

**EVALUATION FINALE DU 6^{ème} PROGRAMME DE COOPERATION
MALI-UNFPA 2008-2012 ET EXTENSION 2013-2014**

RAPPORT D'EVALUATION FINALE

Août 2014



Equipe d'évaluation

Prénoms et Nom	Titre et fonction dans l'équipe
Dr. Mouhamadou GUEYE	Démographe, Chef d'Equipe
Dr. Brahim M. KONE	Médecin, spécialiste SR
Mamadou DJIRE	Démographe, spécialiste P&D

Remerciements

L'évaluation du 6^{ème} programme de coopération Mali – UNFPA s'est déroulée dans de bonnes conditions de travail. A cet effet, les évaluateurs tiennent à remercier toutes les personnes ayant contribué à la bonne conduite de l'évaluation.

Ces remerciements s'adressent tout naturellement au Représentant de l'UNFPA au Mali, Mr Makane Kane, qui n'a ménagé aucun effort pour créer les conditions idoines de travail pour les évaluateurs. Nos remerciements vont également à l'endroit de la Direction de la Coopération Multilatérale (Ministère des Affaires Etrangères, de la Coopération Internationale et de l'Intégration Africaine) qui coprésidait la présente évaluation. L'équipe saisit la même occasion pour remercier tout le personnel du bureau UNFPA-Mali en particulier Mr Raymond Berthé et Mme Diallo Aminata Diarra, pour l'accueil et les contributions à l'amélioration de la qualité de ce rapport. Nous saluons l'apport incommensurable de Dr Traoré Mahamadou de la Direction Nationale de la Santé au niveau de la phase de terrain qui a facilité la collecte des données primaires.

L'Equipe d'évaluation exprime toute sa gratitude à l'endroit de tous les partenaires d'exécution du 6^{ème} programme, rencontrés dans le cadre de cette évaluation à Bamako ou dans les régions pour leur disponibilité, leur gentillesse, et leur grande connaissance à la fois du programme et du terrain. Il s'agit des Directions Régionales de la Santé (DRS), Centres de Santé de référence (Csréf), Centres de Santé communautaire (CSCoM), Centres de Promotion des Jeunes (CPJ), DRPSIAP, Directions régionales de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (DRPFEF), Organisations Non Gouvernementales (ONGs), autres agences du Système des Nations Unies (SNU), etc... Nous remercions tout particulièrement les Directeurs Régionaux de la Santé (DRS) qui ont bien voulu faire véhiculer l'information à tous les autres partenaires et cibles avant l'arrivée de la mission.

L'équipe remercie tous les bénéficiaires immédiats qui ont accepté de participer à cette évaluation. Il s'agit des exciseuses, des jeunes et adolescents des centres du projet « Santé de la Reproduction des Adolescents et des jeunes », des femmes en Consultation Prénatale (CPN) ou Consultation Post Natale CPoN, des femmes victimes de fistule obstétricale pour leur disponibilité, leur capacité d'écoute et de patience en consacrant une partie de leur temps pour les entretiens avec la mission.

L'équipe remercie particulièrement le CERIPS qui a gracieusement mis à sa disposition le local pour les séances de travail et des enregistreurs numériques pour les entretiens. Enfin, nous remercions tous ceux que nous avons omis et qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de cette évaluation.

Table des matières

Sigles et abréviations.....	6
Liste des tableaux	8
Liste des graphiques	8
Structure du rapport.....	9
RESUME EXECUTIF	12
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	19
1.1. But et objectifs de l'Évaluation du Programme Pays	20
1.2. Portée de l'évaluation	20
1.3. Processus et méthodologie de l'évaluation	21
CHAPITRE 2:CONTEXTE	25
2.1- Les défis du développement et des stratégies nationales	25
2.2. Avancement vers les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)	26
2.3. Rôle de l'aide externe	27
CHAPITRE 3: REPONSES DU SNU ET DE UNFPA ET STRATEGIES PROGRAMMATIQUES	28
3.1. Réponses du SNU et de UNFPA.....	28
3.2. Réponse de l'UNFPA à travers le programme pays	28
CHAPITRE 4: ANALYSE DES RESULTATS DU PROGRAMME.....	35
4.1 Analyse des résultats de la composante santé de la reproduction	35
4.1.1 Pertinence	35
4.1.3 Efficience	47
4.1.4 Durabilité.....	51
4.2 Analyse de la composante population et développement.....	53
4.2.1 Pertinence	53
4.2.2 Efficacité	54
4.2.4 Durabilité.....	60
4.3. Analyse des résultats de la composante Genre/Egalité	61
4.3.1 Pertinence	61

4.3.2	Efficacité	62
4.3.3	Efficiency	68
4.3.4	Durabilité.....	69
CHAPITRE 5: Positionnement stratégique.....		69
5.1.	Dimension corporative	69
5.2.	Dimension systémique	71
5.3.	Réactivité.....	72
5.4.	Valeur ajoutée	73
CHAPITRE 6: Aspect transversal: Système de suivi évaluation.....		75
6.1.	Le système de suivi/évaluation de UNFPA Mali	75
6.2	Appui de UNFPA Mali aux partenaires en matière de suivi évaluation	78
CHAPITRE 7: Conclusions et recommandations		80
7.1.	Principales conclusions	80
7.2.	Principales Recommandations	83
ANNEXES		87
Annexe 1	Termes de Référence	87
Annexe 2	Liste des personnes / institutions rencontrées.....	98
Annexe 3	Liste des documents consultés	104
Annexe 4	La matrice d'évaluation	104

Sigles et abréviations

ASACO	Association de Santé Communautaire
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités en Matière de Population
CCAT	Cadre Conjoint d'Appui à la Transition
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CLAPN	Comité Local d'Abandon des Pratiques Néfastes
CPAP	Country Program Action Plan
CPD	Country Program Document
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Postnatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistique
CRAPN	Comité Régional d'Abandon des Pratiques Néfastes
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSCR	Cadre Stratégique de Croissance et de réduction de la Pauvreté
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSLS	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DCM	Direction de la Coopération Multilatérale
DNP	Direction Nationale de la Population
DNPF	Direction Nationale de la Promotion de la Femme
DNS	Direction Nationale de la Santé
DNSI	Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique
DPM	Direction de la Pharmacie et des Médicaments
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRPFEF	Direction Régionale de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille
DRPSIAP	Direction Régionale de la planification, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement du territoire et de la Population
DRS	Direction Régionale de la Santé
EAT/UNFPA	Equipe d'Appui Technique/UNFPA
EDSM	Enquête démographique et de Santé au Mali
ELIM	Enquête Légère Intégrée auprès des Ménages
EPP	Evaluation du Programme Pays
FMI	Fonds Monétaire International
FO	Fistule Obstétricale
GAR	Gestion Axée sur les résultats
GREFFA	Groupe de Recherche d'Etude de Formation Femme - Action
IAMANEH	ONG Sante pour Femmes et Enfants

INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INSTAT	Institut National de la Statistique
ISBS	Integrated STI and Behavioral Surveillance Survey (Enquête intégrée sur les comportements et les prévalences des IST/VIH)
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MEN	Ministère de L'Education Nationale
MPFEF	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
NU	Nations Unies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUFEMMES	Organisation des Nations Unies pour la Femme
ONUSIDA	Coordination des Nations Unies pour la Lutte Contre le Sida
PA/CIPD	Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement
PAIPP	Programme d'Action et d'Investissement Prioritaire en matière de Population
PF	Planification Familiale
PNG	Politique Nationale Genre
PNLE	Programme National de Lutte contre l'Excision
PNP	Politique Nationale de Population
PNUAD	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
PPIP	Programme Prioritaire d'Investissement en matière de Population
PRAIPP	Programme Régional d'Action et d'Investissement Prioritaire en matière de Population
PRODEC	Programme décennal de l'Education
PRODESS	Programme de Développement Socio-Sanitaire
PRPIP	Programme Régional Prioritaire d'Investissement en matière de Population
PS	Plan Stratégique
PTA	Plan de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
REFAMP	Réseau des Femmes Africaines Ministres et Parlementaires du Mali
REMAEFO	Réseau Malien pour l'Elimination de la Fistule Obstétricale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RIPOD	Réseau Islam Population et Développement
SDA	Schéma Directeur d'Approvisionnement
SMART	Spécifique, Mesurable, Atteignable, Raisonnable, Temporel
SNU	Système des Nations Unies
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SOU	Soins Obstétricaux d'urgence

SOUB	Soins Obstétricaux d’Urgence de Base
SOUC	Soins Obstétricaux d’Urgence Complet
SPR	Standard Progress Report
SR	Santé de la Reproduction
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
TDR	Termes De Références
UNCT	United Nation Country Team
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VBG	Violences Basées sur le Genre

Liste des tableaux

Tableau 1: <i>Liste des structures interviewées</i>	22
Tableau 2 Bilan de l’exécution financière des PTA pour le produit 1 de la composante P&D (en F.Cfa).....	58
Tableau 3 Bilan de l’exécution financière des PTA pour le produit 2 de la composante P&D (en F.Cfa).....	59

Liste des graphiques

Figure 1 Budget et dépenses de la composante SR par PTA en \$US.....	48
Figure 2 Répartition du budget affecté à la SR par source de fonds en %	48
Figure 3 Budget et dépenses du PTA/SOU par source de financement en \$US	49
Figure 4 Budget et dépenses du PTA/SRAJ par source de financement en \$US.....	50
Figure 5 Répartition du budget et des dépenses du VIH-SIDA par source en \$US	50
Figure 6 : Taux d’exécution Genre	69

Structure du rapport

Structure du rapport d'évaluation du Programme pays Mali :

Le présent rapport comprend un Résumé exécutif, sept (7) chapitres et des Annexes. Le Chapitre Introductif décrit le but et les objectifs de l'Évaluation du Programme Pays, la portée, la méthodologie et le processus de l'évaluation. Le deuxième Chapitre renseigne sur les défis du développement et les stratégies nationales, l'avancement vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et le rôle de l'aide externe. Le troisième Chapitre traite des réponses du SNU et de l'UNFPA et les Stratégies programmatiques de l'UNFPA. Le quatrième Chapitre présente les résultats de l'évaluation du programme par composante suivant les critères d'évaluation. Le cinquième Chapitre porte sur le positionnement stratégique de l'UNFPA (Dimension corporative, Dimension systémique, Réactivité, Valeur ajoutée). Le sixième Chapitre est consacré au système de suivi évaluation de l'UNFPA et son appui au système de suivi évaluation des partenaires. Les Conclusions et Recommandations figurent au septième Chapitre. Enfin, les Annexes présentent (i) les Termes de Références, (ii) la liste des personnes et institutions rencontrées, (iii) la liste des documents consultés, (iv) la matrice d'évaluation.

Le Mali en Chiffres	
Superficie/ découpage géographique	1.241.328 km2 dont 65% désertique ou semi-désertique/ 8 régions, 1 district, 49 cercles, 703 communes (décentralisées)
Régime/gouvernance	Démocratie multi-partite depuis 1991
Stratégie de lutte contre la pauvreté	CSCRП adopté par le gouvernement le 20 décembre 2006
Réformes principales	Secteurs Santé, Education, Justice, Finances Publiques, Coton
Cinq principales causes de mortalité des enfants (moins 5 et + 5 ans)	Paludisme, Infections respiratoires aiguës (IRA), Diarrhées, Malnutrition & Rougeole
Démographie	
Population totale (RGPH 2009):	14 528 662 (1)
Population totale ayant moins de 15 ans	6 765 212 (1)
Indice de fécondité (EDSM V 2012-2013):	6,1 (3)
Taux de prévalence contraceptive (EDSM V 2012-2013)	10% (3)
Femmes en union ayant des besoins non satisfaits de planification familiale	26% (3)
Espérance de vie:	55,6 ans (1)
% de la population vivant en milieu rural	77,5% (1)
Taux de croissance démographique intercensitaire (1998-2009)	Ensemble 3,6% (1) Population urbaine 5,6% Population rurale 3,1%
Economie	
PIB par habitant en dollar US (1\$=500 FCFA) en 2006	503
Taux annuel de croissance économique (2007-2010)	5,0%
Population vivant en dessous du seuil national de pauvreté en 2010	43,6 % (4)
Indice de Développement Humain IDH en 2005 (RMDH 2007)	0,38
Santé	
Taux de mortalité infanto-juvénile (< de 5 ans):	95 pour mille ED(3)
Taux de mortalité infantile pour mille :	56 pour mille (3)
Enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition chronique (Taille pour âge)	16,4% (- 3 ET) & 33,3% (-2 ET) (3)
% Enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition aigue (Poids pour taille)	2,8% (- 3 ET) & 11,6% (-2 ET) (3)

% des enfants de moins 6 mois allaités exclusivement au sein:	33% (3)
% des accouchements assistés par un personnel de santé	61,3% (3)
Taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances vivantes pour 1000 adolescentes de 15 à 19 ans)	172 ‰
Taux de mortalité maternelle: pour 100 mille naissances vivantes	368 (3)
% d'enfants de moins d'un an vaccinés contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche (DTC3) :	57,1 % (3)
% d'enfants vaccinés contre la rougeole:	71,7 % (3)
% des femmes en âge de procréer	43,6% (1)
Education	
Taux brut de scolarisation au primaire	68%(3)
Taux brut de scolarisation au primaire (filles)	64,9% (3)
Taux brut de scolarisation au primaire (garçons)	71% (3)
Taux d'alphabétisation des femmes de 15-49 ans	21%
Eau -Electricité- Environnement	
Accès à l'eau potable des ménages	66%(3)
Accès à électricité des ménages	26%(3)
Ménages utilisant les lieux indiqués pour l'évacuation des ordures (ELIM) 2006)	24,6%
Accès aux latrines	89,1%
Protection	
Enregistrement à la naissance	77% (EDS5 2012) 53,3% (EDS4 2006); 48% (EDSIII 2001)
% de femmes de 15 à 49 ans victimes d'excision	91% (EDS5 2012) 85% (EDS4 2006); 91,6% (EDS3 2001);
% des enfants 5-14 ans qui travaillent:	32,7% (EDS5 2012) 34,9% EDS3 2001
VIH/sida	
Taux de prévalence du sida des adultes de 15 à 49 ans (EDS V)	Homme 0.8% Femme 1.3% Ensemble 1,1 % (3)

(1) RGPH 2009

(2) CSCR 2007-2011

(3) EDSM V 2012-2013

(4) ELIM 2010

RESUME EXECUTIF

Contexte

Dans le cadre de son programme de coopération avec le Gouvernement du Mali, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a approuvé pour la période 2008 - 2012 son 6^{ème} programme d'assistance au pays pour un montant de 20,5 Millions \$US. Ce programme s'inscrit en droite ligne avec le plan stratégique de l'UNFPA 2008- 2011 revu en 2012-2013 et le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2008 - 2012. Une évaluation finale de ce programme avait été réalisée en 2011. Suite à la crise sociopolitique déclenchée en 2012, le Système des Nations Unies (SNU) a soutenu la période de transition 2012/2013 à travers l'élaboration et la mise en œuvre de son « Cadre Conjoint d'Appui à la Transition (CCAT) ». Ainsi le programme a connu une extension sur la période 2013-2014.

La présente évaluation du 6^{ème} programme Mali-UNFPA permet d'enrichir et de compléter celle de 2011 en y intégrant les années d'extension de 2013 et 2014.

(i) But

L'objectif général de l'évaluation est de satisfaire à l'obligation de rendre compte et d'apprendre de la mise en œuvre du programme des leçons contribuant à une meilleure planification et une meilleure mise en œuvre du 7^{ème} programme de coopération Mali-UNFPA 2015 – 2019.

(ii) Objectifs de l'évaluation

Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont: (i) évaluer le programme selon les critères de pertinence, efficacité, efficience et durabilité (ii) analyser le positionnement stratégique de l'UNFPA et (iii) analyser le système de suivi évaluation du programme.

(iii) Méthodologie

La portée de l'évaluation est nationale. Elle a couvert l'ensemble du programme composé de trois domaines : santé de la reproduction, population et développement et genre & droits humains. Les méthodes utilisées ont été la revue documentaire, les interviews d'informateurs clés et l'observation. Elles ont permis entre autres l'analyse du contexte institutionnel et du cadre partenarial du programme, l'évaluation de l'impact des activités sur le terrain et l'analyse du système de suivi-évaluation.

Plus d'une cinquantaine de structures partenaires d'exécution ont été visitées. Quelques bénéficiaires directs ont été aussi interrogés.

Certaines limites doivent être mentionnées, notamment la difficulté de disposer de tous les indicateurs d'atteinte de certains produits. Le temps imparti n'a pas toujours permis de rencontrer toutes les cibles. En dépit de ces limites, les données collectées à travers les différentes sources et la méthode d'analyse utilisée permettent de conduire à des résultats fiables.

(iv) Principales conclusions

- **Niveau programmatique**

- ✓ **Pertinence**

Le programme de coopération peut être jugé pertinent car prenant en compte les priorités nationales et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les objectifs et les résultats attendus sont en conformité avec les politiques publiques à savoir les Cadres Stratégiques pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCRP) 2007-2011 et 2012 - 2017, la Politique Nationale Genre (PNG), la Politique Nationale de Population (PNP), le Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS II, opérationnalisé à travers le PRODESS II), la feuille de Route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et le Schéma Directeur de la Statistique. Les stratégies utilisées sont appropriées et concourent à l'atteinte des résultats escomptés.

- ✓ **Efficacité**

La mise en œuvre de la composante Santé de la Reproduction (SR) a contribué à la réalisation de nombreux résultats notamment le renforcement de l'accès à des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) de qualité à travers les rénovations, l'équipement des structures de santé, la mise à disposition d'ambulances pour améliorer le système de référence/évacuation en réduisant le deuxième retard lié la prise en charge de qualité des urgences obstétricales, le renforcement des capacités des prestataires dans plusieurs domaines. A cela s'ajoute le renforcement du Schéma Directeur d'Approvisionnement (SDA), l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels et des produits contraceptifs en vue de sécuriser davantage les produits de la SR dans le cadre de la mise en œuvre du programme de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (SPSR). Dans ce sens, il est à noter qu'en 2013, 98% des points de prestations de services offraient au moins cinq (5) méthodes contraceptives modernes. Cela démontre une augmentation significative de la couverture des services de PF surtout en ce qui concerne l'offre des Méthodes de Longue Durée (MLD). La part de celles-ci dans l'augmentation de la couverture représente 20%. Dans le domaine de la fistule obstétricale, entre 2008 et 2011 plus de 85% des femmes porteuses de fistules recrutées ont été traitées, guéries et réinsérées dans leurs communautés. La contribution du programme dans l'utilisation des services de santé de la reproduction s'est poursuivie pendant la période de crise et cela, malgré la destruction de la majorité des structures dans les zones occupées, à travers l'organisation des missions médicales et les prestations fournies par les équipes mobiles de certaines ONGs internationales comme le CICR.

Pour les jeunes et adolescents, le programme a contribué au renforcement de l'accès à l'information et l'offre de services de santé de la reproduction y compris, la distribution des produits contraceptifs à travers la création et l'animation des centres de promotion des jeunes dans les régions de Kayes, Sikasso, Tombouctou et le district de Bamako.

Le programme a également apporté un appui probant en matière de prévention du VIH/SIDA chez les jeunes/adolescents et les femmes enceintes par la fourniture d'information, la création de sites de Prévention Transmission Mère-Enfant (PTME), la création et l'animation des Centres de Dépistage Volontaires (CDV), ainsi que la distribution communautaires de préservatifs masculins et féminins.

Enfin le programme a concouru à l'élaboration des documents stratégiques comme le plan stratégique de lutte contre la fistule obstétricale, Santé de la reproduction (SR), Planification Familiale (PF) et le VIH/SIDA.

Dans le domaine de la population et développement, la réalisation du recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) 2009 a rendu disponibles des données de population de qualité, désagrégées par sexe. Ces résultats représentent une contribution considérable dans la disponibilité des données de population pour une meilleure planification et un suivi adéquat de la réalisation des objectifs de développement. En outre, ils constituent la base des perspectives d'orientations stratégiques pour la réduction du rythme de croissance démographique et la création des conditions favorables au développement économique.

Des acquis importants ont été enregistrés dans la formation des cadres, particulièrement ceux du niveau opérationnel (déconcentré et décentralisé) pour la prise en compte des questions de population dans la planification du développement. Les Programmes Prioritaires Nationaux et Régionaux d'Investissement en matière de Population (PIPP et PRPIP) de 2004-2008 ont été mis en œuvre et leur rapport évaluation finale a été validé. Le rapport a été diffusé au niveau national et régional. Quant aux PAIPP et PRAIPP 2010-2014, ils ont été élaborés et leur mise en œuvre se terminera cette année.

En outre, les responsables de 127 communes rurales et urbaines ont été formés en intégration de la variable démographique dans les documents de planification. La collaboration avec le secteur de l'éducation a permis l'élaboration d'outils cartographiques d'aide à la prise de décision, élaborés à partir des données du Recensement.

Par ailleurs, les sessions de dialogue politique et de plaidoyer conduites ont permis de mettre les questions de population, la croissance démographique et le dividende démographique au cœur des réflexions stratégiques des acteurs au développement. Parmi les résultats significatifs on peut noter la réintégration dans l'architecture des politiques publiques en 2013 d'un ministère de la planification, de l'aménagement du territoire et de la population ; la mise en place d'un fonds de développement statistique au sein du budget de l'Etat et la création, pour la première fois au Mali, d'un établissement de formation en statistique.

La composante **Genre/Egalité /Droits humains** a enregistré des avancées notables visant à renforcer la connaissance et la mobilisation des femmes et des filles en faveur de leurs droits. Le programme a appuyé la formulation et l'adoption de politiques, stratégies et instruments législatifs visant à faciliter sa promotion et sa prise en compte dans la planification du développement. Il s'agit notamment de la Politique Nationale Genre en 2010, d'une stratégie et d'un plan d'action pour la budgétisation sensible au genre en 2011, de la politique nationale pour l'abandon de la pratique de l'excision en 2010. Aussi, un fonds d'autonomisation de la femme et d'épanouissement de l'enfant (FAFE) a été mis en place en 2011 dans le cadre du financement de la Politique Nationale Genre (PNG).

Le code de la famille a été adopté et promulgué, unifiant les anciens textes de lois disparates. Par ailleurs, dans le domaine de l'abandon des mutilations génitales féminines (MGF), 1042 communautés ont déclaré publiquement son abandon. Même si les tendances de l'enquête démographique et de santé (EDS V) montrent qu'il n'y a guère de baisse de l'excision au Mali

dans la tranche d'âge de 15-49 ans, une étude récente¹ montre que la prévalence de la pratique pour la tranche d'âge de 0-15 ans est de 52%.

Dans le cadre des activités d'urgence, le programme a été remarquable tant au niveau de la sensibilisation pour la prévention des violences basées sur le genre (VBG) qu'au niveau de la prise en charge des femmes victimes de violences basées sur le genre (VBG). L'UNFPA, à ce niveau, a joué un leadership certain en assurant la coordination du sous-groupe de travail sur les violences basées sur le genre (VBG). Des victimes de violences basées sur le genre (VBG) ont bénéficié de prise en charge médicale, psycho sociale. Souvent, des procédures judiciaires ont été déclenchées.

L'UNFPA, dans le contexte de la crise sécuritaire a renforcé les capacités de plusieurs acteurs humanitaires, dont des éléments des forces armées et de sécurité, de structures membres du sous cluster violences basées sur le genre (VBG), d'ONG partenaires de l'UNICEF, des élèves maitres dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des violences basées sur le genre (VBG). L'impact de ces formations était quasi-immédiat.

Les résultats décrits ci-dessus permettent de conclure que, malgré quelques insuffisances, le programme a été efficace dans sa mise en œuvre.

✓ **Efficience**

Les mécanismes d'intervention (outils et procédures de financement, réglementation administrative, etc.) ont été partagés avec les partenaires d'exécution. Cependant, des insuffisances ont été constatées sur la connaissance et l'utilisation des outils. Le processus de planification et d'adoption des PTA est relativement long. Aussi, des retards de mise à disposition des ressources financières ont été fréquents. Dans l'ensemble, le programme peut être jugé plutôt efficient.

✓ **Durabilité**

L'Etat a intégré les activités du programme dans sa propre planification. Ce faisant, il a accru son appropriation du programme et sa contribution à son financement. Ainsi, il existe dans le budget de l'Etat des lignes budgétaires spécifiques pour l'achat des médicaments essentiels, y compris les produits traceurs en matière de santé maternelle et les contraceptifs. L'Etat s'est également impliqué récemment dans l'achat des intrants et autres réactifs pour le dépistage et la lutte contre le VIH/SIDA. Le renforcement du rôle de la Direction Nationale de la Population (DNP) et ses démembrements régionaux représente un effort à soutenir pour la promotion et l'opérationnalisation de la politique nationale de population (PNP). La création d'un fonds de développement statistique alimenté par les ressources nationales propres constitue aussi un élément de pérennisation dans la disponibilité de données et analyses statistiques. Cependant l'intégration des questions de population dans la planification du développement n'a toujours pas bénéficié d'appropriation nationale.

¹ Aspects épidémiologiques, cliniques et socio-économiques de l'excision dans le district de Bamako, AMAPED sous financement UNFPA

L'ancrage institutionnel assuré par le programme national de lutte contre l'excision (PNLE), l'existence d'un plan et d'une politique nationale contre les mutilations génitales féminines (MGF) sont autant d'atouts pour pérenniser les actions à terme.

A noter aussi l'implication et l'appropriation de la communauté dans la mise en œuvre du programme, notamment dans le cadre de la promotion de la planification familiale (PF) et de la lutte contre les mutilations génitales féminines (MGF).

- **Alignement stratégique**

Le 6^{ème} programme a été élaboré sur la base du Plan stratégique de l'UNFPA, de l'UNDAF et des grandes orientations du gouvernement malien. Il accorde une attention particulière aux groupes défavorisés. Il assure l'amélioration des compétences des partenaires à travers d'innombrables renforcements de capacité.

Suite à la crise politique, sécuritaire et humanitaire qu'a connue le Mali, le Système des Nations Unies (SNU) a soutenu le gouvernement malien avec la signature du cadre conjoint d'appui à la transition (CCAT). Ainsi, le programme s'est orienté vers l'humanitaire ce qui met en exergue sa réactivité.

La capacité de l'UNFPA à mener efficacement des plaidoyers auprès du gouvernement et des autorités politiques a été déterminante, particulièrement son dialogue politique fructueux a permis la création d'un Ministère en charge des questions de population.

- **Suivi Evaluation**

Globalement, le système de suivi et évaluation du programme peut être jugé moyen. Il avait été prévu que le suivi et l'évaluation du programme se feroient selon les principes et les méthodes de la gestion axée sur les résultats et conformément aux procédures et directives établies par l'UNFPA pour l'exécution nationale. Mais au démarrage du programme en 2008, il n'y avait pas d'équipe de suivi et évaluation en place au Bureau-pays de l'UNFPA et le mécanisme prévu pour mesurer l'atteinte des différents niveaux de résultats n'a pas pu être mis en place. C'est à partir de 2010, qu'une équipe chargée de suivi et évaluation y a été installée. Cette équipe s'est attelée à la mise en place d'un système de suivi-évaluation fonctionnel conformément au Plan Stratégique de l'UNFPA et l'UNDAF sur la base des outils et procédures convenues avec les parties prenantes. Toutefois, son analyse fait ressortir qu'il n'a pas fonctionné à hauteur de souhait.

Des insuffisances ont été rencontrées dans la formulation et la mesure de certains indicateurs. De même, la gestion des risques et hypothèses liés à l'atteinte des résultats du programme n'a pas été explicitement prise en compte dans le système de suivi et évaluation et des lacunes ont été décelées dans le suivi des activités, des produits et des effets. Ce qui a rendu plus ardue l'analyse des résultats du programme malgré la disponibilité de divers outils de suivi et évaluation. Par ailleurs, entre 2008 et 2011, beaucoup de faiblesses résidaient dans la coordination du programme (coordination d'ensemble et coordination par composante). Mais suite à l'évaluation du

programme de 2011, des améliorations ont été faites en la matière et ont abouti, principalement à la mise en place d'un comité de pilotage du programme fonctionnel, l'instauration des réunions périodiques intra-produit et la redynamisation des réunions annuelles de revues et de planification. Malgré ces améliorations la quasi-totalité des partenaires estiment que le suivi du programme est à améliorer.

(v) Recommandations

1 Au niveau stratégique

Eu égard à la discussion des termes de référence des investigations à entreprendre au Mali sur la question du « dividende démographique » grâce au dialogue politique initié par l'UNFPA auprès du Gouvernement malien, il convient de consolider ces acquis.

- Renforcer et pérenniser les cadres de dialogue et de concertation sur les questions de population et de dividende démographique ;

Certes, les interventions du programme prennent en compte les groupes vulnérables, toutefois certains sont moins ciblés notamment dans le domaine de la santé et de l'équité genre.

- Toucher davantage les populations les plus vulnérables en l'occurrence les filles migrantes, les enfants talibés, les enfants abandonnés etc.

2 Au niveau programmatique

La réalisation du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2009 a permis la mise à disposition des données de population pour une meilleure planification et un suivi adéquat de la réalisation des objectifs de développement. Des acquis importants ont été enregistrés dans la formation des cadres pour la prise en compte des questions de population dans la planification. Toutefois, l'utilisation faite de ces compétences n'est pas clairement documentée.

- prendre les dispositions nécessaires pour mieux valoriser les compétences acquises dans la prochaine génération des PAIPP et PRAIPP.

L'offre des méthodes de longue durée a beaucoup contribué à l'amélioration de la prévalence de la Planification Familiale (PF) observée dans l'Enquête démographique et de Santé (EDS V) et elle ne couvre pas tous les districts de la zone d'intervention du programme.

- Etendre l'utilisation des méthodes de longue durée ;

Le programme a beaucoup contribué au soutien de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne et à travers les renforcements de capacités des prestataires, l'équipement de qualité des structures de prise en charge dont les ambulances.

- Soutenir la référence-évacuation pour une meilleure couverture des besoins et une prise en charge de qualité;

Le programme a permis la validation du plan stratégique national de la lutte contre la fistule. Le partenariat avec les ONG a permis d'améliorer le recrutement des femmes victimes de fistule obstétricale, la prise en charge gratuite et leur réinsertion dans la communauté.

- Renforcer l'appui à la prise en charge de la fistule obstétricale au niveau des Hôpitaux, des Centres de Santé de Référence (CSRéf), et à travers des actions communautaires soutenues par les ONG.

Le programme a appuyé la formulation et l'adoption de la politique nationale genre et œuvre pour son application effective assurée par les cadres de pilotage. Cet acquis est très important et contribuerait à l'atteinte de l'OMD 3.

- Renforcer les cadres de pilotage de la Politique Nationale Genre (PNG) notamment à travers un appui technique et institutionnel.

L'existence de répondants officiels de la Direction Nationale de la Population (DNP) dans les régions jusqu'au niveau de la commune représente un effort à soutenir pour la promotion de l'opérationnalisation de la Politique Nationale de Population (PNP) au sein de la communauté locale.

- Prendre les dispositions avec la Direction Nationale de la Population (DNP) pour élargir son appui de mise en œuvre de la PNP aux niveaux les plus opérationnels (structures déconcentrées et décentralisées) tout en veillant à l'identification de stratégies nouvelles capables de faciliter l'intégration des aspects démographiques dans la planification ;

Tous les partenaires ont décrié la lourdeur et les procédures de l'UNFPA, même au niveau du bureau pays. Le processus de planification et de décaissement est relativement lent.

- Evaluer l'application des mécanismes et procédures de gestion de l'UNFPA en vue de leur adaptation aux réalités du terrain.

3 Aspects transversaux

Eu égard aux insuffisances ressorties en matière de planification, suivi et évaluation, il importe de :

- Mettre en place dès le démarrage du prochain programme un système de suivi-évaluation efficace pour une meilleure collecte des données sur les indicateurs du programme en collaboration avec les différents partenaires tout en renforçant l'utilisation de la Gestion Axée sur les Résultats
- Rendre plus opérationnels les cadres de coordination du programme en mettant un accent particulier sur la coordination intra-produit et la dynamisation du comité de pilotage;
- Améliorer le processus de planification du programme en participant par exemple aux organes de gestion du PRODESS dont le CROCEP ;
- Assurer les supervisions régulières à tous les niveaux tout en mettant l'accent sur les supervisions conjointes.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Dans le cadre de son programme de coopération avec le Gouvernement du Mali, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a approuvé pour la période 2008 - 2012 son 6ème programme d'assistance au pays pour un montant de 20,5 Millions \$US dont 13,5 sur les ressources régulières et 7 à rechercher auprès d'autres sources. Ce programme s'inscrivait dans le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF 2008-2012). Il reposait sur les priorités nationales définies dans les politiques et plans stratégiques nationaux et pour les secteurs de la santé, de la promotion de la femme et de l'équité du genre. De même le 6ème programme s'est fondé sur la politique nationale de population et de développement. Il a aussi pris en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le Programme s'articule autour de trois (3) composantes: **Santé de la Reproduction (SR), Population et Développement (P&D), Promotion des droits humains, de l'égalité et de l'équité de genre (Genre).**

Les principaux partenaires d'exécution du programme sont respectivement le ministère en charge de la Santé et de l'hygiène publique pour la composante SR, le ministère en charge des questions de populations pour la composante P&D et celui en charge des questions de genre pour la composante égalité et équité de genre.

