

**Association pour un Développement Participatif et Durable au Sahel
ONG –YIRWERE SAHEL - ACCORD CADRE: 001352**

Douentza, nouveau quartier route de walo

Email:yirweresaahel@yahoo.fr Tel 00 223 79113228/75361696

Compte N°36798201401-34 BMS, Agence de Douentza

**Évaluation à mi-parcours du projet “maison des mamans”
sur la mortalité materno-infantile**

Commune rurale de Haïré, cercle de Douentza, Région de Douentza,
République du Mali

40 % **RAPPORT FINAL**

Décembre 2022

Table des matières

Liste des acronymes

Introduction

Résumé

1. Contexte et justification
 2. Objectifs et résultats attendus
 3. Méthodologie de l'évaluation
 - 1 [Élaboration des indicateurs de mesure](#)
 - 2 [Élaboration des outils de collecte des données](#)
 - 3 Préparatifs et déroulement de la collecte des données
 - 4 Traitement et analyse des données
 4. Bilan global du projet
 - 1 [Structures concernées par la collecte](#) Erreur ! Signet non défini.
 - 2 [Constats généraux](#)
 - 3 [Résultats de l'analyse](#)
-
1. Résultats de l'évaluation (mesure de la performance), si possible par critère (15 pages max.)
 - 1 Pertinence
 - 2 Efficacité
 - 3 Efficience
 - 4 Impact du projet
 - 5 Viabilité/durabilité
 2. Stratégie de développement de la maison de mamans
 - 1 Stratégie de pérennisation

2 Stratégie d'intégration dans la pyramide sanitaire

1. Conclusion

- 1 Synthèse de l'appréciation du consultant,
- 2 Explication des forces et des faiblesses du projet,
- 3 Stratégie de pérennisation
- 4 Stratégie d'intégration dans la pyramide sanitaire
- 5 Recommandations

Annexes

Annexe 1 : Composition de l'équipe d'évaluation

Annexe 2 : Liste des structures ciblées et profil des enquêtés

Annexe 3 : Tableau des enquêtes

Annexe 4 : Pyramide sanitaire

Annexe 5 : Quelques graphiques

Annexe 6 : Matrice d'évaluation

Annexe 7 : Cadre logique 2023-2027

Annexe 8 : Fiche de suivi

Annexe 9 : Cartographie des acteurs

Annexe 10 : Calendrier de la mission

Annexe 11 : Liste des documents consultés

Introduction

Le village de Koyo Boni qui comportait en 2014 une population générale de 569 habitants et une population féminine de 150 personnes (pour les plus de 15 ans), se trouve dans une situation d'isolement sur un plateau rocheux en haut d'une falaise escarpée. Ainsi, pour atteindre le CSCOM de Boni, il faut au moins 1h 30 mn à 2h 00 mn de temps pour une personne en bonne santé et beaucoup plus pour une personne malade ou en fin de grossesse. Dans ce contexte, les femmes enceintes sont très exposées et il n'est pas rare que certaines d'entre elles, dont l'état se complique en fin de grossesse, meurent avant, pendant ou après la descente vers Boni.

Pour contrer ce phénomène de mortalité maternelle dans le village de Koyo, l'Association Tisser la Santé a créé une « maison des mamans » à Boni au profit non seulement des habitants de Koyo, mais de l'ensemble des villages de la commune de Hairé éloignés du CSCOM en vue d'une prise en charge rapprochée des femmes enceintes durant les derniers mois de la grossesse et ainsi minimiser les conséquences d'une grossesse non ou moins suivie et d'un accouchement non assisté par un personnel de santé formé. A cette fin, Tisser la Santé proposera, au personnel de santé du CSCOM de Boni, un module de sensibilisation et de formation aux bonnes conduites visant à la diminution de la mortalité maternelle.

Après 4 ans de fonctionnement une évaluation à mi-parcours a été commanditée par Tisser la santé avec l'appui technique et financier de la Fondation Pierre Fabre.

Ce rapport décrit le déroulement, les résultats obtenus et fait des

recommandations.

1. Contexte et justification

L'Association Tisser la Santé, dont le Fondateur est le Docteur Pierre Lamache (Médecin généraliste au sein du cabinet Olivier Noyer (Paris 14ème), intervient depuis 2004 en République du Mali, dans la Région de Mopti, cercle de Douentza, commune rurale de Haïré (Boni), avec pour objectif d'améliorer de façon significative la couverture sanitaire des populations de la commune en partenariat avec celles-ci et les autorités sanitaires en respectant une démarche éthique :

- ❑ Concertation avec les représentants des populations concernées et les autorités sanitaires loco-régionales,
- ❑ Définition des besoins et des réponses en veillant au plus grand respect des personnes et de leur culture
- ❑ Utilisation en priorité des ressources locales tant humaines que matérielles,
- ❑ Réflexion sur les processus d'autonomisation dès le début du projet,
- ❑ Remise en cause permanente par un dialogue suivi avec les populations concernées.

En 2016, l'association Tisser la Santé s'est donnée pour objectif d'infléchir la mortalité maternelle de la commune de Boni par la sensibilisation puis la construction d'une « Maison des Mamans ». Il s'agit de la première expérience de ce type au Mali.

Le chiffre de mortalité maternelle au Mali, donné par l'OMS en 2019 (portant sur des enquêtes de 2017), est de 562/100000 (niveau national) naissances vivantes, avec un intervalle de confiance allant de 419 à 784. Nous estimons être, pour une zone d'accès difficile aux soins maternels, **autour de 700/100000 (dans les zones rurales, Région Mopti), soit environ 100 fois celle des pays occidentaux.**

En 2013, le Dr Hubert Balique, médecin de santé publique qui a travaillé pendant plus de trente ans au Mali, présentait un rapport devant le Collège de France intitulé : « Réduire enfin la mortalité maternelle : une perspective à la portée des pays d'Afrique sub-saharienne ».

L'une des recommandations clés du rapport portait sur la construction de lieux d'accueil pour les femmes enceintes qu'il nomme « Maisons des Mamans » (de telles expériences existent dans quelques pays d'Afrique anglophone et également au Maroc).

Le projet de la Maison des mamans présente des résultats encourageants et la pertinence de ce modèle demande à être analysée en particulier grâce à la réalisation d'une étude menée à partir des données enregistrées au niveau du CSCOM : impact de la maison des mamans sur le taux de fréquentation du CSCOM pour les CPN (Consultation Pré-natale) et les accouchements, impact sur le taux de mortalité maternelle. Cette étude repose sur les activités de la maison des mamans donc sur l'activité et les résultats enregistrés au niveau de la maternité du CSCOM Cette étude nécessite de porter une attention particulière aux points d'attention suivants : possibilité d'accès aux registres du

CSCOM, tenir compte des biais liés à la grande variabilité de la population pour des raisons géopolitiques (actuellement, certains CSCOM de la région sont fermés et il y a donc un afflux vers le CSCOM de Boni), liés au niveau de compétence du CSCOM de Boni qui progresse (un deuxième médecin vient d'arriver et les transfusions sanguine sont possibles sur place depuis août 2021).

