

PROJET AMELIORATION DE SOINS MATERNELS ET NEONATALS DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE TENENKOU

*Un partenariat avec le district sanitaire du cercle de
Téenkou*

Mohamed Alhousseiny MAIGA, consultant free-lance
+223 76 30 21 21/+223 66 30 21 21
mohamed5_maiga@yahoo.fr

1. Introduction

- 1.1. Antécédents et objectif de l'évaluation.
- 1.2. Description succincte de l'intervention évaluée.
- 1.3. Méthodologie utilisée pour l'évaluation.
- 1.4. Présentation de l'équipe de travail.
- 1.5. Conditionnalités et limites de l'étude réalisée.
- 1.6. Description du travail exécuté.
- 1.7. Structure de la documentation présentée.

2. Description des interventions analysée

- 2.1. Conception initiale.
- 2.2. Description détaillée de son évolution.

3. Critères d'évaluation e facteurs de développement

- 3.1. Pertinence et cohérence.
- 3.2. Efficacité.
- 3.3. Efficience.
- 3.4. Impact.
- 3.5. Viabilité.

4. Conclusions et leçons tirées des conclusions générales qui révèlent des bonnes pratiques, qui puissent être extrapolées, et qui puissent rétro alimenter les actions de l'intervention qui est en cours d'exécution, ou pour des interventions futures, selon les cas.

5. Recommandations dérivées de l'évaluation classifiées selon le critère choisi par l'équipe évaluateur (Ex : à court/long terme, selon les critères d'évaluation, selon la dimension ou composante de l'intervention, selon la zone d'intervention...). Dans tous les cas, si c'est possible, toujours mentionner l'acteur (ou les acteurs) auquel est dirigée la recommandation.

6. Annexes, qui devront inclure

- 6.1 Liste des personnes rencontrées.
- 6.2 TdR.

Avant-propos

Notre gratitude va à tous ceux qui nous ont accordé leur confiance pour réaliser cette mission, et qui nous ont accueillis généreusement. Nous avons partagé, échangé et confronté nos regards et nos idées pour que le projet puisse déboucher sur quelque chose qui réponde et contribue aux attentes et besoins nombreux et importants en matière de protection et de soin des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, d'empowerment des partenaires locaux.

Le projet qui fait l'objet de revue technique finale est une action qui:

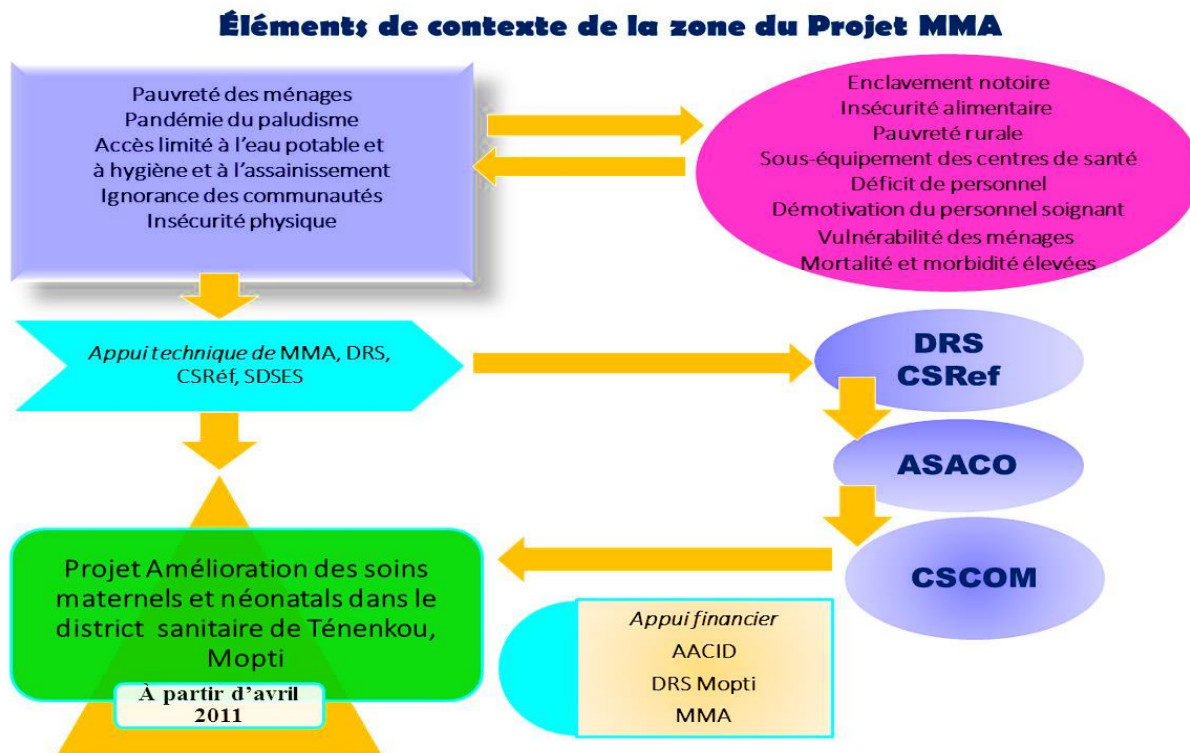
- dans son approche de terrain, a l'originalité d'aborder en priorité la question de la préservation de la santé des couches et des localités les plus vulnérables du district sanitaire de Ténenkou ;
- au sein d'actions de coopération et de développement, révèle et stimule le nécessaire partenariat et les synergies entre les organisations de la société civile (ASACO), les autorités (autorités administratives) et les services techniques (CS Réf, SDSSES) ;
- est proche des acteurs, acteur parmi eux, pour aider les gens, leurs familles et leurs institutions à se projeter vers un avenir meilleur ;
- doit viser, par un processus participatif et facilitateur, des effets de levier pour un développement socio-sanitaire librement recherché inscrit dans les principes de la durabilité à travers l'équipement matériel et la capacitation du personnel soignant.

1. Introduction

1.1. Antécédents et objectif de l'évaluation

Le projet vise à réduire la morbidité et la mortalité néonatales dans le district sanitaire de Ténenkou à travers l'amélioration de la prévention et du traitement des risques maternels.

1.2. Description succincte de l'intervention évaluée



1.3. Méthodologie utilisée pour l'évaluation

Le présent rapport, s'est étendu de façon détaillée, assez exhaustive et complète des actions et des résultats du projet « amélioration des soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Ténenkou ».

Cependant, la mission tient à remarquer et à reconnaître ici, la qualité du monitoring réalisé et des rapports d'activité fournis par l'équipe du projet. Ceux-ci ont grandement facilité sa tâche.

C'est, malgré tout, sur la base d'éléments ponctuels :

- ▶ visites de terrain,
- ▶ rencontres individuelles,
- ▶ discussions et réflexions collectives en réunions et en ateliers,
- ▶ documents et rapports de projets,
- ▶ analyses personnelles et collectives du consultant ; obtenus, que nous avons pu nous former une opinion et sommes en mesure de faire les constats et proposer les solutions détaillées dans ce document.

La mission s'est déroulée du 19 octobre au 15 novembre 2013 dans le district sanitaire de Ténenkou dans la région de Mopti. Elle a démarré par une première rencontre de l'évaluateur indépendant avec le coordinateur de projet ensuite avec le programme manager à Bamako dès la signature du contrat. Après quelques échanges à Bamako, la mission s'est poursuivie sur le terrain.

Les données quantitatives ont été collectées auprès du personnel des centres de santé de référence du CSCOM et de la DRS à travers le dépouillement des outils du système d'information sanitaire (DESAM) et l'exploitation des outils du PRODESS (RTA, PO, RA). Les données qualitatives ont été collectées auprès de l'équipe cadre du district sanitaire, du personnel des CSCOM, des membres d'associations de santé communautaire (ASACO), les responsables des collectivités décentralisées (cercle et commune), les relais communautaires, les accoucheuses traditionnelles (ATR), sans oublier le personnel de MMA basé à Bamako.

Les membres des différentes ASACO, les directeurs techniques des CSCOM, les membres de groupements féminins, l'équipe technique du CSRef, la coordination du projet à Bamako, n'ont jamais ménagé leurs efforts et leur disponibilité pour que nous puissions bénéficier, à tout moment, des meilleures conditions possibles pour l'exercice de notre métier et pour répondre aux termes de références de notre mission en toute objectivité et indépendance.

Les constats, les réflexions et les propositions qui suivent, visent à :

- ▶ apprécier le projet dans ses résultats, son organisation et sa gestion en termes de cohérence, pertinence, efficacité/efficience et perspectives de durabilité.
- ▶ offrir au partenaire financier, aux acteurs locaux (ASACO, CSRef, SDES, CSCOM, organisations féminines), à tous les partenaires, une base d'informations et de perspectives (orientations et dispositifs) pour poursuivre et développer les ambitions du projet en « changeant le fusil d'épaule ».
- ▶ proposer un cadre conceptuel et fonctionnel pour des activités simples d'auto-prise en charge permettant de consolider les acquis et de capitaliser/valoriser les expériences afin de faciliter un effet multiplicateur et de diffusion plus rapide et mieux accompagné qui a manqué dans le montage institutionnel.

Ce rapport est rédigé pour les « acteurs », les « décideurs » et les partenaires du projet, pour ceux qui connaissent sa nature et ses ambitions plus que légitimes.

Il vise à fournir des éléments d'analyse et des pistes pour le développement dans l'avenir d'un programme répondant mieux et avec plus d'efficience à un objectif premier : celui de contribuer

à ce que toutes les couches vulnérables notamment les femmes enceintes (FE), les enfants de moins de 5 ans, leurs familles et leurs organisations, puissent améliorer leurs conditions socio-sanitaires de manière durable. C'est-à-dire en promouvant et réalisant toutes les mesures qui contribuent à un environnement naturel et sanitaire propice à la réduction de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale dans le district sanitaire de Ténenkou.

La présente initiative à l'adresse des communautés de Ténenkou, est une idée originelle, d'une importance cruciale pour la région sanitaire de Mopti, et de par son importance symbolique toute particulière peut être l'emblème et le « fer de lance » d'une prise de conscience générale et d'un engagement total. Le moteur qui démultiplie les entreprises et les actions concrètes visant à la préservation et à la récupération d'un environnement socio-économique local fortement fragilisé voire dégradé, par les aléas climatiques, la pression démographique, la paupérisation et surtout le conflit au nord du Mali qui a sérieusement affecté le district sanitaire.

1.4. Présentation de l'équipe de travail

L'équipe de consultant est composée de :

- M. Mohamed Alhouseiny Maiga, planificateur, team leader;
- M. Bakary Tienta, spécialiste en santé publique et développement social ;
- M. Boubacar Banou, socio-anthropologue ;
- Dr Oumar Diallo, médecin, spécialiste en analyse de processus.

L'équipe pluridisciplinaire a l'avantage de parler à la fois peuhl, bozo, sonrhaï et bambara.