Pendant que ces ministères assuraient la coordination de leur composante respective, le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Internationale fut chargé de la coordination d'ensemble du programme au niveau national.

Les organisations de la société civile (ONG, Associations, réseaux de communication) ont pris une part active à l'exécution de certains volets du programme pour lesquels elles ont des capacités d'intervention avérées. Des activités conjointes ont aussi été initiées avec certaines Agences du système des Nations Unies.

Le programme a connu une extension sur la période 2013 –2014 suite à la crise multiforme déclenchée en 2012. Le système des Nations Unies (SNU) a soutenu la période de transition 2012/2013 à travers l'élaboration et la mise en œuvre de son « Cadre Conjoint d'Appui à la Transition (CCAT) » qui a constitué alors le cadre stratégique commun des activités opérationnelles du SNU au Mali. A travers le CCAT, le SNU intervient en appui aux efforts du gouvernement et en cohérence avec les interventions des Partenaires Techniques et Financiers en vue de relever les défis de la phase post-conflit en cours.

En réponse aux nouveaux besoins, l'UNFPA a mené des actions dans le domaine humanitaire afin de sauver des vies dans un contexte d'urgence dans les zones affectées par la crise, principalement dans les trois régions du nord et celle de Mopti.

Les résultats de cette évaluation, complétant celle de l'évaluation finale mandataire de 2011, permettront de documenter les acquis d'ensemble du programme d'une part et d'autre part d'orienter le nouveau programme de coopération Mali-UNFPA, le CPD7.

1.1. But et objectifs de l'Évaluation du Programme Pays

Faisant suite à l'évaluation mandataire de 2011, cet exercice permettra d'assurer la complétude de l'évaluation du 6^{ème} programme Mali-UNFPA en prenant en compte les années d'extension 2013/2014.

L'objectif général de l'évaluation est de satisfaire à la responsabilité de rendre compte et d'apprendre de l'exercice du 6^{ème} programme et de ses années d'extension des leçons contribuant à une meilleure planification et une meilleure mise en œuvre du prochain cycle de programmation, le 7^{ème} programme de coopération Mali-UNFPA 2015 – 2019.

L'évaluation a trois principaux objets :

1. L'analyse des domaines de concentration du programme (focus areas) (a) Population et développement, (b) Santé de la reproduction et (c) équité genre : Il s'agit d'évaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité de chacune des composantes du programme.
2. L'analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA dans le pays : Il s'agit à ce niveau d'évaluer a) l'alignement du programme avec le plan stratégique 2008-2011 (PS), l'UNDAF 2008-2012, y inclus la contribution de l'UNFPA au mécanisme de coordination de l'UNCT, et l'évaluation à mi-parcours du plan stratégique 2008-2013 de l'UNFPA ; b) les capacités du bureau à répondre aux nouvelles priorités et nouveaux défis du pays et c) la valeur ajoutée de l'UNFPA aux résultats de développement du pays au regard des contributions d'autres partenaires/PTF.
3. L'analyse du système de suivi évaluation mis en place : Il s'agit ici d'identifier les faiblesses du système de suivi évaluation du programme afin d'y apporter les améliorations nécessaires, particulièrement au bénéfice du nouveau programme. L'évaluation du système de suivi évaluation se focalisera essentiellement sur le système mis en place, ses outils et l'examen de la qualité des indicateurs.

1.2. Portée de l'évaluation

L'évaluation a une portée nationale, globalement toutes les zones d'intervention de l'UNFPA au Mali étant concernées. Au regard des objectifs recherchés, environ trois mois ont été prévus pour sa réalisation dont 3 semaines pour la phase active intense de collecte et d'analyse des données.

Une équipe de trois consultants ont été recrutés pour sa mise en œuvre et la production des rapports attendus, conformément aux termes de référence (cf. annexes).

1.3. Processus et méthodologie de l'évaluation

1.3.1 Processus de l'évaluation

De façon générale, l'évaluation a été réalisée en 5 phases :

1. **La phase de préparation** qui a consisté à la mise en place d'un groupe de référence et de contrôle qualité, la préparation de la liste des documents et des parties prenantes.
2. **La phase de conception** où les évaluateurs ont produit un rapport de conception avec un accent particulier sur la méthodologie détaillée, la matrice de l'évaluation, la liste des structures et les bénéficiaires à enquêter et la méthode d'analyse. La matrice d'évaluation a permis d'élaborer les outils de collecte.
3. **La phase de conduite de l'évaluation** (Missions sur le terrain) pour la collecte et l'analyse des données et la production des résultats préliminaires et recommandations de l'évaluation. L'équipe d'évaluateurs a travaillé dans le district de Bamako, mais aussi dans les régions de Ségou, Mopti, Sikasso et Kayes.
4. **La phase de Rapportage** : le draft du rapport a été présenté au groupe de référence. Les observations ont permis de faire le rapport final.
5. **La phase de Diffusion du rapport** auprès des acteurs concernés aussi bien au niveau du SNU qu'au niveau national.

1.3.2 Méthodologie

Critères et questions d'évaluation

Le premier objet de la présente évaluation est d'analyser les domaines de concentration du programme. Pour atteindre cet objectif et conformément au guide d'évaluation des CPD, les critères retenus sont : la pertinence, l'efficacité, l'efficience et la durabilité. Sur la base de ces critères, des questions d'évaluations ont été formulées en lien avec chacune des trois composantes du programme (SR, P&D et genre). Des questions ont été également formulées pour les autres objets de l'évaluation que sont l'analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA et l'analyse du système de suivi et évaluation. Tous ces critères et questions sont résumés dans la matrice de l'évaluation en annexe 4 de ce rapport.

Echantillonnage : sélections des cibles à enquêter

Sur la base des critères et questions formulés, l'évaluation a été conduite à partir d'un échantillonnage des « projets ATLAS » par output et des partenaires d'exécution et cela en conformité avec le guide d'évaluation de CPD de l'UNFPA.

Tous les projets atlas du programme ont été sélectionnés. De même le district de Bamako, ainsi que toutes les régions (à l'exception de Koulikoro où l'UNFPA n'a pas de partenariat direct avec une structure régionale) ont été couverts. A Bamako tout comme dans chacune des régions, des acteurs clés ont été sélectionnés sur la base d'un certains nombres de critères dont, entre autres, l'importance dans l'exécution du programme, la spécificité de leurs interventions et leur contribution à un ou plusieurs produits du programme.

Le choix a donc concerné les acteurs clés au niveau national, régional et local. Ainsi, les structures sélectionnées comptent des services centraux de l'Etat, des partenaires publics, des partenaires techniques et financiers (PTF), et les ONGs qui ont travaillé dans le cadre du programme. Toutes les structures responsables de produits, en occurrence les directions nationales en charge des trois domaines de concentration de l'UNFPA, toutes les directions régionales et les hôpitaux régionaux ont été sélectionnées.

Cependant à cause des problèmes d'insécurité dans les régions du nord, les évaluateurs n'ont pas pu s'y rendre. dans ces régions. Toutefois, des dispositions ont été prises pour que les acteurs ciblés de ces régions se rendent à Mopti pour y être enquêtés.

Le tableau ci-dessus donne la liste complète des structures interviewées.

Tableau 1: *Liste des structures interviewées*

Bamako	Ségou	Mopti	Sikasso	Kayes
- DNP	- DRS	- DRS	- DRS	- DRS
- INSTAT	- Hôpital	- Hôpital	- Hôpital	- Hôpital
- UNFPA	- DRPSIAP	- DRPSIAP	- Antenne du	- Antenne du
- PNLE	- DRPFEF	- DRPFEF	projet Jeune	projet Jeune
- DNS	- CSREF de	- CSCOM de sévéré	- DRPSIAP	- DRPSIAP
- CPS	Baraouéli	II	- DRPFEF	- DRPFEF
- DPM		- CSREF de Mopti	- CSCOM (Momo	- CSCOM Khasso
- CSLS/MSH		- Représentation des	et Korobarage)	et kayes Ndi
- DCM		partenaires des	- CSREF	- CSREF de kayes
- CNIECS		régions de Gao et	(Bougouni)	
- ANTIM		Tombouctou (DRS,		
- UNICEF		hôpitaux,		
- ONUFEMME		GREFFA)		
- MSI				
- PROJET JEUNE				
- FCI				
- IAMANEH				

- Réseaux des religieux				
- Cliniques juridiques				

En plus de ces structures, l'équipe d'évaluation a interrogé quelques groupes cibles ou bénéficiaires du programme. Il s'agit : des femmes victimes de Fistules obstétricales réinsérées ; des femmes césarisées, les femmes en CPN/CPoN, les ex-exciseuses ; des sites PTME, les CDV, le RIPOD, COREJCOM, et des adolescents des Centres de promotion de jeunes.

Méthodes de collecte et d'analyse des données

L'évaluation a combiné plusieurs méthodes de collecte de données (incluant l'exploitation de données secondaires). Les méthodes de collecte et les outils y relatifs ont été élaborés à partir des critères et questions d'évaluation consignés dans la matrice d'évaluation.

Les méthodes de collecte des données utilisées sont :

Revue documentaire : Elle a consisté à l'exploitation des documents, à la recherche des éléments de réponse aux questions d'évaluation, qui peuvent être des informations de type qualitatif ou quantitatif. Il s'agit :

- des documents produits dans le cadre de la mise en œuvre du programme (documents de programme, plans de travail annuels, rapports d'activités, rapports de revue de programme, rapports de suivi et évaluation, rapports de missions, etc.) pour chaque composante,
- de tout autre document, non lié au programme, susceptible de contenir des informations pertinentes relatives au contexte de la mise en œuvre du programme (Documents de politique nationale, Rapports d'enquête nationale, Rapports de recherche, Rapports des PTF, etc.).

Interviews des informateurs clés et bénéficiaires : Cette méthode a utilisé un guide d'entretien approprié. L'entretien était conduit essentiellement avec les responsables des structures du niveau national, régional, local, les ONGs partenaires, les bénéficiaires et les PTF sélectionnés. Les interviews étaient individuelles, ou en petit groupe sous forme de dyade ou triade. Pour certains bénéficiaires, des focus group ont été conduits.

Observation : Elle consistait à l'observation des aspects visibles des réalisations liées à la mise en œuvre du programme sur les sites visités. Cette observation a été souvent matérialisée par des photos.

L'utilisation de ces différentes méthodes de collecte (analyse de documents, entretiens et discussions en focus groupes et observations) auprès des cibles citées plus haut a permis la triangulation des données afin d'assurer qu'elles soient objectives et basées sur l'évidence.

L'analyse des données issues des différentes méthodes de collecte utilisées ont été comparées confortant ainsi les éléments de preuve et de tirer les enseignements. Les résultats préliminaires ont été présentés et discutés au cours d'une rencontre avec le groupe de référence constitué par le Bureau pays. Ce groupe de référence a fourni un appui pour l'assurance qualité de l'évaluation.

1.3.3 Limites de l'évaluation

La présente évaluation présente quelques limites ne remettant pas en cause cependant les résultats obtenus. Au nombre de ces limites, nous pouvons noter que :

- La disponibilité des informations est souvent limitée à causes des insuffisances dans le système de suivi-évaluation et de rapportage du Bureau pays et des partenaires d'exécution. Dans la présente étude, beaucoup de données sur les indicateurs du programme n'ont pas été disponibles sur la période couverte. Certains sont pratiquement inexistant car ne pouvant être renseignés que sur la base d'une enquête. Cette insuffisance ne permet pas d'assurer un meilleur suivi des progrès enregistrés. Peu de rapports d'activités ont été fournis par le bureau pays et les partenaires d'exécution.
- L'accès à l'information (documents pertinents, PTA, Rapports d'activités, etc.) a été limité à tous les niveaux y compris l'UNFPA. Pour les régions du Nord, les documents étaient presque inexistant à cause de leur occupation pendant la période de crise.
- Les informations collectées auprès des bénéficiaires du programme sont essentiellement qualitatives. L'échantillon des bénéficiaires est trop petit pour apprécier l'impact du programme sur le terrain.
- Le temps imparti pour la collecte des données n'a pas permis de rencontrer toutes les cibles prévues.

CHAPITRE 2: CONTEXTE

2.1- Les défis du développement et des stratégies nationales

Du contexte de l'élaboration du CPD 6, il peut être retenu quelques éléments clés (cf. CPD 6). En 2005, la population du Mali était estimée à 11.689.914 habitants avec un taux d'accroissement de 2,9% ce qui entraînerait un doublement de la population tous les 24 ans. C'est une population très jeune avec 65% de moins de 25 ans. La population féminine était estimée à 51% dont 22% en âge de procréer. L'espérance de vie à la naissance était de 60,5 ans. Le Revenu National Brut par habitant était estimé à 380 US\$ en 2006 ; 59.3% de la population vivait dans la pauvreté, et 21% dans l'extrême pauvreté.

Selon l'EDSMIV de 2006, l'indice synthétique de fécondité était de 6,6 enfants par femme; 40% des adolescentes de 15-19 ans étaient déjà mères et contribuaient à hauteur de 14% dans la fécondité totale.

Plusieurs indicateurs restaient bas dans le domaine des services sociaux de base, malgré les efforts importants entrepris par le Gouvernement et ses partenaires et en occurrence les Agences des Nations Unies. La mortalité maternelle était de 582 décès pour 100 000 naissances vivantes. Les principales causes retenues étaient entre autres : le faible taux d'accouchement assistés, estimé à 49% (EDSM IV 2006), la faible prévalence contraceptive : 6,4% (EDSM IV 2006) pour les méthodes modernes, avec des besoins non satisfaits en contraception estimés à 29% parmi les femmes en âge de procréer, une fécondité précoce, fréquente et tardive.

L'accès aux soins obstétricaux d'urgence était limité pour les femmes enceintes présentant des complications, avec seulement 39 structures SOUC et 41 SOUB. Cette situation était exacerbée par la faible utilisation des services de santé et le faible statut juridique de la femme corroboré par un taux d'analphabétisme élevé (88%) et la persistance de pesanteurs socio-culturelles.

85% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont été excisées au Mali (EDMS IV 2006). Plus de trois femmes sur quatre (76%) et 70% des hommes de 15 à 59 ans étaient encore favorables à la poursuite de cette pratique.

La vie sexuelle des jeunes était caractérisée par la précocité, la multiplicité des partenaires et la faible connaissance des risques liés à l'activité sexuelle précoce. Les infections sexuellement transmissibles étaient mal connues; 73% des jeunes femmes et 68% des jeunes hommes de 15-24 ans interrogés ne connaissaient pas les infections sexuellement transmissibles. Au niveau national, le taux de séroprévalence de l'infection à VIH était estimé à 1,3% (EDSM IV) avec des variations de 3,4% parmi les femmes enceintes reçues en consultation prénatale (ISBS 2005) 2,5% parmi les routiers (ISBS 2006) et 35.3% parmi les professionnelles du sexe (ISBS 2006).

Le Mali a élaboré et adopté un Cadre Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, cadre unique de référence des politiques et stratégies de développement et qui a servi de base pour

la formulation du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) pour la période 2008-2012. L'UNDAF définit la réponse collective, cohérente et intégrée des Nations Unies pour contribuer à la prise en charge des priorités nationales, y compris les OMD. Le Mali dispose par ailleurs, de politiques et programmes sectoriels contribuant à la réalisation du PA/CIPD dans les domaines de la lutte contre le VIH/SIDA, l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale, la lutte contre l'excision, la promotion de l'équité et l'égalité de genre, de la jeunesse et la communication en matière de santé de la reproduction etc.

Le 6^{ème} Programme Pays de coopération entre le Mali et l'UNFPA a donc été élaboré dans ce contexte national et en cohérence avec le plan stratégique de l'UNFPA.

En 2012, le pays fut plongé dans une crise politique, sécuritaire, institutionnelle et humanitaire sans précédent. Cette crise débutée en janvier 2012 a perduré jusqu'à la fin de l'année 2013.

Le système des Nations Unies (SNU) a soutenu la période de transition 2012/2013 à travers l'élaboration et la mise en œuvre de son « Cadre Conjoint d'Appui à la Transition (CCAT) » qui a constitué alors le cadre stratégique commun des activités opérationnelles du SNU au Mali. A travers le CCAT, le SNU a appuyé les efforts du gouvernement dans le but de relever à la fois les nouveaux défis de développement socio-économiques et humanitaires tout en renforçant les capacités de résilience et celles des jeunes en particulier. C'est ainsi que l'UNFPA a mené des actions dans le domaine humanitaire à partir de 2012 afin de sauver des vies dans un contexte d'urgence dans les zones affectées par la crise, principalement dans la région de Mopti et les régions du nord.

2.2. Avancement vers les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

La crise sécuritaire et politique au Mali a eu des impacts négatifs sur le 6^{ème} programme, entraînant une dégradation des acquis dans les zones les plus affectées, particulièrement les trois régions du nord et celles de Mopti. En ce qui concerne les OMD 5 et 6 où l'UNFPA est particulièrement actif, si l'on dénote des progrès évidents dans la lutte contre le VIH/SIDA, l'amélioration de la santé maternelle et des droits des femmes en matière de santé reproductive restent encore un grand défi. Au Mali, la mortalité maternelle doit être réduite de trois quarts, pour atteindre la cible de 144,3 pour 100 000 naissances vivantes en 2015. De 582 décès pour 100 000 en 2001 selon l'Enquête démographique et de santé (rapport EDS III), elle a baissé à 363,6 en 2009 selon le Recensement général de la population et de l'habitat de 2009 de (RGPH). Il faut nuancer cette baisse en raison de la nature différente des deux sources. Il faut noter aussi qu'en 2009, la mortalité maternelle en milieu urbain qui était de 115,2 décès pour 100 000 naissances vivantes était inférieure à la valeur cible, alors qu'à la même période, celle du milieu rural était supérieure- 550 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Proportion d'accouchements assistés en hausse

L'amélioration du niveau de mortalité est en rapport avec l'augmentation de la proportion d'accouchements assistés, du suivi prénatal et post-natal et surtout du contrôle de la fécondité. La proportion d'accouchements assistés enregistre une augmentation régulière avec 55% en 2006 et 58% en 2009. L'écart entre milieux (rural et urbain) et entre régions est considérable. Dans le

District de Bamako, la proportion atteint les 90% (supérieure à la cible de 84,8%) en 2011 alors que dans les régions de Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal, la proportion atteint à peine 40%. Les consultations prénatales évoluent selon un schéma similaire.

Par contre, le niveau de la fécondité reste élevée malgré la diminution très lente constatée ces derniers temps : l'indice synthétique de fécondité passe de 6,71 enfants par femme en 2000-2005 à 6,12 en 2010-2015 alors que la cible en 2015 est fixée à 1,7 enfants par femme.

La prévalence de la séropositivité a baissé elle aussi, passant de 1,7% en 2001 à 1,3% en 2006. Cependant, à la même période, elle est nettement plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural et 50% plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Le budget de l'État consacré à la santé : Sur la période de 2004 à 2012, le budget a stagné pendant autour de 7-8 % du budget d'Etat. Ceci représente la moitié des 15 % convenus dans la déclaration d'Abuja. Les Comptes Nationaux de la Santé devraient mettre en évidence la part de chaque entité dans le financement de la Santé. En effet, cela nous permettrait d'appréhender la part des ménages qui constitue pratiquement la totalité des fonds privés (92 % par les ménages).

2.3. Rôle de l'aide externe

Le Mali bénéficie en général d'un soutien important de la communauté internationale. Plus de 40 Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sont présents dans le pays, avec une forte concentration de leur appui dans le secteur de la santé, de l'éducation et du développement rural. Les décaissements en hausse avec une valeur annuelle d'environ 450 millions d'euros², dont près de 64% sont sous forme de dons. L'approche projets prédomine avec plus de 80% des financements, représentant 500 actions recensées en 2006 d'une valeur moyenne d'environ 4 millions d'euros. L'aide extérieure représente ainsi, une part importante des ressources budgétaires de l'Etat. Sur les trois années 2003-2005, elle a été en moyenne de 38 % hors ressources PPTE et de 43 % comptant dans les ressources PPTE. Le Mali a bénéficié à partir de 2006 de l'initiative d'allègement de la dette multilatérale. Le montant de la dette annulée dans ce cadre est de l'ordre de 1020 milliards de FCFA, ce qui représente près de 55% de l'encours total de la dette.

L'APD au Mali et le Système des Nations Unies

Selon les résultats préliminaires de l'enquête sur l'Aide Publique au Développement au Mali, engagée en 2010 sous l'égide du Secrétariat à l'Harmonisation de l'Aide (SHA), l'assistance du Système des Nations Unies au Mali s'élevait à 93,9 millions de dollars en 2009 soit une progression de 10,2% des décaissements du SNU par rapport à 2008.

L'enquête montre que le SNU utilise à plus de 80% les procédures nationales, sans toutefois faire de l'appui budgétaire. La coopération technique reste prédominante (plus de 85% de notre APD) et l'approche programme est mise en avant, même si le nombre des projets du SNU est encore élevé (près de 150 projets en 2009).

² CPAP PNUD 2008-2012

CHAPITRE 3: REPONSES DU SNU ET DE L' UNFPA ET STRATEGIES PROGRAMMATIQUES

3.1. Réponses du SNU et de UNFPA

Différents documents ont constitué des cadres clés de l'intervention du SNU et de l'UNFPA au Mali : (1) Les Objectifs du Millénaire pour le Développement, (2) la PA/CIPD, (3) le plan stratégique 2008-2011 de l'UNFPA pour « Accélérer l'application par les pays du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement » et définissant le mandat de l'UNFPA dans les domaines de population et développement, santé et droits en matière de procréation et égalité des sexes.

Par ailleurs, les leçons apprises de la revue à mi-parcours en 2011 du plan stratégique 2008-2011 de l'UNFPA ont permis de recadrer l'orientation stratégique de ses interventions pour la période de 2012 et 2013. En outre, la " Stratégie de réponse humanitaire - deuxième génération " de l'UNFPA, adoptée en Janvier 2012, est la «programmation humanitaire intégrée qui contribue à l'objectif global (de l'UNFPA) de réalisation de l'accès universel à la SR (y compris la planification familiale). Cette stratégie vise à promouvoir les droits en matière de reproduction, réduire la mortalité maternelle et accélérer les progrès du plan d'action de la CIPD et des OMD 5 afin de renforcer et d'améliorer les conditions de vie des populations les plus défavorisées, notamment les femmes et les jeunes (y compris les adolescents)».

En janvier 2010, les Nations Unies et le Mali ont signé la note conceptuelle « Unis dans l'Action (« Delivering as One »)» pour la mise en œuvre de la Réforme des Nations Unies au Mali. Cette Réforme vise une meilleure efficacité du soutien apporté par les Nations Unies au Gouvernement à travers un leadership et une programmation unifiés, un cadre budgétaire de référence unique, une approche plus concertée des actions des agences pour une cohérence et une efficacité renforcée des interventions du système.

3.2. Réponse de l'UNFPA à travers le programme pays

Le programme, s'inspirant du PS UNFPA et de l'UNDAF, reposait sur les priorités nationales définies en ce moment au travers des documents stratégiques tels que le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2008 – 2012) et le Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) ; la Feuille de Route pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle et néonatale ; Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH 2006 - 2010), de la Politique Nationale de Population.

3.2.1. Brève description du programme précédent

Le cinquième programme de coopération Mali/UNFPA (2003-2007) a été bâti sur deux sous-programmes : Stratégies en matière de Population et Développement (SPD) et Santé de la Reproduction (SR). Un total de cinq produits à réaliser étaient assignés au programme, dont trois au sous-programme SPD et deux au sous-programme SR.

Dans le domaine des Stratégies en matière de Population et Développement

Le cinquième programme a focalisé son appui sur l'élaboration de politiques et de stratégies et sur la réalisation d'un ensemble d'activités ayant une portée stratégique pour la prise en compte et l'intégration des variables démographiques dans les programmes et politiques de développement et dans leur mise en œuvre. Cet appui a consisté spécifiquement en :

- L'actualisation de la Politique Nationale de Population
- La formulation du deuxième Programme Prioritaire d'Investissement en matière de Population (PPIP 2004-2008).
- La mise en place de structures d'encadrement et de coordination des activités de population.
- La réalisation d'activités de sensibilisation
- L'esquisse d'une base de données intégrée en matière de population.

Dans le domaine de la Santé de la Reproduction

La contribution du cinquième programme dans ce domaine a été déterminante tant au niveau de l'élaboration des politiques, des programmes et des stratégies qu'au niveau plus vaste de l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de Santé de la reproduction dans les zones d'intervention du programme.

Le cinquième programme a soutenu de façon significative la promotion des droits Humains, de l'équité et de l'égalité de genre tant sur le plan institutionnel que sur le plan technique et celui de l'opérationnalisation des stratégies de sensibilisation et de plaidoyer.

Sur le plan institutionnel cet appui a été centré sur la Politique Nationale de Lutte contre l'Excision et sur l'adoption et la mise en œuvre du Plan d'Action national pour l'abandon de l'excision. Sur le plan opérationnel, le programme a facilité et soutenu l'implication du consortium d'ONGs et associations communautaires dans la lutte contre l'excision. Ces actions ont été complétées par la formation du personnel de santé en vue de la prise en charge des complications liées à l'excision.

Les actions de sensibilisation et plaidoyer qui ont été développées pour la mobilisation des élus et des associations de femmes pour l'adoption du Code de la Famille et l'élaboration des textes d'application de la Loi sur la Santé de la Reproduction ont enregistré un appui constant du programme.

3.2.2 Le programme 2008-2012 et l'extension 2013/2014

Le présent Plan d'Action du Programme de Pays (PA/CPAP), a permis d'opérationnaliser le programme de coopération (2008-2012) entre le Gouvernement du Mali et l'UNFPA.

Ce 6ème Programme de coopération s'inscrit dans le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement 2008-2012, élaboré sur la base des priorités définies dans le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et prenant en compte les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Le programme proposé vise à contribuer à la réalisation de quatre (4) des cinq (5) effets du PNUAD ainsi libellés:

- (i) les droits humains sont mieux connus et respectés au bénéfice de la gouvernance démocratique et de l'état de droit ;
- (ii) les capacités de l'Etat, des collectivités territoriales, des organisations de la société civile et du secteur privé en matière de planification, de formulation, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des projets et programmes nationaux de développement et d'intégration régionale et sous régionale sont renforcées ;
- (iii) l'accès des groupes vulnérables à des services sociaux de base de qualité est renforcé ;
- (iv) l'accès universel dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA est amélioré.

Le but du Programme est de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration des conditions de vie des populations à travers :

- (i) l'accès des groupes les plus vulnérables à des services de Santé de la Reproduction de qualité ;
- (ii) la disponibilité de données sociodémographiques fiables pour une meilleure prise en compte des questions de population dans les politiques et programmes de développement et un suivi adéquat du PA/CIPD et des Objectifs de Développement du Millénaire ;
- (iii) la promotion des droits humains, de l'égalité et de l'équité du genre.

Le Programme s'articule autour de trois (3) composantes: Santé de la Reproduction, Population et Développement, Promotion des droits humains, de l'égalité et de l'équité de genre. Les interventions couvriront l'ensemble des régions du Mali pour les activités de plaidoyer, de population et développement et de promotion de l'égalité et de l'équité du genre, tandis qu'elles seront concentrées dans cinq régions (Kayes, Sikasso, Tombouctou, Gao, Kidal) pour les activités de SR.

1 Composante Santé de la Reproduction

En matière de santé de la reproduction, le Programme vise l'amélioration de l'accès des populations, en particulier les plus vulnérables, aux soins et services de SR de qualité et la prévention du VIH/SIDA. Les produits à réaliser sont :

Produit 1 : L'accès des groupes les plus vulnérables à des services de santé de la reproduction de qualité, y compris la planification familiale et les Soins Obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence dans les zones d'intervention du programme.

Il s'agira d'appuyer l'opérationnalisation des stratégies retenues dans le cadre du Programme Décennal de Développement Sanitaire et Social et de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à travers :

- (i) le renforcement de la disponibilité et de la qualité des services de soins obstétricaux et néonataux essentiels et d'urgence ;
- (ii) le soutien à l'application de la politique de gratuité de la césarienne ;
- (iii) l'appui à la formation du personnel de santé en soins obstétricaux d'urgence dans les institutions de formation de base (Ecole de sages-femmes et Faculté de Médecine) et sur le lieu de travail;
- (iv) l'amélioration du plateau technique des formations sanitaires
- (v) le renforcement des capacités des structures et organisations communautaires.

Le Programme mettra un effort particulier sur l'éradication des fistules obstétricales à travers une stratégie à trois volets: la prévention des fistules, la réparation chirurgicale des cas avérés, et la réinsertion communautaire et socio-économique des femmes souffrant de fistules.

Dans le domaine de la planification familiale, les efforts viseront l'amélioration du système d'approvisionnement en produits contraceptifs et l'appui aux activités d'intensification de la planification familiale dans les structures de santé et au niveau communautaire. Un accent particulier sera mis sur la formation des prestataires de services de santé en technique contraceptive, la disponibilité effective de services de PF de qualité dans les structures de santé à tous les niveaux, l'extension des activités de distribution à base communautaire de contraceptifs, le plaidoyer pour l'adhésion des leaders communautaires à la promotion de la planification familiale, et l'inscription d'une ligne dans le budget national pour l'achat des produits de santé de la reproduction y compris les contraceptifs.

Produit 2 : L'accès à l'information et l'offre de services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes sont renforcés dans les zones d'intervention du Programme.

La réalisation de ce produit passe par l'appui du programme au renforcement des stratégies et actions visant à l'accroissement de la disponibilité de l'information sur la santé reproductive des adolescents et des jeunes, à l'amélioration de l'accès des adolescents et jeunes à des services de SR de qualité, et à l'extension des services de dépistage volontaire, d'écoute et d'orientation sur le VIH/SIDA. Un appui sera aussi apporté à la mise en œuvre du Programme National de Promotion de la Jeunesse à travers les centres de promotion des jeunes, et la généralisation des activités d'éducation à la vie familiale et en matière de population dans les systèmes formels et non formels.

Produit 3 : La prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA y compris la programmation du préservatif, est renforcée en particulier chez les adolescents/jeunes et les femmes.

Le programme appuiera la mise en œuvre du Cadre Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA (2006-2010), en particulier les stratégies relatives à la prévention du VIH parmi les jeunes et les femmes. Dans cette optique, le programme soutiendra la mise en œuvre des stratégies d'éducation non formelle visant à l'acquisition de connaissances et de compétences de vie pour la prévention du VIH, l'éducation préventive dans les centres d'écoute et de conseil des jeunes, les activités de communication pour le changement de comportement, l'approvisionnement et la promotion des préservatifs masculins et féminins, le conseil dépistage volontaire et l'organisation de services conviviaux aux jeunes dans tous les districts sanitaires l'extension des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH .

2 Composante Population et Développement

En matière de Population & Développement, le Programme vise la disponibilité de données sociodémographiques fiables pour une meilleure prise en compte des questions de population dans les politiques et programmes de développement et pour le suivi adéquat de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et u PA/CIPD

Produit 1 : la disponibilité et la qualité des données de population désagrégées par sexe sont améliorées pour une meilleure planification du développement et un suivi adéquat de la réalisation des objectifs du PA/CIPD et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Le programme appuiera la préparation et la réalisation du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) prévu en 2008, ainsi que la mise en place d'une base de données intégrée pour le suivi des indicateurs de population.

Produit 2 : Les capacités nationales d'analyse, de gestion et de coordination sont renforcées pour une meilleure intégration des questions de population, de santé de la reproduction et du genre dans les politiques, programmes et plans nationaux et régionaux de développement

L'atteinte de ce produit se fera à travers:

- (i) l'opérationnalisation des Programmes Prioritaires d'Investissement en matière de Population au niveau national et régional;
- (ii) l'appui au fonctionnement du mécanisme de coordination et de suivi/évaluation de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population;
- (iii) le développement des capacités techniques de la Direction Nationale de la Population

3 Composante Promotion des droits humains, de l'égalité et de l'équité de genre

Cette composante du programme vise à renforcer l'équité et l'égalité de genre à travers

- (i) la mise en place d'un cadre juridique favorable à la promotion des droits des femmes et des filles;

- (ii) l'abandon de l'excision et de toutes formes de violences faites aux femmes et aux filles
- (iii) le renforcement des capacités des organisations qui luttent pour la promotion des droits des femmes et des filles.

