du siège de la CRM à Barouéli mais au moment de l'évaluation, la réception définitive de la construction n'avait pas encore eu lieu à cause des défauts constatés.

Est-ce que la structure du projet, l'implication des branches (et de leurs volontaires) et leur rôle dans ce projet a permis une mise en œuvre efficace du projet (apport de la CRM) ?

Le volet prévention/promotion a beaucoup bénéficié de l'implication des branches et de leurs volontaires de la CR car ils/elles ont participé et guidé les sensibilisations, causeries, démonstrations culinaires ainsi que les actions de dépistage. Grâce à la représentation et stabilité des VCR sur tout le territoire et leur engagement pour la cause de la malnutrition, le projet a pu faire d'importantes économies car toute action de moins de 4 heures n'est pas honorée financièrement. Leurs expériences en volontariat et en organisation/structuration a contribué également à la structuration des CVS qui ont vu le jour ou ont été redynamisés durant ce projet.

Dans quelle mesure les activités et la mobilisation communautaire insufflée dans le cadre de ce projet ont contribué à l'atteinte des résultats du projet ?

La mobilisation des communautés a été un des éléments essentiels pour l'atteinte des résultats du projet. Premièrement, le dispositif communautaire a été renforcé par la mise en place des CVS. Ensuite, les membres actifs de ces comités – en total 590 - ont été formés sur les techniques de dépistage, des démonstrations nutritionnelles, les messages sur le WASH ou encore sur les techniques de communication pour le changement de comportement. L'extrait d'un rapport d'activité donne une idée de la mobilisation communautaire dans la diffusion des messages et leur apport dans le changement de comportements.

« Les démonstrations culinaires sont organisées dans la communauté par les membres CVS et sous financement total des femmes. Au total pendant la période de rapportage (premier trimestre 2017) 131 séances donnant en somme 548 séances de démonstrations nutritionnelles réalisées depuis le début des activités avec 13.291 participants dont 12.081 femmes. »

« Les membres CVS dans les 251 villages du district sanitaire de Barouéli avec l'appui des 15 animateurs projet mènent dans la communauté des séances de Causerie éducative, Visites à domicile sur les thématiques WASH-in-NUT. Durant la période de rapportage (premier trimestre 2017) 673 séances de Causerie éducative ayant touché 10.340 personnes dont 9.332 soit 90% des participants élevant à 1.884 le nombre total de Causerie éducative ayant touchées 32.069 personnes dont 24.664 femmes, 646 Visites à domicile dans 646 ménages pour de multiples raisons entre autres absence lors d'une séance de prise en charge afin d'éviter un abandon, la bonne utilisation des kit WASH, l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement dans les ménages, la pratique des CPN ainsi que la supplémentation en Fer acide folic par les FE/FA. »

« Les émissions radiophoniques avec réalisation de tables rondes autour de la Prise en Charge de la Malnutrition et WASH, des débats à la radio, diffusion des messages portant sur les activités du projet, des émissions jeux concours sur les aspects Wash en nutrition et des témoignages par 3 radios locales toutes affluées à l'URTL (union des radios et télévisions libres) qui ont au préalable signées un contrat de prestation de services avec la CRM/CRB.»

Source : Rapport trimestriel des activités, du 1er Janvier au 25 Mars 2017, Dr. AL Mahady Touré

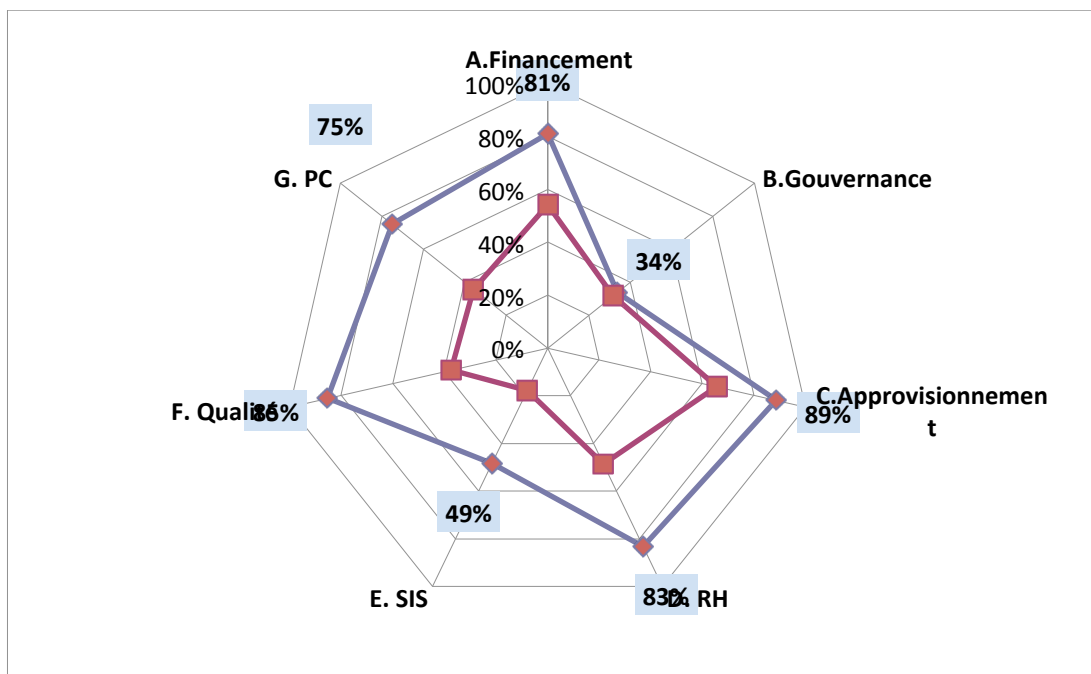
Mentionnons également la formation de 121 enseignants (12 femmes et 109 hommes) du centre d'animation pédagogique de Barouéli sur les AEN et les PFE avec des thématiques sur la PF et le paludisme. Tous ces gens ont contribué et contribueront aux changements de comportement, d'attitudes et de pratiques en faveur de l'amélioration de la santé et l'état nutritionnel des populations en général et des nourrissons et leurs mères spécifiquement.

Les contributions des communautés pour l'organisation des FARN ont été particulièrement importantes : (i) la construction de l'abri, (ii) les contributions financières ou en nature pour les démonstrations nutritionnelles et culinaires, (iii) l'engagement des agents de santé communautaire, les CVS et les maman lumières sans oublier (iv) l'appui des chefs de village, les maires et les groupements de femmes. Par ailleurs après les FARN une augmentation de la fréquentation des CSCom pour les soins primaires a été constatée.

Les rencontres d'échanges sur les bonnes pratiques entre ASACO, DTC et Chargés de Nutrition par groupe de 3 à 5 CSCom ont contribué au renforcement des capacités organisationnelles des ASACO. Il s'agissait des visites d'échanges entre des ASACO qui fonctionnaient bien et celles qui ne fonctionnaient pas bien. Des micro-plans de renforcement des CSCom ont été élaborés sur base des insuffisances constatées lors d'une évaluation en 2016.