1. Objectifs et résultats attendus

1 Objectif général

L'évaluation mi-parcours a pour objectif général de fournir aux parties commanditaires de l'évaluation, soit la Fondation Pierre Fabre et l'association Tisser la Santé, et aux parties prenantes intéressées une analyse globale et indépendante de la performance du projet d'appui à la maison des mamans de Boni, en prêtant une attention particulière à ses résultats intermédiaires, en comparaison avec les objectifs attendus. Elle constitue un préalable incontournable pour tirer les enseignements et capitaliser l'expérience passée dans la définition des orientations futures pour l'atteinte des objectifs du projet et en vue de son éventuelle répliquabilité.

1 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont :

- D'analyser le contexte de mise en œuvre du projet de la maison des mamans (contexte sécuritaire, politique, socio-économique, socio-culturel).
- Démontrer l'impact de la maison des mamans sur la fréquentation du CSCOM au niveau des CPN, accouchements et CPON.
- Démontrer l'impact de la maison des mamans sur la baisse du taux de mortalité maternelle à l'échelle du CSCOM
- Démontrer l'impact de la maison des mamans sur la baisse du taux de mortalité infantile (accès des enfants à la vaccination) dans l'aire du CSCOM de Boni
- D'enrichir le plaidoyer auprès des autorités maliennes afin de doter cette maison des mamans d'une autonomie financière et d'en assurer la pérennité et la répliquabilité dans le pays.
- D'identifier les obstacles à la fréquentation de la maison des mamans
- De formuler des recommandations pragmatiques à mettre en œuvre afin d'améliorer les services de la maison des mamans et en vue de son éventuelle répliquabilité

1 Résultats attendus

A la fin de l'activité, le cabinet d'étude devra fournir un rapport d'évaluation d'une dizaine de pages (hors annexes) contenant tous les éléments détaillés assignés comme objectifs spécifiques ainsi qu'une page de synthèse des recommandations. Ce rapport présentera également la méthodologie de collecte

et d'analyse des données, les limites de l'évaluation, les risques identifiés et les mesures de mitigation. En amont, le cabinet devra fournir comme indiquée dans le calendrier, deux (2) livrables périodiques afin d'engager le paiement du montant de la première tranche de l'activité. Les résultats attendus de l'évaluation sont les suivants :

- ❑ Une appréciation de l'avancée du projet en termes d'atteinte des objectifs fixés et de l'impact des activités sur les cibles avec des succès story reflétant le changement occasionné par les interventions est réalisée ;
- ❑ Une appréciation sur les impacts inattendus du projet que ce soit sur les cibles que sur les communautés non bénéficiaires directes du projet mais qui grâce aux effets et influences des actions du projet ont pu bénéficier indirectement de nos actions est réalisée ;
- ❑ Une analyse participative des forces, faiblesses, opportunités et menaces sur les différentes parties prenantes clés du projet est réalisée ;
- ❑ Les leçons apprises et les bonnes pratiques sur les conditions de réalisation des activités du projet sont documentées ;

Les recommandations sont traduites en actions précises pour être intégrées dans la planification du projet afin d'améliorer les services de la Maison des mamans notamment en matière de :

- o Gouvernance,
- o Participation des populations
- o Réalisation des activités avancées
- o Financement
- o Collaboration avec certains partenaires (tels que MSF Espagne) pour un protocole commun d'intervention avec Tisser la Santé.

1. Méthodologie de l'évaluation

En vue de collecter des données pertinentes dans les villages bénéficiaires, deux approches ont été adoptées : l'approche quantitative et l'approche qualitative.

Les différentes enquêtes démographiques et de santé ont donné une situation sur le taux de planning familial qui est passé de 7% en 2006 (EDSMIV), 10% en 2012-2013(EDSMV) à 16% en 2018 (EDSMVI). Les visites prénatales étaient de 35% (EDSM IV), 41% (EDSMV) et 43% (EDSMVI).

Dans le cadre du Programme décennal de développement social et de santé, l'objectif visé était d'atteindre 20% pour la planification familiale en 2023. Le questionnaire a été utilisé avec une fenêtre sur des questions complémentaires en cas de nécessité. Tout le processus a été participatif avec une implication de tous les acteurs à toutes les étapes. Tisser la santé, promoteur du projet, la Fondation Pierre Fabre, partenaire de Tisser la santé et le Consultant Yirwere sahel à travers son président et chef de mission ont préparé ensemble l'évaluation.

1 Élaboration des indicateurs de mesure

Les indicateurs de mesures ont été fixés par les différentes parties prenantes de l'évaluation notamment Tisser la santé, la FPF et Yirwere sahel.

Ces indicateurs sont consignés dans la matrice d'évaluation.

1 Élaboration des outils de collecte des données

Les outils ont été conçus par l'équipe de Yirwere sahel. Ils ont été validés après les observations de Tissé la santé et de la FPF. Il s'agit surtout de questionnaires par catégories de personnes.

S'agissant de la quantité, 426 personnes ciblées ont été toutes interrogées au cours de l'enquête (voir le tableau en annexe) : 200 chefs de ménage, 100 femmes ayant accouché à la maison des mamans, 100 accompagnantes et 26 autres (ONG, administration centrale, collectivités territoriales, société civile, etc). Outre les populations ciblées au début de l'initiative, les populations flottantes ont été prises en compte.

Enquêtes individuelles pour toutes les personnes interrogées. - Dans tous les villages les gens ont été informés de l'activité lors d'une assemblée générale où l'enquête a été présentée (avec explication sur pourquoi tout le monde ne pourra pas être interrogé). Les personnes interrogées ont été choisies à partir de la liste de la maison des mamans (échantillon représentatif au niveau du niveau de vie et de l'âge). Les entretiens se déroulaient avec le questionnaire établi mais il y avait aussi des discussions plus libres.

En ce qui concerne la qualité, le questionnaire a permis de collecter les informations essentielles mais l'enquête avait la latitude de poser des questions d'éclaircissements.

Un questionnaire a été conçu pour chaque catégorie d'acteurs.

1 Préparatifs et déroulement de la collecte des données

L'enquête a été préparée par les parties prenantes. En charge de la phase opérationnelle, Yirwere sahel a formé les cinq enquêteurs à Douentza. Durant deux jours, les participants ont bénéficié des explications sur le contexte de l'enquête, le questionnaire et procédé à des simulations.

La revue documentaire

Le chef de mission a procédé à une collecte de document au niveau local et national. Ainsi il a pu se doter du Programme décennal de développement social et sanitaire (PDDSS) 2014-2023, la loi sur la santé de la reproduction de 2002, les différentes versions de l'EDSM (enquête démographique et de santé réalisée chaque cinq ans depuis 1987, des rapports de Tisser la santé, des supports de gestion (fiches de gestion des

stocks et fiches d'admission placées au niveau de la maison de mamans). Au niveau de la maison, il y a les documents de travail notamment les registres qui retracent le passage des femmes et la prise en charge. Ces documents sont bien tenus par la gérante.

Prise de contact avec les autorités locales

Les enquêteurs ont effectué des déplacements sur le site de la commune pour la collecte des informations. Des explications sont données avant le démarrage de l'enquête qui s'est déroulée sur le terrain du 19 octobre au 29 octobre 2022.

Il y a eu des interventions militaires à cette période ce qui n'a pas simplifié les déplacements de l'équipe d'enquêteurs.