Produit 1 : La connaissance et la mobilisation des femmes et des filles en faveur de leurs droits, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, sont renforcées dans les zones d'intervention du programme.

La réalisation de ce produit se fera à travers:

- (i) le plaidoyer auprès du parlement et du gouvernement pour l'adoption et la promulgation du Code de la famille et des personnes;
- (ii) l'appui à l'Assemblée Nationale pour l'élaboration des textes d'application de la loi sur la santé de la reproduction;
- (iii) le renforcement des capacités et moyens d'action du Réseau malien des Femmes Ministres et Parlementaires, des organisations communautaires et de la société civile œuvrant pour la promotion des droits et du statut de la femme ;
- (iv) le soutien aux activités d'Information, d'Education et de Communication, d'éducation citoyenne et de promotion des droits en SR.

Produit 2 : La mobilisation communautaire pour l'abandon de la pratique de l'excision est renforcée et étendue à toutes les zones d'intervention du programme.

La réalisation de ce produit se fera à travers:

- (i) l'extension de l'expérience pilote communautaire d'abandon de la pratique de l'excision réalisée dans le cercle de Bougouni (région de Sikasso) à d'autres zones d'intervention du programme ;
- (ii) l'intensification des activités de plaidoyer et d'éducation à l'endroit des familles, des communautés villageoises, des leaders communautaires, des organisations de la société civile, des élus locaux et nationaux en vue de l'abandon progressif de cette pratique;
- (iii) l'élaboration et la dissémination d'outils d'information et de sensibilisation des populations et des agents de santé.

4 Extension du programme

Suite à la crise sociopolitique et sécuritaire de 2012, le système des Nations Unies (SNU) a soutenu la période de transition 2012/2013 à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un « Cadre Conjoint d'Appui à la Transition (CCAT) » qui a constitué alors le cadre stratégique commun des activités opérationnelles de l'ONU au Mali. A travers le CCAT, le SNU intervient en appui aux efforts du gouvernement et en cohérence avec les interventions des Partenaires Techniques et Financiers en vue de relever les défis de la phase post-conflit en cours.

En réponse aux nouveaux besoins, l'UNFPA a mené des actions dans le domaine humanitaire afin de sauver des vies dans un contexte d'urgence dans les zones affectées par la crise, principalement dans les régions de Ségou, Mopti et celles du nord. Cette phase d'extension a coïncidé avec la prise en compte des changements liés à l'alignement du CPD au MTR du Plan Stratégique. Les produits attendus de cette extension sont :

Produit 1 : Les capacités des structures nationales et décentralisées, des collectivités locales et des OSC sont renforcées pour une meilleure intégration des questions de population, de SR et de genre dans les cadres stratégiques et les plans de relance après la crise ;

Produit 2 : L'accès des groupes vulnérables aux services de SR de qualité notamment aux soins obstétricaux d'urgence et à la gestion des complications liées à l'accouchement est amélioré particulièrement dans les zones affectées par la crise ;

Produit 3 : Les capacités nationales en matière de sécurisation de produits contraceptifs sont renforcées ;

Produit 4 : Les capacités nationales sont renforcées pour la prise en charge de qualité des violences basées sur le genre (VBG), particulièrement dans les zones affectées par la crise humanitaire ;

Produit 5 : La programmation des services de santé sexuelle et reproductive incluant la prévention du VIH chez des adolescents vulnérables et jeunes est renforcée ;

Produit 6 : Les capacités du Système Statistique National sont renforcées pour la production, l'utilisation, l'analyse et la dissémination des données statistiques désagrégées, en particulier pour les besoins de la reconstruction après crise.

3.2.3 La structure financière du programme

Dans le cadre de son programme de coopération avec le Gouvernement du Mali, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a approuvé pour la période 2008 - 2012 son 6ème programme d'assistance au pays pour un Budget de 20 500 000 US\$.

L'UNFPA s'est engagé à allouer le montant de 13,5 millions de dollars US de ressources ordinaires au présent programme d'assistance de l'UNFPA au Mali sous réserve de la disponibilité de fonds et des plafonds de dépenses fixés par pays et à mobiliser par ailleurs le montant de 7 millions de dollars US de ressources additionnelles sous réserve de l'intérêt manifesté par les donateurs.

L'UNFPA déclare que les fonds fournis au titre de ressources régulières et des autres ressources ne comprennent pas les financements octroyés en réponse à des appels d'urgence.

Le budget du programme d'extension 2012/2013 est de 6,175 millions US dont 2,6 millions US sur les ressources ordinaires.

CHAPITRE 4: ANALYSE DES RESULTATS DU PROGRAMME

4.1 Analyse des résultats de la composante santé de la reproduction

4.1.1 Pertinence

La composante SR a été élaborée sur la base des priorités des plans sectoriels nationaux et internationaux en matière de santé de la reproduction (OMD, PRODESS II, feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, Programme National de Promotion de la Jeunesse, Cadre Stratégique National de Lutte Contre le VIH/SIDA, etc.)

Trois produits étaient initialement prévus pour la réalisation de la composante : (i) **L'accès à des services de PF et de Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) de qualité renforcé ; (ii) l'accès à l'information et l'offre de services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes sont renforcés et (iii) la prévention du VIH/SIDA renforcée.** Dans le cadre de la phase d'extension, ces produits ont été adaptés au contexte humanitaire du pays.

De l'analyse des plans de travail annuels des différents partenaires du programme, les interventions prioritaires planifiées en liens avec les résultats attendus du programme ont, respecté les interventions planifiées du CPD et du CPAP. Cette conformité a été confirmée par la majorité des responsables de services centraux et régionaux rencontrés au cours des entretiens. Fort de ces arguments, on peut juger la composante SR pertinente.

4.1.2 Efficacité

Principales réalisations

En rapport avec les SONU

Les principaux indicateurs retenus en rapport avec les SONU sont (i) proportion de CSRef et CCom qui offrent le PMA selon les PNP ; (ii) proportion de CSRef et de CCom approvisionnés en équipement et produits SR (iii) proportion de districts sanitaires ayant bénéficié d'activités trimestrielles IEC sur les fistules obstétricales et les mariages précoces dans les zones d'intervention du projet (iv) nombre de femmes vivant avec la fistule recrutées et référées par les ONG (v) proportion de femmes porteuses de fistule référées ayant bénéficié de prise en charge (vi) proportion porteuses de fistule formées, autonomes et réinsérées dans la communauté ; (vii) nombre de structures de santé dotées en kits SR dans les zones affectées par la crise.

Les principales réalisations faites au cours de la période du programme se sont ainsi articulées autour des actions en faveur de la réduction des risques liés à la grossesse, à l'accouchement et à

la prise en charge des urgences obstétricales et de la fistule obstétricale. Ces réalisations ont été possibles à travers le renforcement des capacités nationales pour une offre des services SONU de qualité.

L'appui du programme a certes contribué au **renforcement de l'accès à des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) de qualité**. En effet, tous les CSRef et CSCom ciblés offrent le PMA selon les PNP, car les PNP/SR sont disséminées dans toutes les structures de santé; 100% de CSRef et de CSCom ciblés sont approvisionnés en équipements ou produits SR ; 59 CSRef et 1050 CSCom offrent le PMA selon les PNP.

Dans le cadre de l'amélioration des services de SONU, 50 modèles anatomiques, des équipements informatiques et de salles de travaux pratiques (TP) ont été offerts à l'Institut National de Formation en Science de la Santé (l'INFSS) et à l'Association et l'Ordre des Sages-Femmes. En terme de renforcement des compétences nationales, on peut aussi enregistrer le maintien de l'expertise des sages-femmes à travers la formation continue sur les bonnes pratiques en Santé Maternelle/ PF et Soins post-abortum (SAA), l'élaboration de 3 manuels de cours sur les soins obstétricaux, soins médicaux et soins en chirurgie.

En outre, pour rendre disponibles et accessibles les produits de la SR pour la gestion rapide des complications obstétricales, le magasin central de la DPM à Darsalam et le magasin de la PPM à Koulikoro ont été rénovés pour répondre aux normes internationales de stockage. 58 ordinateurs et 5 camions de livraison leur ont été également fournis. L'on peut noter aussi que le CNTS a vu ses capacités opérationnelles renforcées en matière de promotion et de traitement du sang par l'acquisition de 8 minibus de collecte mobile de sang équipés de système d'animation performant ainsi que des équipements pour le renforcement du dispositif transfusionnel du CNTS et des Hôpitaux de Gao, Mopti, incluant un réfrigérateur avec des poches de sang et une centrifugeuse de la toute dernière génération. 2 chambres froides de stockage de sang (caisson frigorifique) ont été aménagées, 1 à l'Hôpital Gabriel Touré et l'autre à la PPM. Le Bloc opératoire du CSREF de la Commune III du district de Bamako a été rendu opérationnel grâce à l'installation de circuit d'oxygène.

Les Directions régionales ont bénéficié de différents appuis en rapport avec les SONU. Dans la région de Ségou par exemple, 13 CSCOM ont reçu des médicaments essentiels, les CSREF de Bla et San ont été dotés en circuit d'oxygène. A Sikasso, 4 CSCOM ont reçu des équipements SONU et le CSREF de Bougouni a été doté en ambulance médicalisé pour l'amélioration du transport CSCOM-CSREF dans le cadre de la référence-évacuation. Dans la région de Kayes, le programme a contribué à la création de 16 structures SONUB (formation, équipement). A Mopti, un circuit d'oxygène a été installé dans le CSREF de Bandiagara. Pour renforcer la référence-évacuation des urgences obstétricales, des ambulances médicalisées ont été offertes dans toutes les régions y

compris celles du nord. Ces régions du Nord également ont bénéficié d'appui particuliers à cause de la crise.

Sur le plan humanitaire, dans le cadre de l'extension du programme, le soutien aux équipes locales de soins dans les régions du nord par les missions médicales organisées à cet effet, a été une opportunité pour 177 agents de santé de tout bord dont 21 sages-femmes, 9 gynécologues et 10 chirurgiens de faire du transfert de compétence et réaliser entre autre, 303 interventions chirurgicales dont 58 césariennes, 1808 consultations prénatales et 534 accouchements assistés.

Dans le même ordre d'idées, 3.314 kits de Santé de la Reproduction (de type 1 à 12) ont été mis à la disposition de toutes les régions. L'on note, en effet, que la dotation des hôpitaux et CSREF des chefs-lieux de cercles des régions du Nord en Kits 6 A et B, en kit 8, kit 9, en kit 11A et B et kit 12 a permis d'assurer la continuité de l'offre des soins et en particulier d'urgence néonatale et obstétricale. Les centres hospitaliers et Universitaires (CHU PTG, GT, Kati, Hôpital du Mali), ont été également équipés en Kits 6 A et B, en kit 8, kit 9, en kit 11A et B et en kit 12. Ces actions ont été soutenues par le renforcement de la logistique notamment l'équipement de 30 CSREF en ambulances et certains CSCOM en 10 motos ambulance ainsi qu'en petits matériels techniques (27 CSCOMs et 15 CSREF en équipement SONU).

Pour ce qui est de la fistule obstétricale, de 2008 à 2012, les régions de Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et le district de Bamako disposaient d'unité fonctionnelle équipée pour la réparation de la fistule obstétricale. 645⁴ sur 650 soit 99% des cas de fistules recrutés ont été référés dans les hôpitaux de Gao, Mopti, Ségou et Bamako. En outre, de 2008 à 2011, 85% de femmes porteuses de fistule recensées ont été guéries et réinsérées dans leurs villages d'origine ou dans la communauté de leur choix ; des activités d'accompagnement tels que le développement d'activités génératrices de revenus (AGR), la formation des femmes en PF et en leadership féminin, ont contribué à leur réinsertion et au renforcement de leur statut social dans leur communauté.⁵

En outre, de 2008 à 2014, le programme a fourni un appui à la production des supports de sensibilisation et la reproduction des curricula. Un accent particulier a été mis sur le renforcement des capacités à travers la formation, la supervision, les voyages d'études, les équipements et la participation à des fora internationaux.

En rapport avec la PF

³ Source : ASDAP

⁴ N.B : ces données ne prennent pas en compte les cas recrutés par MDM et MSF

⁵ Il faudrait bien clarifier ce passage. Il n'est pas facile à lire et à comprendre.

Dans le domaine de la PF, les interventions ont concouru à l'atteinte du Produit 1 du CPD initial: L'accès à des services de PF et de Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) de qualité est renforcé dans les zones d'intervention du programme et du produit 3 de l'extension : les capacités nationales en matière de sécurisation de produits contraceptifs sont renforcées. Les indicateurs retenus pour apprécier l'atteinte de ces produits sont essentiellement : (i) proportion de sites offrant des services de PF à base communautaire dans les zones d'intervention (ii) taux d'utilisation des services de PF dans les zones du programme et (iii) Proportion de PPS ciblés n'ayant pas connu de rupture de stock dans les 6 derniers mois.

Selon les résultats issus de l'analyse documentaires et des interviews, douze (12) sites d'approvisionnement ont été rénovés et équipés en vue de la sécurisation des produits de la SR, les besoins nationaux en produits contraceptifs ont été couverts conformément au plan national d'approvisionnement, les services de PF de qualité ont été rendus disponibles dans les structures de santé à tous les niveaux. Quatorze (14) sites ont été renforcés pour offrir des services de PF à base communautaire.

En matière d'utilisation des services PF, le nombre de Couple Année Protection (CAP) pour les MLD et permanentes dans les 5 régions d'intervention de l'ONG Marie Stopes International (MSI) a atteint 89 502 (sur les 55.409 prévus). Cela correspond à 21 885 de MLD et permanentes fournies par les équipes de MSI dont 4. 173 DIU, 17 .228 Jadelles et 484 LT. On évalue à 22.600 le nombre de clientes qui ont bénéficié des services de SR/PF. Ces résultats sont détaillés comme suit : en 2011, 1 166 et 7 796 cap ont été réalisés dans la région de Mopti et les districts sanitaires de Koro, Bankass et Djenné, respectivement avec le DIU et le Jadelle. Ces résultats ont été obtenus grâce aux efforts des équipes mobiles composées notamment d'Agents de Marketing Social (AMS) et les relais communautaires. A cela il faut ajouter la disponibilité et l'accompagnement des autorités notamment sanitaires, l'engouement des femmes bénéficiaires et la motivation de l'équipe comme des motifs réels de satisfaction et qui expliquent un dépassement des objectifs escomptés.

En outre, la formation de 570 religieux à Kayes, Koulikoro, Bamako et Tombouctou a contribué à une meilleure implication des leaders religieux. La formation sur la PF de longue durée de 153 agents a permis de poser 2. 088 implants et 259 DIU à travers les structures étatiques partenaires.

Durant toute la durée du programme, des activités de création de la demande de services ont été réalisées à travers le partenariat avec l'ONG Family Care International (FCI). Ces activités à base communautaire ont permis d'améliorer les connaissances de la communauté, faciliter leur implication notamment à travers les relais et augmenter le taux d'utilisation des produits contraceptifs dans les zones concernées. Les résultats de 2012 sont comme suit : à Garalo I, le CAP est passé de 21 à 131 et à Garalo II il a évolué positivement et il est passé de 10 à 174 et plus d'une quarantaine de femmes consultées en gynécologie dont 80% souffraient d'infection et près de 30 % avaient une stérilité secondaire.

Dans la période d'extension du programme, les activités en matière de promotion de la PF ont été inscrites dans le cadre du Produit 3: Les capacités nationales en matière de sécurisation de produits contraceptifs sont renforcées. Au niveau de la DPM, le programme a financé, la restitution des résultats de l'analyse situationnelle, l'élaboration du plan SPSR 2014- 2018, la fourniture de Kits

informatiques dans les régions du sud sans Bamako, la réalisation de missions d'inventaire des contraceptifs dans les régions du sud y compris Bamako. Ceci a permis de mieux assurer la disponibilité des contraceptifs sécurisés et de qualité. Par ailleurs, les formations délivrées aux gérants et la mise en place du logiciel channel dans les dépôts répartiteurs de cercles (DRC) des régions ont permis l'amélioration de la gestion des stocks, du stockage, de la conservation, de la distribution et de la collecte des données réelles de consommation des produits et médicaments, toute chose qui contribue à une meilleure planification des besoins et une disponibilité accrue des produits contraceptifs.

En 2013, les formations réalisées ont permis de renforcer les compétences pratiques d'intervention de 60 pairs éducateurs scolaires pour une prise en charge plus accrue des besoins de leurs camarades en matière de santé sexuelle et de la reproduction y compris la préservation des droits des adolescents et des jeunes à Garalo . C'est ainsi qu'en novembre et décembre 2013, les réalisations sont les suivantes : les relais ont touché 2802 personnes dont 2228 femmes et 574 hommes. Ces personnes ont été touchées à travers la réalisation de 176 activités de communication interpersonnelles dont 120 séances de causerie éducatives, 40 séances de counseling et 15 séances de visite à domicile. Pour réussir ces activités, les relais ont développé 37 fois les COP , 32 fois la PF en généralité, 24 fois les COC , 22 fois le préservatif masculin, 17 fois le norplan, 13 fois l'injectable, 9 fois le condom féminin, le cycle menstruel 8 fois etc. Les pairs éducateurs lors de la mise en œuvre des activités de sensibilisation ont touché 3 402 jeunes dont 1 144 filles et 2 258 garçons. Ces jeunes ont pu être touchés grâce à la réalisation de 347 activités de communication interpersonnelle, comprenant 255 séances de causerie éducative, 85 séances de counseling et 7 séances de visite à domicile. Les thèmes développés lors de ces séances de CIP ont été : 176 fois le VIH/Sida, 120 fois les IST, 20 fois la planification familiale, 11 fois les GND , 9 fois l'utilisation des préservatifs, etc .

Aussi, 8 701 femmes ont été mises sous Jadelle et 2758 femmes sous DIU , 545 ligatures des trompes ont été réalisés. Un nombre de 51 201 CAP a été réalisé. Ces résultats vont au-delà des objectifs fixés. Des activités de création de la demande de services ont été réalisées au niveau des sites d'intervention à travers les annonces radio pour informer la population de l'arrivée de l'équipe de prestation. Ainsi, plus 765 annonces radio ont été faites. En outre, des animations de grande masse ont été réalisées surtout dans les communautés relativement difficiles et reticentes à la planification familiale. Environ une dizaine de séances d'animation de grande masse a été réalisée. Cette activité de sensibilisation a aussi concerné les écoles où plus de 30 conférences-débat ont été réalisées afin de mieux partager les informations en expliquant les avantages liés à la PF, les conséquences des grossesses précoces et non désirées, les IST etc. La formation de 13 prestataires sur la gestion des urgences et aussi à la prévention des infections. Enfin 122 prestataires ont été formés dans les districts sanitaires de Macina, Niono, Markala, Ségou, Tominian, San, Koutiala, Yorosso et Kolokani. Cette initiative a été félicitée par les différents chefs de districts en vue de renforcer les capacités des prestataires à gérer les effets secondaires des produits contraceptifs pour une offre de qualité des méthodes de contraception.

L'enquête sur les SONU organisée annuellement dans le cadre du programme de sécurisation des produits de SR a permis d'évaluer la disponibilité des produits contraceptifs sur le territoire national.

En rapport avec la SRAJ et le VIH/SIDA

Deux produits contribuent à l'atteinte des résultats liés à la SRAJ et au VIH/Sida avec une légère adaptation au contexte de crise dans le cadre de la phase d'extension. Les résultats obtenus en rapport avec chacun de ces produits sont présentés ci-dessous.

- **SRAJ (Produit 2) : l'accès à l'information et l'offre de services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes sont renforcés dans les zones d'intervention du Programme.**

Les indicateurs ci-après ont été retenus pour la vérification de la réalisation du produit: (i) nombre de centres jeunes dotés de radio fonctionnelles (ii) Proportion de jeunes touchés par les activités de sensibilisation des paires éducateurs (iii) % de jeunes dépistés dans les zones d'intervention (iv) % de jeunes référés par les centres jeunes vers les services de santé de prise en charge (v) proportion de centres d'écoute créés et opérationnels. Il faut noter que les indicateurs de proportion de jeunes sont difficilement mesurables à cause de l'absence de données.

De nombreuses activités d'IEC ont permis de **renforcer l'accès des adolescents et des jeunes à l'information et à l'offre de services de santé sexuelle et reproductive** dans les zones d'intervention du Programme. A ce jour, sept (7) centres jeunes ont été dotés de radios fonctionnelles et onze (11) centres d'écoute sont opérationnels. Les résultats de ces interventions sur la période couverte commencent à faire tache d'huile : 62.112 jeunes sur 70.000 prévus ont été touchés par les activités de pairs éducateurs, 6 457 jeunes ont fréquenté les cliniques de des centres de Bamako et Sikasso, dont t 159 jeunes ont été référés les services de santé pour une prise en charge adéquate.

Les centres Jeunes mobilisent les adolescents et les jeunes autour d'activités de loisirs dans un complexe multifonctionnel en vue de leur transmettre des informations sur la santé de la reproduction et leur offrir en cas de besoin des prestations cliniques.

En effet, outre des infrastructures sportives (terrains de football, de basket et de handball et piscine), les centres abritent généralement une Clinique de prestation de services de santé (SRAJ), une unité de conseil et de dépistage volontaire du VIH et, prochainement, un espace Internet logé dans un cybercafé ainsi qu'une radio communautaire.

Les centres offrent aussi des services de PF aux jeunes et adolescents surtout axés sur la distribution de préservatifs masculins et féminins. Les autres méthodes sont disponibles en fonction de la disponibilité du personnel qualifié.

Pour accroître l'accès des jeunes de la zone d'intervention aux informations sur la SRJA et le VIH/SIDA, des campagnes multimédia de communication ont été organisées et de nombreux

supports socio éducatifs élaborées et largement diffusés (dépliants, affiches, passeports pour une sexualité responsable).

La fréquentation des centres augmente régulièrement entre 2008 et 2011. Mais il faut ajouter que ces cliniques connaissent des problèmes d'instabilité du personnel qualifié lié au grand retard de paiement des salaires. Les centres jeunes de région sont gérés dans le cadre global des centres de promotion des jeunes créés par loi organique. De nos jours ces centres connaissent des problèmes de financement de leurs activités pour une meilleure promotion des jeunes dans les régions concernées. Les recettes générées par les radios ne suffisent plus à couvrir tous les besoins de fonctionnement. Il y a lieu de souligner aussi la faible voire l'inexistence de collaboration entre les décideurs régionaux notamment les collectivités territoriales, les services techniques de la santé et parfois même de la direction régionale de la jeunesse. Certains de ces problèmes sont liés à l'ancrage même des centres au niveau régional. Pour leur pérennité, en plus des ressources générées, il est important de régler ces problèmes institutionnels et de responsabilisation des acteurs locaux aux régions.

Le centre jeune de Bamako coordonne les activités des centres jeunes. Il est signalé que le centre de Kayes et Tombouctou connaissent un problème de personnel qualifié.

Par ailleurs, le centre de Tombouctou a été détruit durant le conflit armé qui a secoué les régions du nord. Sa réhabilitation en cours permettra de créer un espace d'échanges qui réunira les jeunes de Tombouctou sans distinction d'âge, de religion et de convictions politiques.

En 2012, les acteurs de terrain ont connu à plusieurs reprises des problèmes de rupture de stock de contraceptifs surtout de condom. Cela a aussi été signalé par les pairs éducateurs et le personnel des cliniques médicales des centres de promotions de jeunes que nous avons rencontrés.

Les fonds apportés par le 6^{ème} programme et sa phase d'extension ont permis d'appuyer le fonctionnement des centres jeunes à travers l'acquisition d'équipements et la réhabilitation des locaux devant abriter les radios. De nouvelles constructions de locaux pour la radio ont été faites à San, à Saye (cercle Macina) et Gavinané (cercle de Nioro). Cinq radios thématiques jeunes communautaires et l'intensification des activités de communication par les pairs éducateurs ont permis : d'accroître la fréquentation des cliniques des centres jeunes d'année en année à Bamako, Kayes, Tombouctou et Sikasso. Ces radios ont contribué à relever les défis de la sous information, du déni du VIH/SIDA et grossesses non désirées et/ou précoces.

Le partenariat avec FCI en 2011, dans le cadre de la mise en œuvre d'activités dans la commune de Garalo dans le cercle de Bougouni (région de Sikasso), a permis de réaliser les formations d'un pool de 20 formateurs régionaux des parents sur la communication avec les enfants, adolescent(e)s et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive à Kayes et 20 autres à Mopti. Pour le niveau

National 30 formateurs des parents sont disponibles à Bamako. Un cadre de concertation a été mis en place entre les participants à ces sessions et les participants des ateliers de dissémination et pour les 3 zones,.

En 2013, les formations réalisées toujours par FCI ont permis de renforcer les compétences pratiques d'intervention de 60 pairs éducateurs scolaires pour une prise en charge plus accrue des besoins de leurs camarades en matière de santé sexuelle et de la reproduction y compris la préservation des droits des adolescents et des jeunes à Garalo. C'est ainsi qu'en novembre et décembre 2013, le programme compte à son actif les réalisations suivantes : les relais ont touché 2802 personnes dont 2228 femmes et 574 hommes.

Le renforcement des compétences de 542 pairs éducateurs (PE)/relais en techniques d'animation, de 1 260 pairs éducateurs sur la SR et le VIH et 400 jeunes apprenants des camps de jeunesse sur la SR, plaidoyer et le VIH a été un levain des activités d'IEC : 806 émissions radio, 322 causeries, 737 counseling, 345 VAD, 319 projections de film, et 785 porte à porte. En tout, 31 718 personnes ont été touchées par les activités IEC/CCC et 158 personnes référées dans les formations sanitaires.

➤ **VIH/SIDA (Produit 3) : la prévention du VIH/SIDA est renforcée en direction des adolescents/jeunes et des femmes.**

Les indicateurs ci-après ont été appréciés dans le cadre de la vérification de la réalisation du produit: (i) proportion de localités ciblées ayant bénéficié d'au moins une activité trimestrielle de sensibilisation sur les IST/VIH (ii) % de distribution des dotations de condoms reçues dans les localités d'intervention (iii) *nombre de CSREF/CSCOM intégrant la PTME.*

Dans le domaine du VIH/SIDA, les formations entre autres, en PTME de 89 prestataires de 4 CSCOM et de 20 prestataires des CCDV sur le counseling VIH ont conduit à une augmentation du nombre de dépistage volontaire des femmes enceintes, à l'augmentation de la qualité du counseling dans les CCDV et au renforcement de l'adhésion de la population aux activités de dépistage ; le nombre de dépistages volontaires du VIH est passé de 138 315 en 2008 à 262 638 en 2010.

L'appui du programme a été décisif pour le **renforcement de la prévention du VIH/SIDA en direction des adolescents/jeunes et des femmes.** Au total, toutes les localités des zones d'intervention ont bénéficié d'au moins une activité de sensibilisation sur le VIH et le Sida par trimestre. Ces activités ont permis de faire dépister 6 368 jeunes, de distribuer 241 355 préservatifs et de faire la promotion du condom féminin dont l'audience est encore faible auprès des populations en raison des perceptions, des facteurs socioculturels négatifs et de la présence d'intermédiaires

dans la vente du produit. En outre, avec l'appui des partenaires, 311⁶ CSREF/CSCOM (soit 29%) offrent aujourd'hui les services de PTME.

Dans les régions, les visites de quelques sites PTME et CDV ont permis de constater que les locaux sont propres mais avec des problèmes de confidentialité dans certains centres comme Baraoueli, Bougouni et les CSCOM de Kayes NDI. Les agents sont bien formés sauf dans les zones où le personnel formé est muté et ceux qui assurent la continuité des services ont un besoin de mise à niveau. Le réactif de dépistage (Determine) est le plus souvent disponible. Les tests de confirmation sont faits dans les CSREF où souvent les laboratoires sont impliqués comme à Bougouni. Beaucoup de CSCOM ont été impliqués comme site PTME et CDV. Mais leurs activités sont liées aux CPN et aux consultations cliniques suspectes. Ils ont souvent des problèmes de ruptures en réactifs liées aux problèmes d'approvisionnement.

Dans le cadre de l'extension du programme, en matière de prévention du VIH en milieu jeunes et chez les porteurs d'uniforme, la CSLS/MSHP a élaboré 10 000 des dépliants à l'intention des forces armées et de sécurité, les jeunes et les adolescents. De même les activités d'IEC/CCC des pairs éducateurs n'ont pas été à hauteur de souhait à cause des problèmes liés à la crise socio-politique. Pendant cette année, sur 480 pairs éducateurs à former seulement 90 ont été formés dont 60 à Bamako et 30 à Sikasso. Il existe des tentatives d'intégration des données des cliniques dans le SIS national à travers les partenariats entre les cliniques des CPJ avec les CSREF concernés. Mais cette collaboration est très faible même à Sikasso où il porte non seulement sur la fourniture des rapports, mais aussi la formation des agents de la clinique dans les séances cliniques organisées par les équipes des districts sanitaires et la supervision qualitative des activités de santé offertes dans les cliniques. A cela on peut ajouter l'approvisionnement en intrants (test de dépistage, consommables médicaux, médicaments) de qualité pour les cliniques.

Facteurs explicatifs positifs, négatifs

Les acquis n'auraient pas atteint le niveau actuel sans l'intervention de certains facteurs qu'il convient, autant que possible, de prendre en compte systématiquement dans le prochain programme⁷.

D'une manière générale la survenue de la crise en 2012 a quelque peu limitée la réalisation des résultats même s'il faut souligner que la mise en place de cluster a permis une meilleure réactivité et coordination des interventions humanitaires. Aussi, le choix de l'exécution directe, suite à la crise, certes a induit un retard dans le démarrage des activités et, a ainsi réduit le temps de mise en œuvre du PTA, toutefois cette modalité a été d'un grand appui pour une exécution financière de

⁶ Dont 26 par UNFPA. Les autres partenaires sont : UNICEF, F MAP, F Mondial, Plan MALI

⁷ Cette phrase n'est pas facile à comprendre

qualité. Par ailleurs, le pilotage du programme a été fait lors des revues, mais la mise en œuvre et le suivi des recommandations de ces rencontres importantes n'a pas été toujours de rigueur.

En matière de SONU et de PF, la non reconnaissance des signes de dangers par les femmes, leur faible pouvoir de décision en matière d'utilisation des services de santé, les pesanteurs socioculturelles, le faible engagement des hommes en PF, l'extrême pauvreté des femmes et le nomadisme de la population constituent des forces d'inertie pour les SOU et la PF.

A d'autres niveaux, il convient de signaler la non prise en compte du thème de la fistule dans le paquet minimum d'activités des CSREF et des CSCOM, l'inexistence d'unités de prise en charge de la FO dans certaines régions (Kayes, Sikasso, Koulikoro), l'absence de prise en charge du nouveau-né et de l'enfant malades par le système de référence et celle du transport du village vers les CSCOM, le faible respect des mesures post opératoires (période d'abstinence, suivi de la grossesse, accouchement par césarienne, etc...).

En outre, la stigmatisation et la discrimination face au VIH, la lourdeur du processus de dépistage lors des services rapprochés, la violation du secret de la confidentialité par certains agents des structures socio-sanitaires de même que l'inadaptation des locaux pour le conseil dépistage pourraient constituer un frein au dépistage et aux actions de prise en charge des cas. On note également la faible adhésion des communautés au programme, l'intervention de plusieurs ONG et associations œuvrant dans la lutte contre le VIH sans accord de partenariat avec les autorités locales, l'inadaptation des infrastructures de services, la faible promotion du condom féminin.

Aussi, l'insuffisance dans la communication entre l'UNFPA et la DNS/DSR, entre la DSR et les OSC n'a pas contribué à la bonne mobilisation des ressources nécessaires. L'absence de rencontres régulières entre différents partenaires d'exécution de la composante SR a été une grande difficulté pour la mise en œuvre de la composante. Les partenaires surtout des régions et des hôpitaux et des ONG ont rencontrés beaucoup de difficultés dans le remplissage des outils de suivi trimestriel, des FACE. Une des grosses difficultés de ce programme est également la rareté voir l'absence de suivi de terrain des activités par les NPO de l'UNFPA.

La crise sociopolitique n'a pas permis de disposer de fonds SP/SR qui devaient permettre de mettre en place 5 radios supplémentaires. A cause de l'occupation du nord par les groupes islamiques armés, les 3 centres de cette localité ne sont plus fonctionnels.

Par rapport à la SRAJ, la diffusion des émissions radiophoniques sur la question a beaucoup amélioré la fréquentation des cliniques des centres jeunes et aussi des cybercafés pour la diffusion de l'information. Les jeunes scolaires s'approvisionnent en préservatifs dans les centres (CPJ) surtout après les activités de counseling organisées en stratégie avancée.

L'implication des religieux y compris les conseillers pédagogiques des medersa a permis la mobilisation des parents pour la promotion de la SRAJ à Bamako.

Les partenaires ont beaucoup apprécié la disponibilité des NPO de l'UNFPA pour leur contribution de qualité sans laquelle les résultats réalisés seraient largement en dessous des niveaux actuels.