1.5. Conditionnalités et limites de l'étude réalisée

L'étude s'est déroulée en période de hautes eaux dans cette partie du delta intérieur du Niger. Les moyens de communications sont pour la plupart des cas, réduits à l'utilisation de la pirogue (pinasse). Le cercle est fortement enclavé en cette période de l'évaluation. Cinq CSCOM sur une quinzaine sont accessibles à moto. Cette situation a constitué une limite majeure pour l'évaluation et du coup certaines localités n'ont pu être visitées.

Le district sanitaire dans sa partie septentrionale est également en proie à l'insécurité du fait de sa proximité avec les cercles de Niafunké et Youwarou et surtout de la frontière poreuse d'avec la Mauritanie voisine. Le banditisme résiduel compromet la mobilité des personnes et des biens et les braquages sont monnaies courantes lors des foires hebdomadaires. Cette réalité a fait que l'équipe n'a pu se déployer au-delà l'aire de santé de Diguiciré et de Thial dans cette direction.

Certains staffs ayant contribué à la mise en œuvre du projet sont en déplacement ou en redéploiement. Leur apport et les rapports qu'ils détenaient avec les bénéficiaires ont manqué à l'analyse finale des résultats.

Enfin, la mission a coïncidé également avec les journées nationales de vaccination (JNV). Toute l'équipe du CSRéf comme à l'accoutumée s'était mobilisée et les entretiens préliminaires ont dû prendre du temps avant de se réaliser.

1.6. Description du travail exécuté

D'une façon générale et à tous les niveaux, la présente évaluation a été conduite de façon participative en associant pleinement les partenaires stratégiques (CSRéf, DRS, SDSES, CSCOM, ASACO, femmes en âge de procréer, administration, personnes ressources) ainsi que les cadres du projet à l'analyse des activités qu'ils ont menées à la formulation des conclusions qui seront tirées. L'évaluation est externe. Elle a débouché tout de même sur une analyse convergente des

effets et impacts atteints. D'où, l'évaluation du projet a été menée conjointement avec les services socio-sanitaires et la société civile et cela de la phase élaboration des outils jusqu'à l'analyse des données. Auparavant et comme cela a été recommandé, une séance de mise à niveau des enquêteurs et de partage des contenus de TdR a été consacrée à Sévaré. Pendant cette séance des éclaircissements ont été apportés aux différents outils à utiliser avec les différents groupes cibles.

Cette approche participative de l'évaluation a également respectée pendant le travail de terrain avec les bénéficiaires et les acteurs au cours d'entretiens semi-structurés auprès d'un échantillon de personnes représentatif du projet dans cinq localités mais avec des stratégies différentes.

1.7. Structure du rapport

Le rapport présente dans un premier les constats et les appréciations en termes d'analyse SWOT avant d'aborder dans un second temps les résultats engrangés par le projet sur la base des critères de l'évaluation fixés dans les termes de référence. Les recommandations générales et spécifiques à court et à moyen termes et les conclusions générales sont abordées quant à elles en fin de document.

2. Constats et appréciations

2.1. Constats généraux

Les constats et appréciations faites dans ce chapitre sont en majeure partie connus des collaborateurs et partenaires du projet « amélioration de soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Ténenkou », en témoignent les appréciations faites des résultats bruts lors des entretiens semi-structurés avec l'équipe cadre du district. Les principales forces et points à améliorer identifiés, les opportunités et les menaces détectées, les résultats décrits ont pour but d'étayer les recommandations.

Tout d'abord, l'implémentation du projet dans sa zone d'intervention a été favorisée par la consistance d'un travail fait par l'équipe du projet, la DRS et l'équipe cadre du district sanitaire de Ténenkou (état des lieux, capitalisation des études antérieures). Ainsi, on constate que (qu'):

- la coordination du projet et l'équipe cadre du district sanitaire, entretiennent des liens de collaboration, de synergie et d'appui mutuel sur le terrain;
- elles promeuvent le leadership et l'expertise au sein d'un partenariat dynamique et fécond afin de contribuer efficacement à la mise en œuvre de la politique sanitaire dans le cercle ;
- le CSréf applique déjà la politique sanitaire en tant que service technique de l'Etat avec d'autres partenaires en termes d'activités de santé communautaire dans la le district avant l'avènement du projet: ceci est un capital humain, matériel et une assise stratégique non négligeable dont a bénéficié le Projet ;
- MMA et ses partenaires locaux (CSRef, ASACO, Conseil de Cercle) sont crédibles auprès des autorités administratives, sanitaires et politiques, par les actes vitaux de tous les jours qu'elles posent: cette situation a favorisé l'adhésion des populations, des collectivités et des services techniques à la stratégie du projet ;

2.2. Forces/Faiblesse - Opportunités/Menaces

Les forces et les faiblesses identifiées sont internes (et donc maîtrisables par le projet) alors que les opportunités et les menaces sont externes (et donc à saisir ou à éviter pour mieux répondre à la finalité et aux objectifs poursuivis). Il s'agit là d'une synthèse des FFOM réalisés lors de la

mission terrain. Ce sont en, effet, les éléments qui nous semblent les plus importants et révélateurs.

2.1.1. Les forces

- Cohérence avec les OMD ;
- Signature d'un protocole de collaboration avec le CSRéf pour la mise en œuvre des différentes activités du projet ;
- Amélioration des prestations des différents acteurs: appui technique et matériel aux CSCOM et Communautés (en termes, d'équipement pour la référence-évacuation, d'équipement des centres de santé en matériels SONU et médicaments essentiels, de mobilisation communautaire lors de la stratégie...),
- Responsabilisation accrue: capacitation du personnel soignant jusqu'à l'échelle village en SONU, amélioration des compétences et connaissances en gestion administrative et financière des membres de la société civile impliqués (ASACO) comme bénéficiaires directs, renforcement des capacités des relais communautaires, accoucheuses traditionnelles, le personnel du CSCOM et de l'ASACO ;
- Originalité et unicité du projet : visibilité et contribution dans les statistiques régionales avérées ;
- Implication effective des autorités sanitaires locales et des collectivités territoriales : implication effective des ASACO et communautés en tant que bénéficiaires directs. Les services techniques ont joué davantage leur rôle régalien d'appui-conseil et de renforcement des capacités des CSCOM et ASACO par le biais du projet ;
- Meilleure prestation de services du CSCOM et confiance en soi du personnel technique surtout au niveau de la maternité: accroissement significatif de la fréquentation des CSCOM du fait du désormais meilleur accueil, de la qualité et de la disponibilité du personnel, toute action qui participe de l'amélioration des indicateurs et des recettes de l'ASACO ;
- Force des activités réalisées tant sur la cible que sur le système national ;
- "Fertilisation croisée" entre expérience/expertise des acteurs/OSC, Projet et services techniques (la force de l'exemple et la complémentarité) ;
- Bon taux d'exécution/réalisation des activités ;
- Existence de modules de formations "techniques" et de renforcement des capacités des ASACO, sages-femmes, matrones, ATR.

La démarche est inclusive. Le projet s'est adressé aux catégories sociales les plus vulnérables notamment les femmes, les jeunes. Elle a impliqué l'administration, les collectivités et les autorités sanitaires notamment la DRS, le CSRéf, le CSCOM dans la planification et l'exécution du projet. Elle est participative et communautaire: les ASACO et équipes techniques de CSCOM sont de plus en plus responsabilisées et outillées, les relais communautaires et les ATR sont davantage valorisés.

2.1.2. Les faiblesses

- Le Projet couvre 21 aires de santé. Il appuie donc l'ensemble du district sanitaire. La taille de l'aire d'intervention est nettement en deçà des attentes (pour booster les indicateurs de santé dans la région) à la fois des collectivités territoriales (les autorités communales ont en charge la gestion des questions sanitaires dans la Commune), des autorités sanitaires et de la société civile (ASACO, FELASCOM). Les objectifs du projet étaient ambitieux sur une période d'origine de 18 mois et en ce qui concerne la dimension changement de comportement tant attendu par le biais des sensibilisations à l'échelle communautaire.
- Le dynamisme et l'autonomie du projet n'ont pas suffi à imprimer un réel changement de comportement auprès des communautés particulièrement au niveau de la fréquentation pour les CPN et vaccinations. Ceci est constatable aussi auprès des ASACO qui n'ont pas réellement

amorcé une auto-prise en charge. La communauté nomade (pêcheurs, éleveurs) ne bénéficiant ni de la sensibilisation en termes d'activités programmatiques temporelles, ni de l'appui de l'équipe médicale, est souvent plus importante que celle du réel rayon d'action du projet et donc du CSCOM. Ceci renvoie au dimensionnement de la zone d'intervention du projet qui ne pouvait prendre en compte la population flottante entre par exemple deux aires de santé. Sachant que le district sanitaire de Ténenkou est caractérisé également par la mobilité des populations (bozo et peuhl qui la peuplent en majorité), il aurait été loisible d'avoir un accompagnement de proximité assidu, ciblé, solide et régulier. En plus, la faible estimation des ressources humaines du projet fit qu'il fut trop ambitieux eu égard à la taille de la zone couverte, la durée de vie du projet, l'effectif du personnel de terrain (un coordinateur basé à Bamako) déployé et aux effets attendus. Cette tâche fut fastidieuse.

- Les diagrammes de collaboration prouvent qu'il y a une insuffisance de concertation au sein même de l'équipe cadre du district. Les informations programmatiques sont pour l'essentielles détenues par le seul MCD. Le service du développement social qui aurait pu jouer un rôle majeur dans la sensibilisation et la mobilisation communautaires telles que pensées par le projet, est resté en marge de la démarche et du processus. Il n'y avait pas un réel cadre de concertation formel entre les parties prenantes pour un meilleur pilotage sur le terrain.
- Les mécanismes de désengagement du projet au niveau local ont mis le projet dans une position qui a manqué de clarté entre sa dimension locale spécifique (d'appui aux FE, FAP, OSC, services techniques et leaders communautaires) et des attentes de changement de comportement qui pèchent à se configurer. Le projet fut conçu comme si une deuxième phase devrait automatiquement s'enchaîner au point qu'il n'existe pratiquement pas de véritable stratégie de désengagement ou de consolidation des acquis qui demeurent très fragiles.

2.1.3. Les opportunités

- Forte image, locale, et régionale nationale de MMA (un créneau "Marketing" porteur) ;
- Bonnes dispositions institutionnelles envers le projet (Ministères, services techniques, FELASCOM) ;
- Diversité et multiplicité des acteurs (MDM, Luxdev, OMS, UNICEF, AMPRODE/sahel/ATN plus etc.) apportant leur soutien dans le domaine de la lutte contre la morbidité et la mortalité dans l'aire d'intervention ;
- Le cercle fut victime de la crise politico-institutionnelle qui a secoué tout le pays. Il fait partie des chantiers de la reconstruction.