L'enquêteur explique aux femmes	Passation d'un questionnaire avec un notable de Koyo

1 Dynamique et collégialité de l'équipe d'évaluation

Comme signalé dans la note introductive, l'équipe d'évaluation diverse et composite, comprend sept personnes : un chef de mission, un superviseur, deux femmes et trois hommes pour les enquêtes du terrain. En fonction des profils et des expériences acquises, elle est très complémentaire et a fait preuve sur le terrain d'une grande entente, d'une forte collégialité.

Cette équipe a fortement eu l'appui de la mairie et de l'équipe technique de la maison des mamans et des responsables des sites visités. Ceci a fortement facilité l'introduction de l'équipe au niveau des villages et campements visités.

1. Les Limites de l'étude :

La présente évaluation n'a ni l'ambition, ni la prétention de répondre de façon absolue à l'évaluation des divers indicateurs de réalisation du projet. En effet, en termes de données il était nécessaire d'avoir :

- La situation dans les villages choisis
- Le point de vue des différents acteurs ciblés
- Les difficultés identifiées ou vécues et les propositions de solutions des interlocuteurs

1. Présentation de la zone

La commune rurale de Hairé née avec la réforme administrative, objet de la loi n°96-059 du 04 novembre 1996, est limitée au sud par les communes de Mondoro et Dinangourou, au nord celles Indiatafane et Gandamia à l'ouest par la commune de Dallah et à l'est par celle d'Hombori.

L'environnement naturel est dominé par deux plateaux rocheux prolongement du Gandamia au nord et le seno au sud. Les escarpements les plus représentatifs sont celles de Nokara, le Sargnieré et la zone de Boni sur lequel se trouve le village de Koyo Boni. Les rares terres dans ces zones sont occupées par des

champs de mil.

Une agriculture peu productive, des animaux durement frappés par le manque de bons pâturages, voilà la commune de Hairé qui est aussi plongée dans la crise sécuritaire depuis 2012.

La commune de Hairé compte une population de plus de 23 800 habitants. Les principaux groupes ethniques qu'on rencontre dans les 32 villages de la commune sont les peuls majoritaires, les dogons, les mossis, les tellem, les sonrhais, les tamasheq et les arabes.

Le projet de réalisation d'une maison des mamans pour Koyo Boni se situe dans le cadre de la recherche de l'amélioration des conditions de vie des populations de ce village. Le village est peuplé surtout de dogons agro-éleveurs.

Il faut rappeler qu'au Mali, depuis plusieurs années, la responsabilité des soins de santé primaires a été dévolue aux communes. Mais le transfert des ressources de l'Etat aux collectivités n'est pas encore effectif.

Présentation du CSCOM et de la pyramide sanitaire

4.1 Historique du CSCOM de Boni

L'état malien avait doté chaque arrondissement d'un centre de santé implanté au niveau du chef-lieu d'arrondissement. Celui de Boni date des années 1950 qui coïncidait avec l'ouverture de l'école. Les élèves potentiels passaient à la visite médicale avant d'être recrutés. La réforme du secteur de la santé après la révolution populaire a entraîné des changements notables avec la forte implication des communautés de la base. Au niveau des arrondissements, les structures étaient appelées « centre de santé revitalisé » et au niveau des autres localités « centre de santé communautaire » car initié par la communauté.

L'application de la décentralisation administrative totale marquée par l'émergence des collectivités a eu pour conséquence le transfert de compétences de l'état aux collectivités depuis juin 2002.

Les appellations ont été uniformisées. Chaque CSCOM est dirigé par une association de santé communautaire (ASACO) dont les responsables sont élus en assemblée générale par les populations de l'aire sanitaire à travers les délégués villageois.

4.2 Pyramide sanitaire (voir schéma en annexe)

La pyramide sanitaire du Mali compte quatre (4) niveaux :

[?] Le centre de santé communautaire (niveau primaire)

Il constitue le premier niveau de la pyramide. La commune de Hairé compte deux (2) CSCOM, Boni et Nokara à 25 km. On compte plus de 2000 CSCOM au Mali.

Le CSCOM est administré par une association de santé communautaire mise en place selon les dispositions de loi portant création des associations en république du Mali. Il s'occupe des consultations, des soins infirmiers, des

accouchements, vaccination et planning familial. Les cas d'urgence sont référés au Centre de santé de référence de Douentza. Tisser la santé a doté le CSCOM de Boni d'une ambulance pour les évacuations sur Douentza. MSF Espagne aussi intervient dans le transport des malades y compris les femmes en difficultés d'accouchements ou autres pour évacuations.

Dans certaines localités, il existe des cliniques privées qui fournissent les mêmes prestations que le CSCOM voire plus. En ville certaines cliniques rivalisent avec les centres de santé de référence et les hôpitaux grâce à un plateau technique relevé. Il n'existe pas de cliniques privées dans la zone de Boni malgré la taille de la ville.

Selon le PDDSS, le Mali comptait 1 086 Centres de Santé Communautaires (CSCOM) en 2011 et environ 1308 structures de santé : parapubliques, confessionnelles, dispensaires, maternités rurales et établissements de santé privés du premier échelon.

[?] Le centre de santé de référence (niveau secondaire)

Le centre de santé de référence est le premier niveau de référence. Dans chaque cercle et communes du district de Bamako, il existe un CSREF. En général, les malades sont référés par les CSCOMS vers les CSREF. Celui de Douentza reçoit les malades de tous les CSCOM fonctionnels du cercle (équivalent du département en France). Boni est à 90 km de Douentza mais compte tenu de l'état de la route, la durée du voyage oscille entre 4 et 5 heures de temps.

Le deuxième échelon ou deuxième niveau est constitué par les 60 Centres de Santé de Référence (CSRéf) au niveau des districts sanitaires, correspondant aux cercles, communes ou zones sanitaires.

[?] Les établissements publics (niveau tertiaire)

Les établissements publics constituent le second niveau de référence. Installés dans les chefs-lieux de régions avec un plateau technique plus relevé, ils reçoivent les cas qui dépassent le CSREF. Dans la région de Mopti, l'hôpital régional porte le nom de Sominé Dolo, premier ministre de la santé originaire de la région. L'Hôpital Sominé Dolo se trouve à 265 km de Boni. Une patiente de la maison des mamans doit passer par le CSREF de Douentza avant de pouvoir aller à l'hôpital. Le voyage entre Boni et Sévaré/Mopti dure 8 heures au minimum avec un bon véhicule. Sur les 245 km, il y a 175 km de piste dégradée avec des cavités sur le goudron.

Il existe six autres établissements publics basés respectivement à Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Tombouctou et Gao.

[?] Les établissements publics hospitaliers (hôpitaux nationaux)

C'est le sommet de la pyramide et ils reçoivent les malades qui n'ont pas pu être pris en charge par les CSCOM, les CSREF et les hôpitaux régionaux.

L'Hôpital Gabriel Touré, du Point G et de Kati sont au niveau supérieur.

La pyramide sanitaire fonctionne par référencement de niveau à niveau et un système de recouvrement des coûts est mis en place pour les consultations, les médicaments et tous les produits nécessaires pour le traitement. L'état fourni

une dotation minimale en matière de soin et de laboratoires en fonction des niveaux.