Par ailleurs, l'adhésion et la contribution multiforme des communautés aux radios (mobilisation de fonds pour les réhabilitations de locaux devant abriter les radios ou mise à disposition de locaux, main d'œuvre bénévole,...), l'existence d'un système de rénovation des maisons de jeunes au niveau du MJS et de textes officiels de création des CPJ qui les fait bénéficier de crédits pour la prise en charge du fonctionnement sont autant d'éléments qui ont contribué au dynamisme des activités d'IEC.

Les « grins » comme lieux de regroupement des jeunes, l'existence d'un réseau de pairs éducateurs (n'eussent été leurs déperditions fréquentes) sont également des atouts pour les initiatives de DBC.

Au niveau des services publics, les campagnes de sensibilisation, les services rapprochés ainsi que la gratuité et la confidentialité du dépistage ont été des atouts majeurs pour l'obtention des résultats. En ce qui concerne la prévention du VIH/SIDA il convient de noter la meilleure connaissance de la maladie, la disponibilité du condom masculin à un coût accessible, la mise en place de distributeurs, des points focaux de distribution (gestionnaire de bars et des boîtes de nuit, maman TS) et de groupe de parole TS et une plus grande adhésion des leaders religieux et des parlementaires dans la lutte et dans les activités de sensibilisation et de plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

En revanche, la stigmatisation et la discrimination face au VIH, la lourdeur du processus de dépistage lors des services rapprochés, la violation du secret de la confidentialité par certains agents des structures socio-sanitaires de même que l'inadaptation des locaux pour le conseil dépistage pourraient constituer un frein au dépistage et aux actions de prise en charge des cas.

Leçons apprises :

De la mise en œuvre de la composante, quelques enseignements sont à retenir en vue d'améliorer la planification et l'exécution du prochain cycle de programmation.

Dans le cadre de l'offre de service de PF, le couplage des équipes mobiles d'offre de méthode de longue durée au marketing social a permis d'accroître le nombre de nouvelles adhérentes et de dépasser les prévisions dans la majorité des cas surtout dans les zones dites d'accès difficile ou hostiles à la PF. Mais aussi cette performance est liée à la motivation des prestataires de services.

La prédisposition de l'UNFPA à réorienter les activités de développement vers celles d'urgence a facilité sa contribution dans l'utilisation des services de SR en période de crise. A travers les missions humanitaires, les kits SR d'urgence ont été mis à disposition dans les structures de santé dans les régions occupées et les zones tampons.

La radio rurale, installée dans le district de Bamako, les régions de Kayes, Sikasso et Tombouctou et dans certaines communes, a été une bonne stratégie de sensibilisation des jeunes. Elle connaît de nos jours des problèmes de prise en charge des salaires du personnel qualifié chargé de son animation, La résolution correcte de ce problème de prise en charge du personnel va améliorer nettement le fonctionnement des radios et aussi celui des centres de promotion des jeunes.

La non-participation des équipes UNFPA aux instances du PRODESS surtout dans les régions est une des principales causes du manque d'harmonie entre les activités des PTA et celles des plans opérationnels (PO) validés du PRODESS. Ceci a pour conséquence la faible prise en compte des efforts financiers de l'UNFPA et de ses partenaires, dans les bilans et PO validés.

L'insuffisance de communication, entre la DNS et l'UNFPA et les autres partenaires, affecte l'atteinte des résultats. Le respect des engagements par les différents acteurs est essentiel pour la bonne communication et le partenariat dans la mise en œuvre du programme et sera important pour le nouveau programme.

4.1.3 Efficience

Il est important de noter l'existence d'outils, de procédures de règlements administratifs et de normes et procédures de gestion des fonds du programme. Au cours de la mise en œuvre, les différents instruments ont été présentés sommairement aux partenaires lors d'ateliers de revues. Les rencontres entre UNFPA et les partenaires lors des demandes d'avance de fonds ont été mis à profit pour renforcer les capacités sur l'utilisation des outils de gestion. Mais les partenaires ont rencontrés des problèmes dans leur utilisation/application tout le long du programme. Mais cette information n'a pas concerné tous les partenaires d'exécution du programme, notamment les Hôpitaux régionaux, les CSREF et certaines ONG. Les différents outils de planification et de mise en œuvre ne posent pas de problèmes majeurs dans leurs compréhensions par les principaux partenaires nationaux et régionaux, sauf au niveau des hôpitaux et les CSREF qui ont été les maillons faibles pour la diffusion des outils. Les PTA sont conjointement faits une fois par an au cours d'ateliers regroupant l'équipe de l'UNFPA et les représentants des différentes structures partenaires du programme. Cependant, l'expérience a montré que, pour des raisons de temps, les PTA ne sont pas finalisés au cours de ces ateliers. Les échanges qui suivent entre UNFPA et les partenaires en ce qui concerne la qualité et la complétude des documents prennent du temps et affectent la mise en œuvre des activités.

Pour la majorité des partenaires d'exécution du programme, le constat est que les procédures sont compliquées, longues et ne permettent pas d'avoir à temps les ressources nécessaires pour la mise en œuvre des activités planifiées conformément au chronogramme retenu dans les PTA Signés.

Parallèlement, les audits au cours de la mise en œuvre du programme ont relevé la faible application, voir le non-respect des procédures aussi bien au niveau de l'UNFPA qu'au niveau des partenaires du programme. Et il a été recommandé de veiller à l'application des procédures et outils de mise en œuvre.

Gestion financière de la composante

Sur le cycle de programme le montant alloué à la SR est évalué à 18,1 millions \$US.

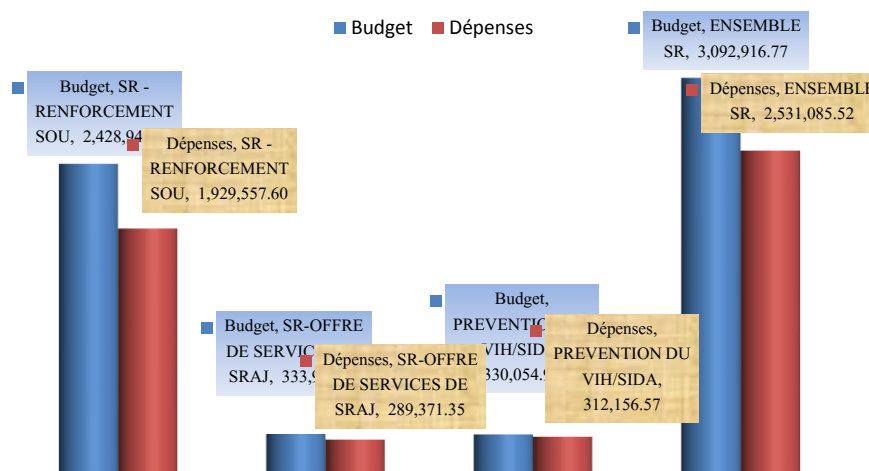


Figure 1 Budget et dépenses de la composante SR par PTA en \$US

Le taux d'exécution de la composante est de 81,8% en 2012. Les niveaux d'exécution des PTA composants sont très dispersés, allant de 94,6% pour le VIH-SIDA, 86,7% pour les services SRAJ et 79,4% pour les SOU. Si on note que seuls 56% des 15,019 millions \$US avaient été consommés sur la période 2008-2011, l'année 2012 enregistre un véritable progrès. Les ressources allouées en 2012 à la composante s'élevaient à 3 092 916,77 \$US dont 78% ont été affectés au PTA/Renforcement des SOU. L'offre de services SRAJ et la prévention du VIH-SIDA reçoivent chacun 11% du budget.

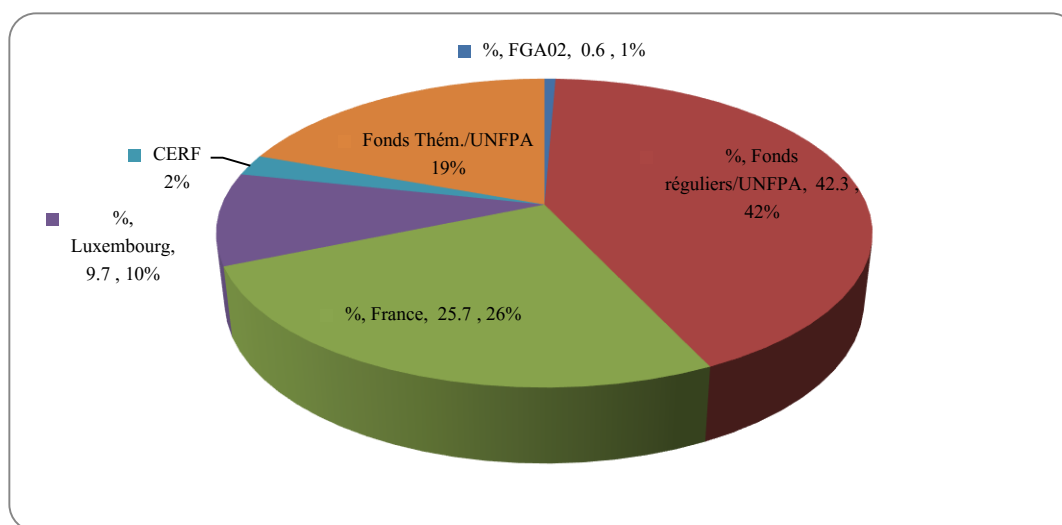


Figure 2 Répartition du budget affecté à la SR par source de fonds en %

En plus des fonds réguliers qui constituent 42%, les fonds thématiques et CERF mobilisés au niveau du Siège de l'UNFPA s'élèvent à 21%. Le budget SR est alimenté également par la France et le Luxembourg respectivement à hauteur de 26% et 10%.

Les ressources affectées au SOU se chiffrent à 2 428 940,22 \$US alimentées par la France (33%), les fonds réguliers de l'UNFPA (30%), les fonds thématiques (24%), le Luxembourg (9%) et les fonds CERF (3%). Le taux d'exécution, le plus bas de la composante, est dû en grande partie au bas niveau de dépense des fonds français, fiduciaires et CIRF.

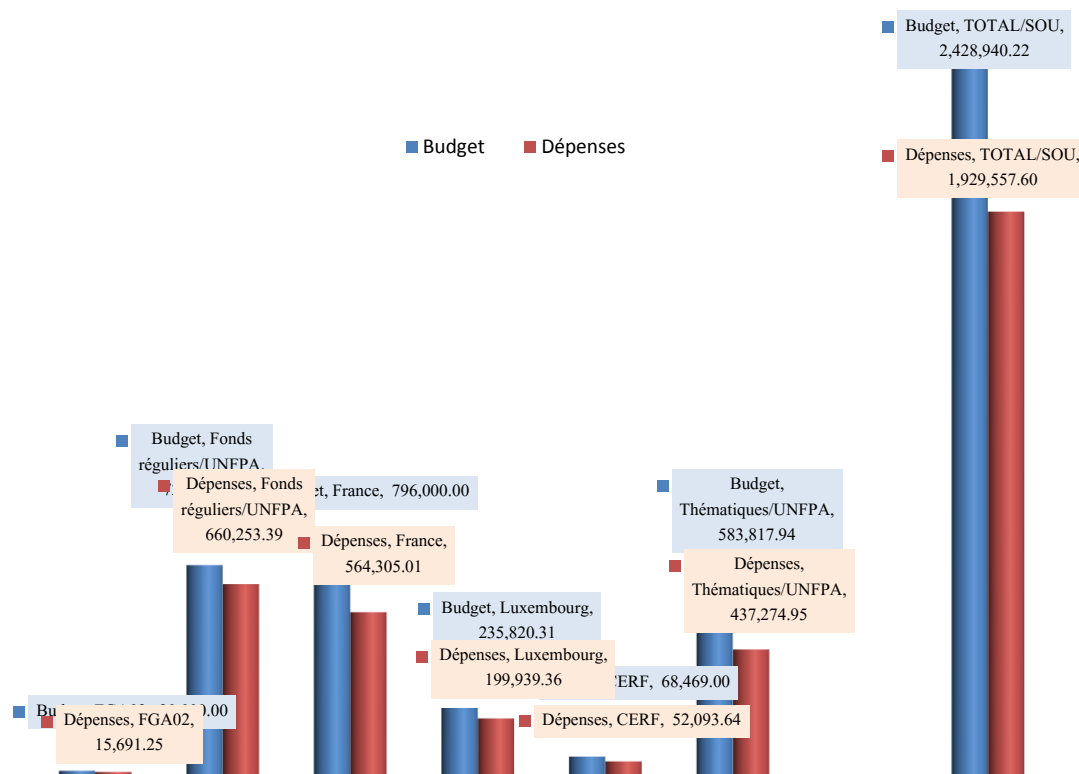


Figure 3 Budget et dépenses du PTA/SOU par source de financement en \$US

Le PTA SRAJ a été doté d'un budget de 333 921,61 \$US dont 289 371,35 \$US ont été dépensé soit 86,7%. Il est pourvu en grande partie par les fonds luxembourgeois (65%). Le complément est fourni par l'UNFPA au titre des ressources régulières et les fonds thématiques pour respectivement 22% et 13%.

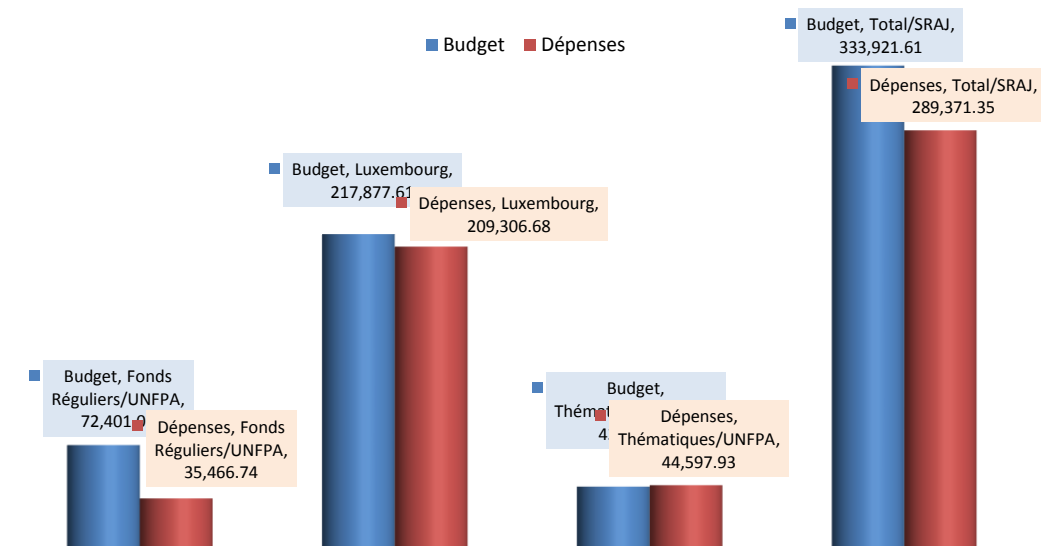


Figure 4 Budget et dépenses du PTA/SRAJ par source de financement en \$US

Le VIH-SIDA est financé à 80% par les fonds fiduciaires de l'UNFPA. Le taux d'exécution est de 94,6% dû en grande partie au niveau de consommation des fonds fiduciaires qui est de 96,4%.

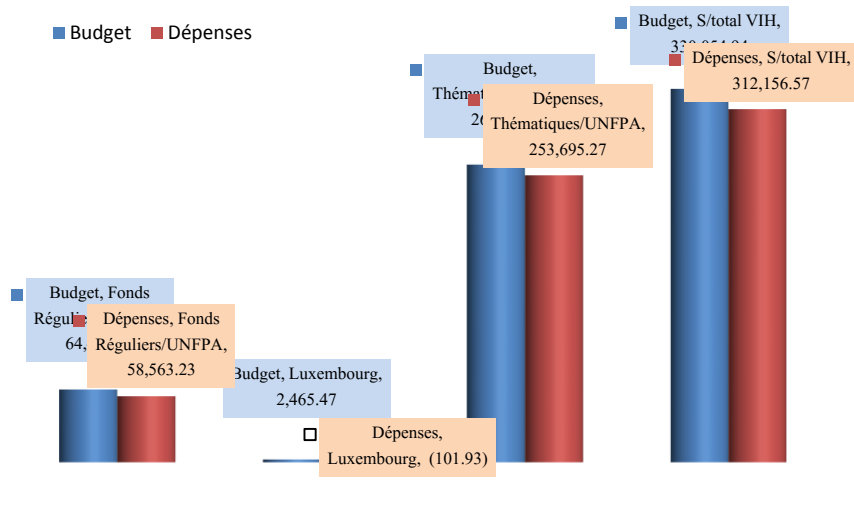


Figure 5 Répartition du budget et des dépenses du VIH-SIDA par source en \$US

Au lieu de mieux s'organiser pour produire plus de résultats de qualité les prestataires ont trouvé les explications de tous les facteurs de blocage liés au mécanisme de financement.

Globalement, l'efficacité de la composante peut être considérée comme satisfaisante. Certes les ressources mobilisées ne sont pas exécutées entièrement surtout les fonds non réguliers mais les interventions menées ont permis d'atteindre majoritairement les produits escomptés. Cependant, une fluidité dans la planification des PTA et le processus de décaissement auraient permis d'atteindre une efficacité bien meilleure. Aussi la crise a facilité à travers le paiement direct la réalisation de beaucoup d'activités non planifiées mais indispensables pour une meilleure gestion de l'urgence et l'humanitaire liées à la crise. Mais cela serait difficile en temps normale et sans cette possibilité le taux d'exécution du budget n'aurait pas atteint un tel record.

4.1.4 Durabilité

Dans le cadre de l'approche programme, à l'instar du PRODESS, l'ensemble de partenaires accompagne l'Etat dans sa lutte contre la mortalité maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA et la promotion de la SRJA à tous les niveaux.

L'efficacité des interventions du programme est assurée par la contribution de l'Etat à une part importante du financement des activités du PRODESS. L'adoption du plan stratégique national de lutte contre la fistule classe sa prise en charge parmi les interventions prioritaires. A la fin du 6ème programme la prise en charge a été étendue à tous les hôpitaux des régions. Les futurs projets d'établissements des EPH vont garantir la poursuite de cette prise en charge gratuite à travers son inscription comme maladie sociale prioritaire à financer par l'Etat et les autres partenaires. Aussi les CSREF doivent prendre en compte dans leur PO toutes les activités opérationnelles communautaires pour le dépistage et la prise en charge des cas. Dans ces conditions différentes sources de financement (Etat, collectivités, acteurs locaux et PTF) interviendront pour garantir le financement des PO consolidés qui prendront en compte les activités de la composante SR.

La prise en compte des données de la fistule dans le SNIS et celles des activités de lutte dans le PMA des CSCOM et CSREF contribueront à faciliter la mobilisation des financements potentiels pour sa prise en charge. La prise en compte de la SRJA et les différentes formations sur les SONU dans les curricula des écoles de formations sanitaire va contribuer à limiter les perpétuelles formations continues et garantir la disponibilité des ressources humaines compétentes pour la qualité des soins.

Aussi la prise en compte dans le budget de l'Etat de lignes budgétaires spécifiques pour l'achat des contraceptifs sécurisés et des intrants et autres réactifs pour le dépistage et la lutte contre le VIH/SIDA est de plus en plus une réalité au Mali. Ceci avec le repositionnement de la PF réussi grâce à l'engagement de l'Etat au plus haut niveau et au lobbying fort de l'UNFPA sont des atouts pour la pérennité des interventions. Le ministère de la jeunesse avec les nouvelles stratégies de projet jeune et résilience prendra les dispositions nécessaires pour l'extension de la couverture des centres de promotion des jeunes et de garantir leur fonctionnement sur le budget d'Etat, En outre,

les activités des radios sont menées par des associations de jeunes, ce qui, avec la formation d'un grand nombre de jeunes aux techniques radiophoniques et le recours aux collaborateurs extérieurs ainsi que le crédit de fonctionnement accordé aux CPJ assurent à ce volet une certaine autonomie. Par ailleurs, l'implication des communes dans les activités de promotion des centres jeunes et la prise en charge subséquente des activités de dépistage dans certains centres, viendra renforcer cette autosuffisance. La rigueur du suivi accordé aux cas des dépistés positifs contribuera à alimenter le nombre des candidats au dépistage.

4.2 Analyse de la composante population et développement

L'objectif principal poursuivi par la composante Population et Développement du 6^{ème} Programme de coopération Mali-UNFPA est *«la disponibilité de données sociodémographiques fiables pour une meilleure prise en compte des questions de population dans les politiques et programmes de développement et pour le suivi adéquat de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement et du PA/CIPD»*.

4.2.1 Pertinence

La composante s'inscrit dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population (PNP) du Mali adoptée en mai 1991 et révisée en avril 2002. Les objectifs de cette politique ont été pris en compte dans le CSCR 2007-2011 qui a identifié comme défis à relever, entre autres :

- le renforcement des capacités pour une meilleure prise en compte des interrelations entre population et développement ;
- l'appui aux collectivités et aux secteurs pour une meilleure prise en compte de la variable population dans les plans et programmes de développement ;
- la disponibilité des données fiables, d'études et de recherches sur les différents aspects du domaine ;
- la mise en œuvre du mécanisme de coordination et de suivi-évaluation de la PNP.

Ainsi, les principaux problèmes qui justifient la mise en œuvre de la composante P&D se résument principalement au manque de données fiables pour la planification et le suivi-évaluation des objectifs de développement, et à la faiblesse de la prise en compte des questions de population dans les politiques et plans de développement. Cette composante se décline en deux produits : (i) *la disponibilité et la qualité des données de population désagrégées par sexe sont améliorées pour une meilleure planification du développement et un suivi adéquat de la réalisation des objectifs du PA/CIPD et des Objectifs du Millénaire pour le Développement* et (ii) *les capacités nationales d'analyse, de gestion et de coordination sont renforcées pour une meilleure intégration des questions de population, de santé de la reproduction et du genre dans les politiques, programmes et plans nationaux et régionaux de développement*. Avec l'extension du programme suite à la crise humanitaire de 2012, ces produits ont été adaptés au nouveau contexte national.

Construite sur la base de priorités nationales contenues dans le CSCR et la PNP, et mise en œuvre à travers des stratégies d'appuis aux interventions nationales en la matière, la composante P&D peut être jugée pertinente dans la résolution des problèmes identifiés dans le cadre unique de référence des Politiques et Stratégies de Développement du Mali.

4.2.2 Efficacité

Principaux résultats

La mise en œuvre des interventions de la composante P&D a contribué à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des données et analyses statistiques d'une part, et au renforcement de capacités nationales pour une meilleure intégration des questions de population dans la planification d'autre part. Pour mesurer le niveau d'atteinte des objectifs fixés, 8 indicateurs avaient été initialement prévus (soit 4 pour chacun des 2 produits de la composante). Mais, il est important de préciser que les bases et cibles de certains de ces indicateurs n'étaient pas définies dans la matrice de ressources et résultats du CPD. Par ailleurs, avec l'extension du programme, comme les produits, les indicateurs ont été adaptés au contexte humanitaire du pays.

Résultats en rapport avec le produit 1 de la composante P&D

Les indicateurs retenus pour mesurer l'atteinte de ce produit sont relatifs principalement (i) à la disponibilité du rapport du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2009 ainsi qu'au nombre d'enquêtes et d'analyses des données d'enquête et de recensement effectuées avec le soutien de l'UNFPA ; (ii) la disponibilité et la diffusion des données de l'EDSM-V relatives à la fistule ; (iii) la disponibilité et au nombre de rapports d'études et recherche en Population, SR et Genre, y compris des rapports d'évaluation produits sur la situation des personnes déplacées avec le soutien de l'UNFPA ; (iv) renforcement de capacités techniques et matérielles des structures en charge de statistiques pour la collecte et l'analyse des données pour la planification, le suivi et évaluation des programmes.

Dans le cadre du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2009, la mise en œuvre de la composante a fortement contribué à la réalisation des opérations, à la production de 3 Séries de données (démographie, habitat et économie), à l'analyse et à la diffusion de 12 rapports thématiques des données du RGPH et à la production d'une cartographie de la pauvreté au Mali. A titre illustratif, le programme a fourni 8 véhicules tout terrain pour les opérations de terrain et des équipements informatiques (ordinateurs, tables de digitalisation) pour la digitalisation des cartes censitaires. Au fil des étapes successives, le programme a accompagné la cartographie pré-censitaire et fourni une assistance technique d'experts nationaux et internationaux. Il a, en outre, appuyé la réalisation de l'enquête post-censitaire, une première au Mali permettant d'évaluer la couverture et la qualité des données collectées.

En outre, une équipe de 19 cadres du système statistique national, formés en traitement et analyse des données de recensement et d'enquêtes avec l'appui du programme, ont participé à la production des différents rapports du RGPH 2009 avec l'appui technique de l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) de Yaoundé au Cameroun.

Par ailleurs, pour les besoins du prochain RPGH de 2019, les cartes censitaires ont été digitalisées par une équipe de 18 techniciens nationaux formés à cet effet.

Pour ce qui est de la disponibilité et la diffusion des données de l'EDSM-V relatives à la fistule, les activités de plaidoyer conduites dans le cadre du programme ont contribué largement à la prise en compte d'un module sur la question. Cependant, du fait des procédures finalement définies pour la conduite de l'enquête, la quasi-totalité des ressources mobilisées ont été celles de l'USAID. Toutefois un appui logistique du programme a été fourni lors de la préparation de l'enquête.

Suite à la crise politico-sécuritaire de 2012, le programme a financé la réalisation d'une enquête sur les effets de ladite crise dans la région de Gao. De même, les Directions Régionales du Plan, de la Statistique, de l'Informatique, de l'Aménagement et de la Population (DRPSIAP) de 4 régions affectées par la crise ont bénéficié d'appuis en équipement et logistique avec le soutien du programme.

De plus, au cours de la période 2011 – 2014, des bourses de formation ont été octroyées à 8 étudiants en démographie et en statistique dans des écoles supérieures sous régionales de formation. De nombreuses opportunités de formation de courte durée ont été, également, offertes à des cadres nationaux dans les domaines de la statistique, de la démographie et de l'intégration des questions de population dans la planification du développement.

Les résultats en rapport avec le produit 2 de la composante P&D

Les indicateurs relatifs à la mesure de ce produit sont principalement liés (i) à la disponibilité, à la diffusion et à la validation du rapport d'évaluation de la mise en œuvre du PPIP et des PRPIP ; (ii) à la disponibilité des PPIP/ PRPIP au niveau régional et local et leur actualisation; (iii) au nombre de PAIPP/PRAIPP soutenus par le programme au niveau régional et local et (iv) au nombre de structures nationales, de collectivités territoriales et d'organisations de société civile dont les capacités ont été renforcées avec le soutien de l'UNFPA pour la prise en compte des questions de population, de santé de reproduction et du genre.

Selon les résultats obtenus suite aux entretiens avec les DRPSIAP, le rapport d'évaluation validé de la mise en œuvre du PRPIP 2004-2008 est disponible pour Kayes et Sikasso et le district de Bamako. Toutefois, l'élaboration des PRAIPP 2010-2014 peut bien traduire la validation des rapports d'évaluation des PRPIP 2004-2008 pour les autres régions.

Par ailleurs, le PAIPP⁸ et les 9 PRAIPP 2010-2014 ont été élaborés avec l'appui du programme et sur la base de l'évaluation de la mise en œuvre des PPIP et PRPIP 2004-2008. Dans les 4 régions

⁸ A partir de la fin des PPIP et PRPIP 2004-2008, une nouvelle dénomination a été adoptée pour ces programmes : PAIPP (Programme d'Action et d'Investissement Prioritaire en matière de Population) et PRAIPP pour les régions.

visitées, les PRAIPP sont disponibles, mais uniquement en format électronique. Au niveau national, le PAIPP 2010-2014 a fait l'objet d'un atelier de validation en juin 2010. Mais ce n'est pas encore le cas au niveau des régions. Le PRAIPP 2010-2014 n'est pas encore diffusé dans les 4 régions visitées. De même, sa revue et celle de la PAIPP 2010-2014 n'ont pas été encore réalisées.

Par rapport au renforcement de capacités, 127 techniciens et secrétaires généraux des communes de 5 régions et 5 cadres de la Direction Nationale de la Population (DNP) ont été formés en intégration des questions de population dans les plans et programmes de développement. De plus, 2 cadres du niveau central et 34 techniciens du niveau local ont bénéficié de renforcement de capacités en cartographie appliquée à la planification de l'éducation.

La production d'une carte de fécondité des 703 communes du pays et des cartes de priorités en santé de la reproduction dans 4 régions ainsi que l'élaboration d'une cartographie des infrastructures socio-éducatives de trois régions entre 2012 et 2013 sont aussi des acquis du programme qui mérite d'être souligné.

L'on peut noter également que les sessions de dialogue politique et de plaidoyer conduites, notamment lors des Journées Mondiales de la Population (JMP) et au sein des cadres de concertations entre le Gouvernement et ses partenaires, ont permis de rehausser les débats sur les questions de population, la croissance démographique et le dividende démographique au cœur des réflexions stratégiques actuelles des acteurs au développement. L'un des résultats significatifs réside dans la réintégration dans l'architecture des politiques publiques en 2013 d'un ministère de la planification, de l'aménagement du territoire et de la population.

Facteurs facilitant et contraintes majeures

Les niveaux de réalisation observés de la composante P&D représentent d'importants acquis, non seulement pour l'opérationnalisation de la PNP mais aussi pour l'amélioration de la planification du développement ainsi que le suivi adéquat de la réalisation des objectifs de développement, y compris, ceux du PA/CIPD et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Il convient de noter que l'atteinte de ces résultats a spécifiquement bénéficié de la volonté politique du Gouvernement du Mali et du leadership de l'UNFPA, en particulier pour ce qui concerne la mobilisation des ressources pour la réalisation du RGPH 2009 et pour une plus grande implication des PTF et de la société civile en faveur des questions de population.

L'existence d'une loi régissant le RGPH au Mali, la création de Services Locaux de Planification, de Statistiques, d'informatique, d'Aménagement du territoire et de Population (SLPSIAP), l'existence de cadres de concertation des PTF, notamment le groupe technique statistique et le groupe thématique population et développement constituent autant de facteurs facilitant.

Par ailleurs, les partenaires de mise en œuvre ont ouvertement exprimé leur satisfaction de la qualité de la coopération avec le bureau pays de l'UNFPA suite au renforcement de l'équipe P&D.

S'agissant des contraintes, il est à noter que la non décentralisation de la composante, le mandat très vaste des DRPSIAP, la faiblesse de leurs ressources techniques, humaines et financières contraignent la participation de ces démembrements régionaux à la mise en œuvre du programme et des activités de population en général.

En outre, la non maîtrise des procédures de gestion en modalité d'exécution directe appliquée suite à la crise institutionnelle et sécuritaire et/ou aux insuffisances relevées dans la gestion financière de certains partenaires, et l'applicabilité, parfois difficile, de certaines recommandations de l'audit NEX ont souvent occasionné des dysfonctionnements, dans le processus de décaissement des fonds, à l'origine de nombreux retards. Par ailleurs, l'insuffisance du suivi et évaluation constatée et le déficit de coordination des activités entre les partenaires de mise en œuvre de la composante constituent d'autres facteurs défavorables à l'efficacité de la composante, telle que prévue à la conception.

Bonnes pratiques et leçons apprises :

De 2012 à 2014 le partenariat entre la DNP, la Cellule de Planification et de Statistique du secteur de l'éducation, ainsi que les Académies d'Enseignement a permis, avec l'appui du programme, de mettre en place une équipe pluridisciplinaire qui supervise un processus de planification intégrant les questions démographiques et qui consiste à exploiter les données du recensement pour élaborer une cartographie des infrastructures socio-éducatives (écoles primaires et secondaires). Ce qui va permettre l'identification de nouveaux sites d'écoles sur la base des critères plus pertinents pour leur fonctionnalité : par exemple, en fonction de la population scolarisable mais aussi de la distance lui séparant de la nouvelle école.

Cette collaboration avec le secteur de l'éducation, qui présage une plus grande implication des cadres nationaux dans l'utilisation des données démographiques pour la planification des activités, se révèle une pratique à étendre à d'autres secteurs de développement. En particulier, le secteur de la santé, développement social et promotion de la famille, pour laquelle la DNP dispose déjà d'une cartographie de la fécondité dans toutes les 703 communes et des priorités en SR dans 4 régions.

Tel qu'il ressort des résultats décrits, ci-dessus, des données de population de qualité, désagrégées par sexe sont disponibles pour une meilleure planification du développement et un suivi adéquat de la réalisation des objectifs du PA/CIPD et des Objectifs du Millénaire pour le Développement. On peut donc estimer que le niveau d'efficacité de la composante P&D est satisfaisant de façon générale. Il est ressorti clairement, par exemple, des entretiens avec les partenaires de mise en

œuvre que l’afflux des utilisateurs (structures publiques et privées, les organismes internationaux, etc..) a été remarquable dès la publication des résultats du RGPH de 2009, ce qui constitue une nouveauté au Mali. En outre, lors de l’entretien avec la Cellule Technique du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté, la satisfaction de la disponibilité des résultats du RGPH 2009 pour l’évaluation du CSCR 2007-2011 et l’élaboration du CSCR 2012-2017 était nettement perceptible.