2.1.4. Les menaces

- Instabilité et insécurité physique et alimentaire ;
- Mobilité et démotivation du personnel des services techniques, administratifs et sécuritaires. Ceci va s'amplifier à n'en pas douter lors de l'étiage ;
- Essoufflement, incertitude, et attentisme des communautés ;
- Manque d'initiative "spontanée" des communautés pour démarrer ou s'inspirer d'une activité qui réussit (le syndrome du projet qui doit venir pour soutenir ou tout régler) ;
- Tensions et oppositions entre processus affiché de décentralisation des ressources pour la santé et volonté d'un contrôle centralisé (ressources, pouvoir décisionnel) ;
- Différence dans les approches et manque de coordination et de concertation à la base ;
- Manque de stratégie de désengagement donc de consolidation des acquis surtout avec le retour des populations déplacées.

3. Organisation, gestion et montage institutionnel du projet

3.1. Un montage institutionnel de gestion et de coordination à l'image d'un projet pilote

Le succès du projet est indéniable ce qui nous permet de reconnaître sa gestion efficace. Cependant si l'on analyse le schéma des flux financiers, de mise en œuvre et de coordination on peut observer des processus qualité assez lourds en temps et en moyens.

De manière un peu caricaturale, nous pourrions dire que concrètement et formellement, le projet a fonctionné plutôt comme un projet pilote spécifique. A ce fonctionnement relativement autonome, s'ajoute un intérêt mutuel à échanger, communiquer et partager et donc les mécanismes et moyens de coordination du partenariat qui s'en suivent.

3.2. Une organisation trop «ponctuelle», pas assez «projet d'accompagnement»

Le staff de MMA est basé à Bamako et du coup, hormis le coordinateur qui fait la liaison, le projet ne dispose pas de personnel proprement dit sur le terrain pour un encadrement de proximité et d'échanges en face-à-face avec les autres parties prenantes. Même si les calendriers de visite sont planifiés concomitamment avec le MCD, le volet suivi des formations et le contrôle de qualité des séances d'animation/sensibilisation (à l'échelle village) a été le parent pauvre de l'exécution des activités programmatiques.

L'ancrage sur le terrain du projet est un des éléments clés de sa réussite. Comme un arbre à des racines, le projet doit enraciner sa légitimité et son savoir-faire dans les actions et expériences de terrain avec les services techniques, les CT et les OSC, comme un projet pilote à même d'expérimenter et de valider un certain nombre d'initiatives et d'action en vue par la suite de les multiplier et systématiser. Au vu de sa spécificité et son engagement sur les questions de santé de la reproduction, le projet a été de plus en plus sollicité pour avoir une dimension grande élargie à l'ensemble du district sanitaire pour les aspects de mobilisation sociale, mais dans sa structure de conception, il ne pouvait sortir des « aires ciblées », malgré les sollicitations et conformément aux exigences des partenaires financiers.

4. Critères d'évaluation et facteurs de développement

4.1. Pertinence et cohérence

Au moment de la préparation du projet et lors de la phase diagnostique de la situation à Sévaré en 2006, les statistiques globales donnant la situation de référence, étaient connues comme importantes.

Les problèmes qui se posaient en matière d'accès à des services de santé de qualité, pouvaient se résumer ainsi :

- Insuffisance notoire d'équipement SONU et matériels de petite chirurgie au niveau des aires de santé à la base ;
- insuffisance des soins de qualité au niveau communautaire,
- connaissance des signes de gravité de la grossesse à perfectionner,
- insuffisance des moyens de transports et du système de référence/évacuation efficace pour accéder aux structures de santé,
- sous-équipement notoire en médicaments essentiels, en matériels SONU, et petites chirurgie
- faiblesse des organisations de la société civile à proposer des solutions efficaces et pérennes en matière de sexualité et de procréation,
- transfert des compétences au personnel sanitaire incomplet, inadéquat et partiellement assumé ;

- manque d'organisation viable à l'échelle ASACO pour la mobilisation communautaire en appui à la stratégie avancée ;
- gestion financière parfois défaillante des stocks de médicaments existants se traduisant par des arrêts de fonctionnement de nombreux CSCOM et le recouvrement partiel des coûts récurrents, ce qui compromettrait la durabilité des investissements;
- une sensibilisation insuffisante des populations par rapport aux CPN, CPON, vaccinations ; aux maladies d'origine hydrique et la prise en compte de l'assainissement et faible connaissance de la sexualité par les adolescents.

Le projet a apporté la réponse aux problèmes cruciaux de fréquentation des structures sanitaires à la base. Ainsi, il a résolu significativement les contraintes liées à l'accessibilité des 21 centres de santé particulièrement pour les femmes. Ces dernières, du fait du manque d'information ciblée par rapport à la santé reproductive, à la disponibilité du service de qualité dans les centres de santé, consultaient peu le personnel médical pour les CPN encore moins pour les CPON. En outre, les femmes en âge de procréer ont souvent exprimé que le manque de personnel qualifié, de médicaments essentiels et le mauvais accueil qu'elles reçoivent dans lesdits centres de santé, était un frein à l'accessibilité des soins.

Le domaine et la stratégie d'intervention choisis, sont une réponse aux besoins exprimés localement.

Le projet a intervenu là où peu de partenaires tant techniques que financiers se bousculent d'une part et où les capacités des collectivités territoriales décentralisées et communautés, sont fragiles et fébriles, d'autre part. Les formations thématiques dispensées sont attendues donc opportunes et la situation de référence par rapport aux indicateurs sanitaires, sont assez éloquents. Les formations à l'adresse du personnel soignant y compris les ATR leur ont permis d'être plus efficaces, plus présents aux rendez-vous du CSCOM.

Le renforcement des capacités des sages-femmes, matrones, IO et ATR a contribué à améliorer les indicateurs socio-sanitaires.

Les matrones, sages-femmes et IO sont plus confiantes et plus compétentes, désormais. La formation SONU a été une magnifique occasion pour lier la théorie (de l'école) à la pratique, les connaissances acquises lors de la formation et l'utilisation quotidienne de l'équipement fourni par le projet sont un facteur démultiplicateur de la fréquentation des centres de santé et singulièrement au niveau du CSréf.

S'agissant particulièrement des ATR, autrefois peu perceptibles, ces acteurs bénévoles de la santé à la base, véhiculent désormais les informations salvatrices dans les milieux jadis hostiles ou peu enclin au changement.

Tout cela fait des relais communautaires, les ATR et le CSCOM, un personnel spécialement qualifié pour venir en aide et éduquer les communautés locales et leur donner les moyens de faire face à leurs problèmes de santé. Ils représentent la meilleure ressource pour informer, mobiliser et mieux préparer cette population. La stratégie a été la poursuite du bien-être des femmes en âge de procréer et en particulier les femmes enceintes ; les représentants de la société civile ; les ASACO à travers l'accessibilité aux soins de qualité articulé avec la dynamique de la politique sanitaire au Mali. En retour, relais et ATR ont gagné davantage de la valeur et sont conviés aux rendez-vous importants du village et/ou de la communauté.

Le renforcement des capacités des CSCOM a accru la fréquentation (perception positive du service et de l'accueil par les patients des CSCOM).

Le renforcement de capacités du personnel en est pour cause. La demande en hausse des services du CSCOM se partage entre la qualité du service disponible, les médicaments accessibles, les meilleures dispositions d'accueil.

La presque totalité des femmes rencontrées disent qu'elles fréquentent régulièrement le CSCOM pour les CPN puis les CPON. Par exemple, depuis l'avènement du projet, les femmes de Dia, Thial, Diguiciré, Koubi et Ténenkou (localités visitées), estiment ouvertement qu'elles ont enregistré une baisse graduelle des cas de complication liées à l'accouchement car elles suivent les conseils de la matrone. Celles de Dia ont cité par brainstorming les complications liées à la grossesse très fréquentes avant le projet.

Dans un passé récent, les femmes en âge de procréer dans ces milieux acceptent difficilement de procéder aux CPN à fortiori les CPON ou parler de planification familiale encore moins de risque lié au VIH. Ceci est constatable au niveau des populations nomades de pêcheurs. Ça et là, les femmes enceintes cachaient leur grossesse, mais à deux mois, elles commencent maintenant à fréquenter le centre.

Aujourd'hui même en assemblée, les femmes en âge de procréer et leurs leaders abordent sans complexe leur problème de santé et réclament davantage d'appui de proximité en ces termes « autrefois, nous étions dans l'obscurité et attendons manifestement l'époux à conduire son épouse malade au centre. Aujourd'hui, la femme utilise ses économies dans ses propres dépenses de santé et dans celles de l'époux et de l'enfant au besoin ». Une ATR atteste que plusieurs femmes en âge de procréer procèdent discrètement à son niveau au planning familial. Les relais communautaires, les ATR et l'ASACO ont donc joué un rôle prépondérant dans le cadre de la mobilisation sociale autour des activités de santé de la reproduction.

Tout au long du processus, le projet a collaboré essentiellement avec le centre de santé de référence, l'ASACO, le conseil communal et l'administration et cela à chaque phase de l'exécution. Le CSRef et la DRS, ont apporté régulièrement le conseil attendu depuis le choix des aires de santé pour la sensibilisation jusqu'à la réception des équipements et infrastructures en passant par la formation, le suivi et le contrôle de qualité des services rendus par le personnel médical ciblé (dans les missions courantes de monitoring).

Le CSRef de par le rôle qui lui est dévolu a apporté des opinions décisives pendant la réalisation des activités programmatiques (formation, répartition de l'équipement et du matériel, choix des sites à aménager les plus nécessaires, etc.). Le conseil communal, a joué en temps réel, son rôle de facilitateur. Il s'est largement approprié du projet qui s'intègre parfaitement dans le PDESEC. Quant à l'administration, elle est pratiquement à la même enseigne que les deux précédents en termes d'implication effective dans la mise en œuvre. Du lancement officiel du projet, à la clôture, l'administration est à même de décrire les étapes du projet et les résultats de ce dernier, figurent dans le rapport annuel de l'administration.

MMA à travers ce projet, a apporté la réponse aux problèmes cruciaux d'équipement en matériels SONU et d'équipement en médicaments et en moyen logistique des populations de la zone d'intervention. Le projet a résolu significativement les contraintes des femmes, liés à l'accouchement par la disponibilité des matériels des médicaments et surtout par le renforcement des compétences des matrones, accoucheuses traditionnelles, sages-femmes et infirmières obstétriciennes. C'est dire qu'il a répondu aux attentes des bénéficiaires directs et indirects et pleinement aux enjeux de développement socio-sanitaire de la zone d'intervention. Il est de ce fait, pertinent.

Le projet s'inscrit donc bien, dans la stratégie nationale. Il s'insère dans également dans l'actuel cadre stratégique de réduction de la pauvreté au Mali et spécifiquement dans ses axes stratégiques tels que le développement humain durable et le renforcement de l'accès aux services sociaux de base ainsi que de la gouvernance locale à travers la décentralisation. Par ailleurs, il a constitué un élément de contribution du Mali dans l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire et a privilégié aussi l'approche programme (complémentarité avec le PRODESS). Le projet « amélioration de soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Ténenkou » est à cet effet, cohérent.