1. Bilan global du projet

1 Structures concernées par la collecte

En vue de collecter les informations plusieurs cibles ont été choisis. Ainsi les structures choisies sont :

- La Sous-Préfecture de Boni,
- La Direction de Tisser la santé
- La Maison des Mamans
- La Mairie de la commune rurale de Hairé,
- Le CSCOM de Boni,
- Le Centre de santé de référence de Douentza,
- L'ONG Médecin sans frontière Espagne
- L'ONG IRC
- Les villages cibles (commune et population flottantes)

6.2 Constats généraux

L'enquête qui a eu pour cadre l'aire des bénéficiaires de la maison des mamans s'est déroulée du 19 octobre au 2 novembre 2022.

Les grands constats sont :

- Le sacrifice consenti par le personnel de la maison des mamans qui ne prend pas de jour de repos et la confiance dont jouie le personnel de la maison des mamans auprès des populations. Le personnel de la maison des mamans travaille tous les jours sans tenir compte des jours fériés.
- La complémentarité entre la maison des mamans et le CSCOM
- La bonne fréquentation de la maison des mamans
- La fréquentation de la maison des mamans par plusieurs villages
- L'inclusivité développée autour de l'accès

6.3 Présentation et analyse des résultats

Dans cette partie nous abordons les résultats par critères pour apprécier la performance.

Profils des personnes interrogées

Tableau 1: situation des chefs de ménages par ethnies et âges

Groupes ethniques		Sexes			Ages		
Hommes	Femmes	Total	Moins30	31-40	41-50	51-60	Plus 70ans

	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T			
Peul	5	9	6	1	4	1	1	4	2	7	0	7	1	1	4	0	4	
Dogon	1	1	1	1	1	1	4	7	4	3	2	3	4	1	7	8	1	9
Mossi	2	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Total	1	7	2	2	5	3	6	1	7	3	2	4	3	5	3	1	1	3
al	6	4	0	7		2	0	1	1	9		1	0	5	2	1	3	

Sur 200 chefs de ménages ciblés 12% sont des femmes et 88% des hommes. Les peuls représentent 32,5%, les dogons 66,5% et les mossi (singulier moagha) 1%. Elles sont 9/65 chez les peuls soit 23,07% et 15/133 soit 11,27% pour les dogons. Les femmes chefs de ménages sont plus fréquentes parmi les populations flottantes.

Tableau 2: Situation des femmes ayant accouchées par ethnies et âge. Visite 1 : une seule visite / Visite 2 : deux visites. Parmi les femmes qui ont accouché, il y en a qui sont aussi venues pour accompagner d'autres femmes.		
Ethnies	Agés	Visites

moins20	21-30	31-40	41-50	Total	1	2	Total	
Dogon	3	25	28	2	58	27	31	58
Peul	9	26	4	0	39	19	20	39

Mossi	1	0	2	0	3	1	2	3
Total	13	51	34	2	100	47	53	100

Sur cent (100) femmes enquêtées, 13% des femmes venues accoucher ont moins de 20 ans (*l'échantillon de 100 femmes interrogées, n'est pas forcément représentatif de l'ensemble des femmes accueillies depuis l'ouverture, en effet les registres montrent que les moins de 20 ans représentent 34% ce qui est assez similaire au chiffres de l'enquête nationale MICS de 2015*) et 51% ont entre 21 et 30 ans. Cela montre que les jeunes sont les plus grandes clientes de la maison. 53% des femmes interrogées sont à leur seconde visite et 47% nouvelles.

Tableau 3: Situation des accompagnantes par ethnie, âge et nombre de visite

Ethnies	Ages			Visites		Total		
	21-30 ans	31-40 ans	41-50 ans	1	2	3	4	
Peuls	26	12	6	34	6	4	0	44
Dogons	36	16	4	16	21	17	2	56
Total	62	28	10	50	27	24	2	100

Sur un échantillon de 100 femmes enquêtées 34/44 soit 77,27% des peuls sont à leur première contre 16/56 soit 28,57% pour les dogons. Aucun peul n'a effectué 4 visites parmi les interlocutrices. Cependant 9,09% de peul et 30,35% de dogon ont effectué 3 visites. En général les visites ont pour cadre l'accouchement, l'accompagnement ou la CPN.

Tableau 4 : Motifs des visites à la maison des mamans

Parmi les 200 femmes, il y en a 100 qui ont accouché → correspond aux 100 femmes qui ont accouchés.

Sur 100 femmes interrogées (accompagnantes ou venues accouchées) qui ont fait une visite :

- 100 sont liées à un accouchement
- 15 qui ont aussi accompagné
- 58 ont fait toutes les CPN requises
- 100 ont fait au moins une CPN et ont accouché

Motifs	Nombre
Accouchements de la femme	100
Accompagnements (femmes ayant accouchées et accompagnées d'autres)	15

Consultations prénatales (CPN) – les 4 CPN	58	
Consultations prénatales (1, 2 ou 3 CPN) et accouchements (CPN/accouchements)	100	

L'enquête a ciblé 100 femmes qui figurent sur le registre des bénéficiaires des prestations de la maison des mamans. Les scores obtenus sont très importants.

L'accouchement est le plus grand motif de visite à la maison des mamans. Ensuite viennent les femmes qui ont été concernées par la Consultation prénatales (CPN et l'accouchement. Cependant 15 femmes ont eu à accoucher et à accompagner d'autres femmes pour l'accouchement. s

Résultats de l'évaluation

A ce niveau, il s'agit de la mesure de la performance par critère d'évaluation de l'OCDE. Cet organisme de développement utilise les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience, d'impact et de viabilité/durabilité pour évaluer la performance des projets.

1 Pertinence

La pertinence du projet a été reconnue par toutes les personnes interrogées. 426 personnes ont donné très bien à la pertinence de l'action. La santé n'a pas de prix dit-on dans tous les pays.

La pertinence trouve tout son sens et sa valeur du fait que la maison des mamans a permis aux femmes de séjourner en cas de besoin avant et après l'accouchement.

Les cas de maladies après l'accouchement sont vite détectés et pris en charge. 38 cas de grossesse à risques ont été pris en charge avec succès. Tous les interlocuteurs ont dit que la maison des mamans a permis de sauver beaucoup de femmes en danger.

La faible couverture géographique des sites ciblés par les structures sanitaires et le faible taux d'accouchements assistés dans la zone rendent ces activités très pertinentes.

Nombre total de femmes accueillies à la maison des mamans sur la période de l'enquête.

L'écart entre les deux : les femmes ont accouché à domicile.

Gros écart en 2021 : Boni a connu la plus grande période de surveillance (mouvements armés) → les femmes n'ont pas pu se déplacer pour accoucher. Autres motifs : tradition (elles sont plus à l'aise au village), distance entre le domicile et le CSCOM ne permet pas toujours d'aller accoucher au CSCOM (certains villages sont à 90km) + restrictions sur les déplacements pour des raisons sécuritaires.

La maison des mamans n'est pas un lieu d'accouchement mais de repos pour les femmes avant l'accouchement et après l'accouchement. Nous avons pris d'avril 2018 à mars 2022 pour classer les quatre années de fonctionnement. Les années 2 et 3 correspondent à 2020 et 2021 marquées. La maison était connue de beaucoup de femmes à cause des mets délicieux proposés gratuitement aux femmes enceintes et à leurs accompagnantes, les premières qui ont séjourné ont fait de grands commentaires sur les services fournis. Il a fallu plus de sensibilisation pour limiter l'hébergement aux femmes à l'approche de l'accouchement en raison d'un dépassement de la capacité d'accueil de la Maison des Mamans. Cette capacité est évaluée à environ 60 femmes enceintes par mois, or la fréquentation était montée jusqu'à 120 femmes par mois.