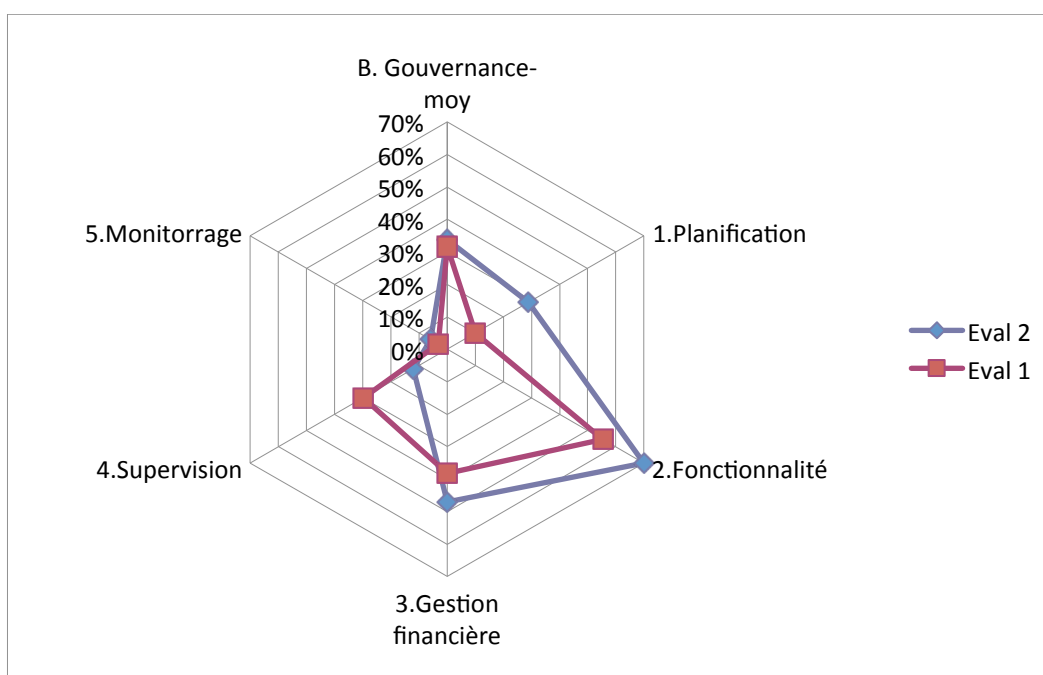
Ces actions ont eu certainement leurs mérites, ce qui est d'ailleurs montré par les graphiques qui visualisent le degré d'intégration du PCIMA et les avancements faites entre les deux évaluations qui ont eu lieu durant le projet (première évaluation en rouge, deuxième évaluation en bleu).

Graphique 1 : Intégration du PCIMA selon les 7 critères d'évaluation



Pour tous les critères d'évaluation : financement, approvisionnement, RH, SIS, qualité et participation il y a des progrès à noter sauf pour la question de la gouvernance (voir Graphique 2). Parmi les points saignants nous notons la planification, la supervision et le monitoring. A titre illustratif : seulement 7 ASACO sur 26 disposent d'un plan opérationnel pour 2017, 10 ont une gestion financière répondant aux normes, la supervision et le monitoring sont problématiques pour tous les ASACO. Le président de la FELASCOM confirme que beaucoup des ASACO ont des problèmes. Il estime que sur 26 associations, 10 fonctionnent correctement, 10 autres ont des difficultés mais arrivent à (sur)vivre et 6 ASACO ont de réelles difficultés. Parmi les causes de disfonctionnement on note : l'analphabétisme des membres des ASACO, la faible capacité en gestion, les faibles revenus par manque de clientèle (petites aires de santé, mauvais accueil) ou encore la mauvaise volonté ou les malversations.

Graphique 2 : Appréciation le l'axe « Gouvernance »



Dans quelle mesure les aspects liés au genre ont-ils été pris en compte dans le projet?

Le projet a contribué d'une part au renforcement du pouvoir des femmes et d'autre part a influencé les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes. Aussi bien au niveau curatif qu'au niveau préventif les femmes enceintes et allaitantes étaient parmi les premières bénéficiaires ensemble avec les enfants de moins de 5 ans. De cette façon le projet a pris en compte des besoins spécifiques des femmes, notamment leur santé et celle de leurs enfants, une responsabilité qui leur revient souvent. Cependant le retrait du PAM du district de Barouéli et le manque d'intrants MAM doivent être considérés comme des faiblesses mais qui ont trouvé des alternatives dans la promotion des produits locaux.

Au niveau de certains hommes un changement de comportement a été constaté dans le sens qu'ils s'intéressent à la santé des petits enfants, qu'ils ne s'opposent plus que leur femmes et enfants vont au CSCom et en cas d'évacuation, qu'ils les accompagnent à l'URENI et passent le séjour à Barouéli jusqu'à l'enfant soit guéri. Les hommes ont également manifesté leur intérêt pour la problématique par leur participation lors des FARN et l'accompagnement des femmes dans la pratique quotidienne, notamment l'application des connaissances acquises lors des foyers d'apprentissage. Certaines femmes ont commencé le jardinage suite aux formations reçues. Cependant, les rapports d'activités font référence à la faible participation des hommes en tant que principal facteur influençant sur le suivi de CPN par les femmes faute d'accompagnement de leur mari (d'ordre décisionnel et financier) et à nécessité de faire participer le maximum d'hommes aux séances de causerie car c'est eux qui ont le pouvoir de décision dans les ménages.

La formation et la promotion des mamans lumières ont eu un effet sur leur statut social dans les communautés, de même par leur participation aux CVS ou aux ASACO. Le projet a certainement

contribué au changement de la perception des populations par le constat que les hommes et les femmes ont assuré les mêmes responsabilités, que les animateurs et les animatrices avaient les mêmes fonctions et travaillaient dans les mêmes conditions. Aussi de plus en plus, les hommes et les femmes discutent de beaucoup de problèmes ce qui n'était pas le cas avant.

Quels éléments ont été un frein ou un levier à l'atteinte des résultats ? (de la CRM)

La prise de conscience de la problématique de la malnutrition par les populations a été mentionnée par presque tous nos interlocuteurs comme levier le plus important à l'atteinte des résultats. Le fait aussi que la CRM a opté de répliquer l'approche FARN expérimentée à Nioro dans le cadre de ce projet a été un facteur favorisant. De même pour ce qui est de l'engagement des communautés, les leaders et surtout le fait que les femmes (mamans lumières) ont été mises au centre de l'action.

Comme freins à l'atteinte des résultats nous retenons : (i) le démarrage tardif du projet et particulièrement le recrutement du personnel du projet, (ii) le turn-over du personnel de santé, (iii) le fait que le PAM s'est retiré et n'a pas assuré les intrants MAM et (iv) le faible engagement et organisation de certains CVS et ASACO. En ce qui concerne la disponibilité du personnel du projet, la plupart des personnes recrutées ont réellement fonctionné de mars 2015 à août 2017, donc pendant 17 mois au lieu de 24 mois. Au niveau des CCom et CSRef la grande mobilité du personnel n'a pas favorisé l'intégration de la PCIMA car à chaque fois, le projet a dû assurer la formation du nouveau personnel. La non disponibilité des intrants MAM dans les CCom a parfois découragé les mères de se rendre au centre de santé et par ce fait elles n'ont pas toujours fait les consultations nécessaires. Les difficultés constatées au niveau des CVS, par exemple des membres non actifs ou des engagements des communautés pour appuyer les CVS non respectés ont freiné les activités de dépistage, de démonstrations nutritionnelles et de sensibilisation à certains endroits. Les difficultés des ASACO ont eu des effets sur les services rendus au niveau des aires de santé ce qui a, à son tour, eu des répercussions sur l'accès des enfants et leurs mères aux soins de qualité et sur leur santé.

IV.4 Efficience

Dans quelle mesure les moyens mis à disposition ont-ils été adéquatement utilisés pour atteindre les résultats ?