4.2.3 Efficience

L’efficience de la composante P&D a été appréciée suivant les deux produits et sur la base des rapports d’activités annuelles disponibles et les entretiens tenus avec les partenaires d’exécution.

Par rapport au produit 1

Les partenaires de mise en œuvre soutiennent qu’en ce qui concerne les mécanismes d’intervention, il n’y a pas eu de problème spécifique qui ait handicapé l’atteinte des résultats escomptés. Cependant, avec la modalité d’exécution directe adoptée à la suite de la crise au Mali en 2012 et certaines recommandations des audits, particulièrement celui de 2011, la mise en œuvre du programme a connu des périodes de ralentissement, voire de retards importants dans la réalisation de certaines activités planifiées.

Toutefois, la revue des rapports annuels disponibles a établi qu’il y a eu, avant la modalité d’exécution directe, des délais dans la signature de PTA qui se sont traduits en des retards pouvant atteindre ou dépasser le 1^{er} trimestre de la période d’activité prévue. Par exemple, pour le PTA 2010, l’INSTAT a perçu son 1^{er} décaissement de fonds en novembre 2010, ne pouvant plus réaliser les activités prévues, ce fonds a été retourné à l’UNFPA et la quasi-totalité des activités planifiées a été reportée dans le PTA de l’année 2011.

Cependant, à l’exception de cette année 2010, la plupart des activités planifiées ont été exécutées et les montants décaissés ont été consommés avec de taux d’exécution budgétaire de plus de 85% (Tableau ci-dessous).

Tableau 2 Bilan de l’exécution financière des PTA pour le produit 1 de la composante P&D (en F.Cfa)

N°	ANNEE	BUDGET ANNUEL	DEPENSE ANNUELLE	SOLDE BUDGETAIRE	% EXECUTION
Exécution financière du PTA pour le produit 1-PAPP					
1	2008	-	-	-	-
2	2009	464 126 927	463 979 803	147 124	99,97%
3	2010	51 361 662	8 366 757	42 994 905	16,29%
4	2011	56 996 579	56 777 604	218 975	99,62%

5	2012	105 603 740	92 282 988	13 320 752	87,39%
Exécution financière du PTA pour le produit 2-Extension					
1	2013	116 690 971	108 896 851	7 794 120	93,32%.
2	2014				
<i>Sources : PTA et Rapports d'activités annuels de la période, INSTAT</i>					

Le partenaire de mise en œuvre du produit 1 note que l'appui technique et financier, relativement considérable de l'UNFPA, a permis d'améliorer la mise en œuvre des activités avec l'efficacité requise. En effet, les résultats obtenus sont nettement au-dessus de ceux des RGPH précédents et les coûts sont restés dans des proportions raisonnables compte tenu des résultats (qualité des analyses thématiques meilleure qu'auparavant, impressions améliorées, bonne qualité des travaux de digitalisation du répertoire des villages du Mali et cartographie de la pauvreté concise et très instructive).

Par rapport au Produit 2

A l'exception de l'année 2008, pour laquelle aucune contrainte au cours de l'exécution du programme n'a été évoquée, il ressort de la mise en œuvre du produit 2 de la composante P&D, autant dans les rapports d'activité annuels disponibles (2008-2011) que lors des entretiens, que la principale contrainte avec les modalités et procédures d'exécution se trouve dans le retard pris par rapport à la signature des PTA. Ainsi, l'essentiel des activités prévues a été réalisée, avec un taux annuel de plus de 70%, au cours de cette période de 2008-2011 (Tableau 3). Au-delà des difficultés signalées, la lourdeur administrative liée à la modalité d'exécution directe adoptée au cours de l'année 2012, où la DNP a été « qualifiée négative » à la suite de l'audit NEX, la DNP n'a pas produit de rapport financier pour les deux années de 2012 et 2013 pour lesquelles il n'y a pas eu non plus de rapport technique.

Pour ce produit, qui matérialise l'opérationnalité de la PNP, la mise en œuvre ne semble pas être très efficace. En effet, certes les progrès sont sensibles dans l'élaboration des PAIPP et PRAIPP2010-2014, mais leur mise en œuvre demeure encore très peu documentée. De même, la base des données sur la population de la DNP a été décentralisée au niveau régional, mais elle n'est pas actuellement fonctionnelle dans toutes les 4 DRPSIAP visitées. Au niveau central elle est peu connue et son utilisation plutôt faible et non documentée.

La stratégie nationale de communication en population et développement est relativement limitée à l'organisation annuelle des Journées Mondiales de la Population (JMP).

Tableau 3 Bilan de l'exécution financière des PTA pour le produit 2 de la composante P&D (en F.Cfa)

N°	ANNEE	BUDGET ANNUEL	DEPENSE ANNUELLE	SOLDE BUDGETAIRE	% EXECUTION DE L'EXERCICE
----	-------	---------------	------------------	------------------	---------------------------

Exécution financière du PTA pour le produit 2-PAPP					
1	2008	62 033 356	-	-	-
2	2009	86 422 768	63 536 430	22 886 338	73,52%
3	2010 (US\$)	162 500	132 500	30 000	81,54%
4	2011	78 351 350	61 257 600	17 093 750	78,18%
5	2012	68 349 600	-	-	-
Exécution financière du PTA pour le produit 1-Extension					
1	2013	89 790 106	-	-	-
2	2014	-	-	-	-
<i>Sources : PTA et Rapports d'activités annuels de la période, DNP</i>					

4.2.4 Durabilité

Dans le contexte de mise en œuvre de la composante P&D, les acquis sont importants, particulièrement en termes de compétences acquises pour la collecte et analyse des données mais aussi pour l'utilisation des données collectées, d'une part, pour le suivi du progrès des programmes de développement et d'autre part, pour l'intégration des questions de population, de SR et de genre dans les stratégies de développement.

Des efforts dans la perspective de la durabilité de ces acquis sont manifestes dans les dispositions particulières prises par le Gouvernement pour la réalisation du RGPH, qui se traduisent dans l'effectivité de la loi sur l'organisation et la gestion du RGPH et son engagement dans le financement des opérations.

Avec l'amélioration des compétences et des capacités des cadres nationaux, qui permet de pallier en partie l'insuffisance de ressources humaines constatée au sein du système statistique national, la réforme en cours de l'Institut National de la Statistique ainsi que la création d'un centre de formation en statistique devront permettre à terme un accroissement conséquent de la disponibilité des ressources humaines capables de perpétuer les compétences acquises.

Avec, l'effectivité de la mise en place des SLPSIAP et les actions de renforcement des compétences en matière de prise en compte des questions de population, de SR et de genre dans les stratégies de développement au niveau local, le renforcement du rôle de la DNP et des DRPSIAP, comme structure de coordination, représente un effort à soutenir pour la promotion et l'opérationnalisation de la PNP.

Il faut cependant noter qu'une mobilisation des acteurs politiques est nécessaire pour faire de l'intégration des questions de population dans les plans nationaux de développement un objectif national adopté à haut niveau. Le prochain programme devrait mettre l'accent sur cette dimension.

4.3. Analyse des résultats de la composante Genre/Egalité

La composante Genre se propose de contribuer à l'atteinte de l'Effet 1 de l'UNDAF « Les droits humains sont mieux connus et respectés dans le cadre d'une Gouvernance Démocratique et d'un l'Etat de Droit renforcés » et de l'objectif des OMD en rapport avec l'autonomisation des femmes. Elle s'inscrit dans le domaine d'intervention prioritaire du CSCR 2007-2011 « Promotion de la gouvernance et des libertés publiques », et le PA/CIPD. L'Effet programme Pays de la composante est : « **l'équité et l'égalité de genre, la promotion des droits des femmes et des filles et la lutte contre l'excision sont renforcées** ». Cette composante du programme vise à renforcer l'équité et l'égalité de genre à travers (i) la mise en place d'un cadre juridique favorable à la promotion des droits des femmes et des filles; (ii) l'abandon de l'excision et de toutes formes de violences faites aux femmes et aux filles (iii) le renforcement des capacités des organisations qui luttent pour la promotion des droits des femmes et des filles.

La crise que traverse le Mali a eu entre autres pour conséquences l'orientation des programmes de développement des agences vers l'urgence humanitaire. En matière de genre, les activités ont été dirigées essentiellement vers le renforcement des capacités de la société civile pour faire face aux nombreuses violences basées sur le genre (VBG).

4.3.1 Pertinence

Le Mali a adhéré à plusieurs conventions internationales ayant un effet direct ou indirect sur le statut de la femme et s'est également lié à de nombreuses résolutions émanant d'organisations internationales telles que l'UNESCO, l'OIT et l'OMS et régionales telles que l'Union Africaine et la CÉDEAO. Tel que souligné dans la politique nationale d'égalité entre les femmes et les hommes, les instruments juridiques internationaux notamment : *la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CÉDEF)*, *la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples* et *le Protocole à la Charte relatif aux droits des femmes en Afrique* sont des opportunités certaines pour l'amélioration des conditions juridiques des femmes dans la région africaine et au Mali.

Les deux Pactes que sont le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* et le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* sont largement évoqués dans la Constitution du Mali. Certains de ces droits sont protégés et/ou mis en œuvre par des textes particuliers qui profitent aux femmes. Les droits des femmes sont également traités dans des conventions spécifiques ratifiées par le Mali et dont certaines revêtent une importance particulière pour les maliennes. C'est le cas de la *Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages (1964)*, la *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille*.

Ces engagements ont valu l'élaboration de la Politique Nationale Genre en 2009. Cette PNG constitue la référence en matière de promotion et de droits des femmes et des jeunes filles.

Comme indiqué dans le PRODESS II, et PRODESS II prolongé 2009-2011, l'Etat malien met en œuvre depuis 1997, une politique de promotion de la femme visant : (i) au renforcement de l'accessibilité des femmes aux services sociaux essentiels (éducation, alphabétisation, santé, habitat notamment), (ii) à la reconnaissance de tous ses droits et leur renforcement en vue de leur effectivité, (iii) au renforcement de son rôle et la valorisation de sa contribution au développement économique, (iv) à la promotion de la participation de la femme à la prise de décision politique et familiale, (v) à favoriser l'émergence et le renforcement de la société civile féminine.

Cependant, malgré cette volonté et cet engagement du Mali sur le plan international et sous-régional, des difficultés persistent quant à l'application concrète de ces dispositions juridiques. Ce constat justifie l'appui de l'UNFPA dans le domaine à travers sa composante « promotion des droits humains, de l'égalité et de l'équité de genre ».

Cette composante du programme vise à renforcer l'équité et l'égalité de genre à travers (i) la mise en place d'un cadre juridique favorable à la promotion des droits des femmes et des filles; (ii) l'abandon de l'excision et de toutes formes de violences faites aux femmes et aux filles (iii) le renforcement des capacités des organisations qui luttent pour la promotion des droits des femmes et des filles.

Cette composante du programme porte au pinacle les problèmes spécifiques de santé de la femme notamment l'excision et ses conséquences (fistules vésico-vaginales), les autres violences faites aux femmes (coups et blessures), l'accès à des postes de décision et de gestion des affaires publiques. Elle traite également du statut juridique et social de la femme qui souffre du poids de la persistance des pesanteurs socioculturelles. Ainsi, il paraît évident que cette composante constitue un apport important de l'UNFPA au Gouvernement pour la mise en œuvre de ses engagements dans le cadre de la promotion des droits humains, de l'égalité et de l'équité de genre, ce qui lui confère toute sa légitimité. En somme, il ressort que les objectifs assignés à cette composante du sixième programme est en conformité avec les différents engagements du Mali et surtout l'atteinte des OMD.

Les objectifs et les résultats attendus sont en conformité avec les politiques publiques à savoir la PNG, le PRODESS II et le CSCR. Les stratégies utilisées sont appropriées et concourent à l'atteinte des résultats escomptés.

De l'avis des participants à l'étude, le programme est pertinent car prend en compte les préoccupations de la population.

4.3.2 Efficacité

La composante genre du programme se déclinait initialement en deux produits : (i) *La connaissance et la mobilisation des femmes et des filles en faveur de leurs droits, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, sont renforcées dans les zones d'intervention du programme* (produit 1) et (ii) *La mobilisation communautaire pour l'abandon de la pratique de l'excision est renforcée et étendue à toutes les zones d'intervention du programme* (produit 2). Dans le cadre de l'extension, ces deux produits ont été intégrés tout en tenant compte du contexte humanitaire du pays. Le produit retenu à cet effet est : *Capacités nationales renforcées pour la prise en charge de qualité des violences basées sur le genre (VBG) particulièrement dans les zones affectées par la crise humanitaire.*

Principaux résultats

En rapport avec le Produit 1 : La connaissance et la mobilisation des femmes et des filles en faveur de leurs droits, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, sont renforcées dans les zones d'intervention du programme.

Six (6) indicateurs sous-tendent le produit: (i) *le code de la famille et des personnes est adopté et promulgué* (ii) *la proportion des membres du réseau des femmes ministres et parlementaires formé en planification et leadership* (iii) *le rapport de recherche opérationnel est disponible* (iv) *le répertoire des compétences féminines est disponible* (v) *le texte d'application de la loi sur la SR est disponible et effectif* (vi) *le guide d'intégration du genre dans les projets et programmes est disponible.*

Dans l'exécution, d'autres indicateurs se sont ajoutés, il s'agit : (i) *proportion de régions ayant bénéficiées de sessions de discussion sur le contenu du projet de Code de la famille et des personnes* (ii) *nombre de structures (y compris du MPFEF de d'associations/ONG) engagés dans la promotion du genre et des droits humains ayant bénéficiées d'appuis technique et/ou financier* (iii) *nombre et types d'outils d'information et de sensibilisation diffusés au niveau des régions* (iv) *% de représentation des femmes dans les instances de prise de décision et de gestion des affaires publiques,* (v) *existence de textes adoptés par l'Etat pour une intégration à l'échelle nationale de la prise en compte du genre dans les politiques, plans et programmes de développement.*

La composante genre a enregistré de nombreux acquis qui contribuent au **renforcement de la connaissance et la mobilisation des femmes et des filles en faveur de leurs droits, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive** à travers les sessions de discussions sur le projet de code de la famille, l'adoption d'importants documents de référence tels que la Politique Nationale Genre (PNG), la politique nationale et le plan d'action de lutte contre l'excision.

Plus de 33.000 outils de communication pour la promotion des droits des femmes et des filles ont été produits ; 500 messages de prévention et d'orientation sur les VBG ont été diffusés pendant un (1) mois par la radio nationale dans 5 langues, Français, Bambara, Tamasheq, Peul et Songhoï. Ces activités, notamment la diffusion des résolutions des Nations Unies sur les femmes, le plan d'action national contre les violences faites aux femmes et aux filles, les manuels de formation sur les VBG et les brochures sur la prévention et l'orientation des VBG ont amené des milliers de personnes à s'engager en faveur de l'égalité et de l'équité des droits des femmes et des hommes et contre les violences basées sur le genre.

Quant au code de la famille, il a été adopté et promulgué. Toutefois, suite aux protestations massives des chefs religieux, le code a été renvoyé à l'assemblée nationale pour relecture et adoption. La nouvelle version a été promulguée par le président de la République le 13 Janvier 2012. Malgré, cette seconde promulgation, certains domaines ont été en deçà des attentes, notamment l'âge au mariage et l'égalité des sexes à l'héritage.

Dans le cadre des activités d'urgence, au moins 20 000 personnes ont reçu des kits de dignité et des centaines ont pu bénéficier de prise en charge gratuite en matière de SR et de viols. 50 kits

viols et post viols ont été mis à la disposition des structures de santé pour la prise en charge des femmes victimes de VBG. Au moins deux (2) millions⁹ de personnes ont été touchées par les messages de sensibilisation et d'orientation diffusés par la radio nationale sur les VBG. En outre, deux activités de recherche concernant l'évaluation de la situation des populations déplacées et des centres de santé dans les régions de Ségou et Mopti en juin 2012 et l'enquête sur la documentation des cas de violences faites aux femmes et aux filles dans la Région de Gao en partenariat avec ONUFEMMES et GREFFA, avril-Mai 2012 ont été réalisées.

470 personnes (ONG nationales et internationales, structures d'état et SNU) ont été formés sur les VBG dans les contextes d'urgence, la prise en charge psychosociale et médicale des violences sexuelles et le système de gestion de l'information sur les VBG.

Dans le cadre du renforcement des capacités de réponse à la prise en charge des survivantes des VBG liées à la crise, 5 maisons de la femme de Ségou, Mopti, Gao, Tombouctou et Kidal ont reçu des équipements pour l'hébergement et l'appui psychosociale des. Deux ONG (AJM et MSI) ont été appuyées en équipements informatiques et bureautique pour assurer la prise en charge des survivantes.

En 2012, 2383 cas de VBG ont été recensés à travers tout le Mali dont 200 cas de violences sexuelles et 828 cas de pratiques traditionnelles néfastes. Pour Kayes et Bamako il y a eu la prise en charge médicale de 799 cas de MGF/Excision. Les 51 cas de VBG de Gao et Ménaka ont bénéficiés en plus de la prise en charge médicale de la prise en charge psychosociale.

En 2013, 3844 cas de GBV ont été rapportés dont 411 cas de viols, tous pris en charge grâce aux kits mis à disposition par l'UNFPA.

Selon les évaluations et les rapports de progrès du programme national de lutte contre l'excision (PNLE), des centaines de femmes et de filles ont bénéficié des 2880 kits (2012) et 1200 kits (2013) de prise en charge des MGF mis à la disposition des formations sanitaires. Les leaders religieux et communautaires qui ont bénéficié des campagnes de restitution du forum national avec les leaders religieux sur l'excision, tenu à Mopti en Mai 2010, sont désormais des porteurs de messages positifs de changement de comportement.

Quatre rencontres intergénérationnelles ont été organisées sur les thèmes « la situation des femmes après la crise : enjeux et défis pour leur réinsertion socio-économique », « la problématique de la scolarisation des filles et de la continuité de leurs études », « L'excellence au féminin » et « rôle des femmes dans la résolution de la crise au Mali ».

Par ailleurs, 4.617 membres du réseau des femmes ministres et parlementaires, de cadres des services techniques, des organisations communautaires et de la société civile œuvrant pour la promotion des droits et du statut de la femme ont bénéficié d'un renforcement de leurs compétences. Une trentaine de femmes du REFAMP ont été formées en PF. Ces renforcements de capacité ont permis de mener plusieurs activités de sensibilisation sur la PF. De nos jours, de

⁹ Sous Cluster VBG

résultats encourageants sont enregistrés dans l'utilisation de la PF au Mali. En effet, d'après l'EDMS V, ce taux est passé de 6.2% en 2006 à 9.2% en 2012.

Des femmes, potentielles candidates aux élections futures pour un meilleur positionnement sur les listes de candidature ont été soutenues; 8000 livrets de la femme candidate aux élections a été imprimé et distribué. Ces activités de soutien ont permis à 14 femmes d'accéder à l'Assemblée Nationale. Certes, ce nombre est inférieur à celui du mandat précédent qui en comptait 15 femmes. Toutefois, une analyse plus fine permet de détecter des points très encourageants.

Pour preuve, cette année, pratiquement 9% des femmes candidates ont pu accéder à l'Assemblée Nationale contre 7% pour le mandat passé. En outre, il n'y avait jamais eu de femmes députées ou même candidates à Tombouctou et à Kidal. Cette année, ces deux régions ont des élues. La région de Kayes, disposant de trois élues, n'avait plus de femmes députées depuis 1997.

Par ailleurs, parmi les femmes à l'Assemblée, une seule femme a été réélue. Il y a donc un changement générationnel. Les anciennes n'étaient pas candidates.

Des activités ont été menées avec les réseaux, en l'occurrence le REFAMP, le RIPOD, COREJCOM etc. Toutefois, ces activités se sont limitées seulement à l'année 2011. La collaboration avec ces réseaux a permis de multiplier les échanges sur les thèmes comme la PF et l'excision.

En rapport avec le produit 2 : La mobilisation communautaire pour l'abandon de la pratique de l'excision est renforcée et étendue à toutes les zones d'intervention du programme.

Les 5 indicateurs suivants ont été retenus initialement pour vérifier que le produit a été effectivement réalisé : (i) la *proportion de villes et villages ayant mené des activités de plaidoyer* (ii) les rapports de mission *d'échanges* sont disponibles (iii) *les outils d'information et de sensibilisation sont disponibles et diffusés à tous les niveaux* (iv) les rapports de recherches et d'études sont disponibles (v) les rapports de suivi et évaluation sont disponibles. Dans l'exécution, les indicateurs suivants ont été définis : (i) nombre de structures techniques de l'Etat et des associations/ONG engagés dans la promotion du genre et des droits humains appuyées dans le cadre de la mise en œuvre de leurs plans d'action, (ii) existence de textes pour combattre les MGF, (iii) existence de politique nationale pour combattre les violences basées sur le genre.

Des avancées importantes ont été enregistrées en vue de **l'abandon de la pratique de l'excision dans toutes les zones d'intervention du programme à travers la mobilisation communautaire**, les activités de plaidoyer et de sensibilisation contre les MGF menées de façon continue en synergie avec l'ensemble des intervenants, sur tout le territoire national, ont permis d'obtenir l'abandon solennel de 1042 villages.

Beaucoup d'exciseuses ont eu des informations sur les méfaits de l'excision. Les propos qui suivent montrent des messages ont été véhiculés. « *En effet, il y a beaucoup de messages en défaveur de cette pratique de sorte à ce que même nous les pratiquantes, nous ne sommes plus à l'aise. Il y a eu vraiment trop de débats sur l'excision. Nous, exciseuses, sommes actuellement dans l'impasse.* » Une exciseuse *"Le comité qui regroupe tous les acteurs de lutte contre l'excision admet qu'il est judicieux de mettre l'accent sur les parents et non sur les exciseuses. C'est ce que nous sommes en train de faire finalement."*

Aussi, 10 communes ont intégré la question des MGF/F dans leur plan de Développement Socioéconomique et Social (PDSEC). L'UNFPA a beaucoup contribué à la mise en plan d'action pour la lutte contre l'excision 2011-2013. En dépit de ces efforts, la réduction de la prévalence de la pratique est à peine perceptible dans la tranche d'âge 15-49 ans. En effet, d'après les résultats de l'EDMS V, la prévalence de la pratique est restée stationnaire sur la période 2006-2012. Toute fois une étude récente¹⁰ montre que la prévalence de la pratique pour la tranche d'âge de 0-15 ans est de 52%.

Selon le PNLE, la loi contre l'excision était prévue dans le plan d'action 2010-2014 mais le processus a été interrompu avec l'avènement de la crise de 2012. Dans le nouveau plan, la promulgation d'une loi spécifique contre la pratique de l'excision au Mali est prévue à l'horizon 2018. Des plaidoyers ont été faits et un comité de décision et suivi pour l'adoption de la loi est mis en place.

Plus de 10 000 outils promotionnels ont été diffusés au niveau des régions. Dix (10) activités de supervision ont été réalisées. Pendant la période de crise, le nombre de supervision a considérablement baissé, soit seulement deux supervisions.

En rapport avec l'extension dans le contexte humanitaire (Produit 4) : « Capacités nationales renforcées pour la prise en charge de qualité des violences basées sur le genre (VBG) particulièrement dans les zones affectées par la crise humanitaire. »

La réalisation de ce produit est dictée par les deux indicateurs que sont :

(i) Nombre d'organisations travaillant sur les VBG dans les situations humanitaires avec le soutien de l'UNFPA (ii) Nombre de victimes des MGF ayant bénéficié de prise en charge médicale avec l'appui de l'UNFPA.

Le contexte de crise a été l'occasion de renforcer les capacités de la société civile et des cibles où l'impact et le réinvestissement seraient quasi immédiats. Au total 470 personnes ont été formées entre 2012 et 2014. Ces formations ont cernées des thématiques comme la prévention et la prise en charge des violences basées sur le genre (VBG) en situation de crise, la prise en charge psychosociale et médicale des viol et autres VBG et le système de gestion de l'information sur les VBG. Divers segments impliqués dans la gestion de la crise ont bénéficié de ces formations : ONG nationales et internationales, structures de l'Etat, SNU. Les forces armées et de sécurité ont été l'objet d'une attention particulière d'autant plus qu'elles peuvent être des auteurs de VBG dans les situations de crise si elles ne sont pas ciblées tôt. De même, ces forces, une fois sensibilisées seront des auxiliaires efficaces pour la répression des cas de violences. Ainsi, en appui à l'Etat-major général des Armées, 3000 éléments ont été sensibilisés en collaboration avec ONUFEMMES. Toujours dans le cadre des appuis de l'UNFPA, un module spécial a été développé intitulé « Protection des femmes en situation de conflit armé » pour la formation des FAMA assurée par la

¹⁰ Aspects épidémiologiques, cliniques et socio-économiques de l'excision dans le district de Bamako, AMAPED sous financement UNFPA

mission de formation de l'armée malienne par l'Union Européenne. 5 bataillons soit environs 3500 FAMA ont été sensibilisés.

La formation des formateurs sur les VBG a permis de renforcer la connaissance des causes, des facteurs de risque et des conséquences des VBG, ainsi que des dispositions minimales à mettre en place en situation d'urgence. Elle a donné à ces formateurs les outils pour maîtriser les cadres internationaux et les outils à utiliser dans la coordination de la réponse aux VBG en situation d'urgence, et de mieux utiliser les outils de suivi et d'évaluation.

Une Campagne théâtrale pour l'abandon des Violences Basées sur le Genre /Excision dans 10 villages de la région de Ségou. Cette activité qui s'est déroulée dans 10 villages de Ségou a été un succès car elle a permis de conscientiser les populations sur les conséquences de la pratique de l'excision. De plus certains leaders coutumiers ont décidé de s'engager activement pour l'abandon de l'excision. Un total de 2500 exemplaires du livret d'argumentaires islamiques contre l'excision ont été imprimés. Au compte des organisations féminines, 40 leaders ont été formés sur les méfaits de l'excision pour la pérennisation des acquis du projet dans le cercle de Niono. Il y a eu également la réalisation d'un film documentaire sur les acquis de la lutte contre l'excision de la création du PNLE à nos jours.

Facteurs explicatifs (favorables ou contraignants)

Plusieurs facteurs, tels que la disponibilité des ressources financières, la prise en charge des victimes des MGF et l'efficacité prouvée des outils de sensibilisation des communautés, l'émergence des femmes leaders et la disponibilité d'un noyau de formateurs ont favorisé l'obtention des acquis. On note également l'utilisation judicieuse des approches et l'harmonisation des supports de communication en fonction des cibles (jeunes, vieux, leaders, femmes etc).

Cependant, des facteurs culturels, religieux, économiques et des stéréotypes ainsi que l'analphabétisme freinent l'épanouissement de la femme dans ses droits fondamentaux et ralentissent les progrès. Par ailleurs, il existe une faible coordination des activités des Agences des NU impliquées dans les questions de genre. Aussi, une meilleure synergie entre elles permettra d'amplifier l'impact des interventions.

Bonnes pratiques et leçons apprises

Le 6^{ème} programme a été marqué par une bonne collaboration entre l'UNFPA et l'ONUFEMME. Elle a abouti à la mise en œuvre de programmes conjoints. Ces deux organismes onusiens ont promu la lutte contre les VBG. Des activités de prises en charge holistique des cas de VBG ont été menées en commun. Actuellement, un plan d'Action de lutte contre les Violences faites aux femmes est disponible. Il est à noter également le partenariat entre l'UNFPA et l'UNICEF qui a permis le financement du "projet transfrontalier Mali-Burkina" dans le cadre de la lutte contre l'excision.

En ce qui concerne la promotion du statut de la femme et des filles, la rigidité des mentalités, le bas niveau d'instruction de cette couche elle-même, le conservatisme religieux et la timidité des appuis politiques constituent des handicaps sérieux aux actions en leur faveur.

La crise a mis à nu la vulnérabilité des femmes compte tenu du nombre important de cas de VBG enregistrés. Elle a révélé l'impréparation des services techniques de l'Etat et leur paralysie face aux situations d'urgence. Elle a dévoilé la nécessité d'avoir un plan de contingence au niveau du département de la promotion de la femme. Le nouveau contexte a également mis à nu l'inféodation et la dépendance des structures de l'Etat aux ressources extérieures. Malgré les quelques insuffisances constatées, la composante genre peut être jugée efficace.)

4.3.3 Efficience

Le 6^{ème} programme a mené beaucoup d'activités dans le cadre de la promotion des droits humains, l'égalité et de l'équité de genre. Toutefois, certaines lourdeurs administratives ont légèrement affecté l'effet attendu du programme.

La réglementation administrative entraîne un retard énorme dans la signature de la Lettre d'Entente. Les PTA sont validés souvent quatre mois après. Souvent, le financement n'est acquis qu'après la première moitié de l'année. Ceci suppose qu'aucune activité n'est menée pendant cette première moitié, ce qui décélère l'atteinte des objectifs. Le processus de planification est trop long.

Un facteur concourant aussi à des retards de décaissements est le mode de financement. En effet, le financement est trimestriel alors que les PTA sont annuels. A la fin du trimestre, les pièces justificatives des activités menées sont expédiées à l'UNFPA pour examen. L'autorisation pour une nouvelle requête pour le trimestre suivant est donnée à l'issue de cet examen. Egalement le remplissage de l'outil FACE pose d'énormes problèmes aux acteurs qui affirment n'avoir pas reçu de renforcement de capacité à cet effet.

Cette situation entraîne souvent la non réalisation de certaines activités prévues et souvent des versements de fonds. Certains acteurs déclarent avoir peur d'adresser des requêtes à l'UNFPA car il est trop procédurier.

Néanmoins, il est à noter que les taux d'exécution ont toujours atteint les 80%. Le plus faible taux fut enregistré en 2008, l'année de démarrage du CP 6 et le plus fort taux en 2009. Les années 2012 et 2013 ont enregistré respectivement 89% et 90%. Ces taux d'exécution élevés et l'efficacité constatée ci-dessus, suggèrent l'efficience de la composante Genre.

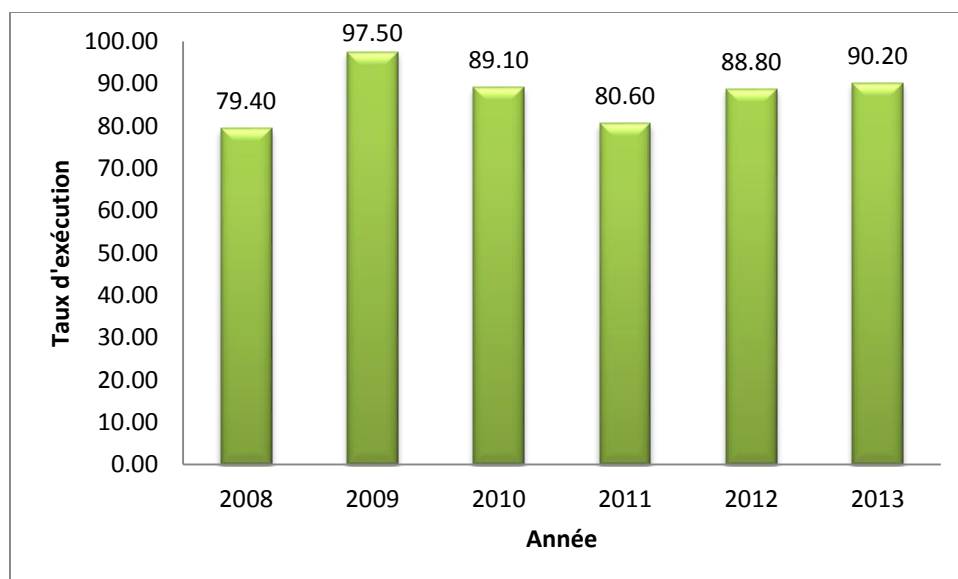


Figure 6 : Taux d'exécution Genre

4.3.4 Durabilité

En ce qui concerne la durabilité, la participation active des chefs de village, des leaders religieux, des structures techniques de l'Etat et des collectivités décentralisées dans la lutte contre les MGF, la désignation par les communautés des relais villageois formés et outillés pour poursuivre la sensibilisation, même en dehors des projets formels, fondent à croire que le processus d'appropriation est en marche. Dans le même sens, l'ancrage institutionnel assuré par le MFEF et ses services techniques (PNLE et DNPF), l'existence de la PNG et d'un plan et d'une politique nationale contre les MGF sont autant d'atouts pour pérenniser les actions à terme.

CHAPITRE 5: Positionnement stratégique

5.1. Dimension corporative

Il s'agit de l'alignement interne du programme-pays, qui met en évidence sa cohérence avec les orientations du plan stratégique 2008-2011 de l'UNFPA et du MTR 2012-2013.