	<p>Une femme de Serma dans sa maison est très contente de son séjour dans la maison des mamans. Elle a bénéficié d'un repos de trois jours avant de retourner chez elle. Son état de santé ne lui permettait pas de rentrer. Elle a beaucoup apprécié son séjour.</p>
--	---

Impacts positifs en lien avec la pertinence

Les nombreuses femmes reçues pendant les quatre ans effectifs montrent que le projet était pertinent. En plus de la population de Koyo Boni ciblée en premier, les femmes de tous les villages environnants ont bénéficié de l'hébergement, des soins, de la prise en charge et des conseils.

« je suis arrivée dans l'après-midi, j'ai été assistée pour aller au centre pour mon accouchement. La matrone était à côté de moi et tout était propre. Au cours du travail, elle veillait sur moi jusqu'à l'expulsion du bébé. Le cordon ombilical a été sectionné dans de bonnes conditions. Elle m'a conseillé de mettre tout de suite le bébé au sein Le lendemain mon bébé a bénéficié de soins au nettoyage de l'ombilic, du cordon et de tout le corps du nouveau-né et à l'administration de pommade dans ses yeux. Ensuite, j'ai eu de l'eau chaude pour ma toilette durant les trois jours. Chaque matin, le bébé a son bain. J'ai été émerveillée et je conseille aux femmes de mon village d'aller là-bas même celles qui ont des parents à Boni».

«Le centre de santé et la maison des mamans sont loin de mon village, mais j'assiste souvent aux séances de sensibilisations organisées à Boni, les jours de foires. J'ai compris que pour éviter toutes complications liées à la grossesse et à l'accouchement, il faut faire les CPN et accoucher au CSCOM. J'étais obligée de retourner par manque de logement et une femme de Koyo Boni m'a parlé de la maison des mamans. C'est une bonne chose pour les femmes de toute la commune».

Impacts négatifs en rapport avec la pertinence

Certaines femmes croient que la maison est faite pour des séjours longs et

veulent y rester plus longtemps. En général, les séjours ne doivent pas atteindre quinze jours (15 jours).

Forces du projet en lien avec la pertinence

- Bonne connaissance de la culture des populations par le personnel de la maison des mamans, ce qui contribue à une mobilisation sociale de qualité pour la mise en œuvre des activités et aussi dans la préparation et la distribution des repas;
- Création d'un climat de confiance entre personnel et femmes prises en charge
- Forte implication de la matrone du CSCOM dans les activités
- Adaptabilité aux vœux des femmes

Faiblesses en rapport avec la pertinence

La faiblesse se situe au niveau de la conception du projet qui n'a pas prévu la supervision «formative» des agents de la maison des mamans par celui du CSCOM plus qualifié. On constate que la gérante n'a pas de notions en matière de santé maternelle et infantile. Elle pouvait connaître les premiers signes du début de travail, les signes qui montrent qu'une femme a des problèmes après l'accouchement. En ce moment, elle peut vite alerter pour le transfert de la femme au CSCOM pour une prise en charge.

Note de Tisser la Santé : Une formation initiale de la gérante auprès de l'infirmière obstétricienne du CSCOM a été effectuée au démarrage de la Maison des Mamans, une mise à jour régulière aurait été pertinente.

Formations à recommander :

- **Gérante : pour qu'elle puisse reconnaître les signes sur le début du travail et les complications liées à la grossesse (facilitera le transfert de la maison des mamans vers le CSCOM)**

Effets imprévus

La maison des mamans de Koyo Boni a permis de résoudre le problème d'hébergement pour de nombreuses femmes qui n'avaient pas de logeur à Boni. Les femmes des villages lointains comme Bouldé et Petegoudou qui ne fréquentaient pas les centres de santé ont dit que grâce à la maison, elles ont compris l'importance des structures comme la maison des mamans. Maintenant qu'elles sont retournées dans leur village, elles parlent de la maison des mamans et incitent les femmes à s'y rendre (et expliquent que tout le monde est pris en charge, peu importe l'origine ethnique).

Petegoudou est un campement peul fortement conservateur qui refuse de manger en public et refuse de fréquenter la médecine moderne.

Avec les animations de la gérante et celle au CSCOM, ces villages réfractaires ont compris l'utilité de venir à la maison des mamans et au CSCOM. Les sensibilisations ont porté leur fruit : changement de comportement même dans les villages les plus réfractaires.

Une étude comparative de certains services comme la consultation prénatale, postnatale et le planning familial entre deux CSCOM nous donne la situation suivante :

Tableau 5: Comparaison de deux CSCOM du district sanitaire de Douentza (Source Système Nationale d'Information Sanitaire (SNIS)).

Centre de santé communautaire (CSCOM)	Services fournis	Nombre de femmes dans l'aire de santé	Nombre de femmes en âge de procréer	Période	Total femmes	Ecart
---------------------------------------	------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------	--------------	-------

2017			2018			2019		
------	--	--	------	--	--	------	--	--

2018			2019			Observation				
BONI	CPN	27 375	6 023	715	989	1478	3 182	274	763	Positif (+100%)

CPON	CPN	27 375	6 023	175	180	292	647	5	117	Positif
------	-----	-----------	----------	-----	-----	-----	------------	---	-----	---------

Planing familial	CPN	27 375	6 023	152	165	38	355	13	-114	Négatif
------------------	-----	-----------	----------	-----	-----	----	------------	----	------	---------

Diona	CPN	4 242	933	221	134	152	507	- 87	-69	Négatif
-------	-----	-------	-----	-----	-----	-----	------------	------	-----	---------

CPON	4 242	933	107	79	83	269	- 28	-24	Négatif
------	-------	-----	-----	----	----	------------	------	-----	---------

Planing familial	4 242	933	41	12	25	78	- 29	-16	Négatif
------------------	-------	-----	----	----	----	-----------	------	-----	---------

On constate une progression de la CPN et de la CPON dans l'aire de Boni, une incidence de la maison des mamans. Au même moment une baisse dans le CSCOM de Diona qui ne dispose pas d'une telle structure.

Recommandations : poursuivre les sensibilisations qui marchent bien et ont des effets concrets sur la santé des femmes

1 Efficacité

Le processus de création et d'opérationnalisation de la maison des mamans n'a pas connu de retard. Les activités de sensibilisation ont permis d'obtenir l'adhésion des populations de Koyo Boni, de la mairie et de l'ASACO. Le Président de la commission santé de l'époque, le directeur technique du centre et le président de l'ASACO ont soutenu le processus.

Chaque semaine, la gérante et l'aide-soignante font des sensibilisations :

certaines ont lieu pendant le séjour à la maison des mamans auprès des femmes qui sont venues (importance de la CPN, du repos à la maison des mamans). Elles ne se déplacent pas dans les autres villages → recommandations : des missions de sensibilisation pourraient être intéressantes pour toucher plus de femmes.

Cependant la formation de l'équipe en charge de la gestion de la maison des mamans mérite d'être réalisée.