Le temps prévu pour l'évaluation n'a pas permis d'analyser de façon détaillée l'utilisation des moyens mis à la disposition pour l'atteinte des résultats. Néanmoins, les échanges avec les acteurs du projet et l'analyse rapide des moyens disponibles et utilisés (voir tableau X) nous informe que la composante la plus importante, notamment le programme social, n'aura consommé que 84% des moyens prévus. Cet écart s'explique par le retard du recrutement des agents de projet et par la réorientation du budget prévu pour les FARN (40 au lieu de 50) dans le souci de ne pas impacter sur les autres activités vu l'investissement intense des agents dans les FARN. L'écart au niveau du dépistage, référencement et suivi des enfants dans la communauté s'explique par le fait que cette activité a été couplée avec d'autres campagnes de masse (paludisme) afin d'optimiser les moyens. Le budget pour le monitoring n'a pas été utilisé comme prévu car une mission conjointe de supervision trimestrielle avec l'ECD n'a pu être faite dû au retard du démarrage du projet. Le reliquat au niveau des salaires du personnel de projet a été utilisé pour l'engagement d'un AT administratif et financier pour assister l'équipe dans la clôture du projet.

L'implication des volontaires a-t-elle contribué à une allocation plus efficiente des ressources ?

L'implication des volontaires a effectivement contribué à une allocation efficiente des ressources. Facilement mobilisable, les CVS et les volontaires par leur engagement pouvaient se rendre disponibles aux services de la communauté pendant 4 heures de temps, sans rémunération. A titre d'exemple, le projet a eu l'appui de 160 Mamans lumières formées sur la conduite des FARN. Elles ont à leur tour accompagnée 536 mamans bénéficiaires initiés à la prise de PB. Cette initiation est un facteur pouvant contribué a la surveillance de l'état nutritionnel des enfants non seulement pour leurs ménages mais aussi pour les ménages voisins. Par ailleurs, la qualité du travail des volontaires a beaucoup été appréciée par l'équipe du projet. Ils ont fait du bon travail dans le cadre du dépistage, des campagnes de masse et les visites à domicile, les sensibilisations et les FARN.

L'adéquation entre les moyens disponibles et résultats attendus était-elle appropriée ?

Selon l'équipe du projet, elle a pu disposer de façon générale, des moyens humains et financiers nécessaires pour obtenir les résultats prévus. Quant au suivi des indicateurs, un budget pour une enquête sur la prévalence de la malnutrition dans le district de Barouéli à la fin du projet n'était pas prévu ; par ailleurs le cadre logique n'avait pas prévu des indicateurs sur ces sujets non plus. Les moyens disponibles ont été utilisés pour l'organisation d'une enquête CAP.

En termes de moyens humains, et plus particulièrement en termes de connaissances par rapport à la problématique de la malnutrition le projet a pu disposer des moyens suivants : (i) le chargé de programmes nutrition de la CRM (une recommandation de l'évaluation précédente), (ii) le personnel des CSCom et de l'URENI tous formés en PCIMA plus un stage à l'URENI école pour le responsable nutrition ; (iii) les volontaires (CR, ASC, CVS) et (iv) le personnel du projet : un ATN, un chef de projet, un médecin superviseur, un chargé d'actions communautaires, cinq infirmiers (2H/3F), quinze animateurs (H/F) et le staff d'appui.

La comparaison des résultats obtenus (tableaux 2-4) avec les moyens prévus et le niveau de consommation du budget à la fin du projet (tableaux 6-7) nous donne les informations suivantes :

- Il y a une adéquation entre les indicateurs satisfaisants au niveau du R1 et le niveau de consommation des moyens prévus pour les actions y relatives, notamment la dotation en intrants médicaux et nutritionnels (91%) et la prise en charge des enfants malnutris (96%). Pour la question de dépistage, référencement et suivi des enfants dans la communauté il y a un écart entre les moyens consommé qui est à 77% et le fait que 96% des enfants de 6-59 mois ont été dépistés.
- Pour ce qui est du WASH : tous les CSCOM ont été dotés en équipement WASH, 92% des CSCom bénéficient d'un accès à l'eau et assurent la gestion et 69% des CSCom ont un incinérateur tandis que la consommation du volet « Assurer le paquet minimum WASH dans les structures sanitaires et les communautés » est à 86%. L'écart s'explique par le fait que le projet n'a pas prévus des grands investissements (forages) pour l'accès à l'eau et a réorienté le budget pour les incinérateurs à cause de l'intervention de l'ONG Help.
- En ce qui concerne les actions de sensibilisation et de CCC, à la fin du projet 87% du budget prévu sera consommé. Les résultats y relatives sont assez divergentes : pour rappel, 17,1 % de FEFA pratiquant les techniques de lavage de main dans les ménages aux 5 moments critiques, 59 % de ménages disposant de latrines bien entretenues ; 77,7 % de femmes appliquent l'allaitement exclusif au sein; 33,7% appliquent quatre bonnes pratiques nutritionnelles (enquête CAP).

Tableau 6 : Budget prévu et budget consommé jusqu'au juin 2017

Sujet		Budget total EUR	Dépensé 2015 - 06/2017	% consommé
1. Investissement		83.237	85.450	103%
1.1 Immobilier		38.112	45.105	118%
1.2 Mobilier		45.125	40.346	89%
2. Programme social		347.141	255.446	74%
Dotation en intrants médicaux et nutritionnels		33.539	30.490	91%
Monitoring / suivi		84.758	51.321	61%
Activités de sensibilisation et de communication aux changements de comportement		70.794	61.238	87%
Dépistage, référencement et suivi des enfants dans la communauté		98.877	62.861	64%
Assurer le paquet minimum WASH dans les structures sanitaires et les communautés		14.917	12.418	83%
Prise en charge des enfants malnutris		44.256	37.118	84%
3. Fonctionnement		122.691	86.263	70%
4. Ressources humaines		448.764	396.550	88%
4.1 RH Locales		381.211	322.772	85%
4.2 RH Expatriées		67.553	73.779	109%
Total Coûts directs		1.001.832	823.709	82%

Tableau 7: Budget prévu et budget consommé à la fin du projet

Sujet		Budget total EUR	Prévisionnel S2 2017	TOTAL FINAL PROJETE	% conso. finale	Reliquat à la fin projet
1. Investissement		83.237	8.952	94.403	113%	-11.165
1.1 Immobilier		38.112	8.800	53.904	141%	-15.792
1.2 Mobilier		45.125	152	40.498	90%	4.627
2. Programme social		347.141	36.338	291.784	84%	55.357
Dotation en intrants médicaux et nutritionnels		33.539	-	30.490	91%	3.049
Monitoring / suivi		84.758	16.975	68.296	81%	16.462
Activités de sensibilisation et de communication aux changements de comportement		70.794	353	61.591	87%	9.203
Dépistage, référencement et suivi des enfants dans la communauté		98.877	13.263	76.124	77%	22.753
Assurer le paquet minimum WASH dans les structures sanitaires et les communautés		14.917	412	12.830	86%	2.087
Prise en charge des enfants malnutris		44.256	5.336	42.454	96%	1.802
3. Fonctionnement		122.691	49.934	136.197	111%	-13.507
4. Ressources humaines		448.764	67.492	464.042	103%	-15.278
4.1 RH Locales		381.211	59.492	382.264	100%	-1.053
4.2 RH Expatriées		67.553	8.000	81.779	121%	-14.226
Total Coûts directs		1.001.832	162.717	986.426	98%	15.406

L'approche FARN est assez coûteuse en termes de moyens financiers et humains. Le projet a dépensé 200.000 FCFA à 250.000 FCFA par FARN pour l'achat des kits, les missions de négociations, les supports, les frais de formation des mamans lumières, etc. Vu l'efficacité de l'approche nous sommes d'avis que les investissements étaient justifiés. Cependant, une analyse détaillée des modalités possibles aurait probablement permis d'atteindre les mêmes résultats avec des moyens plus restreints. Cette analyse est surtout importante en vue de la multiplication de l'approche dans le futur.