Cet alignement a été pleinement respecté. Elaboré sur la base des orientations du plan stratégique 2008-2011, le 6ième programme de coopération Mali-UNFPA a dû accentuer son ancrage à la

note conceptuelle « Unis dans l'Action » signée par les Nations Unies et le Mali en 2010 (pour la mise en œuvre de la Réforme des Nations Unies au Mali), à la nouvelle orientation stratégique de l'UNFPA de 2012 (issue de la revue à mi-parcours du plan stratégique 2008-2012 de l'UNFPA tenue en 2011) ainsi que, la " Stratégie de réponse humanitaire - II " de l'UNFPA, adoptée en Janvier 2012.

Ainsi les effets du programme sont ceux du plan stratégique revu en 2011. Il s'agit des outcome1 : dynamique de population ; effet2 : la santé maternelle et néonatale ; effetoutcome 3 : l'accès et l'utilisation des services de planification familiale de qualité pour les individus et les couples selon leurs besoins ; effet 5 : égalité de genre et les droits liés à la santé de la reproduction ; effet 6 : accès accru des jeunes, y compris les adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive et de l'éducation sexuelle ; effet 7 disponibilité et analyse de données.

Dans la planification comme dans la mise en œuvre du programme, l'accent a été mis sur les groupes défavorisés et vulnérables dont les capacités de résilience ont été renforcées.

L'UNFPA a contribué à la prise en charge médicale des déplacés, surtout les femmes du Nord du Mali. Les centres de santé ont été dotés en Kits d'urgence obstétricale pour sauver des vies dans toutes les régions affectées par la crise. Les déplacés interne ont aussi bénéficié de kit de dignité dans toutes les régions du pays.

Il est à constater que les femmes des zones affectées par la crise ont été spécifiquement ciblées pour faciliter leur accès aux services de santé de la reproduction de qualité, aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence, aux produits contraceptifs, y compris par la distribution à base communautaire de contraceptifs (DBC). La DBC a été bien soutenue durant l'exécution de ce programme. Les femmes victimes de fistule obstétricale souvent rejetées et discriminées ont été ciblées, afin d'assurer leur accès au traitement de la fistule (intervention chirurgicale) et leur réinsertion socio-professionnelle.

Les violences basées sur le genre ont été exacerbées par la crise. Les survivantes de ces violences dans les zones de conflit, particulièrement les victimes de viol, ont bénéficié de soutiens multiformes : médical, psycho-social, juridique...

Les femmes ont bénéficié aussi de soutien face à des pratiques traditionnelles néfastes, notamment les mutilations génitales féminines, le mariage précoce etc...

Dans le cadre de la lutte contre l'excision, il existe une coopération entre le Mali et le Burkina Faso à travers le 'projet transfrontalier Mali-Burkina' financé par l'UNICEF et l'UNFPA. Par ailleurs, le programme a appuyé des associations qui s'occupent des aides ménagères, des élèves des écoles coraniques, des mendiants de la rue et des femmes divorcées.

Les jeunes et les adolescents ont reçu des appuis qui ont accru sensiblement leur accès et l'utilisation de services adaptés de santé sexuelle et reproductive, avec leur propre participation. Un programme intégré a été lancé dans les régions affectées par la crise pour renforcer leur résilience.

.- Dans le cadre de la Population et Développement, toutes les données du RGPH sont désagrégées par sexe et par âge et les statistiques sont présentées pour les couches vulnérables comme les handicapés et les nomades. L'étude sur l'impact de la crise sur les ménages du Nord a rendu disponible les données sur l'effet de la crise sur les conditions de vie des ménages victimes. Des données ont aussi été produites sur la situation des personnes vivantes avec le VIH (PVVIH), dispersées par la crise.

Dans le domaine de la recherche, une enquête sur la documentation des cas de violences faites aux femmes et aux filles dans la Région de Gao en partenariat avec ONUFEMMES et GREFFA, a été réalisée.

En matière de coopération Sud-Sud, la collaboration régulière de l'équipe du RGPH avec le BCR du Burkina Faso ainsi que les voyages d'échanges effectués (Burkina Faso, Togo, Niger et Mauritanie) sur l'exploitation et l'analyse des données du recensement ont largement contribué à la qualité des opérations et des résultats atteints par l'équipe du RGPH. En outre, l'assistance technique de l'IFORD de Yaoundé pour l'analyse des données du RGPH a été déterminante pour le nombre inédit de rapports d'analyse déjà produits sur les résultats du RGPH 2009.

En 2010-2011, l'UNFPA a financé la restitution des recommandations du forum tenu à Mopti et qui a regroupé les leaders religieux du Mali, du Benin, Burkina, de la côte d'Ivoire, du Sénégal, de la Guinée, Mauritanie et le Mufti de l'Egypte. La dissémination a lieu dans tous les cercles de Kayes, Koulikoro et Sikasso. Elle a eu lieu à Gao, Tombouctou et Kidal.

L'on note aussi à ce propos les différents échanges au cours des rencontres internationales organisées au Mali ou dans la sous-région notamment la conférence internationale sur le VIH SIDA en Ethiopie.

5.2. Dimension systémique

Il s'agit de l'alignement stratégique du programme-pays avec l'UNDAF et sa contribution à d'autres programmes du système des Nations-Unies comme les programmes conjoints. Ce volet concerne aussi la participation à la coordination des opérations du SNU. Le 6^{ème} Programme de coopération Mali-UNFPA contribue à la réalisation des effets quatre (4) et cinq (5) de l'UNDAF. (Cf UNDAF chapitre 3.2.2)

Avec l'avènement de la crise, le SNU a soutenu la période de transition à travers son Programme Conjoint d'Appui à la Transition (CCAT). Ainsi, le 6^{ème} programme s'est orienté vers l'humanitaire. L'UNFPA a participé à la mise en place des clusters pour faire face à la crise. Il existe un projet conjoint UNFPA / ONU FEMME / UNICEF et OMS intitulé « Prévention et prise en charge des victimes de VBG / viol à Gao » avec l'ONG GREFFA.

L'UNFPA a assuré le lead pour les activités de suivi (revues) et d'évaluation de l'UNDAF 2008 - 2012. Il a assuré le lead pour (i) les activités de préparation de l'UNDAF 2013- 2017 qui n'a pas pu être signé à cause de la crise qui a éclaté dans le pays. (ii) les activités d'élaboration du CCAT, cadre d'appui du SNU au Mali pour la transition et l'appui aux efforts du Gouvernement pour sortir de la crise en renforçant la résilience, (iii) les activités de préparation de l'UNDAF 2015 - 2019. L'UNFPA a pleinement participé aux rencontres du SNU comme les séances de travail de l'UNCT, le PMT, les groupes thématiques. Il existe à cet effet un groupe technique statistique des PTF avec l'UNFPA comme leader.

Il a aussi contribué chaque année à la production du rapport du coordinateur résident.

Dans le cadre des programmes conjoints, notons le partenariat entre l'UNFPA et l'UNICEF qui a permis le financement du 'projet transfrontalier Mali-Burkina' qui œuvre pour la lutte contre l'excision.

5.3. Réactivité

Avec le déclenchement de la crise en 2012, l'UNFPA a procédé au réaménagement de son programme afin de faire face aux nouveaux défis humanitaires tout en poursuivant son appui aux actions de développement. Il y a eu des changements de stratégies pour les régions du Nord afin de mieux cibler les personnes déplacées et celles vivant dans les zones sous occupation des groupes armés. L'accent a été mis sur la fourniture des kits de dignité, et de SR, la sécurité transfusionnelle et la sécurisation des produits contraceptifs. Les activités qualifiées de « life saving » sont donc devenues une priorité. Les Kits d'urgence ont permis de soutenir la poursuite de la réponse aux besoins de santé maternelle et les kits de dignité fournis ont permis aux populations déplacées de recommencer leur vie dans les localités d'accueil. ; Les femmes survivantes de violences basées sur le genre ont bénéficié d'assistance et de prise en charge multiforme (médicale, psycho sociale, juridique). Le cluster protection et singulièrement le sous cluster VBG a permis la synergie des acteurs (organisation de la société civile, Gouvernement, PTF) pour adresser plus largement les questions de VBG : formations des acteurs, appui aux structures locales de prévention etc. Cependant, certaines interventions ont accusé du retard au regard des besoins qui étaient urgents. Ce fut le cas par exemple à Sikasso où la Direction Régionale de la Promotion de la Femme (DRPF) a attendu longtemps avant de bénéficier de l'appui de l'UNFPA pour l'équipement de la maison de la femme pour l'accueil des femmes en détresse.

L'appui du programme a contribué à la prise en charge des équipes mobiles dans les régions du Nord et au renforcement des structures santé de la zone tampon. Le programme a aussi contribué au remplacement des équipements informatiques des DRPSIAP des régions du Nord et Mopti.

Dès le début de la crise, une évaluation rapide des besoins dans les zones affectées avait été à la base de la planification des nouvelles interventions du programme. Grâce à un dispositif s'appuyant sur les clusters et leurs partenaires sur le terrain, y compris en zones de conflit, les données de base ont pu être actualisées au fur et à mesure. Des études et recherche sur l'impact de

la crise sur les ménages à Gao, et les violences faites aux femmes ont été conduites. Les informations générées par ces études ont été utiles dans le processus de la planification post crise.

L'on peut ainsi conclure que l'UNFPA et ses partenaires ont démontré leur capacité de réactivité pour prendre en compte et adresser les nouveaux besoins en s'engageant dans l'humanitaire et sauver des vies tout en renforçant les capacités de résilience du Gouvernement, les organisations de la société civile et les communautés. Cependant, il ya eu en même temps un changement de mode de paiement qui est devenu le mode d'exécution direct, toute chose qui nécessitait de l'apprentissage et qui a ralenti le rythme de planification et de mise en œuvre des interventions. En effet, la situation humanitaire a révélé l'état général de non préparation face aux crises majeures, même s'il s'en est suivi un apprentissage rapide qui explique l'efficacité des interventions menées.

5.4. Valeur ajoutée

L'appui du 6^{ème} programme Mali-UNFPA a été déterminant en ce qui concerne la réalisation du recensement général de la population et de l'habitat, la production du rapport général, les rapports d'analyses thématiques et de leur diffusion. Le programme a eu un rôle majeur dans la sensibilisation sur les questions de population, spécifiquement au niveau communautaire. Dans ce cadre, il a appuyé l'opérationnalisation de la PNP à travers l'élaboration et l'évaluation des PAIPP et PRAIPP ainsi que la tenue annuelle des journées mondiales de la population, qui constitue le principal socle de Conscientisation sur les questions de population.

La PF sécurisée, l'amélioration de la disponibilité de sang sécurisé dans les structures de prise en charge des SONU, la dotation en logistique, notamment les ambulances médicalisées, la promotion de la SRJA, le plan stratégique de lutte contre la Fistule Obstétricale, la mise en place et l'opérationnalisation des unités de prise en charge de la FO dans les Hôpitaux, la tenue des journées de lutte contre la mortalité maternelle et leur décentralisation sont entre autres d'autres éléments de contribution spécifiques du programme qui mettent l'accent sur la valeur ajoutée de l'UNFPA dans le domaine de la SR.

L'UNFPA se distingue aussi par son engagement dans la lutte contre les violences basées sur le genre en ce qui concerne les violations des droits de la femmes en matière de santé de la reproduction, et singulièrement l'excision et les mariages précoces. Son appui a permis l'élaboration d'un plan d'action pour la lutte contre les violences faites aux femmes.

En somme, l'on peut conclure qu'au regard des évidences ci-dessus mentionnées, la conception et la mise en œuvre du 6^{ème} programme ont respecté le principe d'alignement aussi bien pour les dimensions corporatives que systémiques. L'UNFPA et ses partenaires ont fait preuve de réactivité, en particulier en sachant répondre aux changements de besoins et de priorités du pays

suite à la crise. Le programme a alors accentué encore davantage son ciblage sur les groupes défavorisés : populations déplacées, survivantes de VBG, femmes fistuleuses, etc.

Tout en intervenant dans l'humanitaire pour sauver des vies, les changements advenus dans le programme sont restés dans le cadre du mandat de l'UNFPA en conformité avec le plan d'action de la CIPD. Le programme conjoint jeunesse et résilience à lui seul traduit bien l'équilibre qui a pu être maintenu entre l'urgence et le renforcement de la capacité de résilience pour le développement. La création d'un Ministère en charge des questions de population est un exemple qui illustre et souligne la capacité de l'UNFPA à mener efficacement des plaidoyers auprès du gouvernement et des autorités politiques afin de renforcer leur appropriation des questions clés de population et développement, SR et équité genre.

CHAPITRE 6: Aspect transversal: Système de suivi évaluation

Le système de suivi et évaluation décrit dans le CPAP avait pour but « d'aider le Gouvernement et l'UNFPA ainsi que les partenaires de mise en œuvre dans le suivi des progrès et performances découlant de la mise en œuvre du 6^{ème} programme. ». Lors de la conception du programme, il était prévu que le système de suivi et évaluation sera mis en œuvre selon les principes et les méthodes de la gestion axée sur les résultats et conformément aux procédures et directives établies par l'UNFPA pour l'exécution nationale et que « toute programmation de ressources se fera autour de la matrice des résultats et des ressources du programme-pays. ».

Il avait été également envisagé de mettre en place un système d'information, avec les résultats d'une enquête de base qui devrait être réalisée avant le démarrage du programme. Ce système d'information devrait fournir matière et éclairage au suivi et à l'évaluation du Programme. Il avait aussi prévu de mettre en place une base intégrée de données en population et développement pour alimenter le processus de suivi et évaluation du programme. En outre, l'élaboration des mécanismes appropriés ainsi que des plans et des outils de suivi avaient été prévues pour assurer un maximum d'efficacité au suivi et évaluation du programme.

Le système de suivi et évaluation à mettre en place devait être en conformité avec le cadre de suivi et évaluation de l'UNDAF,. Sa mise en œuvre devait se faire à travers l'exploitation des rapports d'activités, de mission et de supervision ainsi que des rapports financiers, la tenue des réunions de coordination, des revues à mi-parcours, des revues annuelles et des évaluations finales. Elle devrait alors permettre d'identifier : (i) les progrès réalisés par la mesure du niveau atteint des résultats (effets et produits du programme-pays, effets UNDAF et impact sur la qualité du partenariat entre le Gouvernement, les agences du SNU et les autres PTF) et (ii) les contraintes et les leçons apprises au cours de l'exécution du programme.

L'un des objectifs de l'évaluation était d'analyser ce système de suivi évaluation qui devrait être mis en place. Les résultats issus de cette analyse sont présentés dans les sections ci-dessous.

6.1. Le système de suivi/évaluation de UNFPA Mali

A la conception du 6^{ième} programme de coopération Mali-UNFPA, l'approche, ci-dessus, décrite avait été prévue pour le système de suivi-évaluation. Toutefois, au démarrage du programme en 2008, il n'y avait pas d'équipe de suivi et évaluation en place au sein du Bureau-pays. C'est au cours de la mise en œuvre, du programme, en 2010, qu'une équipe chargée de suivi et évaluation a été installée au Bureau de l'UNFPA. Le système de suivi-évaluation a été alors mis en place conformément au Plan Stratégique de l'UNFPA et le PNUAD et sur la base des outils et procédures convenues avec les parties prenantes.

L'analyse du système mis en place par le Bureau-pays, fait ressortir sa conformité avec le système prévu lors de la conception du 6^{ième} programme, mais aussi des difficultés dans l'opérationnalisation des dispositifs et du mécanisme prévus pour sa mise en œuvre.

➤ **Suivi des intrants et des activités**

Un des objectifs du système de suivi évaluation est de faire le suivi des intrants et des activités. Ce qui implique la réalisation des tâches de surveillance effectuées au jour le jour par le personnel du bureau pays en vue de mesurer les progrès vers la réalisation des activités du programme. Pour faciliter ce suivi, l'UNFPA dispose de beaucoup d'outils dont principalement le formulaire FACE, l'outil de suivi du plan de travail (PTA) et le rapport de visite de suivi sur le terrain. Le FACE est un formulaire standard qui est utilisé trimestriellement par les partenaires d'exécution pour les demandes d'avance de fonds et le rapportage financier des activités des PTA. L'outil de suivi du PTA aussi doit être renseigné trimestriellement et accompagner le FACE. Il fait la synthèse des activités planifiées et réalisées au cours du trimestre tout en précisant les budgets y relatifs et les progrès vers l'atteinte des résultats prévus. Quant au rapport de visite de terrain, il doit être utilisé à chaque mission effectuée sur le terrain pour le suivi des activités du PTA.

Dans le cadre de la mise en œuvre du 6^{ième} programme, les capacités du staff de l'UNFPA et de ses partenaires d'exécution ont été régulièrement renforcées sur l'utilisation de ces différents outils. Aujourd'hui, le niveau d'utilisation de ces outils peut être jugé satisfaisant. Mais il convient de souligner que bien que planifié dans les PTA, très peu de missions de suivi des activités sur le terrain ont été réalisées par le staff de l'UNFPA. En 2013 par exemple, des PTA ont été signés avec 24 partenaires d'exécution dont 11 dans les régions. Des activités de suivis trimestriels étaient planifiées dans chacun de ces PTA mais ce n'est que 2 missions de suivi qui ont pu être réalisées par le staff dans les régions. Les partenaires de Bamako bénéficient, tout de même de suivi rapproché. L'instauration des missions de pré-audit trimestriel à partir de 2014 pourrait être une opportunité pour renforcer les visites de suivi dans les régions. Mais force est de constater qu'au cours du 1^{er} semestre de 2014 aucune structure partenaire des régions n'a bénéficié ni de mission du suivi ni de mission de pré-audit. Il devient donc important d'accorder une attention particulière à ces missions au cours du prochain programme pour un meilleur suivi des progrès vers la réalisation des activités.

➤ **Suivi des produits et des effets**

Un bon système de suivi évaluation doit permettre de faire le suivi des produits et des effets du programme. Ceci est un élément clé de la gestion axée sur les résultats qui permet non seulement de vérifier la cohérence entre les différents niveaux de résultats mais aussi d'apprécier la qualité des indicateurs et de mesurer les progrès vers l'atteinte de ces résultats.

L'analyse de la matrice des résultats et des ressources du 6^{ième} programme de coopération Mali-UNFPA montre que même si on observe une certaine cohérence entre les produits et les effets du programme, beaucoup de lacunes quant à la qualité des indicateurs sont à souligner. En effet, certains indicateurs de cette matrice ne sont pas clairement formulés et/ou ne comporte ni base de

référence ni cible. De même, les moyens de vérification de certains indicateurs ne sont pas clairement définis. Il avait été prévu, en fait, dans le document du programme d'effectuer une enquête de base avant le démarrage proprement dit du programme qui permettrait de non seulement de déterminer les niveaux de bases des indicateurs mais aussi de mettre en place un système d'information qui serait alimenté pendant toute la durée de la mise en œuvre du programme. Mais malheureusement cette enquête n'a pas été réalisée et il n'a été mis en place de cadre formel de suivi et d'évaluation budgétisé.

Néanmoins, des réunions annuelles de bilan et planification ont été régulièrement organisées avec l'appui de la Direction de la Coopération Multilatérale (DCM) du Ministère des affaires étrangères et de la coopération multilatérale. Ces réunions, bénéficiant de la participation des représentants du bureau de l'UNFPA et des structures partenaires d'exécution, ont constitué de bons cadres pour renseigner certains indicateurs et apprécier le niveau d'atteinte des résultats. Outre les rapports d'activités et de supervisons des partenaires d'exécution, le principal outil utilisé à ce niveau est le *Standard Progres Report* (SPR).

Le SPR est un outil mandataire de l'organisation qui est renseigné annuellement pour chacun des produits du programme en vue d'apprécier le niveau de réalisation dudit produit au cours de l'année écoulée et de faire des propositions pour l'année à venir tout en tenant compte des facteurs facilitant et des contraintes. Ces rapports n'ont pas été systématiquement produits, créant des vides dans le suivi des indicateurs et des résultats. Il est à noter que selon les procédures de l'UNFPA, les SPR doivent être produits par les chargés de programmes désignés comme responsables de produits au sein du bureau avec l'appui des partenaires d'exécution. Mais force est de constater que les responsables de produits au sein du bureau n'ont pas été déterminés de façon officielle, d'où des difficultés dans la production des rapports en questions.

Il convient également de noter que l'alignement du programme au *Mid term review* (MTR) du plan stratégique de l'UNFPA et son extension suite à la crise de 2012 ont été l'occasion d'améliorer la qualité et la mesure des indicateurs. Par rapport au produit relatif à la planification familiale, une enquête sur la disponibilité des produits contraceptifs est organisée annuellement depuis 2011 par l'UNFPA. Cette enquête, d'envergure nationale, permet de mesurer des indicateurs comme le pourcentage de points de prestations de services qui n'ont pas connu de rupture au cours des 6 derniers mois, ou encore le pourcentage de centres de santé qui offrent au moins 5 méthodes contraceptives. Dans le domaine du genre et des droits humains également, des enquêtes ont été organisées par le sous cluster VBG sous le leadership de l'UNFPA et des mécanismes mis en place pour mesurer régulièrement un certain nombre d'indicateurs, y compris en période de crise et de post crise. Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), les enquêtes démographiques et de santé (EDS) ainsi que les annuaires statistiques étant les principales sources pour la vérification des indicateurs d'effet particulièrement, l'UNFPA a apporté des appuis techniques et/ou financiers pour leur réalisation pendant la durée du programme.

➤ **Suivi des risques et hypothèses**

Comme le suivi des différents niveaux de résultats du programme, le suivi des risques et hypothèses constitue un élément important du système de suivi évaluation et de la gestion axée sur les résultats.

Les risques et hypothèses liés à la réalisation des résultats du 6^{ième} programme de coopération Mali - UNFPA n'ont pas été formulés dans la matrice des ressources et des résultats dudit programme. Il n'a pas non plus été mis en place un mécanisme formel pour l'identification et la gestion d'éventuels risques. Toutefois, des réunions de management (au sein de l'UNFPA) et surtout de Senior Management Team se sont régulièrement tenues avec la participation active de l'UNFPA pour échanger de façon générale sur les appuis des Nations Unies au Gouvernement malien tout en tenant compte de l'environnement économique et sociopolitique du pays. Ces réunions regroupant les représentants des agences du Système des Nations Unies (SNU) peuvent ainsi être considérées comme un bon cadre pour la gestion des risques et hypothèses liés à l'atteinte des résultats du programme en vue de prendre des décisions idoines. Ainsi, même si le SNU n'a pas pu prévenir la crise politico-sécuritaire de 2012, il a pu s'adapter facilement à travers l'élaboration et la mise en œuvre du Cadre Conjoint d'Appui à la Transition (CCAT). Cela s'est traduit à l'UNFPA par l'orientation des interventions vers des actions humanitaires.

➤ **Evaluation du programme**

L'évaluation est le 4^{ème} élément du système de suivi évaluation de programme. C'est un exercice mandataire de l'UNFPA qui doit être réalisé au cours de l'avant dernière année de la mise en œuvre du programme selon des normes bien définies. L'année 2011 correspondait à l'avant dernière année de la mise en œuvre du 6^{ième} programme de coopération Mali UNFPA. C'est pourquoi il y a été évalué. Le rapport de cette évaluation est disponible et est plein d'enseignement. Mais il faut reconnaître que cette évaluation de 2011 a hérité de certaines lacunes de la matrice des ressources et des résultats du programme. De plus, la qualité de l'évaluation n'a pas été jugée satisfaisante par le siège de l'UNFPA suite à l'application de la grille d'évaluation de la qualité des rapports d'évaluation de programme pays. La phase d'extension du programme offre ainsi l'opportunité de conduire une évaluation complémentaire permettant de prendre en compte les lacunes de la 1^{ère}. C'est aussi ce qui justifie en partie la conduite de la présente évaluation.

6.2 Appui de UNFPA Mali aux partenaires en matière de suivi évaluation

Il est indiqué dans le document du 6^{ième} programme de coopération Mali- UNFPA que le suivi et l'évaluation auront pour but d'aider le Gouvernement et l'UNFPA ainsi que les partenaires de mise en œuvre dans le suivi des progrès et performances découlant de la mise en œuvre. Cela s'est

traduit, au moment de la mise en œuvre du programme, par l'application d'un certain nombre d'éléments en rapport avec la coordination, la planification, le suivi et l'évaluation.

La coordination d'ensemble du programme a été assurée par la Direction de la Coopération Multilatérale (DCM) du Ministère en charge des affaires étrangères et la coordination par composante par des responsables de composantes désignés à cet effet. La coordination de la composante SR était assurée par la Direction Nationale de la Santé, celle de la composante P&D par la Direction Nationale de la Population et celle de la composante genre et droits humains par la Direction Nationale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille. Mais l'évaluation du programme effectué en 2011 a permis de savoir qu'il y avait beaucoup d'insuffisances liées à la coordination du programme. La DCM n'a pas pu jouer pleinement le rôle qui était attendu d'elle et il n'y avait pas de cadre formel d'échange entre les partenaires d'exécution d'une même composante.

A partir de 2012, avec l'alignement du programme au Mid term Review (MTR) du Plan Stratégique de l'UNFPA et son extension à 2013-2024, l'on est passé de la coordination par composante à la coordination par produit. Ce qui a été l'occasion d'améliorer d'une part la coordination par la désignation d'une structure responsable de produit pour chacun des 6 produits de la phase d'extension du programme et l'instauration des réunions périodiques (trimestrielles) intra-produit avec les différents partenaires d'exécution contribuant à la réalisation dudit produit. Les 6 structures responsables de produits sont la Direction Nationale de la Santé (DNS), La direction Nationale de la Population (DNP), la Direction des Produits et médicaments (DPM), l'Institut National de la Statistique (INSTAT), le secrétariat général du Ministère en charge de la jeunesse et le secrétariat général du ministère en charge des questions de genre. Il est planifié dans les plans de travail annuels (PTA) signés entre l'UNFPA et chacun de ces responsables de produits des activités de coordination intra-produit entièrement financées par l'UNFPA. Cependant et malgré ces dispositions, les réunions de coordination intra produits et inter produits n'ont eu lieu qu'occasionnellement.

De même, la coordination d'ensemble du programme a été renforcée par la création, sur décision N° 000098/ MAECI/DCM/DFPD/YT du 18 Juin 2013 du Ministère des Affaires étrangères et de la coopération Internationale (MEACI) à travers de la DCM, d'un comité national de pilotage du programme. Composé principalement de la DCM, des structures responsables de produits ainsi que de l'UNFPA, ce comité est un instrument technique pour appuyer la DCM l'exercice de ses fonctions en tant qu'autorité gouvernementale de coordination de la coopération multilatérale. Il a pour mission d'appuyer la supervision et la coordination stratégique du programme. Des PTA sont également signés entre la DCM et l'UNFPA en 2013 et 2014 pour la réalisation des activités de ce comité.

Pour aider les responsables de produits et le comité de pilotage à bien jouer leurs rôles, leurs capacités ont été renforcées sur les procédures et les outils de planification, suivi et évaluation de l'UNFPA. Ces renforcements de capacités ont concerné également d'autres partenaires d'exécution du programme qui ne sont pas des responsables de produits. Dans le cadre de la coopération sud-sud, certains partenaires ont même participé avec l'UNFPA à un séminaire de formation sur la gestion axée sur les résultats à Cotonou au Bénin.

A la date d'aujourd'hui, les partenaires d'exécution sont mieux outillés pour l'amélioration du système de suivi et évaluation du programme mais aussi de celui de leurs structures respectives. Beaucoup d'améliorations ont été constatées dans la régularité de l'utilisation et la qualité des outils tels que les rapports d'activités ou de visite de terrain, le FACE, l'outil de suivi du PTA, le rapport annuel par produit ou *standard progres report* (SPR).

Mais, il est important de souligner que, de l'avis de presque tous les acteurs le suivi du programme est jugé insuffisant malgré les améliorations évoquées. Ils estiment que l'UNFPA est toujours peu présente sur le terrain et les périodicités des réunions de coordination et des visites de suivi/supervision ne sont pas respectées. Le comité de pilotage par exemple n'a pu effectuer que deux visites de suivi de juin 2013 à nos jours alors que c'est 4 qui étaient prévues. Aucune réunion de coordination intra-produit n'a pu être réalisée par certains responsables de produits (DNS et DPM par exemple) pendant la même période. Quant aux staffs de l'UNFPA, ils n'ont participé qu'à 2 visites de suivi dans les régions au cours de l'année 2013 par exemple. Or la supervision de l'équipe de l'UNFPA est indispensable et permet de mieux comprendre les réalités de terrain et d'améliorer les procédures de mises à disposition des ressources. Ainsi, les problèmes d'exécution tardent à trouver des solutions, ce qui contribue à minimiser l'efficacité et l'efficience du programme.

Les partenaires estiment également que peu d'activités de recherche ont été menées. Or, ces recherches permettent de mieux cerner les facteurs bloquant l'évolution vers l'atteinte des objectifs assignés au programme. Des insuffisances ont été également déplorées par les partenaires dans la capitalisation des bonnes pratiques et leur documentation/ publication pour un partage au niveau national ou avec les autres PTF ou à l'échelle internationale.

CHAPITRE 7 Conclusions et recommandations

7.1. Principales conclusions

- **Niveau programmatique**
- ✓ **Pertinence**

Le programme de coopération est pertinent car il a pris en compte des priorités nationales et les OMD. Les objectifs et les résultats attendus sont en conformité avec les politiques publiques à savoir le CSCR 2007-2017, la PNG, la PNP, le PRODESS II, la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle. Les stratégies utilisées sont appropriées et concourent à l'atteinte des résultats escomptés.

✓ **Efficacité**

La mise en œuvre de la composante SR a contribué à la réalisation des principaux résultats suivants :

- le renforcement de l'accès à des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) de qualité à travers les rénovations, équipement des structures de santé, la mise à disposition des ambulances pour réduire le deuxième retard à la prise en charge de qualité des urgences obstétricales, le renforcement des capacités des prestataires dans plusieurs domaines des soins de santé de qualité . A cela s'ajoute le renforcement du schéma directeur d'approvisionnement et de distribution de médicaments essentiels en vue de sécuriser d'avantage la disponibilité des produits de la SR dans le cadre de la mise en œuvre du programme SPSR.
- l'élaboration des documents stratégiques comme le plan stratégique de lutte contre la fistule obstétricale et le VIH/SIDA ;
- Entre 2008 et 2011 plus de 85% des femmes porteuses de fistules recensées ont été traitées et guéries et réinsérées dans leurs communautés,
- En 2013, 98% des points de prestations de services offrent au moins 5 méthodes contraceptives modernes
- l'augmentation significative de la couverture des services de PF et surtout des méthodes de longue durée. La part de ces méthodes de longue durée (MLD) dans cette augmentation est de 20%;
- l'effectivité de l'accès aux services de santé malgré la destruction de la majorité des centres de santé dans les zones occupées, grâce aux prestations fournies par les équipes mobiles de certaines ONGs internationales comme le CICR ainsi que par les missions médicales en faveur de la santé maternelle et infantile,
- le renforcement de l'accès à l'information et l'offre de services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes à travers la création et l'animation des centres de promotion des jeunes qui assurent l'information, la distribution des contraceptifs et promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescents dans les antennes du projet jeune des régions de Sikasso, Kayes, Tombouctou et le district de Bamako ;
- l'appui du programme a été décisif pour le renforcement de la prévention du VIH/SIDA en direction des adolescents/jeunes et des femmes à travers l'information, la création et l'animation de sites PTME et des CDV et la distribution communautaire de préservatifs masculins et féminins.

Dans le domaine de la **population et développement**, la réalisation du RGPH 2009 a rendu disponibles des données de population de qualité, désagrégées par sexe pour une meilleure planification du développement et un suivi adéquat de la réalisation des objectifs du PA/CIPD et des Objectifs du Millénaire. Ces résultats représentent une contribution considérable dans la disponibilité des données de population pour une meilleure planification et un suivi adéquat de la réalisation des objectifs de développement. En outre, ils constituent la base des perspectives

d'orientations stratégiques pour la réduction du rythme de croissance démographique et la création des conditions favorables au développement économique.

Des acquis importants ont été enregistrés dans la formation des cadres, particulièrement, ceux du niveau opérationnel (déconcentré et décentralisé) pour la prise en compte des questions de population dans la planification. Les PPIP et PRPIP de 2004-2008 ont été mis en œuvre et leur évaluation finale a été validée. Le rapport a été diffusé au niveau national et régional. Quant aux PAIPP et PRAIPP 2010-2014, ils ont été élaborés et leur mise en œuvre doit être en phase terminale cette année.

La composante **Genre/Egalité/Droits humains** a enregistré des avancées notables visant à renforcer la connaissance et la mobilisation des femmes et des filles en faveur de leurs droits.