Le personnel de gestion est toujours présent et tient bien son rôle. Les clients sont bien reçus et correctement traités. Les trois repas prévus sont servis à toutes les femmes en fonction de leur situation. En général, les femmes qui viennent d'accoucher ont besoin de bouillie appelée « bourwiri » en langue locale et de « laro », un repas à base d'oseille et de mil très apprécié des femmes, le matin. Ces repas sont préparés et servis en même temps que celui des autres.

Impact positif :

La maison des mamans est opérationnelle et fonctionne les douze mois de l'année. Les femmes sont reçues sans distinction de race et de localité d'origine. Les femmes ayant accouché, les accompagnantes, les chefs de ménages, le personnel soignant et les autres acteurs ont unanimement apprécié la capacité du personnel à faire face à toutes les situations qui se sont présentées. La capacité d'unir les différentes sensibilités ethniques dans un cadre convivial.

Impact négatif :

.Néant

Forces

- Inclusivité dans la prise en charge des femmes
- Prise en compte du besoin alimentaire de la femme
- Logement systématique de toutes les femmes venues accoucher où accompagnantes)
- Prise en charge systématique des enfants pour les soins
- Complémentarité entre les membres de l'équipe

Faiblesse :

- Qualité des dortoirs n'est pas beaucoup appréciée des femmes

- **Effets imprévus**

A ses débuts la maison devait recevoir uniquement les femmes de Koyo Boni à la rigueur quelques femmes des villages proches de Koyo. La maison des

mamans a permis de prendre en compte les femmes d'autres localités distantes de plus de 90 km et des déplacés internes en termes d'hébergement et de nourriture. Au total ce sont 95 villages et lieux-dits qui ont adressé au moins une fois une femme enceinte à la Maison des Mamans. (mais 50% des femmes proviennent de 8 villages : Koyo Boni, Serma, Bebi, Loro Fulbé, Nemguéné, Ourou Nguérou, Nissanata, Tabi)

Tableau 6 : Appréciation des services rendus par la maison des mamans par catégories

Chefs de ménages (au moins un membre de la famille a fréquenté la maison des mamans) :

- Perception de la maison des mamans
- Ce qu'ils ont entendu (les femmes qui quittent la maison font un CR quand elles rentrent)

Tout le monde connaissait la maison des mamans

Accueil à la maison des mamans					Chefs de ménages (200)					Femmes venues accouchées (100)					Femmes accompagnantes (100)					
Très bon	Bon	Pas satisfaisant	Mauvais	NSP	Très bon	Bon	Pas satisfaisant	Mauvais	NSP	Très bon	Bon	Pas satisfaisant	Mauvais	NSP	Très bon	Bon	Pas satisfaisant	Mauvais	NSP	
Accueil du personnel	17	24	0	0		83	14	3	0	0	83	14	3	0	0	83	14	3	0	0
Courtoisie du personnel	17	24	0	0		83	15	2	0	0	83	15	2	0	0	83	15	2	0	0
Accès à la maison des mamans																				

Fa cilit é d'a cc ès par la rou te à la ma iso n de s ma ma ns	14 8	37	15	0	0	80	20	0	0	0	80	20	0	0	0
Suivi durant le séjour à la maison des mamans															
Qu alit é du sui vi par le per so nn el	13 1	38	21	0	0	68	32	0	0	0	76	22	2	0	0
Ent reti en de l'en fant	144	56			80	20	0	0	0	80	20	0	0		
Lo ge me nt - qu alit é de s dor toir s	12 1	43	26	0	0	58	34	3	4	0	51	28	18	3	0

Soins fournis (qualité)	162	38	0	0	0	78	20	2	0	0	75	21	4	0	0
-------------------------	-----	----	---	---	---	----	----	---	---	---	----	----	---	---	---

Les scores très bien et bien oscillent entre 80 et 90% pour l'accueil, la courtoisie, le suivi, les repas fournis, le suivi de la femme en grossesse et l'entretien du nouveau né au niveau des chefs de ménages, des femmes ayant accouchées ou des accompagnantes. Les scores sont identiques pour les autres acteurs notamment les ASC, les relais villageois, les conseillers communaux et l'ONG MSF. Cependant la seconde ONG intervenant dans la nutrition donne passable à l'accueil, à la courtoisie, aux soins fournis, au repas et suivi de la femme en grossesse et mauvais aux dortoirs. Cependant le suivi durant le séjour et l'entretien du nouveau-né sont notés bons. Le CSREF qui n'est pas au courant des nouveaux lits donne mauvais aux dortoirs compte tenu de l'âge des équipements connus. Les lits métalliques ont été payés pour remplacer les lits en bois. Au regard de tous les répondants, les dortoirs sont jugés très bons 50%, mais gagnent des scores plus élevés pour passable 13% pour les chefs de ménages, 5% pour les femmes ayant accouchées et 18% pour les accompagnantes. Il ressort que les lits et les matelas méritent un renouvellement. La maison n'intervient pas dans les soins. La maison des mamans est considérée comme un lieu de sécurité avec 100% de très bon à bon pour tous les interlocuteurs. Cette situation peut expliquer le nombre très important en 2020 et 2021.

Tableau sur les retours des autres acteurs

Tableau 7 : appréciation de l'administration, personnel sanitaire et société civile

Accueil à la maison des mamans					Administration centrale et communale					Personnel socio sanitaire					Société civile(chefs de villages, ONG, ASACO, Tisser la santé)				
--------------------------------	--	--	--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Très bon	Bon	Passable	Mauvais	NSP	Très bon	Bon	Passable	Mauvais	NSP	Très bon	Bon	Passable	Mauvais	NSP
----------	-----	----------	---------	-----	----------	-----	----------	---------	-----	----------	-----	----------	---------	-----

sable

sable

sable

Ac cu eil du pe rs on nel	3	2	2	0		7	5	2	0	0	2	3	2	1	0
Co urt ois ie du pe rs on nel	3	2	2	0		6	6	2	0	0	3	4	1	0	0

Accès à la maison des mamans

Fa cili té d'a cc ès pa r la ro ut e à la ma ison de s ma mans	6	1	0	0	0	12	3	0	0	0	5	3	0	0	0
---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Suivi durant le séjour à la maison des mamans

Qualité du suivi par le personnel	5	1	1	0	0	9	4	2	0	0	2	4	2	0	0
Entretien de l'enfant	3	3	1	0	0	8	5	2	0	0	3	3	2	0	
Logement – qualité des dortoirs	3	3	1	0	0	8	5	2	1		2	4	2	1	0

Vous êtes-vous sentie en sécurité à la maison de 5 ans ?	6	1	0	0	0	10	4	1	0	0	4	2	1	1	0
Qualité de la restauration (quantité et qualité)	4	2	1	0	0	9	4	2	0	0	3	3	2	0	0

Niveau d'appréciation générale	5	1	1	0	0	8	4	3	0	0	4	3	1	0	0
Soins au CSCOM															
Soins fournis (qualité)	4	2	1	0	0	8	6	1	0	0	2	5	1	0	0

Tableau 8 : Appréciations de la gestion par les chefs de ménages et les femmes enceintes et accompagnantes

Désignations	Chefs de ménages					Femmes venues accouchées					Femmes accompagnantes					
	Très bon	Bon	Passable	Mauvais	NSP	Très bon	Bon	Passable	Mauvais	NSP	Très bon	Bon	Passable	Mauvais	NSP	
Ressources matérielles	17	2	21	7	0	0	77	21	2	0	0	81	14	0	0	0

Re ss ou rc es hu m ain es	14 5	25	30	0	0	65	32	3	0	0	55	29	0	0	0
Re ss ou rc es fin an ciè re s	18 5	10	5	0	0	83	16	1	0	0	79	18	3	0	0

La gestion est jugée très bonne ce qui a permis à l'équipe de bénéficier de la confiance du village et des autres acteurs. S'agissant des finances, l'appréciation est traduite par « chaque jour les femmes qui viennent mangent à leurs faim ».