4.2. Efficacité

MMA dans sa démarche a permis de partager avec les bénéficiaires, communautés, associations de santé communautaire et services techniques déconcentrés la notion très importante de renforcement de capacités et par ricochet de la relation soignant-soigné. Ceci a permis au projet de fournir dans chaque aire de santé des médicaments et du petit matériel en quantité suffisante, tout en améliorant les conditions d'accès à certains centres par un réaménagement. Le service fourni au centre de santé à la fois par le projet et par le personnel médical engagé, a été jugé efficace.

La disponibilité de médicaments pour les patients et les FE par usager permet d'apprécier si la quantité de produits pharmaceutiques utilisés lors des traitements est suffisante pour générer des impacts sanitaires. Cet indicateur est intéressant car a été facile à renseigner : les acteurs rencontrés estiment dans tous les villages que les médicaments et matériels mis à disposition sont la réponse juste aux problèmes des femmes, des enfants et des nouveau-nés.

Un des indicateurs de l'efficacité du projet qui permet de mesurer les conditions d'accès au service est la distance entre le domicile et le centre médical. Le CS Réf fournit aujourd'hui les services nécessaires en soins obstétricaux d'urgence et évite à certaines patientes de parcourir des longues distances pour rejoindre la commune de Mopti. Pareillement au niveau des CSCOM où les femmes ont été sensibilisées pour éviter les complications pendant l'accouchement et permettre une prise en charge locale par le personnel.

Ce que l'on peut appeler donc « le renforcement des structures sanitaires du cercle » sans fausse modestie a permis de réduire considérablement la distance à parcourir malgré les caprices naturelles. Dans tous les cas visités, l'excentricité du centre de soins par rapport à un ménage n'est point une entrave à la fréquentation. C'est plus la disponibilité d'un service efficace que la distance à parcourir qui est déterminante.

En effet, dans chacun des sites visités, les femmes en âge de procréer connaissent les signes de dangers liés à la grossesse surtout sont conscientes des risques encourus en cas de non recours au spécialiste. Jadis, elles pratiquaient moins les CPN du fait des coûts liés aux prescriptions médicales, à la distance à parcourir, à la qualité des services offerts, au manque d'intimité et également au mauvais accueil. La gamme de formations et de sensibilisations réalisées ont contribué en partie à dissiper les craintes des femmes et dans un second plan celles des époux. Du coup, le taux de CPN et de CPON se sont améliorés considérablement.

Tableau : Compil rapports mensuel SONU (Ténenkou central, Diafarabé et Cs réf)

Indicateurs	Année			
	2010	2011	2012	2013
Nombre d'accouchement	762	874	834	644
Nombre de césarienne	80	77	34	43
Nombre de Forceps	29	19	10	4
Nombre de ventouse	18	14	23	9
Nombre de naissances vivantes	728	870	811	650
Nombre de mort-nés frais	64	50	33	31
Nombre de mort-nés macérés	26	30	16	11

Source CSRéf Tkou

D'avant le démarrage des activités du projet (décembre 2010) au passage de l'équipe d'évaluation finale (septembre 2013), le nombre de césariennes a diminué d'environ 49%. Le nombre de morts-nés a également baissé de plus de 55%. Rappelons que les années 2012 et 2013 ont été marquées par la crise politico-sécuritaire d'où une baisse du nombre

d'accouchements assistés et du nombre de naissances vivantes qui peuvent s'expliquer par le départ massif d'une partie de la population et de certains agents de santé.

Tableau : profil des consultations dans les aires de santé

Aire sanitaire	ANNEE	CPN	PENTAS	Accouchement assisté
CSCOM central	2010	141	1338	361
	2011	238	723	302
	2012	169	676	334
Diguiciré	2010	188	563	287
	2011	325	615	214
	2012	275	690	232
Thial	2010	96	409	76
	2011	54	271	62
	2012	11	226	07
Dia	2010	120	476	268
	2011	244	394	252
	2012	320	513	304
Koubi	2010	160	343	173
	2011	88	211	42
	2012	-	204	127

La situation de ni paix ni guerre dans le cercle a fortement entamé l'élan du projet dans le district sanitaire malgré l'engagement des agents de santé restés au poste. A Thial par exemple, le nombre d'accouchement assisté n'a point atteint 10 en 2012, année charnière du projet. Les CPN aussi bien que la vaccination ont également dégringolé. Ceci est dû au fait qu'il n'y avait pas de personnel au CSCOM à la faveur de la crise et de l'insécurité. A Koubi, l'absence de matrone de 2011 à 2012 a joué considérablement sur les résultats du centre de santé. Les CPN ont baissé d'environ 50% de 2010 à 2011. En 2012, il n'y a eu aucune CPN en 2012 dans l'aire de santé de Koubi.

Par ailleurs, les méthodes de transfert des compétences par la simplicité et l'accessibilité des messages, le respect des calendriers des groupes cibles et la motivation des apprenants, ont été jugé efficaces.

Tableau : Données statistiques GATPA de Tenenkou, décembre 2010

Structure Sanitaire	CSRéf Tkou	Diondiori	Tkou Central	Dia	Diafarabé	T-Coumbé	Sossobé	Kondo	Kora	Koubi	Dioura	Diguiciré	Malimanan	Sbamanan	Kadial	Wallo	Thial	Total	
Période	de 01 au 31/12/2010																		
Nombre de femmes ayant accouché avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (IO, sage-femme, médecin) dans la structure sanitaire	14	5	13	2	17	10	1	0	0	4	5	0	1	0	0	0	3	83	
Nombre de femmes ayant accouché avec l'assistance d'une matrone dans la structure sanitaire	0	3	20	9	7	2	8	4	7	0	0	5	0	1	1	8	4	83	
Nombre de femmes ayant reçu la GATPA pratiquée par un accoucheur qualifié	14	5	13	2	17	10	1	0	0	4	5	0	1	0	0	0	3	83	
Nombre de femmes ayant reçu la GATPA pratiquée par une matrone	0	3	20	9	7	2	8	4	7	0	0	5	0	1	1	8	4	83	
Pourcentage de femmes ayant reçu la GATPA pratiquée par un accoucheur qualifié	100	62,5	39,4	18,2	70,8	83	11,1	0	0	100	100	0	100	0	0	0	43	50	
Pourcentage de femmes ayant reçu la GATPA pratiquée par une matrone	0	4,58	33,7	33,1	8,99	2,3	41,9	100	100	0	0	100	0	100	100	100	100	8,5	62
Nombre de causeries éducatives sur le plan d'accouchement et la GATPA	14	52	8	0	8	3	2	2	2	10	6	5	1	0	2	0	11		

Source: CSRéf Tkou, 10/13

Tableau : Données statistiques GATPA de Tenenkou, décembre 2012

Structure Sanitaire	CSRéf Tkou	Diondiouri	Tkou Central	Dia	Diafarabé	T-Coumbé	Sossobé	Kondo	Kora	Koubi	Dioura	Diguiciré	Malimanan	Sbamanan	Wallo	Thial	Total	
Période	de __01__/12__/_à __31__/12__/2012																	
Nombre de femmes ayant accouché avec l'assistance d'un accoucheur qualifié (IO, sage-femme, médecin) dans la structure sanitaire	8	10	4	10	6	2	0	0	1	0	0	0	0	0		1	0	
Nombre de femmes ayant accouché avec l'assistance d'une matrone dans la structure sanitaire	0	3	7	4	10	0	18	2	2	2	6	8	1	0		0	0	
Nombre de femmes ayant reçu la GATPA pratiquée par un accoucheur qualifié	8	10	4	10	6	2	0	0	1	0	0	0	0	0		1	0	
Nombre de femmes ayant reçu la GATPA pratiquée par une matrone	0	3	7	4	10	0	18	2	2	2	6	8	1	0		0	0	
Pourcentage de femmes ayant reçu la GATPA pratiquée par un accoucheur qualifié	100	100	100	100	100	100	0	##	###	###	###	###	###	###	##	100	###	
Pourcentage de femmes ayant reçu la GATPA pratiquée par une matrone	###	##	100	100	100	100	##	10	##	100	100	100	100	100	###	##	###	###
Nombre de causeries éducatives sur le plan d'accouchement et la GATPA	8	0	1	14	0	0	2	1	0	0	2	2	0	0		4	0	

Source: CSRéf Tkou, 10/13

Ainsi le projet contribuera à l'atteinte des OMD, notamment en matière de santé et à l'assainissement. Les résultats directement liés à la mise en œuvre du projet sont l'augmentation du taux de fréquentation des centres de santé pour les consultations prénatales et post-natales, les accouchements assistés, la vaccination et un changement positif de comportement des accoucheuses traditionnelles à travailler avec le personnel du CSCOM.

4.3. Efficience

Les ressources financières pour l'essentiel sont réparties entre les charges de fonctionnement, les activités de promotion et de renforcement des capacités et la dotation en matériels et équipement. L'évaluation de l'efficience a été menée en appréciant les réalisations financières avec les résultats atteints ainsi que la contribution de ceux-ci au niveau social et financier.

Les résultats liés aux activités de renforcement des capacités en matière de formation, ont été strictement exécutées dans l'enveloppe financière prévue. Elles n'ont fait l'objet d'aucun amendement. D'où, les activités de formation, d'éducation sanitaire et d'organisation (formation à la gestion financière des ASACO), ont été réalisées dans les délais impartis. Les prestataires formateurs choisis ont été appréciés par les bénéficiaires des formations dispensées. Le projet a davantage valorisé les compétences locales de la région en confiant de façon formelle certains appuis techniques au personnel des services techniques partenaires (DRS, CSRef particulièrement).

Cependant, même si la logistique mise à disposition pour la référence-évacuation est adaptée elle reste tout de même une zone d'ombre du projet (la première ambulance fut enlevée tandis que la seconde, en remplacement de la première est hors d'usage du fait d'accident à la fin du projet).

En outre, le Projet amélioration des soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Ténenkou présente des avantages multiples sur le plan financier et socio-économique. Pendant la durée du projet, l'intervention a permis de sécuriser l'approvisionnement en médicaments des 21 CSCOM ainsi que le CS réf pour les populations concernées, d'améliorer le cadre d'hygiène et de salubrité et de santé des centres et salles aménagés et d'assurer une meilleure distribution des bénéfices entre les acteurs (services techniques de l'Etat, entreprises, collectivités, populations). Eu égard à la nature sociale du projet et des ressources mises à sa disposition sous forme de dons et des contributions des bénéficiaires, ce sont l'équilibre financier des ASACO et la pérennité des services fournis par le centre de santé qui ont été l'objectif primordial du Projet.