IV.5 Durabilité technique, financière et sociale

Dans quelle mesure le système de santé à l'échelle du district de Barouéli permet-il dorénavant de prendre en charge efficacement la malnutrition, sans assistance extérieure ?

Il est difficile de s'exprimer avec certitude sur le fait que le système de santé à échelle du district de Barouéli dispose dorénavant des capacités de prendre en charge la malnutrition sans assistance extérieure. Important de mentionner qu'à partir de 2012 les moyens pour la santé envoyés par l'Etat aux communes ont diminué avec 40% suite à la situation de crise sécuritaire et économique. Néanmoins, l'appui par l'Etat (fonds d'UNICEF) en médicaments/intrants pour la prise en charge de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans et du paludisme est assuré. La situation financière précaire est confirmée par l'étude de l'ATN disant que « les acteurs locaux ont déclaré méconnaître d'autres sources potentielles de financements de la nutrition »¹⁰. Il n'y a pas de certitude non plus d'un budget de l'Etat pour faire des supervisions semestrielles des activités de nutrition. Cependant, il y aura toujours des supervisions intégrées et avant tout, il faut compter sur l'engagement des responsables et du personnel du CSRef et des CSCom qui ont pu bénéficier d'un accompagnement de qualité pendant 2 ans ou plus, si on compte toute la durée du projet. Par engagement nous comprenons la combinaison de « motivation » et de « moyens », dont les « connaissances » constituent un facteur important. L'étude de l'ATN confirme que « les prestataires de soins et les membres ECD en grande majorité considèrent la prise en charge de la malnutrition comme une activité faisant partie de leur paquet minimum »¹¹. Le médecin chef du CSRef de Barouéli a exprimé son intention de prévoir un minimum en personnel formé en PCIMA pour assurer les services de l'URENI 24h sur 24h. Les CSCom aussi devraient disposer d'un minimum de personnel (2 à 3 personnes) formés sur la PCIMA. Cependant, la mobilité du personnel de santé à cause des affectations multiples et surtout l'incapacité des communes et ASACO à assurer les salaires des agents constituent des facteurs d'incertitude. Beaucoup dépendra aussi de l'engagement des DTC des CSCom et du fonctionnement des ASACO qui sont supposées de prendre en charge certains coûts de prise en charge des enfants malnutris et des FEFA et d'assurer l'approvisionnement en intrants des CSCom. Malgré l'accompagnement des ASACO par le projet dans leur processus d'autonomisation, les faiblesses constatées constituent un autre facteur d'incertitude.

Dans quelle mesure le renforcement de l'implication communautaire permet-il d'améliorer les mesures préventives en matière nutritionnelle (ex. FARN, CVS...) ?

Plusieurs facteurs et acteurs confirment que l'implication de la communauté contribuera à perpétuer les acquis par rapport à l'amélioration des mesures préventives en matière nutritionnelle. La compréhension généralisée que la « malnutrition » n'est pas un mauvais sort mais une maladie qui peut être traitée et de préférence évitée, constitue une grande force. L'engagement et la mobilisation de la

¹⁰ Facteurs déterminant l'appropriation des projets par les acteurs locaux: Cas du projet de nutrition soutenu par la Croix Rouge dans le district sanitaire de Barouéli, Région de Ségou, République du Mali, 2017, E. Somda

¹¹ Idem

communauté et leurs leaders (CVS, relais, VCR, mamans lumières, mères et pères d'enfants) autour de cette problématique et concrètement lors des dépistages et les FARN sont significatifs. Les visites à domicile régulières dans le cadre du dépistage ou du suivi des enfants qui ont quitté l'URENI sont très importantes comme mesure de prévention de la malnutrition ou de la rechute des enfants malnutris. La probabilité que cette démarche soit durable est grande car elle est « naturelle » et entre dans le quotidien, c'est à dire de se visiter et de s'intéresser à la santé de la famille. Cette mobilisation contribue à la construction d'une responsabilité partagée ou commune que les enfants ont besoin et le droit à une nourriture adéquate et aux soins de santé en cas de maladies. L'engagement du développement social (SLDSES) dans l'implication communautaire est également un facteur de durabilité car ce service est décentralisé (mais souvent sous-financé).

Le suivi/supervision des activités communautaire par le CCom (DTC, ASACO) a été fréquemment évoqué par les relais CVS comme un facteur important pour la durabilité et la continuité. En plus, ces supervisions permettent d'apprécier la qualité du travail et constituent également un facteur d'encouragement pour les volontaires.

Plus spécifiquement, la mise en place de FARN ('outil de marketing') a-t-elle permis une meilleure mobilisation de la population face causes de la malnutrition (tirer un bilan des FARN) ?

La contribution des communautés lors des FARN a été participative par sa stratégie ayant impliqué tous les chefs de ménages qui ont apporté des ingrédients et le groupement des jeunes pour la construction d'un abri. Ces efforts ont permis aux FARN de fonctionner, même s'il a été parfois difficile de mobiliser les ingrédients nécessaires à la préparation des démonstrations nutritionnelles pendant les 12 jours. Cette difficulté peut s'expliquer par le fait que certains FARN ont coïncidé avec la période de soudure et/ou le faible pouvoir d'achat de certains ménages. Dans certaines communautés, les chefs de village ont complété, dans d'autres, les volontaires ou des mères des enfants bénéficiaires ont contribué davantage.

Comme le projet n'a pas formulé des (sous)résultats avec des indicateurs spécifiques pour l'organisation des FARN, on ne peut qu'estimer la mobilisation de la population dans le cadre de cet événement. Cependant il est clair que les 40 FARN ont été un succès. Ils ont mobilisé 40 x un nombre d'enfants entre 6 à 10 ans et leurs parents (mères et pères) en plus de tous les habitants du village d'hôte (et des villages environnants) pendant les 12 jours du foyer. Cette grande mobilisation est entre autres, dû au fait que le FARN est conçu ou aperçu comme un « événement festif » et engendre même « la compétition entre villages ». Un des plus importants facteurs de succès est le fait que les effets sont très vite visibles. Il faut quand même noter que malgré la forte contribution de la communauté en termes de mobilisation de ressources locales les FARN sont coûteux et demandent un grand investissement (financiers et humains) ce qui rend la multiplication moins évidente. D'autre part, l'utilisation et la valorisation des ressources locales sont des facteurs favorables en termes de durabilité mais si les récoltes ne sont pas bonnes (comme cela a été le cas pour certains villages fin 2016) la contribution de la communauté a ses limites. En vue de préconiser la durabilité cette situation plaide en faveur d'une révision du coût financier d'un FARN.

Le fait qu'un FARN a été ouvert sans l'appui du projet avec des kits existants dans les villages renforce l'idée que les pratiques des foyers d'apprentissage auront un avenir. Dans plusieurs villages des lieux de démonstration existent déjà et certains villages avaient déjà l'habitude d'organiser des FARN (avec

l'appui du Plan Mali). Par ailleurs en 2011 tous les 245 CVS ont été dotés en kit culinaire et continuent de réaliser les démonstrations nutritionnelles mais à des fréquences diverses.

Dans quelle mesure les branches et leurs volontaires impliqués dans le projet, contribuent-elles d'une part à la durabilité des effets du projet?