Leurs besoins ont été bien répondus, peu importe la saison (il n'y a pas de rupture de stock → les gens ont une vision d'un établissement avec une bonne gestion car ils n'ont manqué de rien)

Tableau 9 : Appréciation de la gestion par la société civile, l'administration et les agents de santé

Désignations	Administration centrale et communale					Personnel socio sanitaire					Société civile(chefs de villages, ONG, ASACO, Tisser la santé)				
	Très bon	Bo n	Pa ss able	Ma uv ais	NS P	Très bon	Bo n	Pa ss able	Ma uv ais	NS P	Très bon	Bo n	Pa ss able	Ma uv ais	NS P
Re ss ou rc es m at éri ell es	5	1	1	0	0	8	5	2	0	0	3	5	0	0	0

Re ss ou rc es hu m ain es	2	3	2	0	0	7	5	3	0	0	4	4	0	0	0
Re ss ou rc es fin an ciè re s	4	2	1	0	0	9	4	2	0	0	5	3	0	0	0

On constate une forte tendance favorable pour la bonne gestion des ressources par ces acteurs qui ont une meilleure connaissance de la gestion des affaires

1 Efficience

L'ensemble du processus : l'enquête préalable, l'animation du processus, la construction, l'équipement ont été réalisés dans le temps à la satisfaction des parties prenantes.

Les moyens mobilisés (les fonds apportés par Tisser la Santé) ont été judicieusement utilisés pour couvrir toutes les charges : nourriture, produits d'entretien, matériel, réparations, salaires. Cinq personnes sont prises en charge notamment le coordinateur, la gérante, l'animatrice, la cuisinière et le gardien. ,

Malgré la forte affluence des femmes en juillet, août et septembre le comité de gestion parvient à satisfaire toutes les demandes. Les mets sont préparés en fonction des besoins et non sur la base d'un chiffre arrêté. Ainsi les trois repas sont servis aux femmes venues en accouchement, aux accompagnants et aux enfants de celles-ci. 12 femmes accompagnantes sont venues avec un enfant chacune et ont été pris en charge.

La qualité des mets servis est appréciée par toutes les femmes qui ont accompagné (95%) ou accouchées (90%). Cela présage que la nourriture est acceptée donc il y a des dépenses supplémentaires à envisager à court terme.

Sur les 400 réponses reçues, les femmes venues accoucher, les accompagnantes et les chefs de ménages affirment tous que les trois repas servis chaque jour sont de bonnes qualités et correspondent aux choix des femmes.

Aussi, aucune femme n'a manqué de l'eau chaude pour elle, son nouveau-né ou son accompagnante. Les infirmières, les aides-soignants, les élus communaux, le personnel de la maison de mamans, les ONG enquêtées, les membres de

l'ASACO ont apprécié à l'unanimité les services fournis.

L'unanimité se dégage autour de la bonne gestion des ressources financières qui a obtenu 100% entre très bon et bon pour les interlocuteurs.

Parmi les vingt autres réponses, l'administration centrale, le personnel de la maison, du CSCOM, les conseillers communaux, les infirmières, les ASC, les ONG opérantes dans l'aire de santé et les trois membres de l'ASACO ont abondé dans le sens de la bonne gestion des relations humaines et des ressources mises à la disposition des gestionnaires et du moyen de transport.

Impact positif

Les ressources mises à la disposition du comité de gestion ont pu couvrir toutes les charges de fonctionnement de la maison des mamans. Les femmes reçues en accouchement, en CPN ou les accompagnantes sont souvent guidées par la facilité.

Certaines femmes pensaient qu'on pouvait venir à n'importe quelle période (grossesse pas encore à termes) → Recommandation : poursuivre le travail de communication sur qui peut être hébergé à la maison (ça a commencé en 2022 et ça fonctionne)

Impact négatif : Néant

Forces du projet :

- Dynamisme et loyauté de l'équipe dirigeante
- Connaissance des habitudes alimentaires des communautés
- Connaissance de la valeur nutritive des aliments des femmes
- Capacité de constituer de petits stocks de sécurité

Faiblesses du projet :

- Pression des populations déplacées internes (elles venaient en pensant que tout le monde pouvait venir, pensaient que toutes les femmes étaient admises)

1 Impact du projet

Impacts positifs

Il est difficile de mesurer l'impact des activités après seulement 4 ans de mise en œuvre, nous allons donc évoquer ici les résultats qui pourraient donner des impacts positifs d'ici 2025. Il s'agit essentiellement de :

- ❓ l'ancrage de la consultation prénatale et de l'accouchement assisté dans la mentalité des femmes en milieu peul et dogon reconnu réfractaire aux innovations
- ❓ l'amélioration des conditions d'hygiène lors de l'accouchement ;
- ❓ le traitement des nouveaux nés par le centre santé avant le retour de la femme
- ❓ l'implication des hommes dans les questions de santé maternelle et infantile à travers le transport des femmes des villages vers la maison en aller et retour
- ❓ le renforcement de liens sociaux entre les femmes des différents villages

qui se retrouvent au niveau de la maison mais aussi entre les différentes ethnies (dans un contexte où les affrontements « inter-ethniques » sont récurrents)

Résultats issus des enquêtes, ce qu'ont dit les personnes interrogées (au vu de ce qu'elles ont compris, en comparant avec la situation au préalable).

? La perception qu'ont les gens du projet et de ses résultats

	Une femme de Mbebbi avec son enfant, très satisfaite de son séjour à la maison des mamans
--	---

- ?** la contribution à l'amélioration de la fréquentation des structures de santé par les femmes pour les CPN et les accouchements; Ainsi 30 femmes hébergées à la maison des mamans ont bénéficié de la CPN et de la CPON.
- ?** la contribution à l'amélioration du taux de vaccination des enfants grâce à la mobilisation sociale et à l'organisation des campagnes de vaccinations. Le Chef de Poste Médical de Boni lui-même affirme que la maison des mamans a contribué fortement à l'augmentation du taux de consultation prénatale estimée à 32% pour la CPN4 dans l'aire de Boni et d'accouchement au CSCCom».

Impact négatif : néant

1 Viabilité/durabilité

Les principaux facteurs de durabilité des activités de Santé Maternelle et Infantile (SMI) sont :

- ?** leur conformité en termes de priorité et de stratégie (renforcement des capacités

du personnel technique) à la politique nationale en matière de santé comme en atteste l'existence depuis 2007 d'une feuille de route pour l'accélération et la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali et les acteurs sont invités à s'inscrire;

- ?** l'implication des services de santé et du conseil communal dans la dynamique à travers le partage des rapports;

Chaque année Tisser la santé partage son rapport au conseil communal et au CSCOM ce qui permet à tous les acteurs de savoir ce qui se fait et facilite la synergie entre les acteurs. Le CSCOM informe que la maison des mamans existe et les services qu'elle rend.