4.4. Impact

Le Projet a eu un impact certain. Il a renforcé de façon très significative la disponibilité des services sanitaires du district. Les efforts du projet ont abouti à un renforcement du premier échelon de référence. L'équipement du CSRef ont porté à 100% le taux de disponibilité de ces structures médico-chirurgicales dans les 21 CSCOM de la zone d'intervention du projet.

Le projet a aussi renforcé de façon substantielle les capacités organisationnelles des comités de gestion des structures de santé appuyées. La DRS a été impliquée étroitement par le projet dans le suivi des activités sur le terrain. Le niveau régional a été impliqué aussi dans le renforcement des capacités des structures secondaires. Cette implication a permis à plusieurs agents du CS Réf notamment la maternité d'acquérir une expertise en matière de normes et standards en matière de SONU.

Par ailleurs, les formations et les supervisions des agents, que le projet a financées au profit du district sanitaire ont contribué à augmenter sensiblement la disponibilité des ressources humaines de qualité au niveau de l'implémentation sur le terrain.

En février 2013, l'impact social du projet n'est pas encore très perceptible. Toutefois, le projet a rapproché les services de santé de qualité des populations rurales. Il a, de ce fait, atténué, de façon non négligeable, l'inégalité entre les urbains et les ruraux. Par ailleurs, l'implication des élus de la population dans la gestion des services de santé, notamment à travers les comités de gestion, a initié un processus qui va promouvoir l'auto-prise en charge et l'autopromotion au sein de différentes communautés locales.

Les activités d'IEC que les ASC mènent avec l'appui des professionnels de santé vont avoir un impact positif sur les connaissances, les attitudes et les comportements de toutes les catégories de la population, y compris des femmes en âge de procréer et les femmes enceintes. Ces activités ont notamment brisé des tabous et permis d'améliorer les normes sociales, notamment celles relatives au contrôle des naissances.

Sur le plan économique, le contrôle plus efficace, que le Projet a imprimé sur les CPN, les vaccinations, le paludisme, les soins du nouveau-né, va rehausser la productivité des populations en réduisant les dépenses de santé et, partant, contribuer à la réduction de la pauvreté, compte tenu du fait que ces facteurs constituent de sérieux problèmes de développement économique et social dans cette partie de la zone inondée de la région.

Indicateurs	CSCOM Thial			CSCOM Dia			CSCOM Koubi		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
CPN3	96	54	11	120	244	320	160	88	105
Penta3	409	271	226	476	394	513	343	211	204
Accouchement Assisté	76	62	7	268	252	304	173	42	127
Observations	Absence de personnel en 2012						Absence de matrone en 2011		

Source : DESAM/CSRéf Ténenkou

Indicateurs	CSCOM Central			CSCOM Diguiciré		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
CPN3	141	238	169	188	325	275
Penta3	1338	723	676	563	615	690
Accouchement Assisté	361	302	334	287	214	232
Observations						

Source : DESAM/CSRéf Ténenkou

4.5. Viabilité

Un niveau acceptable de viabilité a été assuré aux infrastructures qui ont été aménagées dans le cadre du projet. Des précautions ont été prises pour assurer que les biens acquis dans le cadre du Projet soient fonctionnels et adaptés aux besoins et à l'environnement de la région.

Les activités de formation ont été conçues et exécutées à l'intention des agents sanitaires et des membres des ASACO pour aux premier d'être plus compétents et donc plus confiant en améliorant la relation soignant-soigné et aux derniers de s'impliquer efficacement dans la gouvernance de leur organisation et de faciliter l'appropriation des structures par les populations.

La viabilité des acquis du projet est surtout assurée par le renforcement que ce projet a produit au niveau des capacités humaines à travers les activités de formations. Les personnes qui ont été formées ont été affectées à des postes où ils mettent judicieusement à profit les compétences

acquises. De plus, ces personnes participent à la formation de leurs pairs, y compris lorsqu'elles remplissent tout simplement leurs fonctions professionnelles et administratives.

5. Conclusions et leçons tirées des conclusions

Le Projet amélioration des soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Tenenkou est pertinent, il répond pleinement aux enjeux de développement socio-sanitaire du pays. Il est cohérent. Il n'existe pas d'ambiguïté entre la stratégie nationale, celle de MMA et les attentes des populations. En outre la démarche est cohérente avec la politique nationale à travers le PRODESS et les OMD.

Le Projet amélioration des soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Tenenkou est assez efficace, le réel envol des activités a été entamé qui devrait s'opérer en 2012 a été plombé par la crise politico-sécuritaire et la CCC tout en s'amorçant ne peut s'opérer en 18 mois.

Le Projet amélioration des soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Tenenkou est efficace, son montage institutionnel et sa gestion de coordination est assez simple.

Le Projet amélioration des soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Tenenkou devrait conduire à davantage de durabilité. Cependant la persévérance de maintenir son engagement et la motivation à assurer un réel changement de comportement est lourde à l'échelle des aires de santé.

Le Projet amélioration des soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Tenenkou est un bon projet, tout à fait pertinent dans le paysage et les enjeux du développement à Ténenkou. Il aurait mérité d'être mieux suivi dans toutes ses composantes, renforcé et mieux intégré dans le dispositif du Csref.

La disponibilité des acteurs et le potentiel de développement – multiplication – est réel mais il nous semble que pour en profiter il fallait améliorer davantage l'organisation et la fluidité de la circulation de l'information au sein du projet (entre toutes les parties prenantes) et entre celui-ci et MMA

Le Projet amélioration des soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Tenenkou est une initiative qui au sein d'actions de coopération et de développement révèle et stimule le nécessaire partenariat et les synergies entre les organisations de la société civile, les collectivités (autorités locales, régionales et nationales) et les services techniques. C'est également un projet proche des acteurs, et potentiellement en mesure d'aider les femmes rurales enceintes, les FAP, leurs familles et leurs institutions à se projeter vers un avenir meilleur. C'est enfin un projet qui doit viser, dans un processus participatif et facilitateur, des effets de levier pour un développement librement recherché inscrit dans les principes de la durabilité à travers des objectifs moins ambitieux qu'ils se présentent.

D'où, les principales leçons tirées s'articulent ainsi.

5.1. l'engagement politique (autorités communales) et la collaboration entre les partenaires clés et la communauté est un gage de réussite

La promotion du projet en tant qu'approche pour améliorer par exemple les soins maternels et néonataux et le taux de couverture vaccinale dans le district sanitaire, doit débiter par le plaidoyer. Les leaders locaux doivent être convaincus de l'importance, de la faisabilité et de la rentabilité de l'investissement dans les équipements, les médicaments, la vaccination, la formation et REVAC au niveau communautaire. Les stratégies considérées par le projet doivent être soutenues par des orientations clairement articulées, accompagnées de cadres formels

clairement définis par l'entité MMA. Ils doivent à cet effet créer l'environnement institutionnel menant à l'intégration.

Pour que les communautés d'une part et les collectivités de l'autre part soient motivées et demeurent engagées dans la résolution de leurs problèmes de santé et de nutrition, il est nécessaire de les mettre davantage devant leurs responsabilités et de créer une prise de conscience en ce qui concerne : (i) la forte prévalence, les causes et conséquences graves de la malnutrition et du paludisme, et (ii) l'existence de solutions peu onéreuses à ces problèmes.

5.2. L'adoption et la mise en œuvre de stratégies et systèmes incitatifs et plus efficaces, sont la clé de voûte de l'atteinte des objectifs poursuivis

En raison de la nature complexe du changement de comportement par rapport à la fréquentation des centres de santé, la vaccination des enfants et des femmes enceintes, à la malnutrition, à l'immobilisme des initiatives locales lui-même dû à l'attentisme des communautés, il est primordial de coupler ces activités avec celles d'autres secteurs développées dans le cercle, en particulier les AGR, l'alphabétisation fonctionnelle puis l'approvisionnement en eau potable.

Un système d'information et communication simple avec des relations à tous les niveaux, soutenu par une supervision et un suivi régulier au niveau communautaire est crucial pour évaluer l'impact et la progression d'un tel projet. La circulation de l'information a manqué dans son horizontalité.

5.3. Construire à partir des ressources et systèmes organisationnels communautaires existants est une opportunité pour la mobilisation sociale et la pérennité des actions

On ne saurait trop insister sur l'importance de la participation communautaire. La participation de la communauté est essentielle pour que les stratégies d'intervention soient adéquates, durables et permettent l'appropriation du projet par la communauté. L'ASACO, le Conseil de Gestion du CSRef, la FELASCOM et autres partenaires doivent davantage être impliqués et être convaincus de l'importance d'impliquer la communauté dans toutes les phases de la micro-planification et de la mise en œuvre du projet. Hormis l'ASACO et le CSRef (MCD), les autres structures de la société civile et le service du développement social, sont peu informées de la démarche du projet.

Les projets de la sorte qui s'adressent aux femmes rurales en milieu enclavé comme à Tenenkou, ne sont jamais aisés. Ils sont plus durables lorsqu'ils sont conçus dans le contexte et selon les capacités des ressources locales d'une localité. L'implication de la communauté dans la mobilisation de ressources financières et matérielles nécessaires à la gestion et à la mise en œuvre de ces composantes, renforce l'appropriation et assure que les interventions sont situées à portée de la communauté. Toutes les activités de MMA en général, doivent comporter des plans susceptibles d'accroître progressivement la responsabilité de la communauté en ce qui concerne sa contribution au coût financier du projet et de battre en brèche l'attentisme des communautés.

De petites actions faisables (PAF) en matière d'hygiène et d'assainissement, de lutte contre le paludisme, la malnutrition et les MGF, doivent être pensées et élaborées autour du savoir-faire de la communauté en utilisant au maximum les cadres organisationnels tels que les groupements féminins et villageois, pour l'exercice des responsabilités essentielles de gestion et de prise de décision. Les PAF auraient pu alimenter la galerie et casser la monotonie dans les causeries-débat pendant les sessions de sensibilisation.

5.4. Renforcer l'infrastructure de soutien et œuvrer en équipe

Le projet a été porté presque seul par le coordonnateur « qui était au four et au moulin » nonobstant l'insécurité, la distance de Bamako à Tenenkou, de la prise en compte des plans

d'action de l'ECD et de l'excentricité de la zone d'intervention. Une bonne gestion et une qualité de services garantie exigent **un travail en équipe** et donc **un personnel** compétent, engagé, motivé et orienté vers les résultats, avec un leadership efficace. C'est bien après qu'il est donc nécessaire de faire des investissements relativement importants dans une formation simple et continue pour le personnel de MMA en rapport avec le projet dans toutes ses composantes.

6. Recommandations :

6.1. Recommandations à court et moyen terme

6.1.1. Prolonger le projet d'un an pour la consolidation des acquis et poursuivre les campagnes de mobilisation sociale

Les recommandations et propositions qui suivent impliquent des changements organisationnels importants. Ces changements découleraient de choix stratégiques qui peuvent être pris tant au niveau des bailleurs que MMA.