La disposition interne de la CR, la bonne structuration des branches et leurs volontaires CR, leurs existences à tous les niveaux de découpage du pays (Région, Cercle, Commune et Village) sont des facteurs importants pour la durabilité. En plus, le projet a réellement tenu compte de ces capacités humaines pour les renforcer sur les aspects techniques et organisationnels.

La conviction de la CR que « *avec nos ressources nous pouvons lutter contre la malnutrition et le départ du projet ne marque pas la fin des activités* » est un signe fort. La structuration en CVS avec les autres acteurs (leaders, les relais communautaire, les ASC) renforce le dispositif communautaire et contribue au rapprochement des volontaires au système de santé particulièrement au CSCom. Néanmoins, le volontariat a ses limites qui seront développées dans les points suivants.

Dans quelle mesure la mobilisation communautaire insufflée dans le cadre de ce projet va perdurer après le retrait du projet ?

Comme dit ci-haut, l'implication des branches et leurs volontaires est déjà un facteur de durabilité de la mobilisation communautaire, surtout le fait d'absence de motivations des relais et CVS. Les volontaires ont souvent évoqué « le don de soi » pour accomplir leur travail. Désignés par la chefferie du village, ils s'impliquent afin de faire honneur à ce choix malgré les difficultés rencontrées. D'autre part, il y a les mesures prises pour accompagner et assurer l'implication communautaire, notamment l'appui pour les travaux agricoles, ou un autre don en nature. Cependant, ces engagements n'ont pas toujours été respectés par les communautés. Certaines ASACO arrivent à honorer leur part d'engagement contre la faveur pour les frais médicaux. Mentionnons également les capacités organisationnelles des services étatiques dans la gestion des activités communautaires.

En ce qui concerne l'organisation des FARN, les investissements demandés à la communauté – surtout en termes de construction de l'abri - peut constituer une limite dans la multiplication de ces initiatives. Ces abris ne sont pas indispensables mais utiles en saison hivernale s'il n'y a pas de local adapté.

Quels sont les rôles des services de l'Etat en lien avec la durabilité des actions entreprises ?

Les responsabilités des CSCom et CSRef dans la durabilité des actions entreprises ont été soulignées à plusieurs reprises et les services de l'Etat (DRS) ont un rôle important de suivi et de formation/coaching (supervisions formatives) de ces services avec une attention spécifique pour l'intégration du PCIMA. De même pour les ASACO qui ont une grande responsabilité dans le bon fonctionnement des CSCom en général et la prise en charge de la malnutrition en particulier. Un suivi et un coaching par les DTC est important mais ne pas évident étant donné que les ASACO sont en quelque sorte « employeur informel » des DTC. Par ailleurs les maires et le président du Conseil de Cercle ont également leur rôle à jouer en tant que « qu'acteurs » et en tant que « contrôleurs » du fonctionnement des ASACO, des CSCom et CSRef. En effet, la mairie et le Conseil du Cercle sont supposés de verser les budgets aux structures indiquées et d'en faire le suivi. Finalement les services de l'état, et particulièrement le SLDSSES, ont le devoir d'accompagner et d'encourager les acteurs communautaires (ASACO, VCR, relais).

Quels sont les principaux éléments pouvant mettre à mal les résultats obtenus ?

Comme éléments pouvant mettre à mal les résultats obtenus nous pensons d'abord au *turn over* des agents de santé déjà formés par le projet. Par ce fait, les connaissances en PCIMA se perdent car « les connaissances se trouvent dans des gens et non pas dans des documents ». Comme le projet a pris fin il n'est pas évident que la DRS de Ségou ou le district de Barouéli dispose immédiatement des moyens pour former les nouveaux arrivés. Un manque de moyens pour assurer la supervision spécifique en nutrition peut également avoir des effets négatifs.

Quant aux FARN, l'ECD a été impliquée dans la mise en oeuvre des foyers d'apprentissage et est garante de la mise en oeuvre des activités de santé en général au niveau du district. Cependant, la faible implication de la DRS, notamment du Point Focal Nutrition dans la conception des FARN comporte le risque qu'elle ne comprenne pas tout à fait la philosophie qui sous-tend l'approche ou certaines composantes de l'approche.

En ce qui concerne le fonctionnement des acteurs communautaires, l'absence de rencontres entre les mairies, les ASACO, les VCR et les relais communautaires peut impacter sur leur engagement et la répartition des tâches et de responsabilités. Par ailleurs, le non transfert des moyens financiers pour la santé par la mairie ou le Conseil de cercle et l'absence des budgets pour la santé dans les PDSEC sont des problèmes déjà constatés. Le changement sur le plan politique (élection suivi de changement de pouvoir politique,) a eu un impact plutôt négatif sur le degré d'appropriation des actions du projet. La mauvaise perception de la distribution des bénéficiaires du projet constitue également un obstacle. Selon l'étude de l'ATN, « 89% de personnes interviewées sont d'avis que le projet profite à d'autres personnes (agents du projet, ceux des CSCoM et les CVS) plus qu'aux cibles prioritaire (enfants malnutris) et 47% des personnes interrogées ont estimé que la perte de ces avantages constitue un obstacle à la préparation au retrait du projet »¹². Ce constat renforce notre crainte que le découragement des volontaires (CR, relais, CVS) par manque de suivi par les CSCoM ou la non tenue des engagements des communautés et des ASACO vis à vis des volontaires sont des risques. La faiblesse dans la synergie de coordination avec d'autres PTF (Plan Mali, ASDAP et Marie Stopes) fait que certains sujets importants comme la planification familiale et l'éducation santé materno-infantile n'ont pas été approfondis ou trouvé tout accompagnement nécessaire pour avoir des résultats concrets. Et finalement, le retard dans la mise en application du plan de désengagement peut avoir un impact négatif sur les résultats obtenus. Nous pensons particulièrement aux ASACO qui auraient dû être accompagnées plus longtemps et plus intensivement dans l'objectif de renforcer leurs capacités de gouvernance en général et particulièrement en capacités : de réflexion, d'analyse critique et d'autocritique, de négociation, de la gestion de conflits internes, de communication interne et externe, de créer un sentiment d'appartenance au groupe.

Dans quelle mesure ce projet a-t-il contribué à la construction de la résilience des communautés ?

Le projet a contribué à la résilience des individus et des ménages en travaillant sur la santé, les connaissances, les aptitudes, les compétences et l'état d'esprit nécessaires pour s'adapter à de nouvelles situations et améliorer ses conditions d'existence et celles de sa famille.

¹² Facteurs déterminant l'appropriation des projets par les acteurs locaux: Cas du projet de nutrition soutenu par la Croix Rouge dans le district sanitaire de Barouéli, Région de Ségou, République du Mali, 2017, E. Somda

Quant aux connaissances, les populations ont compris la nature de la malnutrition. Dorénavant la communauté elle-même est capable de détecter les cas de malnutrition et connaît les démarches pour trouver des solutions. Deuxièmement elle a plus de connaissances sur la valeur nutritive des produits locaux ce qui les rends moins dépendant des produits MAM et du système de santé. De même pour les connaissances sur les soins de premiers secours et les aspects WASH en lien avec la problématique de la malnutrition. Aussi le fait qu'au niveau des CSCom le personnel maîtrise mieux cette maladie et que les ASACO soient responsabilisées pour la prise en charge des enfants malnutris (MAS).