Le programme a appuyé la formulation et l'adoption de politiques, stratégies et instruments législatifs visant à faciliter sa promotion et sa prise en compte dans la planification du développement. Il s'agit notamment de la politique nationale genre en 2010, d'une stratégie et d'un plan d'action pour la budgétisation sensible au genre en 2011, de la politique nationale pour l'abandon de la pratique de l'excision en 2010. Aussi, un fonds d'autonomisation de la femme et d'épanouissement de l'enfant (FAFE) a été mis en place en 2011 dans le cadre du financement de la PNG.

Le code de la famille a été adopté et promulgué, unifiant les anciens textes de lois disparates. Toutefois l'âge légal au mariage (16 ans) reste toujours très précoce pour les femmes.

Par ailleurs, dans le domaine de l'abandon des MGF, 1042 communautés ont déclaré publiquement son abandon. Même si les tendances de l'EDS V montrent qu'il n'y a guère de baisse de l'excision au Mali dans la tranche d'âge de 15-49 ans. Une étude récente¹¹ montre que la prévalence de la pratique pour la tranche d'âge de 0-15 ans est de 52%.

Dans le cadre des activités d'urgence, le programme a été remarquable tant au niveau de la sensibilisation pour la prévention des VBG qu'au niveau de la prise en charge des femmes victimes de VBG. L'UNFPA, à ce niveau, a joué un leadership certain en assurant la coordination du sous-groupe de travail sur les VBG. Des victimes de VBG ont bénéficié de prise en charge médicale, psycho sociale. Souvent, des procédures judiciaires ont été déclenchées.

L'UNFPA, dans le contexte la crise sécuritaire a renforcé les capacités de plusieurs acteurs humanitaires, dont des éléments des forces armées et de sécurité, de structures membres du sous cluster VBG, d'ONG partenaires de l'UNICEF, des élèves maitres dans le domaine de la prévention et de la prise en charge des VBG. L'impact de ces formations était quasi-immédiat.

✓ **Efficience**

Le programme a été efficace dans la mobilisation des ressources financières aussi bien externe qu'interne. Les mécanismes d'intervention (outils et procédures de financement, réglementation administrative, etc.) ont été partagés avec les partenaires d'exécution. Cependant, des insuffisances ont été constatées sur la connaissance et l'utilisation des outils. Le processus de

¹¹ Aspects épidémiologiques, cliniques et socio-économiques de l'excision dans le district de Bamako, AMAPED sous financement UNFPA

planification est trop long. Aussi des retards de mise à disposition des ressources financières ont été fréquents.

✓ **Durabilité**

La durabilité des interventions du programme est assurée par la prise en compte par l'Etat d'une part importante du financement des activités du programme. Aussi l'existence dans le budget de l'Etat de lignes budgétaires spécifiques pour l'achat des contraceptifs sécurisés et des intrants et autres réactifs pour le dépistage et la lutte contre le VIH/SIDA est de plus en plus une réalité au Mali.

L'existence et la déconcentration et décentralisation de la DNP jusqu'au niveau de la commune représente un effort à soutenir pour la promotion et l'opérationnalisation de la PNP.

L'ancrage institutionnel assuré par le PNLE, l'existence d'un plan et d'une politique nationale contre les MGF sont autant d'atouts pour pérenniser les actions à terme.

• **Alignement stratégique**

Le 6^{ème} programme a été élaboré sur la base du Plan stratégique de l'UNFPA, de l'UNDAF et des grandes orientations du gouvernement malien. Il accorde une attention particulière aux groupes défavorisés. Il assure l'amélioration des compétences des partenaires à travers d'innombrables renforcements de capacité.

Suite à la crise politique, sécuritaire et humanitaire qu'a connue le Mali, le SNU a soutenu le gouvernement malien avec la signature du CCAT. Ainsi, le programme s'est orienté vers l'humanitaire ce qui met en exergue sa réactivité.

La capacité de l'UNFPA à mener efficacement des plaidoyers auprès du gouvernement et des autorités politiques a été déterminante, particulièrement son dialogue politique fructueux a permis la création d'un Ministère en charge des questions de population.

• **Suivi Evaluation**

Globalement, il est jugé moyen mais insuffisant au début du programme. Au démarrage du programme en 2008, il n'y avait pas d'équipe de suivi et évaluation en place au Bureau-pays. C'est au cours de la mise en œuvre, du programme, en 2010, qu'une équipe chargée de suivi et évaluation y a été installée. Le système de suivi-évaluation a été alors mis en place conformément au Plan Stratégique de l'UNFPA et le PNUAD et sur la base des outils et procédures convenues avec les parties prenantes. Toutefois, son analyse fait ressortir qu'il n'a pas fonctionné à plein régime.

7.2. Principales Recommandations

Au terme de cette évaluation et à la lueur des différents résultats, les recommandations suivantes sont formulées pour l'amélioration de la mise en œuvre du 7^{ième} programme. L'application effective de ces recommandations permettra, on l'espère, une amélioration de l'impact du futur programme :

1 Au niveau stratégique

Eu égard à la discussion des termes de référence des investigations à entreprendre au Mali sur la question du « dividende démographique » grâce au dialogue politique initié par l'UNFPA auprès du Gouvernement malien. Il convient de consolider ses acquis.

- Mettre un accent particulier sur la mobilisation des acteurs politiques pour faire de l'intégration des questions de population dans les plans nationaux de développement un objectif national adopté à haut niveau.
- Prendre les dispositions appropriées pour soutenir la revalorisation du rôle de la DNP et ses démembrements (DRPSIAP, SLPSIAP) dans la coordination des activités, la promotion et l'opérationnalisation de la PNP.
- Renforcer et pérenniser les cadres de dialogue et de concertation sur les questions de population et de dividende démographique ;

Certes, les interventions du programme prennent en compte les groupes vulnérables, toutefois certains sont moins ciblés notamment dans le domaine de la santé et de l'équité genre.

- Toucher davantage les populations les plus vulnérables en l'occurrence les filles migrantes, les enfants talibés, les enfants abandonnés etc.

Un nombre important de partenaires ont déclaré ignorer certains documents de référence du programme.

- Assurer une meilleure diffusion du Plan d'Action du Programme Pays (CPAP), du Document du Programme Pays (CPD), du Plan Stratégique (PS) auprès de l'ensemble des partenaires de mise en œuvre ;

4 Au niveau programmatique

La réalisation du RGPH 2009 a permis la disponibilité des données de population pour une meilleure planification et un suivi adéquat de la réalisation des objectifs de développement. Des acquis importants ont été enregistrés dans la formation des cadres pour la prise en compte des questions de population dans la planification. Toutefois, l'utilisation faite de ces compétences n'est pas clairement documentée.

- prendre les dispositions nécessaires pour mieux valoriser les compétences acquises dans la prochaine génération des PAIPP et PRAIPP.

L'existence de répondants officiels de la DNP dans les régions jusqu'au niveau de la commune représente un effort à soutenir pour la promotion de l'opérationnalisation de la PNP au sein de la communauté locale.

- Prendre les dispositions avec la DNP pour élargir son appui de mise en œuvre de la PNP au niveau les plus opérationnels (structures déconcentrées et décentralisées) ;
- ;

Le programme a appuyé la formulation et l'adoption de la politique nationale genre et œuvre pour son application effective assurée par les cadres de pilotage. Cet acquis est très important et contribuerait à l'atteinte de l'OMD 3.

- Renforcer les cadres de pilotage de la PNG notamment à travers un appui technique et institutionnel.
- Décentraliser les cadres de concertation sur l'excision tant au niveau régional (CRAPN) que communal (CLAPN) ;

Le programme a beaucoup contribué au soutien de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne et à travers les renforcements de capacités des prestataires, l'équipement de qualité des structures de prise en charge dont les ambulances.

- Soutenir la référence-évacuation pour une meilleure couverture des besoins et une prise en charge de qualité;

L'offre des méthodes de longue durée a beaucoup contribué à l'amélioration de la prévalence de la PF observée dans l'EDS V et elle ne couvre tous les districts de la zone d'intervention du programme.

- Etendre l'utilisation des méthodes de longue durée

Le programme a permis la validation du plan stratégique nationale de la lutte contre la fistule. Le partenariat avec les ONG a permis d'améliorer le recrutement des femmes victimes de fistule obstétricale, leur prise en charge gratuite et leur réinsertion dans la communauté.

- Renforcer l'appui à la prise en charge de la fistule obstétricale au niveau des Hôpitaux, des CSRéf, et à travers des actions communautaires soutenues par les ONG

Tous les partenaires ont décrié la lourdeur et les procédures de l'UNFPA, même au niveau du bureau pays. Le processus de planification et de décaissement est relativement lent.

- Evaluer l'application des mécanismes et procédures de gestion de l'UNFPA en vue de leur adaptation aux réalités du terrain.

Le processus de planification est assez lourd et chaque année malgré les dispositions prises, les ressources financières n'arrivent pas souvent avant le troisième trimestre.

- Prendre les dispositions nécessaires pour mettre à la disposition des partenaires, les ressources financières dans les délais;

5 Aspects transversaux

Le suivi évaluation du 6^{ème} programme est moyen et insatisfaisant au début. Les insuffisances constatées dans la formulation et le renseignement des indicateurs de produits ont rendu plus ardue l'analyse des progrès dans la réalisation de chaque produit visé et l'appréciation de certains résultats enregistrés au niveau de chaque composante. Certains indicateurs n'ont pas été renseignés et d'autres n'ont pas été rapportés dans leur formulation initiale.

- Elaborer des indicateurs plus « SMART ¹² » et renforcer l'utilisation de la Gestion Axée sur les Résultats pour le suivi évaluation;
- Mettre en place un système d'information pour une meilleure collecte des données sur les indicateurs du programme en collaboration avec les différents partenaires ;

La coordination nationale et celle par composante (organe des gestion, cadre de planification par composante) ont très difficilement fonctionnés et n'ont pas permis de prendre en compte les meilleures décisions pour un pilotage performant. Ceci n'a pas facilité le suivi de la mise en œuvre des recommandations faites lors des revues.

- Rendre plus opérationnels les cadres de coordination du programme en mettant un accent particulier sur la coordination par composante ;
- Améliorer le processus de planification du programme en participant aux organes de gestion du PRODESS (conseils de gestion, CROCEP) ;

Le système de suivi et de rapportage n'a pas permis de capitaliser et de documenter les meilleures pratiques et les leçons apprises.

- Mieux capitaliser et diffuser les expériences réussies ;
- Améliorer le système de rapportage et d'archivage du programme ;

Les supervisions conjointes ont été rares durant la mise en œuvre du programme.

- Assurer les supervisions régulières à tous les niveaux (trimestrielles au niveau local et régionale et semestrielles au niveau national en mettant l'accent sur les supervisions conjointes) ;
- Certains partenaires, comme les hôpitaux, CSREF et certaines ONG etc., ont évoqué leur difficulté à remplir le FACE et les autres outils de suivi.
- Renforcer des capacités sur les mécanismes et les procédures de gestion, l'outil FACE et les outils de suivi ;

¹² Spécifique, Mesurable, Atteignable, Raisonnable, Temporel

ANNEXES

Annexe 1 Termes de Référence

Termes de référence de l'évaluation finale du programme de coopération Mali- UNFPA 2008-2012 Et Extension 2013 - 2014

des acquis du programme (phase d'extension comprise), à en identifier sur la base de l'évidence les forces et les insuffisances et aussi les leçons apprises afin d'améliorer la conception et la planification du prochain programme de coopération Mali-UNFPA 2015 – 2019.

Dans le cadre de son programme de coopération avec le Gouvernement du Mali, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a approuvé pour la période 2008 - 2012 son 6ème programme d'assistance au pays pour un Budget de 20 500 000 US\$.

Le programme ainsi proposé reposait sur les priorités nationales définies en ce moment au travers de documents stratégiques tels que le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2008 – 2012) et les politiques et stratégies du domaine de la santé (Programme Décennal de développement Sanitaire et Social ; Feuille de route pour la réduction accélérée de la mortalité maternelle et néonatale ; Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH 2006 -2010), de la promotion de l'équité du genre, de la politique nationale de population et du développement en général. L'appui technique et financier prévu dans ce programme se devait d'être également cohérent avec les cadres programmatiques du SNU et de l'UNFPA (PNUAD et Plan Stratégique de l'UNFPA). Ainsi donc, le programme vise à contribuer à la réalisation de quatre (4) des cinq (5) effets du PNUAD ainsi libellés: (i) les droits humains sont mieux connus et respectés au bénéfice de la gouvernance démocratique et de l'état de droit (ii) les capacités de l'Etat, des collectivités territoriales, des organisations de la société civile et du secteur privé en matière de planification, de formulation, de mise en œuvre et de suivi/évaluation des projets et programmes nationaux de développement et d'intégration régionale et sous régionale sont renforcées (iii) l'accès des groupes vulnérables à des services sociaux de base de qualité est renforcé ; (iv) l'accès universel dans le cadre de la lutte contre le SIDA est amélioré.

Le but du Programme est de contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration des conditions de vie des populations à travers (i) l'accès des groupes les plus vulnérables à des services de Santé de la Reproduction de qualité (ii) la disponibilité de données sociodémographiques fiables pour une meilleure prise en compte des questions de population dans les politiques et programmes

de développement et un suivi adéquat du PA/CIPD et des Objectifs de Développement du Millénaire (iii) la promotion des droits humains, de l'égalité et de l'équité du genre.

Le Programme adresse les principaux problèmes de population et développement auxquels le Mali est confronté. On peut retenir principalement :

- La proportion élevée de mortalité maternelle et néonatale
- La propagation de l'infection au VIH SIDA surtout en ce qui concerne les femmes enceintes, les jeunes et les adolescents.
- La forte croissance démographique
- L'insuffisance des données sociodémographiques et leur prise en compte pour la planification et le suivi évaluation du développement
- Le taux élevé de la pratique de l'excision
- La faiblesse de la participation des femmes aux instances de prise de décision et à la gestion des affaires publiques

Le Programme s'articule autour de trois (3) composantes: (i) Santé de la Reproduction, (ii) Population et Développement, (iii) Promotion des droits humains, de l'égalité et de l'équité de genre. Les interventions couvrent l'ensemble des régions du Mali pour les activités de plaidoyer, de population et développement et de promotion de l'égalité et de l'équité du genre. Planifiées initialement pour se concentrer dans cinq régions (Kayes, Sikasso, Tombouctou, Gao, Kidal), les activités de santé de la reproduction couvrent aussi l'ensemble des régions actuellement.

Les Ministères de la Santé, de l'Economie et des finances, de la Jeunesse et des Sports, de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille sont les principaux partenaires gouvernementaux d'exécution du programme. Les organisations de la société civile (ONG, Associations, réseaux de communication) prennent part à l'exécution de certaines activités du programme pour lesquelles elles ont des capacités d'intervention avérées. Le partenariat avec le secteur privé devait aussi être recherché pour mobiliser des financements.

Des activités de programmation conjointes avec les agences du système des Nations Unies et d'autres partenaires ont été initiées.

Le Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Internationale est chargé de la coordination d'ensemble du Programme au niveau national.

Les Ministères suivants sont responsables de la coordination des composantes : Ministère de la Santé pour la composante SR ; Ministère de l'Economie et des finances pour la composante population et développement et Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille pour la composante Promotion des droits Humains, de l'égalité et de l'équité de genre.

Conformément aux dispositions et procédures pertinentes, l'UNFPA avait procédé à l'évaluation de ce programme en 2011. Au cours de la même année, le Gouvernement du Mali et le SNU avaient procédé à l'élaboration de l'UNDAF 2013 – 2018. Ce document finalisé devait être signé par le Gouvernement quand le pays fut plongé dans une crise politique, sécuritaire, institutionnelle et humanitaire sans précédent. Cette crise débutée en janvier 2012 a perduré jusqu'à la fin de

l'année 2013 avec une phase de transition ayant abouti à l'élection d'un nouveau Président de la République et le renouvellement de l'Assemblée Nationale par l'élection des députés.

Le système des Nations Unies (SNU) a soutenu la période de transition 2012/2013 à travers l'élaboration et la mise en œuvre de son « Cadre Conjoint d'Appui à la Transition (CCAT) » qui a constitué alors le cadre stratégique commun des activités opérationnelles de l'ONU au Mali. A travers le CCAT, le SNU intervient en appui aux efforts du gouvernement et en cohérence avec les interventions des Partenaires Techniques et Financiers en vue de relever les défis de la phase post-conflit en cours.

En réponse aux nouveaux besoins, l'UNFPA a mené des actions dans le domaine humanitaire afin de sauver des vies dans un contexte d'urgence dans les zones affectées par la crise, principalement dans la région de Mopti et les régions du nord.

Cette seconde évaluation du 6eme programme incluant l'extension 2013 – 2014 permettra de prendre en compte les influences de la crise sur le programme et d'actualiser le point des acquis, des faiblesses et des leçons apprises afin de proposer des orientations pour renforcer la planification et la mise en œuvre du prochain programme Mali-UNFPA 2015 – 2019

Objectifs et portée de l'évaluation:

Faisant suite à l'évaluation mandataire de 2011, cet exercice permettra d'assurer la complétude de l'évaluation du 6eme programme Mali-UNFPA en prenant en compte les années d'extension 2013/2014

L'objectif général de l'évaluation est de satisfaire à la responsabilité de rendre compte et d'apprendre de l'exercice du 6eme programme et de ses années d'extension des leçons contribuant à une meilleure planification et une meilleure mise en œuvre du prochain cycle de programmation, le 7eme programme de coopération Mali-UNFPA 2015 – 2019.

Les objectifs spécifiques sont: (i) évaluer la pertinence et l'efficacité du programme actuel Mali-UNFPA et (ii) faire la revue du positionnement du Bureau Pays UNFPA parmi les acteurs du développement, (PTF et partie nationale) pour répondre aux besoins nationaux tout en apportant une valeur ajoutée aux résultats de développement du pays.

Ainsi l'évaluation a trois principaux objets :

1. L'analyse des domaines de concentration de l'UNFPA (focus areas) (a) Population et développement, (b) Santé de la reproduction et(c) équité genre
2. L'analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA dans le pays
3. L'analyse du système de suivi évaluation mis en place.

1. L'analyse des domaines de concentration de l'UNFPA :

Il s'agit d'évaluer les aspects suivants du programme actuel de l'UNFPA:

- la pertinence,
- l'efficacité ou la performance,
- L'efficience
- La durabilité

2. L'analyse du positionnement stratégique de l'UNFPA dans le pays :

Il s'agit ici d'évaluer les aspects suivants :

- L'alignement du programme avec le PS et l'UNDAF, y inclus la contribution de l'UNFPA au mécanisme de coordination de l'UNCT
- Les capacités du Bureau à répondre aux nouvelles priorités et nouveaux défis du pays
- Au regard des contributions d'autres partenaires/PTF, la valeur ajoutée de l'UNFPA aux résultats de développement du pays

3. L'analyse du système de suivi évaluation mis en place :

Un système de suivi évaluation efficace est indispensable pour pouvoir mesurer les progrès ou le manque de progrès dans l'atteinte des résultats du programme pays. Il doit fournir des informations utiles et de valeur pour l'évaluation.

Il s'agira d'identifier les faiblesses du système de suivi évaluation du programme afin d'y apporter les améliorations nécessaires, particulièrement au bénéfice du nouveau programme.

Durée de l'évaluation

Deux mois sont prévus, allant 17 février au 07 avril 2014 avec 3 semaines pour la phase terrain de collecte et d'analyse des données. Les consultants disposeront de 36 jours de travail.

Questions d'évaluation

COMPONENT 1: ANALYSE DES DOMAINES DE CONCENTRATION (FOCUS AREAS) P&D ; SR ; EQUITE GENRE

Critère d'évaluation :

PERTINENCE

Questions d'évaluation :

Composante Santé de la reproduction :

1. Dans quelle mesure les objectifs et résultats attendus de la composante SR du CPAP 2008-2012 sont-ils adaptés aux besoins de la population?
2. Dans quelle mesure les interventions en SR ont-elles été conformes avec celles planifiées dans le CPAP ?
3. Dans quelle mesure les interventions en SR ont-elles été conformes avec les stratégies UNFPA et nationales?
4. Dans quelle mesure les objectifs et résultats attendus de la composante SR du CPAP 2008-2012 sont-ils en adéquation avec les priorités nationales (CSCR ; Politique de santé ; etc...) ?

Composante Equité Genre

5. Dans quelle mesure les stratégies d'intervention de la composante Equité genre du CPAP 2008-2012 sont-elles adaptées aux besoins de la population ?

6. Dans quelle mesure les objectifs et résultats attendus de la composante équité genre du CPAP 2008-2012 sont-ils adaptés aux priorités nationales et les engagements du Mali au plan international ?

Composante Population & Développement :

7. Dans quelle mesure les objectifs et résultats attendus de la composante P&D du CPAP 2008-2012 sont-ils en adéquation avec les objectifs et priorités nationales ?
8. Dans quelle mesure les interventions planifiées du CPAP ont-elles soutenu une planification du développement basée sur l'évidence ?

EFFICACITE

1. Dans quelle mesure les outputs attendus du CPAP ont-ils été atteints à la fois en terme de quantité et de qualité?
2. Dans quelle mesure les groupes ciblés ont-ils effectivement été atteints par les interventions appuyées par l'UNFPA ?
3. Les groupes cibles ont-ils tiré bénéfice des avantages des interventions?
4. Les interventions ont-elles eu un focus sur un nombre restreint de zones les plus défavorisées pour plus de résultats ?
5. Les stratégies prévues ont-elles été effectivement appliquées et ont-elles produit leur résultat attendu ?

SR :

6. Dans quelle mesure l'accès à des services de PF et de Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) de qualité s'est renforcé dans les zones d'intervention du programme ?
7. La disponibilité du plateau technique et des Produits SR nécessaires aux SOU et PF s'est-elle renforcée dans les structures de santé des zones d'intervention ?
8. Dans quelle mesure la réduction des cas de fistules obstétricales et le traitement des cas avérés est accru dans les zones d'intervention ?
9. Dans quelle mesure les anciennes fistuleuses sont-elles réintégrées avec succès dans leur communauté
10. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à rendre l'information et les services de santé sexuelle et de la reproduction plus accessibles et utilisés par les adolescents et jeunes
11. Dans quelle mesure la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA en faveur des adolescents/jeunes et des femmes a été accrue ?

12. Dans quelle mesure la distribution permanente de préservatifs est-elle assurée dans les localités d'intervention ?

13. Dans quelle mesure l'offre et l'utilisation de services de PTME se sont renforcés dans les zones d'intervention ?

Genre :

14. Dans quelle mesure les interventions en équité genre ont-elles contribué à (1) accroître la prise de conscience vis-à-vis des violences basées sur le genre et (2) positionné cette thématique dans des programmes nationaux ?

15. Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'amélioration de la connaissance et de la mobilisation des femmes et des filles en faveur de leurs droits, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive dans les zones d'intervention du programme ?

16. Dans quelle mesure l'abandon de la pratique de l'excision dans les zones d'intervention du programme s'est-elle accrue ?

17. Dans quelle mesure il y a eu des progrès vers une loi pour l'abandon de l'excision ?

P&D :

18. Dans quelle mesure les données de population recueillies avec l'appui de l'UNFPA ont-elles été prises en compte dans les documents nationaux de politiques, programmes, plans et stratégies de développement

19. Dans quelle mesure la disponibilité et l'accessibilité aux données de qualité de population se sont accrues ?

20. Dans quelle mesure l'analyse et l'intégration des questions de population dans les programmes nationaux s'est-elle accrue ?

EFFICIENCE

9. Dans quelle mesure les mécanismes d'intervention (outils et procédures de financement, réglementation administrative, personnel, calendriers...) ont-ils favorisé ou handicapé l'atteinte des outputs du programme?

10. Les activités étaient-elles gérées de manière à assurer l'atteinte d'outputs de qualité?

11. Les ressources disponibles ont-elles été utilisées de façon appropriée et adéquate ?

12. Dans quelle mesure les ressources ont été focalisées sur un nombre limité d'activités clés, capables de produire des résultats significatifs ?

DURABILITE

1. Le bénéfice des interventions semble-t-il être en mesure de perdurer après la fin du programme?
2. Le processus de planification et de mise en œuvre des activités et outputs a-t-il pris en compte leur prise en main par les partenaires locaux ?
3. Des stratégies de désengagement ont-elles été planifiées?
4. Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il supporté le développement de capacités de ses partenaires et des groupes bénéficiaires de sorte à assurer l'appropriation nationale et la durabilité des résultats ?
5. Les interventions ont-elles été planifiées de sorte à assurer la résilience aux risques ?

COMPONENT 2: ANALYSE DU POSITIONNEMENT STRATEGIQUE

ALIGNMENT STRATEGIQUE

DIMENSION CORPORATIVE

1. La mise en œuvre du programme est-elle alignée avec les dimensions du PS de l'UNFPA ? (Avec en particulier une attention spéciale aux groupes désavantagés et vulnérables et la promotion de la coopération sud- sud).
2. Les appuis ponctuels (soft-aid activities) ont-elles contribué à plus d'engagement dans le dialogue politique et le plaidoyer ?

DIMENSION SYSTEMIQUE

1. Dans quelle mesure le programme tel que mis en œuvre est-il en phase avec l'UNDAF/CCAT? Y a-t-il eu des écarts et si oui, quelles mesures ont été mises en œuvre pour les redresser ?
2. Y a-t-il une coordination concertée entre l'UNFPA et les autres agences et en particulier, là où il y a des possibilités de chevauchement ?

RECEPTIVITE/REACTIVITE

1. Le Bureau pays a-t-il été capable de répondre aux changements de besoins et de priorités du pays, en particulier suite à la crise sécuritaire, institutionnelle et politique ?
2. La capacité de réactivité du Bureau a-t-elle entraîné des répercussions en termes de déviation majeure dans l'allocation des ressources planifiées au regard des outputs du CPAP/CPD extension ? A-t-elle affecté la cohérence du programme tel que planifié dans le CPAP/CPD Extension ?
3. Les interventions dans le cadre de la crise ont-elles été menées à temps; Ont-elles été des réponses équilibrées entre l'urgence et le renforcement de la capacité de résilience pour le développement ?

VALEUR AJOUTEE

1. Quelle est la principale valeur ajoutée du Bureau UNFPA-Mali du point de vue des parties prenantes du programme UNFPA-Mali ?
2. Quels sont les Principaux avantages comparatifs du Bureau UNFPA-Mali, en particulier en comparaison avec les autres Agences UN au Mali?

Méthodologie et Approche

Conformément à la méthodologie d'évaluation de CPD à l'UNFPA, l'évaluation sera faite à partir d'un échantillonnage des « projets ATLAS » par output et des partenaires d'exécution. Les méthodes de collecte et d'analyse de donnée seront préparées à partir de critères et questions d'évaluation, prenant en compte à la fois les domaines de concentration de l'UNFPA (composantes) et aussi son alignement stratégique. La variation des méthodes de collecte (analyse de documents, entretiens et discussions en focus groupes, observations... permettra la triangulation des données afin d'assurer qu'elles soient objectives, basées sur l'évidence. Un processus d'assurance qualité à chaque étape de l'évaluation sera assuré par un groupe de contrôle qualité

Processus d'évaluation

Une équipe de 3 évaluateurs seront recrutés : deux spécialistes P&D et SR ayant une compétence « transversale » en Equité genre et un spécialiste en évaluation, chef de l'équipe d'évaluation. L'évaluation aura 5 phases :

1. **La phase de préparation** comprenant entre autre la mise en place d'un groupe de référence et de contrôle qualité, la préparation de la liste de documentation et des projets ATLAS par output et outcome selon le plan stratégique, la préparation du « mapping » des parties prenantes pour l'élaboration de l'échantillonnage des structures à évaluer.
2. **La phase de conception** où les évaluateurs prépareront un rapport de conception avec un accent particulier sur la méthodologie détaillée, la matrice de l'évaluation et la préparation des outils de collecte et d'analyse.
3. **La phase de conduite de l'évaluation** (Missions terrain) pour la collecte et l'analyse des données et la production des résultats préliminaires et recommandations de l'évaluation
4. **La phase de Rapportage** où le draft puis le rapport final seront produits
5. **La phase de Diffusion du rapport** et les mesures de suivi de la mise en œuvre de la réponse du management

Résultats attendus

Les principaux outputs attendus de l'évaluation sont successivement:

- Le rapport de conception de l'évaluation
- Le débriefing à la suite de l'étape de collecte et d'analyse de données fait avec les résultats et recommandations préliminaire de l'évaluation
- Le rapport final de l'évaluation

Plan de travail

Principales activités	SEMAINES									
	Fév		Mars 2				Avril 3			
	3 ^o	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Fourniture du rapport de conception avec chronogramme pour les rencontres et entretiens	●									
Approbation du rapport de conception	x									
Preparation des entretiens et réajustements du chronogramme.										
Etude documentaire										
Collecte des données primaires										
Analyse de données et triangulations en équipe										
Présentation des résultats préliminaires au Bureau					□					
Fourniture du 1er draft du rapport d'évaluation						Δ				
Commentaires du bureau sur le draft										
Fourniture du rapport final de l'évaluation							○			

Legendes et repaires:

●	Jeudi 20 fév. Rapport de conception disponible	□	jeudi 20 mars, workshop: présentation des résultats préliminaires de l'évaluation.
X	vendredi 21 fév. approbation du rapport de conception	○	lundi 7 avril , fourniture du rapport final de l'évaluation.
Δ	Jeudi 27 mars fourniture du 1er draft de rapport d'évaluation		

Composition de l'équipe d'évaluation

L'évaluation sera conduite par une équipe de trois consultants.

Le chef d'équipe: Il sera un spécialiste expérimenté en évaluation. Il est responsable du leadership, l'orientation et la coordination de l'équipe ; Il est responsable de la production des rapports de l'évaluation.

Profil

Le chef d'équipe doit avoir une expertise et une expérience solide en méthodologie d'évaluation. Il doit avoir une expérience solide en recherche dans un domaine de sciences sociales, pertinent pour l'évaluation comme son expérience avec le système national de suivi évaluation. Il doit démontrer une capacité de pensée stratégique et de conseil en politiques de développement. Sa familiarité avec le programme UNFPA ou les opérations du SNU sera un avantage. Dans tous les cas, à l'instar de toute l'équipe d'évaluation, il devra avoir des connaissances approfondies des domaines programmatiques de l'UNFPA, problèmes et challenges. Il est attendu de lui au moins 10 ans d'années d'expériences pertinentes.

A l'instar de toute l'équipe, il devra s'engager à respecter scrupuleusement les délais convenus selon le plan de travail approuvé pour délivrer les résultats attendu. Il doit être capable de travailler dans une équipe multidisciplinaire et dans un environnement multiculturel. Chaque membre de l'équipe devra être bien imprégné des questions d'équité de genre.

Les deux spécialistes (international ou national). Ils devront prouver et fournir de l'expertise dans les domaines d'interventions de l'UNFPA (composantes SR et P& ; core subject area/s of the evaluation). Ils seront responsables de la rédaction de parties clés du rapport (questions de SR ; P&D ; Equité genre). Ils devront faire preuve de 5 années d'expériences pertinentes au moins.

Gestion et conduite de l'évaluation

Le gestionnaire de l'évaluation (evaluation manager): Il fournit de l'appui pour l'ensemble du processus de l'évaluation: draft des TdR, appui à l'équipe d'évaluation pour la conception de l'évaluation, feedback continue pour l'assurance qualité de l'évaluation au cours de la préparation du rapport de conception (design report) et le rapport final.

Les Membres de l'équipe d'évaluation: ils sont responsables de l'exécution de l'évaluation et de la production des rapports en conformité avec les procédures, la méthodologie et le plan de l'évaluation.

Le Groupe de référence: Il doit fournir un appui de qualité pour l'assurance qualité Durant toutes les phases de l'évaluation.

Le processus d'assurance qualité: Il est assuré via les conseils/feedback du groupe de référence et le contrôle du respect des critères de qualité à chaque phase du processus de l'évaluation et de la production des rapports (rapport de conception et rapport final).

Utilisateurs de l'évaluation.

Le rapport de l'évaluation est destiné au Bureau-UNFPA Mali et ses partenaires d'exécution. Le Bureau pays aura en particulier la responsabilité de la mise en œuvre des recommandations approuvées du rapport final.

Dans le cadre du processus de rendre compte et aussi celui de la préparation du CPD 7 Mali – UNFPA 2015 – 2019 en tenant compte des leçons apprises du CPD 6, le rapport de l'évaluation sera aussi utilisé par le Bureau régional de l'UNFPA et les autres instances supérieures d'examen et d'approbation des rapports d'évaluation de CPD et documents de planification de CPD.

Bibliographie et ressources.