Etant donné ce qui précède, nous recommandons de prolonger la phase actuelle d'un an (période transitoire) sans changement formel d'organisation, avec un budget annuel équivalent. Cette phase permettrait : d'une part de consolider les acquis, d'impulser la réalisation de micro-plans pour les campagnes de sensibilisation en termes de CCC et de poursuivre la consolidation de l'existant au niveau des ASACO et des Conseils communaux bénéficiaires ; d'autre part de poursuivre la capitalisation par le témoignage de plus d'acteurs et documenter les expériences récentes du projet dans la perspective d'une vulgarisation à plus grande échelle de la démarche. Cette prolongation ne devrait pas excéder un an pour profiter de ce moment de reconstruction favorable à un changement organisationnel, institutionnel et donc opérationnel conséquent.

6.1.2. Apporter une valeur ajoutée aux activités existantes et à venir

La valeur des expériences du Projet Amélioration de soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Ténenkou, est élevée. Le matériel de formation, la démarche et les principes d'élaboration et de suivi, les matériels de promotion et de communication peuvent apporter une réelle valeur ajoutée aux multiples projets existants dans la région de Mopti. Des projets qui pour la plupart, n'ont pas abordé avec autant d'efficacité et de réussite la question de renforcement de capacités et surtout d'équipement/réaménagement des centres de santé.

En valorisant et documentant ses propres expériences, en utilisant les responsables des structures de santé formées qui ont démontré leur capacité de transfert de compétences et de communication comme agents de promotion et vulgarisation, le projet pourrait avoir un réel effet multiplicateur en se mettant davantage au service du district sanitaire.

Cette idée que nous proposons est assez « révolutionnaire ». Elle risque de se heurter aux mécanismes de « concurrence » et de « compétition » que l'on observe malheureusement aussi et trop souvent dans le domaine de la coopération au développement d'aujourd'hui.

Nous pensons que le Projet Amélioration de soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Ténenkou, de par sa spécificité, de par son image, a cependant plus qu'un autre projet le potentiel de tenter cette aventure et d'innover dans la coopération. Nous pensons aussi que c'est un projet « porté » par les services techniques, les femmes et les OSC, qui peut réussir un tel défi.

6.1.3. Développer la communication

Le Projet Amélioration de soins maternels et néonataux dans le district sanitaire de Ténenkou n'a pas assez fait d'effort conséquent de communication et de compilation d'information.

La révolution internet et du téléphone mobile est en marche dans le pays et nous mesurons tout le potentiel. Nous sommes persuadés qu'un projet comme celui-là peut développer toute une série de supports audiovisuels saisis dans la réalité de ses activités de terrain pour promouvoir celles-ci dans toutes les aires du district et de la région sanitaires.

6.2. Recommandations à long terme

- *Renforcement de la volonté politique d'investir dans des solutions éprouvées.* Les partenaires techniques et financiers doivent augmenter considérablement le financement du secteur de la santé et les services techniques de la santé et du développement social et de l'économie solidaire doivent faire en sorte que ces fonds soient affectés judicieusement à des interventions telles que promues par le projet (équipement-renforcement de capacités-CCC). Ces services sanitaires essentiels, tout comme d'autres, sont considérés déjà dans l'approche du projet et par la politique nationale de santé, comme des "biens publics" accessibles gratuitement aux populations.
- *Renforcement des systèmes de santé,* en cherchant surtout à mobiliser les organisations communautaires en vue d'une participation collective aux questions de santé les concernant.
- *Intensification et expansion de la formation et du déploiement de personnel qualifié* dans tous les CSCOM pour appliquer les techniques de prévention éprouvées, effectuer des diagnostics précis et administrer des traitements efficaces tels que abordés lors des formations de recyclage.

6.3. Prise en compte des aspects transversaux

6.3.1. Le genre

La pertinence du projet à Teninkou s'explique également par la prise en compte de la satisfaction des besoins des couches les plus défavorisées notamment les femmes en âge de procréer et des nouveau-nés. Toutefois, le projet devra davantage mettre l'accent sur le processus d'empowerment des femmes. Elles ont été touchées dans toutes les actions de sensibilisation au cours du projet mais il se trouve qu'elles ne sont pas à l'échelle locale au niveau des instances de prise de décision qui sont à même d'influer les planifications locales.

6.3.2. L'environnement

Les aspects environnementaux n'ont pas été élucidés ni dans la planification du projet ni dans la mise en œuvre du projet. Il s'agit dorénavant de mettre l'accent sur la prise en compte du traitement des déchets biomédicaux, de la gestion des eaux usées, du lavage des mains et également des questions d'assainissement autour des points d'eau.

6.3.3. La culture

Le projet s'inscrit dans le respect strict des normes culturelles des communautés locales. Cependant des pesanteurs sociales existent dans la région en ce qui concerne spécifiquement la fréquentation des centres de santé pour les CPN et CPON et surtout une réticence de certaines femmes (d'un certain âge) aux prestations d'accouchement offertes par des jeunes sages-femmes. Le projet devra davantage impliquer les jeunes femmes obstétriciennes ou sages-femmes dans les sensibilisations villageoises afin de briser les tabous.

6.3.4. Le renforcement institutionnel

Le renforcement institutionnel s'est limité au CSREF et au CSCOM principalement. Les thèmes de renforcement de capacité choisis sont pertinents. Le projet aurait gagné davantage en impliquant les structures du développement sociale et de la promotion féminine qui ont souvent des actions de haute portée dans la mobilisation sociale autour des actions communautaires.

7. Annexes

7.1. Liste des personnes rencontrées

Prénom	Nom	Fonction	Structure	Localité
Awa	Traoré	Sage-femme	CSRéf	Ténenkou
Alhoussouna	Maiga	Matrone	CSRéf	Ténenkou
Kadidiatou	Sall	Infirmière obstétricienne	CSRéf	Ténenkou
Aissata	Kebé	Infirmière obstétricienne	CSRéf	Ténenkou
Moustaph	Coulibaly	Gestionnaire	CSRéf	Ténenkou
Emmanuel	Diarra	Chef service	SDSES	Ténenkou
Dr Amadou	Coulibaly	MCD	CSRéf	Ténenkou
Dr Broulaye	Diarra	DTC	CSCOM central	Ténenkou
Kadidia	Coulibaly	Technicienne de santé	CSCOM central	Ténenkou
Mariam	Ouedraogo	Infirmière obstétricienne	CSCOM central	Ténenkou
Amadou	Diarra	Chef de poste	CSCOM	Diguiciré
Aicha	Sow	Matrone	CSCOM	Diguiciré
Blnta	Bocoum	Aide-soignante	CSCOM	Diguiciré
Harber	Alamir Touré	Aide-soignant	CSCOM	Diguiciré
Allaye	Diarra	Gérant	ASACO	Diguiciré
Seckou	Sow	Président	ASACO	Diguiciré
Dombo	Diarra	Secrétaire Administratif	ASACO	Diguiciré
Djeneba	Djangana	ATR	CSCOM	Diguiciré
Djoumawoye	Diarra	ATR	CSCOM	Diguiciré
Sidiki	Traore	Agent de Santé	CSCOM	Thial
Mariam	Farota	Agent de santé	CSCOM	Thial
Sidi Yaya	Farota	Président	ASACO	Thial
Sékou	Traoré	Secrétaire Administratif	ASACO	Thial
Ousmane	Konaté	Vice-Président	ASACO	Thial
Nana	Minta	Organisatrice	ASACO	Thial
Ousmane	Traore	Conseiller	ASACO	Thial
Mamadou	Tota	Chef de village	ASACO	Thial
Abdoulaye	Traore	Conseiller	ASACO	Thial
Fatoumata	Traore	Notable	ASACO	Thial
Fatoumata	Traore	Secrétaire du groupement Sarama et Relais	ASACO	Thial
Fatouma	Traore	ATR	ASACO	Thial
Korotoumou	Traore	ATR	ASACO	Thial
Dr M	Marico	DTC	CSCOM	Dia
Aissata	Dienta	Matrone	CSCOM	Dia
Souleymane	Diallo	Infirmier d'Etat	CSCOM	Dia
Fatoumata	Konta	Aide-soignante	CSCOM	Dia
Aminata	Traore	ATR	CSCOM	Dia

Maima	Minta	ATR	CSCOM	Dia
Aladji dje	Mama	Président et Conseiller	ASACO	Dia
Madjeni	Traore	Membre	ASACO	Dia
Makolo	Djenepo	Matrone	ASACO	Dia
Mamou	Kouressy	Trésorier et conseiller	ASACO	Dia
Aissata Guindo	Matrone	Gérante	CSCOM	Koubi
Oumou	Cissé	Gérante	CSCOM	Koubi
Bocar,	Konta	Vaccinateur	CSCOM	Koubi
Dickorou	Diall	ATR	CSCOM	Koubi
Brema	Sow	Trésorier	ASACO	Koubi
Abba	Sow	Président et Maire	ASACO	Koubi
Boubacar Amadou	Thiocary	Président	Conseil de cercle	Ténenkou
Karamoko	Touré	Sous-Préfet central	Cercle	Ténenkou
Sidiki	Traoré	Chargé SIS	DRS	Mopti
Amaga	Dolo	Coordonnateur	MMA	Bamako
Alba	Rodriguez	Représentante résidente	MMA	Bamako

7.2. Termes de référence

TERMES DE REFERENCE POUR L'EVALUATION FINALE DU PROJET :
«AMELIORATION DE SOINS MATERNELS ET NEONATALS DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE
TÉNENKOU »

1. INTRODUCTION

Ce fût en 2006 qu'en partenariat avec la DRS de Mopti, Medicus Mundi Andalusia (MMA) a organisé un atelier d'identification des besoins pour le projet « Amélioration de soins maternels et néonataux dans le District sanitaire de Ténenkou ». A cet atelier y ont également participé le Médecin Chef de District les ONG intervenant dans le domaine de la santé ainsi que les délégations de la DRS de Mopti. C'est dans ce cadre que le document du projet en question a vu le jour et a pu être présenté à la Junta de Andalusia, qui est notre principal bailleur de fonds.

Ce projet couvre 21 formations sanitaires et le CS Réf de Ténenkou. Il a été initié en avril 2011 pour une durée de 18 mois. Mais la crise politico-militaire qu'a connue le pays a perturbé la continuité des activités. Après une suspension de 3 mois en 2012, le personnel a regagné le terrain pour finaliser les activités restantes.

2. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le présent projet «Amélioration de soins maternels et néonataux dans le District Sanitaire de Ténenkou » est un début de projets que MMA a ouvert au Mali. En effet le projet vise à réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale dans le District Sanitaire de Ténenkou moyennant l'appui à la stratégie propre de la DRS de Mopti dans l'une de ses districts sanitaires les plus démunies et ayant les indicateurs sanitaires les plus bas de la région. 84.372 femmes de 16 à 45 ans en âge de procréer dont 15.679 femmes susceptibles d'avoir la grossesse dans le district par an, parmi lesquelles il y a environ 8500 accouchements par an dans les centres de santé. Indirectement, la population générale du district est estimée à environ 169.456 habitants selon les données de 2009. ET mortalité maternelle est estimée à 600 pour 100.000 naissances vivantes. En tenant compte du faible taux de fréquentation des formations sanitaires ce chiffre est très inférieur à la réalité.