Un autre aspect de la résilience concerne les capacités organisationnelles qui permettent aux communautés de prendre des initiatives comme l'organisation des FARN, des sessions de sensibilisation, des dépistages, etc. Il y a sans doute encore des progrès à faire mais des initiatives comme la création ou la redynamisation des CVS et la valorisation des comités de la CR sont des stimulants pour la communauté de montrer qu'elle est capable de trouver des réponses aux difficultés actuelles et aux catastrophes éventuelles dans le futur. Par ailleurs, la décision de la CRM de se retirer du district de Barouéli après 7 ans d'intervention cadre dans cette philosophie d'empowerment des communautés et d'éviter l'attitude "d'assistentialisme". Cependant, d'autres sont d'avis que le fait que « le projet ait pris entièrement la charge liée aux soins des malnutris a entraîné les bénéficiaires dans un esprit de dépendance au projet »¹³.

IV.6 Impact

Appréciation de l'impact du projet sur l'amélioration durable de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des FEFA ?

Comme dit plus haut, il n'y pas eu une enquête nutritionnelle SMART spécifique pour le district de Barouéli région de Ségou. Pour cette raison le projet ne dispose pas de données sur la réduction de la prévalence de la malnutrition (MAG, MC et IP) des enfants de moins de 5 ans et des FEFA (objectif spécifique) dans le district de Barouéli ni sur la réduction des taux de mortalité infanto-juvénile et de mortalité maternelle (objectif général). Néanmoins, les informations par rapport aux indicateurs retenus dans le CL et ceux suivi par le projet (CAP, intégration PCIMA) nous permettent de dire qu'il y a une grande probabilité que l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et des FEFA s'est amélioré de façon durable. Nous faisons référence au fait que 69,6 % des CSCom remplissent les normes d'intégration de la nutrition, que 60 % de CSCom remplissant les normes WASH, des données qui nous informent des changements au niveau des CSCom et SCRef en faveur d'une meilleure prise en charge des enfants et des femmes malnutris. Aussi les changements de comportement d'attitude et de pratiques nutritionnelles sont encourageants, par exemple : 56,7% des mères d'enfants ayant suivi des FARN appliquent les connaissances acquises, 94,4% des enfants qui ont participé aux FARN ont gardé un bon état nutritionnel et plus général, 60,3 % des femmes appliquent la diversité alimentaire en utilisant les 5 groupes d'aliments.

Appréciation de l'impact du projet sur le développement institutionnel de la CRM (niveau central et local).

L'impact du projet sur la CRM au niveau central et local se situe d'abord dans la capacité de garder et de renforcer son réseau de volontaires dans les villages mobilisables et sensibles aux enjeux de la malnutrition au niveau central et local. Toujours au niveau communautaire, le renforcement des

¹³ idem

capacités des CVS et des ASACO a un impact indirect dans le sens que ces organisations puissent assurer leur rôle de relais communautaire entre les structures de soins et les populations. Par ailleurs, la collaboration dans le cadre du projet a permis aux CVS de s'approprier d'une bonne lecture des activités de la CR.

Mentionnons également la capacité de la CRM de collaborer avec les institutions de santé (équipe cadre du district et la DRS, etc.) en partie grâce au renforcement de expertise interne en matière de nutrition. La construction du siège à Barouéli, rend la CRM plus visible dans le district et offre des opportunités de se rencontrer et de se concerter.

Quels sont les effets durables positifs ou négatifs, directs/indirects, souhaités ou imprévus, à tous les niveaux (individuel, communautaire, système de santé) induits par le projet ?

Sur le plan des effets certains sont directement visibles c'est-à-dire un véritable changement de pratiques chez les bénéficiaires. On note en outre : (i) un nombre important d'enfants malnutris admis dans les structures de santé bénéficiant d'une prise en charge adéquate ; (ii) l'acquisition des connaissances de base en nutrition par la majorité des femmes des zones ciblées ; (iii) l'instauration d'une dynamique communautaire autour des activités PCIMA ; (iv) l'engagement des collectivités, les partenaires nationaux pour l'intégration de la PCIMA, du fait de leurs rôles et leur leadership. Le fait que les enseignants ont été formés et que les messages seront véhiculés au niveau des écoles contribuera également à la durabilité des acquis.

La durabilité technique des effets du projet réside dans le fait que presque tout le personnel des centres de santé qui est passé à Barouéli durant le projet a été formé en PCIMA. Beaucoup dépend maintenant des moyens disponibles et du fonctionnement des ASACO, leur collaboration avec les mairies et le Conseil de Cercle de Barouéli et avec les responsables des CSCom et CSRef.

V ANALYSES, CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

V.1 Analyses et conclusions

V.1.1 La conception et la mise en œuvre de la dernière phase du projet

Il était pertinent de prévoir cette dernière phase du projet « nutrition » à Barouéli vu les faiblesses constatées fin de la phase précédente (2014/2015), la rechute des indicateurs (PMA, PMC, PF) et le non respect du protocole de retrait par les parties prenantes lancé en 2015. Cependant, le cadre logique qui accompagne cette dernière phase ne reprend pas de façon explicite les résultats recherchés accompagnés d'indicateurs spécifiques permettant de bien suivre l'engagement des différentes parties prenantes pour assurer la pérennité et la durabilité des acquis du projet.

La relance du protocole de désengagement avec l'implication et en commun accord avec les parties prenantes est bien appréciées ainsi que le plan de retrait suivi des appuis techniques par l'équipe de projet selon les besoins et ou par nécessité. Cette démarche constitue un signal important en vue de la responsabilisation aussi bien des communautés que des services de santé. La logique de retrait a été bien suivie par l'équipe du projet en se mettant en retrait graduellement et en évitant de se substituer au personnel des centres de santé. Par ailleurs le personnel de santé à tous les échelons, a été bien préparé et formé sur base d'un plan de transfert de connaissances pour faire face aux défis de la lutte contre la malnutrition.

Quant au renforcement des capacités des ASACO la situation est différente, les compétences restent plutôt circonscrit aux aspects techniques et pas assez sur les aspects de gestion et organisationnels. En plus, elles ont reçu les deux dernières années des subventions pour la PEC (2 x 125.000 FCFA) ce qui ne sera plus le cas « après projet ». Dorénavant, elles doivent assurer les activités PEC des enfants malnutris sans subventions et sans l'accompagnement de l'équipe du projet. Même si le côté « finances » ne posera pas de problèmes, les ASACO ne sont pas toutes favorables à certaines logiques et dépenses. Vu les faiblesses constatées à la fin du projet un accompagnement plus rapproché, plus longtemps et plus intensif aurait dû être prévu.

Le fait d'avoir mis l'accent sur la mobilisation communautaire pour stimuler l'appropriation de la démarche et des acquis du projet par les populations est une bonne chose. Cependant, l'approche FARN est une nouveauté et certains acteurs de la société civile regrettent qu'elle ne soit introduite que vers la fin du projet. Le projet a prévu un document de capitalisation et un atelier d'orientation de l'équipe cadre du district (CSRéf, SLDSES et les DTC) sur l'approche FARN en Octobre 2017. Du fait de son importance stratégique (alternative de PEC à l'absence des intrants PAM) la participation de la Direction Régionale de la Santé est nécessaire. Il est regrettable que cet atelier ait eu lieu tardivement en fin de programme; il aurait été opportun de solliciter la participation de toute l'équipe projet pour des raisons de capitalisation. En effet, la capitalisation ne consiste pas de l'explication du processus de mise en place des FARN mais de la mobilisation de la mémoire des agents de terrain : les difficultés rencontrés, les stratégies pour les contourner, les points d'inflexion avec des changements significatifs dans l'action menée, les facteurs internes et externes qui ont influencé structurellement l'action. Il s'agit de transformer l'expérience et le vécu en savoir.