Plusieurs documents pourraient être exploités lors de cette évaluation. On peut, entre autres, citer :

- Le CPD
- Le CPAP
- Les PTA
- Le CSLP 3
- Les documents de politiques et de programmes sectoriels dans les domaines d'interventions de l'UNFPA (santé, promotion de la femme et de l'enfant, politiques et programmes de population, schéma directeur de la statistique) et/ou leurs rapports d'évaluation
- Les rapports trimestriels, semestriels et annuels
- Les rapports des visites de suivi/terrain
- Tout autre document permettant une meilleure compréhension du programme

Période et source de financement de l'évaluation

Financée entièrement par l'UNFPA, la durée de cette évaluation va du 17 février au 07 avril 2014.

Son budget est de XX

Annexes

<i>Ethical Code of Conduct for UNEG/UNFPA Evaluations</i> <i>List of Atlas projects for the period under evaluation</i> <i>Information on main stakeholders by areas of intervention</i> <i>Short outlines of the design and final evaluation reports</i> <i>Evaluation Quality Assessment template</i> <i>Management response template</i>
--

Annexe 2 Liste des personnes / institutions rencontrées

Personnes rencontrées		
N°	Prénom et Noms	Titre/Organisation
1.	Dr Adama B. Diakité	Directeur / Direction régionale de la santé de Ségou
2.	Dr Modibo Traoré	Point focal UNFPA/ Direction régionale de la santé de Ségou
3.	Mr Moussa Nako	Comptable/ Direction régionale de la santé de Ségou
4.	Mme Traoré Oumou Cissé	Comptable/ Direction régionale de la santé de Ségou
5.	Dr Abdoulaye Sanogo	Directeur général/Hôpital Niankoro Fomba de Ségou
6.	Mme Tall Fatimta Wagué	Directrice / Direction régionale de la promotion de la femme de Ségou
7.	Mr Dazaly Coulibaly	Chef de Division Femme/ Direction régionale de la promotion de la femme de Ségou
8.	Mr Birama Tangara	Directeur / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population
9.	Dr Balla Diarra	Médecin-chef /CSRef Baraouéli
10.	Mme Kouma	Sage-femme /CSRef Baraouéli
11.	Mr Chérif Hamidou Ba	Directeur / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Mopti
12.	Mr Demba Diallo	Chef de Division Planification stratégique / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Mopti
13.	Mr Alidou Maiga	Chef de Division Suivi-évaluation / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Mopti
14.	Dr Boubacar Diallo	Directeur général/Hôpital Sominé Dolo de Mopti
15.	Dr Almoustapha Ouattara	Directeur général adjoint/Hôpital Sominé Dolo de Mopti
16.	Mr Mamadou Traoré	Surveillant/Hôpital Sominé Dolo de Mopti
17.	Dr Djibril Traoré	Chirurgien/Hôpital Sominé Dolo de Mopti
18.	Dr Dramane Cissé	Urologue/Hôpital Sominé Dolo de Mopti
19.	Dr Mama Coumaré	Directeur / Direction régionale de la santé de Mopti
20.	Dr Dramane Coulibaly	Chef de division santé / Direction régionale de la santé de Mopti
21.	Mme Diallo Kadidia Dembélé	Sage femme régionale / Direction régionale de la santé de Mopti
22.	Dr Najim Oura Diallo	Médecin-chef/CSRef Mopti
23.	Mr Mamadou Traoré	Gérant DRC/CSRef Mopti
24.	Mr Aclény Madougou	Chef de Division Femme/ Direction régionale de la promotion de la femme de Mopti
25.	Mme Coulibaly Salimata Sanogo	Chargée de Programme à la Division Femme/ Direction régionale de la promotion de la femme de Mopti
26.	Mr Salif Traoré	ONG Delta survie/Mopti

Personnes rencontrées		
N°	Prénom et Noms	Titre/Organisation
27.	Mr Boubacar OUMAR MAIGA	Comptable/ Direction régionale de la santé de Gao
28.	Mr Alassane SANOGHO	Chargé SIS /Hôpital de Gao
29.	Mr Ibrahim Oumar TOURE	ONG GREFFA/Gao
30.	Mr. Mahamadou ASCOFARE	Chargé SIH/ EPH Tombouctou
31.	Mr HamadounDjiguiba	Directeur / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Sikasso
32.	Mr Souleymane Doumbia	Chef de Division Suivi-évaluation / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Sikasso
33.	Mr Hamidou Berthé	Chef de Division Planification stratégique / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Sikasso
34.	Mr Siaka Diallo	Chef du bureau de documentation et archives / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Sikasso
35.	Mr Youssouf Kanouté	Chef de Division Planification et programmation / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Sikasso
36.	Mr Amadou Niaré	Chef de Division statistique / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Sikasso
37.	Mr Yamoussa Boiré	Chef de Division Informatique / Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Sikasso
38.	Dr Ousmane Dembélé	Directeur / Direction régionale de la santé de Sikasso
39.	Dr Tinzé Goita	Chargé de SR / Direction régionale de la santé de Mopti
40.	Mme Sara Dolo	Chargée de SAJ / Direction régionale de la santé de Mopti
41.	Mr Boukhader Yaro	Comptable régional/ Direction régionale de la santé de Mopti
42.	Dr Aboubacar Coulibaly	DTC/CSCoM Koro-barrage
43.	Mr Mohamed Traoré	DTC/CSCoM Koro-barrage
44.	Mme Fanta Dembélé	Matrone/CSCoM Koro-barrage
45.	Mme Awa Traoré	Matrone/CSCoM Koro-barrage
46.	Mme Bocoum Aoua Guindo	Directrice / Direction régionale de la promotion de la femme de Sikasso
47.	Mr Adama Camara	Chef de Division femmes / Direction régionale de la promotion de la femme de Sikasso
48.	Dr Faoussoubi Camara	Directeur général/Hôpital de Sikasso
49.	Mr Hamidou Konaté	Surveillant général/Hôpital de Sikasso
50.	Mr Drissa Koné	Chef du personnel/Hôpital de Sikasso

Personnes rencontrées		
N°	Prénom et Noms	Titre/Organisation
51.	Mr Souleymane Diakité	Directeur/Centre de promotion des jeunes
52.	Mr Boubacar Yattassaye	Chargé de programme/Centre de promotion des jeunes
53.	Mr Moussa Sanou	Infirmier/Centre de promotion des jeunes
54.	Mme Diarra Ramata	Infirmière obstétricienne/Centre de promotion des jeunes
55.	Dr Brahima Bamba	Médecin-chef / CSRef Bougouni
56.	Dr Abdramane Coulibaly	Médecin / CSRef Bougouni
57.	Mme Traoré Korotimi Sidibé	Sage femme / CSRef Bougouni
58.	Mr Fousséyni Konaté	ONG ASDAP / Bougouni
59.	Mme Aoua Cissé	Exciseuse / Bougouni
60.	Dr Moussa Yattara	Directeur/Direction régionale de la santé de Kayes
61.	Dr Issa Sanogo	Chargé de planification, Point focal UNFPA/Direction régionale de la santé de Kayes
62.	Dr Diarrah Soumaré	Assistante technique/Direction régionale de la santé de Kayes
63.	Mr Fodé Diarra	Comptable régional/Direction régionale de la santé de Kayes
64.	Mr Sidi B. Ag Ikou	Chargé SIS/Direction régionale de la santé de Kayes
65.	Mme Sangaré Aissata	Point focal SONU/Direction régionale de la santé de Kayes
66.	Mme Diallo Mariam	Sage femme/Direction régionale de la santé de Kayes
67.	Mr Moussa Diakité	Chargé PEV/Direction régionale de la santé de Kayes
68.	Mme N'Diaye Afsatou	Chargée SR/Direction régionale de la santé de Kayes
69.	Mme Sissoko Matari Coulibaly	Sage femme/Direction régionale de la santé de Kayes
70.	Dr Toumani Konaré	Directeur général/Hôpital Foussény N'Daou de Kayes
71.	Dr Drissa B. Traoré	Médecin/Hôpital Foussény N'Daou de Kayes
72.	Dr Mahamadou Diassana	Gynécologue/Hôpital Foussény N'Daou de Kayes
73.	Dr Jonas Kamaté	Pharmacien/Hôpital Foussény N'Daou de Kayes
74.	Mr Samba Macalou	Agent comptable/Hôpital Foussény N'Daou de Kayes
75.	Mr Mamadou Haidara	Directeur de la radio des jeunes, Point focal UNFPA/ "Projet Jeunes" de Kayes
76.	Mr Sékou Camara	Directeur / "Centre Jeunes" de Kayes
77.	Mr Soumaila Ibrahima	Directeur/ Direction régionale du plan de la statistique, de l'informatique, de l'aménagement du territoire et de la population/Kayes
78.	Mme Bagayoko Mariam Coulibaly	Directrice / Direction régionale de la promotion de la femme de Kayes
79.	Dr Oumar Coulibaly	Médecin-chef / Centre de santé de référence de Kayes
80.		Chargée PTME/ Centre de santé de référence de Kayes
81.	Mr Salif Traoré	Président ASACO/CSCoM Khasso

Personnes rencontrées		
N°	Prénom et Noms	Titre/Organisation
82.	Dr Gaoussou Simpara	Directeur Technique/CSCCom Khasso
83.		Sage femme /CSCCom Khasso
84.	Mr Demba Bah	Président ASACO/CSCCom Kayes N'Di
85.	Dr Diawara	Directeur Technique/CSCCom Kayes N'Di
86.	Mme Maiga Fanta	Sage femme/CSCCom Kayes N'Di
87.	Dr Binta	Directrice Nationale de la Santé / DNS
88.	Dr Nouhoum Koné	Directeur National Adjoint de la santé /DNS
89.	Mme Bouaré Bintou Founè	Directrice de WILDAF
90.	Mr Zan Fomba	Chargé de programmes Gouvernance, Elections &médiation / ONU FEMMES
91.	Aoua Djiré	Conseillère au Programme / ONU FEMMES
92.	Mr Zeidi makan Dramé	Président /RIPOD
93.	Mr Fousseini Doumbia	Chargé de Formation/ RIPOD
94.	Mr Moussa Baba Coulibaly	Chargé de programme Plaidoyer et Mobilisation des Ressources / UNFPA
95.	Dr Lamine Traoré	Programme specialist Gender & Human Rights / UNFPA
96.	Mohamed Moussa Ould Lemine	NPO P&D/UNFPA
97.	Sadou DOUMBO	NPO P&DE/UNFPA
98.	Dr. Kalifa TRAORE	NPO SR-VIH/UNFPA
99.	Dr. Mariam CISSOKO	NPO SR/UNFPA
100.	Dr. Sadio	NPO SR-PF/UNFPA
101.	Dr. Lamine B. TRAORE	NPO DHEG/UNFPA
102.	Raymond BERTHE	NPO SE/UNFPA
103.	Mme DOUMBIA Assa GAKOU	Chef Département des Statistiques Démographiques et Sociales/INSTAT
104.	Soumaïla CISSE	Chargé des Finances Département des Statistiques Démographiques et Sociales /INSTAT
105.	Alain Michel CAMARA	Directeur National de la Population/DNP
106.	Ishaga COULIBALY	Adjoint Directeur National de la Population/DNP
107.	Salif COULIBALY	Chef Division Programme/DNP
108.	Dramane COULIBALY	Chef Section Intégration des variables/DNP
109.	Robert DABOU	Chef Division Suivi-Evaluation/DNP
110.	Mme DEMBELE Elizabeth TANGARA	Directrice Régionale de la Planification, des Statistiques, de l'informatique, de l'aménagement du Territoire et de la Population/DRPSIAP Bamako
111.	Sékouba DIARRA	Coordinateur /CC-CSLP

Personnes rencontrées		
N°	Prénom et Noms	Titre/Organisation
112.	Dr. Aboubakrin MAIGA	Directeur/CPS-SDS
113.	Dr Mahamadou TRAORE	Point focal UNFPA/DNS
114.	Dr Mariam SISSOKO	NPO SR/UNFPA
115.	Dr Sadio DIARRA	NPO SR6PF/UNFPA
116.	Dr. Kalifa TRAORE	NPO SR-VIH/UNFPA
117.	Mme LY Rokia TRAORE	NPO SRJA/UNFPA
118.	DR Binta KEITA	Directrice National de la santé
119.	Dr Nouhoum KONE	Directeur national adjoint
120.	Dr Mahamadou TRAORE	Point Focal UNFPA DNS
121.	Dr Fatoumata SANGHO	Directrice adjointe DPM
122.	Dr Daouda Makan TOURE	DPM
123.	Mme MOSSOKORO MOSSOU DOUMBIA	Comptable DPM
124.	Dr Ousmane LY	Directeur l'ANTIM/MS
125.	Dr Souleymane HAIDARA	Directeur CNIEC
126.	Dr SIDIBE Fatoumata MAGUIRAGUA	Chef Département Animation CNIEC
127.	Mr Mamoutou DIABATE	Comptable CNIEC
128.	Mme DIALLO Assa DIAKITE	Chef department production CNIEC
129.	Dr Bouyagui TRAORE	Coordinateur CSLS/MS
130.	Mme Marie Laurence SANGARE	CSLS/MS
131.	Dr Aboubacrine MAIGA	Directeur de la CPS Santé
132.	Dr Sidi SIDIBE	Directeur adjoint CPS Santé
133.	Mr Sidi Yaya CISSE	Chef Division CPS-Santé
134.	Mr Sankaria. MAIGA	Coordinateur national Projet jeune
135.	Mr Adama TAMBOURA	Gestionnaire Projet jeune
136.	Mr Alassane Moulaye Haidara	Responsable Radio voix des jeune BKO
137.	Mr Marico	Animateur radio
138.	Mme SOW Sanata PLEA	Point Focal Projet OXFAM SR E-learning radio
139.	Mme	Responsable Clinique CPJ BKO
140.		Chargé programme jeune BKO
141.	Mme DOLO Oumou Diombélé	Coordinatrice projet YAMANEH Mali

Personnes rencontrées		
N°	Prénom et Noms	Titre/Organisation
142.	Mme KANE Fatimata	Coordinatrice FCI
143.	Amadou DIALLO	Administrateur comptable FCI
144.	Adama SANOGO	Chargé de projet FCI
145.	Mme Anne COOLEN	Représentante Résidente MSI
146.	DR	Chargé programme MSI
147.	Mr Gouro	Gestionnaire MSI

Annexe 3 Liste des documentes consultés

- Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED) Aspects épidémiologiques, cliniques et socio-économiques dans le District de Bamako ;
- CADD/PAJEME (2009) « Etat des lieux sur les violences faites aux femmes dans la région de Sikasso ;
- Rapports d'activités ;
- CPAP 2008-2012 ;
- CPD 2008-2012 ;
- Plan-Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2008-2012 ;
- Plan stratégique de l'UNFPA 2008-2011 ;
- Midterm review of the UNFPA strategic plan, 2008-2013
- Cadre Conjoint des Nations Unies d'Appui à la Transition au Mali (CCAT) 2013-2014 ;
- Extension of Mali Country Office Programme (CPD Extension);
- CSCR 2007-2011 ;
- CPAP PNUD 2008-2012 ;
- Enquête Démographique et de Santé (EDSM-V)2012-2013 ;
- Plan d'Action de la Politique Nationale Genre du Mali 2011-2012 ;
- Programme de Développement Socio-Sanitaire ;

Annexe 4 La matrice d'évaluation

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
PERTINENCE				
Reproductive Health	Dans quelle mesure les objectifs et résultats attendus de la composante SR du CPD et du CPAP 2008-2012 sont-ils adaptés	En tenant compte des produits du CPD et CPAP, apprécier les niveaux de concordance des objectifs et résultats attendus de la	CPAP 2008-2012 Documents .PRODESS II, DNS, CPS Feuille de route sur la réduction de la mortalité, PRODESS II, CSCR, CPD,	Analyse documentaire des plans (comparaison des documents de politique et planification) au niveau de la DNS, CPS,

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	aux besoins de la population? - Dans quelle mesure les interventions en SR ont-elles été conformes avec celles planifiées dans le CPD et le CPAP ? - Dans quelle mesure les interventions en SR ont-elles été conformes avec les stratégies UNFPA et nationales?	composante SR avec les besoins de la population spécifiés dans les documents de politiques nationales. A partir des PTA, en tenant compte des besoins planifiés, apprécier la conformité des interventions en SR avec celles planifiées dans les CPD et CPAP A partir des stratégies UNFPA retenues	CPD et CPAP PTA niveau central et régional DRS, hôpitaux CSRéf, les ONG partenaires, CPD et CPAP PTA niveau central et régional DRS, hôpitaux CSRéf, Rapports d'activités PTA niveau central, DRS, CSRéf CPAP 2008-2012 PTA des autres acteurs PRODESS II Rapports d'activités Document CSCR, feuille de route MM, CPD	interview des décideurs (CPS, DNS) Analyse documentaire au niveau de la DNS, DPM, INFSS, les DRS, les Hôpitaux (Pt G et régions), les ONG partenaires, interview des décideurs au niveau des structures citées ci-dessus analyses documentaires, CPS, DNS, DRS, Hôpitaux et CSREF interview des décideurs et acteurs de mise en œuvre

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	Dans quelle mesure les objectifs et résultats attendus de la composante SR sont-ils en adéquation avec les priorités nationales (CSCRP ; Politique de santé ; etc...) ?	apprécier leurs conformités avec celles retenues dans les PTA des acteurs au niveau national et régional/ Apprécier à partir des produits le niveau de concordance des objectifs et résultats attendus de la composante SR avec les priorités nationales (CSCRP, Feuille de route, PRODESS)		Analyse documentaire des plans (comparaison des documents de politique et planification), enquêtes auprès des décideurs DNS, DPM, Projet jeune, CSLS,
Gender Equality	-Dans quelle mesure les stratégies d'intervention de la composante Equité genre du CPAP	L'effectivité de la prise en compte dans les stratégies d'intervention	CPAP 2008-2012 .Politique Nationale Genre (PNG)	-Analyse documentaire (Analyse comparative des documents

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	2008-2012 sont-elles adaptées aux besoins de la population ? -Dans quelle mesure les objectifs et résultats attendus de la composante équité genre du CPAP 2008-2012 sont-ils adaptés aux priorités nationales et les engagements du Mali au plan international ?	de la composante équité genre du CPAP 2008-2012 des besoins de la population planifiés dans le CSCR ou PNG Comparer les objectifs et résultats attendus de la composante équité genre du CPAP avec les priorités nationales et les engagements du Mali au plan international.	DNPFEF PNLE CPAP 2008-2012 .Politique Nationale Genre (PNG) DNPFEF PNLE UNFPA	de politique et de programmation). -Entretiens Individuels ou dyades ou triades. -Analyse documentaire -Entretiens Individuels ou dyades ou triades.
Population & Development	- Dans quelle mesure les objectifs et résultats attendus de la composante P&D du CPAP 2008-2012 sont-ils en adéquation avec les	Apprécier la cohérence entre les objectifs et résultats attendus de la composante P&D du CPAP	PNP 2003, CSCR (2008-2012). CPAP, UNDAF	- Analyse documentaire (Analyse comparative des documents de politique et de

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	objectifs et priorités nationales ? - Dans quelle mesure les interventions planifiées du CPAP sont-elles appropriées pour soutenir une planification objective du développement du pays?	2008-2012 et les objectifs et priorités au niveau national. - Apprécier comment les interventions planifiées, du CPAP assurent une meilleure intégration des variables population dans la planification du développement du pays	.CPAP . PTA des parties prenantes . INSTAT, DNP, DRPSIAP, Cellule de Coordination du CSLP.	programmation). - Entretiens Individuels ou dyades ou triades. - Analyse documentaire (Analyse comparative des documents de politique et de programmation). - Entretiens Individuels ou dyades ou triades.
EFFICACITE				
	. Dans quelle mesure les outputs attendus du CPAP ont-ils été atteints à la fois en	.Mesurer le niveau de réalisation des outputs	. Rapports Standards de progrès du CPAP (SPR).	- Analyse documentaire (Analyse comparative

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	terme de quantité et de qualité? . Dans quelle mesure les groupes ciblés ont-ils effectivement été atteints par les interventions appuyées par l'UNFPA ? . Les groupes cibles ont-ils tiré bénéfice des avantages des interventions? . Les interventions ont-elles eu un focus sur un nombre restreint de zones les plus défavorisées pour plus de résultats ? . Les stratégies prévues ont-elles été effectivement appliquées et ont-elles produit leur résultat attendu ?	attendus du CPAP .Vérifier la couverture des groupes cibles par les interventions appuyées par le CPAP. . vérifier les effets des interventions sur les groupes cibles. .Vérifier les résultats réalisés dans les zones les plus défavorisées.	.Partenaires de mise en œuvre du programme . Rapports trimestriels et annuels, de mise en œuvre du programme . Structures de mise en œuvre . Personnel du Bureau pays. . Rapports d'activité annuels du Bureau pays. . Rapports des évaluations conduites.	des valeurs (cibles et actuelles) des indicateurs du CPAP). -Entretiens Individuels ou dyades ou triades.

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
		. Vérifier la mise en œuvre des stratégies prévues. . Vérifier le niveau de réalisation des résultats attendus		
Reproductive Health	.Dans quelle mesure l'accès à des services de PF et de Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) de qualité s'est renforcé avec l'appui de l'UNFPA ? .La disponibilité du plateau technique et des Produits SR nécessaires aux SOU et PF s'est-elle renforcée dans les structures de santé des zones d'intervention ?	Apprécier le niveau de réalisation des indicateurs du produit 1 relatif à l'accès aux services de PF et de SONU de qualité et les comparer aux indicateurs de base en vue de mesurer les variations respectives dans les zones d'interventions avec l'appui de l'UNFPA.	PTA acteurs de SR, Rapport d'activités annuelles de la DNS, DRS, Hôpitaux, CSREF, Rapport de revue annuelle et de supervision des différents acteurs et aux différents niveaux du système de santé. PTA acteurs de SR, Rapport d'activités	Analyses des documents PTA et rapports , Visite de structures (hôpitaux, CSREF, CSCOM) Interview des acteurs clés Analyse documentaire des rapports d'activités des différents acteurs sur la

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	.Dans quelle mesure les cas de fistules obstétricales ont diminué et le traitement des cas avérés est accru dans les zones d'intervention ? .Dans quelle mesure les anciennes fistuleuses sont-elles réintégrées avec succès dans leur communauté ?	.apprécier le niveau de réalisation des indicateurs du produit 1 relatif à la disponibilité du plateau technique et des Produits SR nécessaires aux SOU et PF et les comparer aux niveaux de base de ses indicateurs dans les structures de santé des zones d'intervention .Apprécier si le nombre de cas de FO recrutés dans les zones	annuelles de la DNS, DRS, Hôpitaux, CSREF, Rapport de revue annuelle et de supervision des différents acteurs et aux différents niveaux du système de santé Documents de gestion du matériels et produits SR nécessaires aux SOU, Rapports d'activité DNS, DRS, Hôpital régional, ONG partenaires	disponibilité du plateau technique et des produits SOU et PF Observation des disponibilités dans les structures visitées Interview des groupes de femmes césarisées, clientes de PF, Analyse documentaires des Hôpitaux sur les FO, les ONG sur l'information et la réinsertion des femmes fistuleuses

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	.Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à rendre l'information et les services de santé sexuelle et de la reproduction plus accessibles et utilisés par les adolescents et jeunes ? .Dans quelle mesure la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA au bénéfice des adolescents/jeunes et des femmes ont été accrues ?	pendant la période a diminué, .Apprécier le nombre de cas traités et comparer aux cas des périodes antérieures si l'augmentation est effective Apprécier la qualité des réinsertions dans la communauté des anciennes femmes avec FO prises en charge dans les centres pour FO des zones d'interventions du programme	Rapport d'activités des comités de FO, Rapport de supervision, Rapport des acteurs Rapport d'activités des acteurs impliqués dans la prise en charge des FO Résultats des enquêtes de terrain Rapports d'activité des centres d'écoute du Projet Jeune à Bamako et dans ses antennes régionales à Mopti, Sikasso et Bamako	Analyses documentaires , Interview des acteurs terrain Focus groupe des fistuleuses Mopti, Ségou (Baraoueli) Analyses des rapports d'activités du projet jeune à Bamako et ses

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	.Dans quelle mesure la distribution permanente de préservatifs est-elle assurée dans les localités d'intervention ? .Dans quelle mesure l'offre et l'utilisation de services de PTME se sont renforcées dans les zones d'intervention ?	.Apprécier les niveaux d'atteinte des indicateurs du produit 2 relatifs à la couverture en informations et services de santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescents dans les zones d'intervention Apprécier les niveaux d'atteinte des indicateurs du produit 3 relatifs à la couverture de service de prévention du	Rapport d'activités des acteurs DRS, DNS, CSLS ; des CDV, sites PTME Les rapports d'activités DNS, DPM, DRS, CSRéf, ONG partenaires. Rapport de gestion des préservatifs,	antennes régionales, Interview des acteurs terrain, focus groupe au niveau des jeunes dans 1 centre jeune à Bamako, Sikasso Analyses des documents et rapports d'activités de la DNS, CSLS, Visite de CDV, de sites PTME, de centre jeune Interview des acteurs, focus dans les CDV, PTME

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
		VIH/SIDA chez les jeunes et adolescents notamment : Nombre de cas de VIH/SIDA pris en charge, Nombre de sites PTME des zones d'intervention du programme fonctionnels, Nombre de personnes ayant fait le dépistage volontaire dans les CDV des zones d'intervention du programme Apprécier l'augmentation du nombre Couple année protection CYP en préservatifs pendant la période du plan,	Support de gestion des préservatifs des acteurs Rapport d'activités, Supports de gestion des ARV et médicaments de site PTME DNS, DPM, DRS, CSRéf, ONG partenaires	Analyses des documents, Interview acteurs, Visite de centre de dépistage au besoin Visite des stocks de préservatifs dans les CSREF, CSCOM et centre de distribution dans les centres de jeune Interview des acteurs Visite de stock de préservatifs dans les CSCOM CSREF Analyse des documents

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
		. .Nombres de sites PTME fonctionnels, .Nombre de jours de rupture en ARV et médicaments dans les sites PTME		Visite de site PTME et de stock de médicaments
Gender Equality	-Dans quelle mesure les interventions en équité genre ont-elles contribué à (1) accroître la prise de conscience vis-à-vis des violences basées sur le genre et (2) positionner cette thématique dans des programmes nationaux ?	-Vérifier le niveau de prise de conscience des violences basées sur le genre au niveau des acteurs. -prise en compte de l'aspect genre	.SPR .Politique Nationale Genre (PNG) .Structures de mise en œuvre . PNLE DNS .DNPEF Rapports de recherche sur les violences	- Analyse documentaire (Analyse comparative des valeurs (cibles et actuelles) des indicateurs du CPAP). -Entretiens Individuels

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	-Dans quelle mesure le programme a-t-il contribué à l'amélioration de la connaissance et de la mobilisation des femmes et des filles en faveur de leurs droits, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive dans les zones d'intervention du programme ? -Dans quelle mesure l'abandon de la pratique de l'excision dans les zones d'intervention du programme s'est-elle accrue ? -Dans quelle mesure il y a eu des progrès vers une loi pour l'abandon de l'excision ?	dans les programmes sectoriels. Estimer le niveau de réalisation des indicateurs du produit1 -Vérifier la réalisation d'activités de plaidoyer, de sensibilisation et de mobilisation des femmes et des filles relatives aux activités de SSRJA dans les zones d'intervention du programme. -Apprécier le niveau de réalisation des indicateurs du produit2	.CPS	(DNS, PNLE, DNPEF, CPS) Interview 1-2 femme du Réseau des femmes ministres et parlementaires Entretiens Individuels avec des exciseuses tirées dans les

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
		Nombre de villages ayant décrété l'abandon de l'excision -Vérifier les progrès réalisés pour l'adoption d'une loi sur l'abandon de l'excision.		villages ayant abandonné l'excision.
Population & Development	- Dans quelle mesure les données de population recueillies avec l'appui de l'UNFPA ont-elles été prises en compte dans les documents nationaux de politiques, programmes, plans et stratégies de développement ?	-Vérifier la disponibilité des données de population recueillies avec l'appui de l'UNFPA (EDS, RGPH, Projections, Base de sondage, Etudes et Recherche). - Vérifier la disponibilité des documents nationaux de	.S&E UNFPA . SPR. . Rapports trimestriels et annuels, de mise en œuvre du programme .INSTAT, DNP, DRPSIAP, Cellule de Coordination du CSLP, les CPS. . Rapports des évaluations conduites.	- Analyse documentaire (Analyse comparative des valeurs (cibles et actuelles) des indicateurs du CPAP). - Entretien individuel, dyade ou triade

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	- Dans quelle mesure la disponibilité et l'accessibilité aux données de qualité de population se sont accrues ? - Dans quelle mesure l'analyse et l'intégration des questions de population dans les programmes nationaux se sont-elles accrues ?	politiques, programmes, plans et stratégie de développement et leur actualisation. - apprécier la qualité des données recueillies dans les documents disponibles. - Vérifier l'accessibilité aux données disponibles. -Réalisation d'études et recherche. - Prise en compte des questions de population dans les programmes nationaux	Centre de documentation INSTAT, DNP, site web INSTAT/DNP CSCR, PRODESS II, PRODEC, PNG, PPIP	- Entretien individuel, dyade ou triade -Observation - Analyse documentaire

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
		(PRODESS II, PNG, CSCR, PRODEC, etc.)		
EFFICIENCE				
Reproductive Health	. Dans quelle mesure les mécanismes d'intervention (outils et procédures de financement, réglementation administrative, personnel, calendriers...) ont-ils favorisé ou handicapé l'atteinte des outputs du programme?	.Analyser les éléments facilitateurs et les facteurs inhibiteurs du mécanisme d'intervention du programme qui ont joué sur l'atteinte des outputs.	.Manuel de procédures administratives et financières .Système d'information du Bureau pays. . CPAP, PTA du bureau pays . SPR du Bureau pays. Rapports trimestriels et annuels des partenaires de mise en œuvre du programme des membres du bureau UNFPA (Activités et financiers). . les partenaires de mise en œuvre.	- Analyse documentaire (Analyse comparative des dépenses et activités, prévues et réalisées, etc.). - Entretiens, dyades, triades.
Gender Equality				
Population & Développement				
	Les activités étaient-elles gérées de manière à assurer l'atteinte d'outputs de qualité?	Apprécier le programme de travail de chaque membre du bureau UNFPA et aussi des équipes partenaires pour voir leur gestion efficiente.	Les rapports d'activités, les	- Analyse documentaire - Entretiens individuels

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	. Les ressources disponibles ont-elles été utilisées de façon appropriée et adéquate ? . Dans quelle mesure les ressources ont été focalisées sur un nombre limité d'activités clés, capables de produire des résultats significatifs ?	. Apprécier la mobilisation des ressources, l'exécution et la justification correctes. Faire le lien entre les résultats obtenus et les ressources utilisées. . Vérifier si l'utilisation des ressources disponibles a privilégié la réalisation d'activités clés, capables de produire des résultats significatifs.	rapports d'audit bureau UNFPA (Activités et financiers). . les partenaires de mise en œuvre.	Analyse documentaire, Interview du management de l'UNFPA, interviews des partenaires
DURABILITE				
Reproductive Health	. Le bénéfice des interventions	. Vérifier la durabilité des	.PNLE	- Analyse documentaire.

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
Gender Equality Population & Development	semble-t-il être en mesure de perdurer après la fin du programme? . Le processus de planification et de mise en œuvre des activités et outputs a-t-il pris en compte leur prise en main par les partenaires locaux ? . Des stratégies de désengagement ont-elles été planifiées? . Dans quelle mesure l'UNFPA a-t-il supporté le développement de capacités de ses partenaires et des groupes bénéficiaires	effets des interventions après la fin du programme. . Vérifier la participation des partenaires locaux (Leaders communautaires, Chef religieux, exciseuses, association féminine,) dans le processus de planification et mise en œuvre des activités et de réalisation des outputs. . Vérifier la planification de stratégie de désengagement du programme.	.DNPEF .les groupes cibles du personnel des départements bénéficiaires du niveau national et régional. . le personnel du Bureau pays. . le programme pays (CPAP). . les PTA du programme pays. . Rapports des évaluations conduites. .UNFPA .PNLE .DNPEF DNP INSTAT	- Entretien individuel, dyade, triade.

CRITERE D'EVALUATION	QUESTIONS D'EVALUATION	QU'EST-CE QU'IL FAUT VERIFIER	SOURCES DES INFORMATIONS	METHODES DE COLLECTE DES DONNEES
VOLET 1: ANALYSE PAR COMPOSANTE DU PROGRAMME				
	de sorte à assurer l'appropriation nationale et la durabilité des résultats ? . Les interventions ont-elles été planifiées de sorte à assurer la résilience aux risques ?	. Vérifier le développement de capacités des partenaires et groupes bénéficiaires pour l'appropriation nationale et la durabilité des résultats. -Disponibilité du guide d'intégration du genre dans les projets et programmes . Vérifier la planification des interventions (mesures ou stratégies) pour la résilience aux risques (la mobilité du personnel au niveau national et régional).	.UNFPA .PNLE .DNPEF DNP INSTAT	