➤ **Objectif Général :**

Réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale dans le District sanitaire de Ténenkou moyennant l'amélioration de la prévention et du traitement des risques maternels.

➤ **Objectif Spécifique :**

Amélioration des soins de santé publique administrés aux femmes de Ténenkou pendant la grossesse et l'accouchement.

➤ **Résultats :**

Résultat 1: On aura aménagé les infrastructures sanitaires de la zone pour la mise en œuvre des soins obstétricaux et néonatales d'urgence (SONU).

Résultat 2: On aura doté les infrastructures sanitaires de la zone d'équipements, fournitures et médicaments pour la mise en œuvre des SONU.

Résultat 3: On aura doté le District Sanitaire de moyens d'évacuation des malades.

Résultat 4: On aura complété le renforcement des compétences du personnel sanitaire du District en prévention, détection et traitement des risques maternels.

Résultat 5: On aura réalisé une campagne de sensibilisation de la population en général sur les risques maternels et sa supervision.

➤ **Activités :**

R1.A1 : Aménagement du CSREF du District comme centre SONUC.

R1.A2 : Aménagement de 4 CSCOM du District comme centres SONUB.

R2.A1 : Dotation du CSREF de Ténenkou et les 16 CSCOM de matériel médico-chirurgical, fournitures sanitaires, matériel de stérilisation et de purification d'eau.

R2.A2 : Approvisionnement des dépôts pharmaceutiques des 16 formations sanitaires et du CS Réf en médicaments pour le traitement des risques maternels;

R2.A3 : Dotation du District d'équipement informatique pour la collecte et l'analyse des données de la santé de la reproduction de la zone.

R3.A1 : Acquisition d'un véhicule 4x4 pour les évacuations des cas graves au CEREF ou au CHR

R3.A2 : Acquisition d'une barque pour les évacuations des cas graves au CEREF ou au CHR.

R4.A1 : Formation de 40 membres du personnel sanitaire du District sanitaire en prévention, détection et traitement des risques maternels (SONU, GATPA, SENN).

R4.A2 : Formation de 200 agents de santé communautaires en identification des risques liés à la grossesse et à l'accouchement.

R4.A3 : Formation des accoucheuses communautaires en identification des risques liés à la grossesse Formation de 34 agents de santé (personnel sanitaire) en SONU/SONUB.

R4.A4 : Réalisation de deux supervisions mixtes (DRS, MCD, MMA) des activités des agents de santé et sur l'usage efficiente des équipements et matériels médicaux.

R4.A5 : Formation du personnel du district dans la gestion des outils informatiques pour la collecte et l'analyse des données en santé de la reproduction.

R5.A1 : Formation de 200 agents de santé communautaires en techniques d'IEC pour la sensibilisation de la population en général.

R5.A2 : Réalisation avec les communautés de base 30 sessions de d'information, éducation et communication sur les risques maternels et leur prévention.

➤ **Population bénéficiaire :**

Bénéficiaires directs :

- 84.372 femmes de 16 à 45 ans en âge de procréer dont 15.679 femmes susceptibles d'avoir la grossesse.
- 200 Accoucheuse villageoises.
- 200 Agents de santé communautaire.
- 50 Agents de santé (personnel sanitaire).

Bénéficiaires indirects :

- La population de tout le district Sanitaire de Ténenkou estimée à 169.456 habitants selon les données de 2009.

➤ **Le partenaire :**

Il s'agit du Ministère de la santé à travers la Direction régionale de la santé de Mopti.

➤ **Les bailleurs de fonds :**

Bailleurs de fonds	Contribution financière	% de contribution
AACID	127 780 423.60 F CFA	71.25%
DRS Mopti	36 897 581.25 F CFA	20.57%
MMA	14 660 638.95 F CFA	08.17%
	179 338 643.800 F CFA	100%

3. CADRE DE L'EVALUATION ET LES ACTEURS IMPLIQUÉS

➤ Cadre de l'évaluation

Le projet s'exécute dans le District sanitaire de Ténenkou situé dans la région sanitaire de Mopti. Pratiquement dans la période évaluée d'août 2011 à juillet 2013 les zones d'actuations concernées sont celles couvertes par toutes les 21 formations sanitaires. Il s'agit de :

- 1- Cscm de Dia,
- 2- Cscm de Diafarabé,
- 3- Cscm de Diguiciré,
- 4- Cscm de Diondori,
- 5- Cscm de Dioura,
- 6- Cscm de Guilé,
- 7- Cscm de Kadiak
- 8- Cscm de Kita
- 9- Cscm de Kondo,
- 10- Cscm de Kora
- 11- Cscm de Koubi,
- 12- Cscm de Malimana,
- 13- Cscm de Mopt-Keba,
- 14- Cscm de Niasso,
- 15- Cscm de Oouoguiya,
- 16- Cscm de Sènè-Bamana,
- 17- Cscm de Sossobé,
- 18- Ténenkou (centrale et CSRéf)
- 19- Cscm de Toguéré-Coumbé,
- 20- Cscm de Thial,
- 21- Cscm de Wallo.

Et les villages dont les populations ont été sensibilisés.

➤ **Acteurs impliqués :**

L'évaluation doit prendre en compte toutes les institutions et groupes d'intérêts suivants :

- Medicus Mundi Andalusia.
- La DRS et l'Equipe cadre du District sanitaire de Ténenkou.
- L'Unité d'Appui à l'Exécution du projet.
- Le personnel sanitaire ayant bénéficié de la formation.
- Les formations sanitaires ayant bénéficiées de nouvelles infrastructures, des équipements et des médicaments.
- Les accoucheuses villageoises et agents de santé communautaires ayant bénéficiés de la formation.
- Les leaders d'opinions (Préfet, maires, chefs traditionnels, chefs religieux... etc.
- La population en général, et en particulier les femmes enceintes et ayant accouché pendant la période couverte par le projet.

4. OBJECTIFS DE L'EVALUATION ET RESULTATS ATTENDUS

➤ **Objectifs :**

- Analyser les résultats obtenus par rapport aux résultats attendus.
- Identifier les apports du projet par rapport aux objectifs de la stratégie nationale de lutte contre la mortalité maternelle et infantile.
- Identifier les difficultés, contraintes ou obstacles ayant émaillé sa mise en œuvre et les facteurs ayant facilité son exécution.
- Formuler les recommandations appropriées pour la capitalisation des acquis du projet en vue de sa bonne pérennisation d'une part et pour l'amélioration des interventions futures d'autre part.

➤ **Résultats attendus**

- Les informations sur le niveau de réalisation des résultats et sur les ressources utilisées sont disponibles.
- Un inventaire des acquis du projet est produit.
- Les difficultés, contraintes ou obstacles et les facteurs facilitant sont identifiés.
- Des recommandations appropriées pour assurer l'efficacité et l'impact du projet sont formulées.

5. NIVEAUX D'ANALYSE : CRITÈRES ET QUESTIONS DE L'ÉVALUATION

De façon spécifique, l'évaluation devra analyser l'efficacité, l'efficience, la cohérence, la viabilité, les aspects méthodologiques du projet. Bien que nous comprenions que la définition des questions de l'évaluation est l'une des tâches à réaliser conjointement avec l'entreprise chargée de l'évaluation, nous établissons quelques questions qui pourraient orienter l'évaluation de chacun de ces critères.

- **Efficacité:** Les actions menées à bien pendant ces 24 mois correspondent-elles aux objectifs spécifiques fixés au début du projet? Est-ce que les résultats prévus jusqu'à présent ont été atteints? Est-ce que des effets non prévus ont été détectés? Les objectifs spécifiques et les résultats ont-ils été bien formulés, et disposent-ils d'indicateurs mesurables? Est-ce que les bénéficiaires ont rencontrés des difficultés pour accéder aux activités de l'intervention ? Ces

questions sont des directives, et comme nous l'avons exposé précédemment, elles se redéfiniront et seront complétées lors de la phase d'élaboration de l'évaluation.

- **Efficiace:** Est-ce que la transformation des ressources en résultats a été efficace ? Dans quelle mesure la collaboration institutionnelle et les mécanismes de gestion articulés ont contribué à atteindre les résultats de l'intervention ? Le chronogramme prévu a été respecté ? Dans quelle mesure ils ont maintenu les prévisions budgétaires ?
- **Cohérence:** Est-ce que les instruments proposés, dans le cadre du projet, sont adéquats pour atteindre les objectifs de celui-ci? Existe-il une correspondance entre les problèmes identifiés et les objectifs proposés? Est-ce que les actions sont compatibles avec d'autres actions menées dans les mêmes régions/communautés? Est-ce que les activités programmées sont adéquates pour l'atteinte des objectifs ?
- **Couverture:** Les critères utilisés pour choisir la population bénéficiaire ont-ils été adéquats? De quelle manière?
- **Aspects méthodologiques:** Est-ce que la formulation de l'intervention selon le cadre logique a été correcte ? Est-ce que le système d'indicateurs et sources de vérification prédéfinies ont été utiles ? Est-ce que les méthodes de récolte et analyses de données ont été appropriés?
- **Viabilité:** Est-ce qu'il y a eu un impact sur la capacité institutionnelle ? Est-ce que les actions proposées sont facilement appropriables par la population bénéficiaire? Dans quelle mesure les bénéfices de l'action pourront être pérennisés une fois terminée le projet? Est-ce qu'il y a eu une certaine synergie ou une complémentarité avec les politiques locales de la région d'intervention?
- **Impacts:** Dans quelle mesure l'intervention a contribué à l'atteinte de l'objectif global proposé par le projet ? Est-ce qu'il y a eu un impact positif sur les bénéficiaires directs considérés ?

6. MÉTHODOLOGIE ET PLAN DE TRAVAIL

1. **Etude de cabinet:** analyse des principaux documents afférents au projet telle que les rapports d'activités de formation, sensibilisation, supervision, les états de répartition du matériel et de l'équipement, fonctionnement du laboratoire du CS Réf équipé, existences et utilisation effectives de ces équipements dans les centres de santé, les ATR et les membres d'Asaco appliquent les leçons des formations qu'ils ont reçu;-entretiens individuels avec les membres de l'équipe (1 semaine).
2. **Travail de terrain ou collecte de l'information:** La collecte des données se fera à travers des enquêtes sur le terrain dans les formations sanitaires (CSCOM et CS Ref) et ainsi que les entretiens avec les prestataires et les responsables sanitaires au niveau du district et de la région. L'échantillon prendra en compte les formations sanitaires et les villages dont les populations ont été sensibilisées : les prestataires de soins, les équipes de santé au niveau du district et de la région sanitaire, les agents de santé communautaires, les leaders d'opinion (2 semaines).
3. **Saisie, analyse et interprétation de l'information collectée:** L'information qui a été obtenue pendant la phase de travail sur le terrain sera analysée et sera évaluée par l'équipe évaluateur (1 semaine).