Au cours de cette phase de désengagement une évaluation globale ou encore mieux une capitalisation globale aurait été intéressante car il s'agit d'une expérience de 7 ans sur une thématique assez nouvelle pour la CRM. Par ailleurs nous sommes d'avis qu'une démarche de 5 ans en pourrait être distillée qui prévoit : (i) une phase d'urgence (au besoin) de 1 à 2 ans; (ii) une phase de développement de 2 à 3 ans et (iii) une phase de retrait de 1 à 2 ans avec des objectifs bien spécifiques pour chaque étape.

V.1.2 Les résultats atteints

Le projet a contribué largement à la prise de conscience de l'importance de la problématique de la malnutrition et du fait que c'est un problème de la santé publique. Le projet a également beaucoup contribué au renforcement des connaissances techniques et du plateau technique des centres de santé.

L'atteinte des trois résultats est satisfaisant surtout pour le premier résultat – la prise en charge des enfants malnutris en situation de MAS. Par contre, avec le retrait du PAM, les FEFA n'ont pas été accompagnées avec des intrants MAM mais à travers la valorisation des produits locaux nutritifs une bonne alternative a été offerte. Par ailleurs, il est important que le projet a essayé de « démedicaliser » la problématique car cette approche contribue à la résilience de la communauté.

Les changements d'habitudes alimentaires et d'hygiène – traduit par les R2 et R3 - sont des processus longs et difficiles. Mais le projet a été très créatif dans la combinaison de plusieurs approches (journées de nutrition, journées de salubrité, FARN, démonstrations, causeries), dans la mobilisation de beaucoup d'acteurs (CVS, VCR, relais, leaders communautaires, maires, imams, ...) et dans l'utilisation de plusieurs canaux (centres de santé, réseau CR, écoles, radio, ...). Cependant, une des raisons principales de la malnutrition des enfants et des mères, notamment les accouchements rapprochés, n'a pas fait l'objet d'un résultat spécifique comme cela a été le cas pour l'hygiène (R2) ou la nutrition (R3). Il est vrai que le sujet a fait l'objet de causeries et de sensibilisations mais une collaboration structurelle avec des ONG comme Marie Stopes International qui offre des prestations de planification familiale dans tous les CSCom de Barouéli n'était pas prévue. Comme le sujet est encore souvent tabou il est indiqué de développer plus de synergie par rapport à ce sujet car le changement de comportement est une question de longue haleine et demande une approche multisectorielle.

V.1.3 Les moyens pour la mise en œuvre du projet

Le projet a pu disposer de moyens nécessaires pour la plupart des défis de cette dernière phase. Mentionnons d'abord l'expertise en nutrition. La CRM a concrétisé la recommandation de l'évaluation précédente disant qu'il était nécessaire d'engager un spécialiste en nutrition. Par ailleurs, une des grandes leçons apprises pendant les phases précédentes était la nécessité d'avoir des compétences en nutrition au niveau du district ce que le projet a honoré par la présence des points focaux en nutrition (Responsables de Maternité, Agents Vaccinateurs ou à défaut Membres ASACO) à plusieurs niveaux (CSRef, CSCom).

En plus, la CRB a mise à disposition du projet un AT Nutrition pour renforcer les compétences de l'équipe du projet. Le projet a pu disposer également d'un chef de projet médical, interlocuteur des autorités sanitaires (CSCom, CSRef, ECD, DRSP) assisté d'un gestionnaire comme adjoint en charge des questions admin/finances, communication et planification/monitoring/évaluation comme recommandé par l'évaluation précédente. Toujours par rapport aux moyens humains, une faiblesse constatée

concerne le recrutement de l'équipe du projet ce qui a causé du retard dans l'exécution du projet (p.ex. le nombre de FARN, nombre de missions conjointes de supervision, etc.).

Quant aux moyens d'investissements, il est regrettable que le projet ne peut pas clôturer avec un 100% d'accès à l'eau au niveau des centres de santé car il s'agit d'un facteur crucial pour offrir des soins de santé de qualité. Le fait de ne pas avoir prévu des moyens pour mener une enquête pour connaître le progrès par rapport à la prévalence MAS, MAM et PF après un investissement de 7 ans est également à regretter.

V.1.4 La durabilité

La CRM et la CRB ont fait un effort important en vue de la durabilité sociale et technique des acquis du projet par le fait même d'avoir saisi l'opportunité de formuler et de mettre en oeuvre cette dernière phase du projet. Premièrement, le renforcement de l'implication communautaire est un facteur déterminant en vue de l'amélioration des mesures préventives en matière nutritionnelle. Mentionnons d'abord la CR et la présence des volontaires à tous les niveaux de découpage du pays. Le rôle central des femmes - les mamans lumières mais aussi les mères des villages concernés - contribuera également à la durabilité sociale car elles sont les premières responsables de tout ce qui concerne la santé. Le fait que le projet a su mobiliser les hommes et particulièrement les leaders communautaires pour la question de la malnutrition a contribué à la construction d'une responsabilité partagée. La mise en place de FARN a également permis de mieux mobiliser la population pour faire face aux causes de la malnutrition mais il s'agit d'une approche coûteuse en moyens financiers, en temps et en énergie. En vue de préconiser la durabilité des FARN il faut une révision en faveur d'une démarche plus simple avec des alternatives pour limiter les investissements financiers.

Si l'engagement de la communauté et le volontariat sont des facteurs déterminants de durabilité, ils constituent également des facteurs limitatifs. En effet, le volontariat a ses limites surtout pour la phase « après projet ». A ce moment, le suivi est parfois moins fréquent ou moins évident et les engagements pour compenser les volontaires se diluent. Aussi l'absence de rencontres entre les mairies, les ASACO, les VCR et les relais communautaires peut impacter sur leur engagement et la répartition des tâches et de responsabilités.

Les services de l'Etat ont également un rôle très important pour assurer la durabilité des actions entreprises. Le SLDSES, par exemple doit assurer l'accompagnement des acteurs communautaires (ASACO, VCR, relais). Pour assurer la prise en charge et des soins de qualité au niveau des centres de santé et de l'URENI, plusieurs acteurs ont leur rôle à jouer : l'ECD vis à vis les CSCom et CSRef, les DTC vis à vis des ASACO ; de même que les maires et le président du Conseil de Cercle. La durabilité des services de qualité dépendra en partie des moyens financiers disponibles (de l'Etat, d'autres PTF) et des capacités organisationnelles et de la volonté de toutes les parties prenantes. Surtout les faiblesses au niveau des ASACO ou des relations entre les ASACO et d'autres parties prenantes (maires, DTC, ...) constituent des facteurs d'instabilité. Un leadership de qualité, un dialogue permanent et une transparence à tous les niveaux semblent indispensables pour assurer des services adéquats à la population.