4. **Élaboration du rapport préliminaire d'évaluation:** Un rapport préliminaire d'évaluation du projet sera présenté à MMA, dans lequel se reflèteront les conclusions et les recommandations qui ont été obtenues afin d'apporter l'information complémentaire nécessaire (1 semaines).
5. **Élaboration du rapport final d'évaluation** et divulgation des résultats. Dans le point 7, nous détaillons la structure que devra avoir le rapport. Il sera sollicité à l'organisme évaluateur un plan de travail, dans lequel sera détaillée les phases, délais et produits qui vont être reçus (2 semaines).

Planification

Le démarrage des travaux est prévu pour le 04 octobre 2013 pour une durée de sept (04) semaines pouvant être réparties à titre indicatif comme suit :

- Semaine 1 : Prise de contact et rencontres préliminaires avec l'équipe du projet à Bamako, et revue documentaire.
- Semaine 2 : Collecte des données sur le terrain et focus groupe.
- Semaine 3 : Analyse et interprétation des données recueillies.
- Semaine 4 et 5 : Préparation du rapport provisoire dû pour la fin de la semaine 5.
- Semaine 6: Restitution du rapport provisoire, période de lecture du rapport provisoire par les acteurs et élaboration du rapport final et des documents annexes. Diffusion des résultats.

7. STRUCTURE ET PRÉSENTATION DES RAPPORTS D'ÉVALUATION

La structure du rapport d'évaluation devra inclure, au moins, les suivants chapitres:

Résumé exécutif

Introduction

Antécédents et objectif de l'évaluation.
Description succincte de l'intervention évaluée.
Méthodologie utilisée pour l'évaluation.
Présentation de l'équipe de travail.
Conditionnalités et limites de l'étude réalisée.
Description du travail exécuté.
Structure de la documentation présentée.

Description des interventions analysée :

Conception initiale
Description détaillée de son évolution

Critères d'évaluation e facteurs de développement :

Pertinence et cohérence
Efficience.
Efficacité.
Impact.
Viabilité.

Conclusions et leçons tirées des conclusions générales qui révèlent des bonnes pratiques, qui puissent être extrapolées, et qui puissent rétro alimenter les actions de l'intervention qui est en cours d'exécution, ou pour des interventions futures, selon les cas.

Recommandations dérivées de l'évaluation classifiées selon le critère choisi par l'équipe évaluateur (Ex : à court/long terme, selon les critères d'évaluation, selon la dimension ou composante de l'intervention, selon la zone d'intervention...). Dans tous les cas, si c'est possible, toujours mentionner l'acteur (ou les acteurs) auquel est dirigée la recommandation.

Annexes, qui devront inclure :

TdR.

Le plan de travail, la composition et la description de la mission.

Méthodologie proposée, techniques et sources utilisées pour collecter l'information:

Révision documentaire: Liste des sources secondaires utilisées.

Entretiens: liste des informateurs, guide d'entretien, transcriptions et notes.

Enquêtes: modèles, données brutes collectées et analyse statistique.

Ateliers d'échange et partage d'expériences ; Ateliers participatifs : rapports des ateliers et résultats.

Il s'agit d'une évaluation finale. A ce titre, elle doit permettre de faire une appréciation technique des activités du projet, de capitaliser les leçons apprises dans la mise en œuvre du projet et de faire des suggestions/recommandations pour les projets à venir. Le travail doit aboutir à un rapport d'évaluation finale produit en français. Le rapport produit doit être facile à comprendre, non ambigu, avec une explication claire des jargons utilisés. Les recommandations doivent être suffisamment argumentées. Le rapport devra aussi réunir des considérations par rapport aux enseignements tirés sur les suivants aspects :

- L'identification du projet (arbre à problème, arbre d'objectifs, population bénéficiaires, résultats, activités)
- La planification de l'exécution, le chronogramme, la méthodologie, l'organisation de fonctions et responsabilités, les mécanismes de coordination.
- L'efficacité dans l'atteinte des objectifs poursuivis.
- La gestion de ressources (personnelles, ressources matérielles et économiques).
- La participation de la population bénéficiaire et des autres acteurs impliqués dans les différentes phases du cycle de projet.
- La solvabilité du projet.
- L'impact du projet sur l'égalité de genre et sur l'environnement.
- Les instruments pour le suivi et évaluation (indicateurs, sources de vérifications, données de l'année base).

MMA s'engage à partager les conclusions et les recommandations du rapport avec les autres acteurs impliqués dans l'évaluation, et spécialement avec les partenaires locaux. À cet effet, les moyens les plus adéquats seront utilisés pour faire la restitution de l'évaluation aux destinataires: distribution du rapport final en papier ou sous format électronique, ateliers de réflexion, etc. Ce format pourra être amélioré par le Consultant en relation avec les commanditaires.

8. ÉQUIPE ÉVALUATEUR

L'évaluation sera conduite par un bureau d'études ou par un groupe de consultants externe, en collaboration avec MMA et ses partenaires. L'étude nécessitera une équipe pluridisciplinaire composée d'au moins un spécialiste de l'évaluation de projets de développement ayant une forte composante de santé maternelle. Compte tenu du secteur du projet, l'équipe de consultants devra remplir les conditions suivantes :

- Avoir des expériences avérées dans l'évaluation de projets (méthodes quantitatives et qualitatives): au moins
- 4 ans d'expérience dans le suivi/évaluation des projets.

- Avoir une bonne connaissance en santé publique et des ses politiques et stratégies dans la sous région Afrique de l'Ouest, et en particulier au Mali,
- Avoir une bonne capacité rédactionnelle,
- Avoir d'excellentes aptitudes de communication,
- Avoir une maitrise parfaite de la langue Française, Bambara, Peulh et Bozo.

9. PREMISSES POUR L'ÉVALUATION, EMPLOI DU REGISSEUR ET LA PUBLICATION

L'équipe évaluatrice doit garantir l'accomplissement des critères requis tant professionnels qu'éthiques entre lesquels on note :

- **Autonomie et confidentialité** : l'évaluation doit respecter le droit des personnes qui apportent l'information en assurant son anonymat et confidentialité.
- **Neutralité** : l'équipe évaluatrice ne doit pas réaliser des actions ni des manifestations subjectives, surtout pendant le travail de terrain qui pourraient mettre en danger l'image ou relation que les partenaires, autorités ou bénéficiaires peuvent avoir avec MMA et avec ses bailleurs de fonds.
- **Responsabilité** : n'importe quel désaccord ou différence d'opinion pourront surgir entre les membres de l'équipe et entre ceux là et les responsables du projet, dans la rédaction des conclusions et/ou recommandations, doivent être mentionnées dans le rapport. Toute affirmation doit être soutenue par l'équipe ou laisser trace du désaccord **sur elle**.
- **Intégrité** : l'équipe évaluatrice aura la responsabilité de faire ressortir les questions non mentionnées spécialement dans les termes de références, si elles s'avèrent nécessaires pour obtenir une analyse plus complète de l'intervention.
- **Incidences** : dans le cas où ils existent des problèmes pendant la réalisation du travail de terrain ou dans n'importe quelle phase de l'évaluation, ils devront être communiqués immédiatement à MMA. Si ce ne sera pas le cas, l'existence des dits problèmes en aucun cas pourra être utilisée pour justifier le non atteint des résultats établis par MMA dans les TDR.
- **Validation de l'information : il revient** à l'équipe évaluatrice de garantir la véridicité de l'information recueillie pour l'élaboration des rapports et en dernière instance elle sera responsable de l'information présentée dans l'évaluation.
- **Rapports d'évaluation** : la diffusion de l'information recueillie et du rapport final rentre dans les prérogatives de MMA.
- **Remise des rapports** : S'il s'avérait un retard dans la remise des rapports ou dans l'hypothèse que la qualité des rapports remis soit manifestement inférieure à celle que MMA s'attendait, les pénalités prévues dans le cahier des charges des clauses administratives seront appliquées. Dans tous les cas **MMA** se réserve le droit à conduire l'évaluation et/ou à décider sur ces différents aspects. Dans ce cas, c'est manifeste que tout droit d'auteur retomberait sur **MMA**.

10. DÉLAIS POUR LA RÉALISATION DE L'ÉVALUATION

Le rapport de l'évaluation doit être produit selon les étapes suivantes :

- Signature du contrat entre MMA et l'Equipe Evalueateur choisi : 04/10/2013
- Démarrage de l'évaluation : 04/10/2013
- Étude du cabinet : 04 au 15/10/2013
- Travail sur le terrain : 15 au 30/10/2013
- Présentation du Rapport Préliminaire : 07/11/2013
- Élaboration du Rapport Final : 14 /11/2013
- Remise du Rapport Final définitif : 15/11/2013

11. BUDGET DE L'ÉVALUATION

Le budget maximum disponible pour la réalisation de l'évaluation est de 3 310 000 FCFA. Cette somme inclut toutes les dépenses faites par les professionnels employés et qui sont directement liées à cette activité : honoraires, visas et frais de vaccination, déplacements sur le terrain, logement et manutention de l'équipe évaluateur et, **coûts de traduction** et d'édition des documents. En particulier, à propos des traductions c'est très important souligner que ce budget devra inclure TOUS les coûts de traduction dont la traduction du document d'évaluation finale du français à l'espagnole, ceci certifié par le Ministère des Affaires Etrangères du Mali.

12. PRÉSENTATION DE LA PROPOSITION TECHNIQUE ET CRITÈRES DE PONCTUATION

La proposition doit être soumise en format électronique, à l'adresse suivante :

medicusmundi.mali.medical@gmail.com
medicusmundi.burkina@gmail.com
andalucia@medicusmundi.es,

Le dossier soumis doit contenir les suivantes informations :

- Le nom de l'entité évaluatrice et ses contacts.
- Une mémoire de l'expérience dans le domaine de l'évaluation.
- Résumé sur l'équipe évaluateur proposée et les Curriculum Vitae de ses membres
- Brève proposition des méthodologies et plan de travail (adaptée aux présents TdR)
- Une proposition financière détaillée de l'entreprise qui doit inclure tous les frais prévus pour la réalisation de l'évaluation.
- La date limite de présentation des propositions est le 15/06/2013.

Ponctuation

- a) Méthodologie proposée et respect des TDR (30 points)
- b) Fiabilité et expérience de l'entreprise (20 points)
- c) Expérience de l'équipe évaluateur proposée (20 points)
- d) Valeur ajoutée de l'offre (10 points)
- e) Proposition économique pour l'accomplissement de la totalité des tâches nécessaires pour réaliser l'évaluation (10 points)

Les propositions qui n'atteindront pas les 70 points seront rejetées. De même, nous choisirons l'offre qui obtiendra la meilleure ponctuation en fonction des critères et des barèmes établis.