V.2 Recommandations

Suite aux analyses et conclusions nous présentons les recommandations suivantes :

V.2.1 Pour la CRM et la CRB

- prévoir la capitalisation de l'expérience acquise pendant les 7 ans du projet afin d'en tirer toutes les leçons apprises et de développer une approche « Prise en charge de la MA et prévention de la Malnutrition à assise communautaire » cohérente avec plusieurs phases (urgence, développement, désengagement) de 5 ans ;
- prévoir dans de nouveaux programmes de lutte contre la malnutrition ces différentes phases :
 - o prendre en compte dans le cadre logique des objectifs spécifiques et résultats pour chaque phase ;
 - o prévoir pour la phase de désengagement, des indicateurs mesurant le « degré d'appropriation » ou le « degré de progression de la pérennisation » c'est à dire: (i) au niveau du volet communautaire : le degré d'autonomie du fonctionnement des associations communautaires (CVS, VCR, ASACO); le degré d'autonomie pour l'organisation des FARN, etc.; (ii) au niveau du volet curatif : le % de CSCOM remplissant des normes d'intégration de la nutrition, l'autonomie dans le fonctionnement de l'URENI, etc. ;
- prévoir une meilleure implication et participation des acteurs locaux dans la conception et le pilotage de projets ou programmes en mettant en place un comité de pilotage/de suivi ;
- prévoir une meilleure implication de la société civile dans la préparation de programmes et dans leur suivi : prévoir des méthodes appropriées comme par exemple « *Most Significant Changes* » (changements les plus significatifs) ou « *Outcome mapping* » pour suivre et apprécier les changements de comportement (p.ex. nouvelles pratiques nutritionnelles et d'hygiène); former les acteurs et les associations villageoises dans la maîtrise du suivi des changements à leur niveau, le premier objectif n'étant pas d'assurer un « contrôle » mais la responsabilisation des communautés dans une perspective d'empowerment ;
- entreprendre d'ici 2 ans environ une évaluation d'impact afin de mieux mesurer les changements durables induits.

V.2.2 Pour la CRM

- valoriser le savoir construit pendant ce projet pour appuyer la DRS à développer une stratégie d'intégration des FARN dans les services de routine des structures sanitaires et l'appropriation par les agents de la santé de cette démarche;
- continuer avec le plaidoyer pour la nutrition auprès des gestionnaires, en coordination avec l'ensemble d'acteurs en santé et nutrition dans le cercle de Barouéli; poursuivre et améliorer les contacts et les occasions de partage avec les acteurs institutionnels (DRS et CSRef) et établir des calendriers pour la discussion des résultats ;
- continuer et renforcer les structures décentralisées de la CR (branches et les volontaires) pour qu'elles prennent le leadership dans les actions communautaires (CVS, relais...) et prévoir dans le budget les ressources nécessaires a cet effet;

- appuyer la recherche des alternatives pour l'implication des volontaires, notamment de s'organiser pour entreprendre des AGR (aviculture, maraichage, etc.) dans l'objectif d'avoir une certaine indépendance financière et de générer les frais de transport et de motivations ;
- assurer le suivi de la construction du siège, la clôture et la gestion du bâtiment.

V.2.3 Pour la DRS

- mobiliser des financements pour la supervision formative et la concevoir comme un outil de développement pour pérenniser les acquis du projet et en construire d'autres ;
- orienter d'avantage les partenaires dans la formation des ASACO par rapport aux aspects de renforcement des aspects organisationnels notamment les capacités d'action, de réflexion, de communication, de négociation et de création le sentiment d'appartenance au groupe ;
- développer une stratégie d'intégration des FARN dans les services de routine des structures sanitaires et l'appropriation par les agents de la santé de cette démarche en valorisant et en intégrant les expériences de ce projet ;
- améliorer le suivi de la situation nutritionnelle, anthropométrique, et de mortalité : prévoir des enquêtes nutritionnelles SMART permettant un suivi à l'échelle régional permettant d'avoir des données par district en collaboration avec les PTF/ONG intervenant dans la région.

V.2.4 Pour le District Sanitaire (CSRef, SLDSES)

- valoriser (multiplier, améliorer) les acquis du projet (p.ex. approche FARN). Pour cela prévoir des rencontres de plaidoyer pour mieux partager les acquis du projet et susciter ainsi l'intérêt des acteurs et décideurs communautaires à l'approche FARN ; mener une analyse participative avec les CVS et autres acteurs communautaires pour développer une formule « *light* » de FARN à la portée de la communauté ;
- poursuivre le processus d'intégration de la nutrition dans le PMA par la mise en place, d'un Comité de suivi et un cadre de concertation entre les collectivités locales et ECD dans la perspective d'échanger sur les succès engrangés et les difficultés rencontrées et de réfléchir sur les solutions appropriées aux insuffisances identifiées en vue d'un meilleur fonctionnement de ces organisations ;
- investir d'avantage dans la collaboration entre l'ECD et le SLDSES afin d'assurer l'accompagnement et la formation des ASACO par rapport aux aspects de renforcement des aspects organisationnels;
- renforcer la collaboration entre tous les autres acteurs actifs dans le domaine de la nutrition, la santé maternelle, la planification familiale, WASH, etc. à travers la création d'un cadre multisectoriel de concertation en vue d'une meilleure coordination des interventions;
- définir mieux le statut des volontaires CVS et Relais communautaires et surtout le mode de leur motivation en raison du rôle pertinent et très important qu'ils jouent auprès de la communauté et des bénéficiaires cibles.

V.2.5 Pour les CCom

- mettre en place une stratégie de suivi et évaluation des activités de mobilisation communautaire dans les villages de l'aires de santé : une à deux sortie par mois par le DTC pour suivre les activités techniques et ASACO pour la mobilisation et la participation communautaire ;
- programmer des réunions mensuelles régulières de concertation entre CCom, ASACO, CVS et maires. La tenue peut se faire par un système rotatif dans les villages de l'aire de santé en vue de faciliter la régularité et la participation des leaders communautaires ;
- assurer une grande mobilisation sociale autour de l'aire de santé du CSCOM afin que la population comprenne et adhère à cette idée de santé communautaire ;
- appuyer la communauté de constituer un « grenier d'enfants » pour la continuité des démonstrations nutritionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

Base de données PCIMA 2017

Chronogramme du transfert-retrait des projets CC/DGD dans le DS de Barouéli

DTF : Formulaire unique pour le financement d'actions de transition, reconstruction et consolidation de la société pour la DGDC, D2 Programmes Spéciaux, CRB, 2015, 35 p.

Enquête nutritionnelle anthropométrique chez les enfants de 6 à 59 mois et de mortalité rétrospective dans le Cercle de Barouéli, Région de Ségou, Mali, Méthode SMART, Mars – Avril 2011

Facteurs déterminant l'appropriation des projets par les acteurs locaux: Cas du projet de nutrition soutenu par la Croix Rouge dans le district sanitaire de Baroueli, Région de Ségou, République du Mali, Mémoire de fin de cycle pour l'obtention du Diplôme de Master Professionnel 2017, Eugène Somda

Fiche d'analyse des résultats d'évaluation de la PCIMA

Fiche de données de l'évaluation WASH

IFRC Framework for Community Resilience, IFRC, Geneva, 2014, 24 p.

Modules de formation en powerpoint:

- URENAS
- Suivi-évaluation
- Statistiques et reportage
- Kits d'hygiène
- ANJE AC
- ANJE Allaitement
- Pourquoi lutter contre la malnutrition aigüe ?
- PFE
- Méthodes contraceptives

Plan de suivi des indicateurs DGD 2017

Plan Stratégique d'intervention et de développement de la Croix Rouge Malienne 2015 – 2019, 48 p.

Rapport annuel d'activités 2016, CRM, 85 p.

Rapport de la campagne du dépistage exhaustif dans le District sanitaire de Baroueli, Deuxième passage, Juillet 2017, 6 p.

Rapport trimestriel des activités du 1er Janvier au 25 Mars 2017, CRM, 36 p.

Rapport trimestriel des activités du 26 Mars au 31 Mai 2017, CRM, 28 p.

Rapport final « Projet de prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe dans le Cercle de Barouéli, Région de Ségou au Mali », AEDS, 2014, 52 p.

Résultats de la première évaluation du niveau d'intégration de la nutrition dans le PMA des CSCOM du District de Barouéli, Période d'Août 2015 à Juillet 2016

Suivi des recommandations - Evaluation externe Barouéli 2014.