- ?** l'intérêt de plus en plus croissant des femmes pour les activités d'IEC et de soins au nouveau-né, des femmes et des jeunes filles viennent pour écouter les conseils (les sensibilisations de la gérante et de la sage-femme sont ouvertes aussi aux personnes qui ne sont pas hébergées) ;

- [?] la volonté de la mise en place d'un système de pérennisation par la collecte de mil ou de fonds sous forme de cotisation.

On constate un fort ancrage de la maison des mamans dans le dispositif sanitaire. Outre les femmes de Koyo Boni et des villages environnants, il ressort que des femmes de Boni village y fréquentent.

Les chefs de ménages pensent que la contribution communautaire est le seul moyen pour la pérennisation. Ainsi 40% sont prêts pour une contribution en nature (1 bol de mil/an), 10% pour une cotisation annuelle de 500 F CFA par ménage, 30% espèrent sur un soutien extérieur pour continuer, 10% ne se prononcent pas. En général les populations flottantes ont apprécié l'action mais n'ont pas fait de proposition pour la continuité.

Les ONG et les services techniques ont pensé que des réflexions doivent être entamées pour la pérennisation. Une ONG a proposé une cotisation de 2000 francs/ménage ; les autres pensent qu'il faut réfléchir à la pérennisation mais n'ont pas d'idée. Ils peuvent s'investir dans la réflexion.

L'administration centrale, communale, l'ASACO et les infirmières se prononcent et trouvent que les appuis (Tisser la Santé) sont suffisants. La mairie qui devait apporter un appui progressif pour supporter toutes les charges en cinq ans c'est-à-dire en 2022 n'a pas honoré ses engagements. Cette lenteur s'explique par les difficultés de mobilisation de fonds à cause de la crise.

Le plaidoyer auprès de la mairie n'a pas encore repris mais ça devrait se faire cette année. Ça peut passer par l'envoi par Tisser la Santé du rapport annuel qui pourraient ensuite demander comment mettre en œuvre le protocole d'accord.

Recommandation : renforcer le plaidoyer auprès de la mairie et des autorités de santé (les autorités interrogées ont compris l'importance de financer la maison des mamans).

1. Stratégie de développement de la maison des mamans

La maison des mamans conçue au départ pour le village de Koyo Boni dont la population était de 591 habitants a accueilli entre avril 2018 et mars 2022 au moins 2 462 femmes en provenance de 93 localités. Cette initiative doit être vécue comme un instrument phare de lutte contre la mortalité infantile et maternelle. Le développement de cette structure doit passer obligatoirement par :

- La disponibilité d'un moyen de transport fonctionnel, le tricycle est utilisé
- Le renforcement des capacités de prises en charge par des contributions communautaires,

La prise en charge du personnel par des mécanismes types ASC (agent de santé communautaire) ou contractuel de la mairie. Les ASC étaient financés par UNICEF.

Les ASC sont installés dans des villages loin des centres de santé pour donner les soins (initialement un projet de l'UNICEF). Ces ASC sont recrutés par le centre de santé de référence, maintenant ce sont des fonctionnaires des collectivités (payent leur salaire). Facteur de pérennisation : agents de la

maison des mamans qui deviennent aussi des fonctionnaires payés par les collectivités (on en est encore loin).

- L'ouverture de la maison des mamans à d'autres partenaires intervenants dans la santé maternelle et infantile. Il peut être intéressant de démarcher IRC et MSF Espagne qui sont à Boni.

Aujourd'hui Tisser la santé fait ; si d'autres partenaires s'impliquaient et apportaient quelque chose ça serait intéressant. MSF est en partenariat avec le centre de santé donc il pourrait contribuer aux frais de la maison des mamans (ils ne l'ont pas évoqué pendant les entretiens) → axe de plaidoyer : travailler ensemble

1. Stratégie de pérennisation

Le développement d'une stratégie pour renforcer l'existant demeure l'une des alternatives pour développer la maison. La situation actuelle est marquée par une prise en charge totale par Tisser la santé. Trois repas sont fournis aux femmes et aux accompagnantes lors de leur séjour à la maison.

Principaux repas de nuit :

- Pâte de mil ou tô
- Haricot
- Pâtes (spaghetti)
- Pomme de terre

Repas de jour

- Riz ou tô pour l'accompagnante
- Bouillie appelé bourwiri est servi pour la femme qui a accouché

Repas du matin

- Le laro« sakou » en fulfulde ou domouboro (en dogon) (repas à base d'oseille et de mil) le matin
- Le café au lait, accompagné de galettes et de pain au four local

Ces charges sont supportées par Tisser la santé aujourd'hui. A moyen terme des stratégies doivent être développées selon les interlocuteurs :

- Une contribution communautaire 1 bol/ménage par an
- Une contribution de 500F par an par famille
- Une contribution de 1000 F par an par ménage a été proposée par un enquêté

1) La mise en place d'une stratégie de collecte de fonds pour l'entretien du tricycle et l'entretien des lits et des locaux.

2) Un montant symbolique de 500 F CFA par femme comme fonds social peut constituer un fonds pour habituer les populations à mobiliser l'argent pour la santé.

3) Les efforts doivent être tournés vers la mairie pour trouver des partenaires et aussi apporter un appui. La mairie de la commune qui peut affecter au moins 10% des recettes indirectes comme le marché à bétail ou la rampe

d'embarquement pour soutenir la maison des mamans. De même le personnel peut être mis sur fonds communal. Mais il faut préciser que le contexte général au plan national fait que les mairies ne peuvent fonctionner correctement car cela fait 10 ans qu'elles ne récupèrent plus les différentes taxes.

1. Stratégie d'intégration dans la pyramide sanitaire

Etant donné que la pyramide commence au niveau CSCOM, la maison des mamans doit être intégrée dans les activités du CSCOM de Boni. Cette intégration est reçue car une des matrones travaille beaucoup pour la maison. En effet une matrone a été désignée pour s'occuper des femmes en provenance de la maison des mamans.

Le CSCOM considère la maison des mamans comme une annexe. L'intégration est effective au niveau du travail entre le CSCOM et la maison des mamans mais pas au niveau de la prise des salaires de la maison des mamans. Certains salariés du CSCOM sont pris en charge par la mairie d'autres par l'Etat.

La mairie considère la maison des mamans comme un appui au système de santé.

1. Conclusion

Après quatre ans de travail effectif la maison des mamans a rendu d'énormes services à toute la communauté de l'aire de santé et surtout de la commune rurale de Hairé. Il ressort que tous les villages ont bénéficié des services de la maison soit directement soit par le truchement d'un parent ou un proche.

Le personnel a réalisé des causeries éducatives sur la nourriture de la femme enceinte, le travail qu'une femme enceinte ne doit pas faire, l'hygiène corporelle, l'entretien du bébé qui ont entraîné des changements de comportement pour consolider les activités de prise en charge et améliorer le séjour des femmes dans les locaux.

Les activités d'IEC (information éducation et communication) des agents de la maison des mamans sont de plus en plus appréciées par les femmes et commencent à améliorer la fréquentation des structures sanitaires. A présent pour des raisons culturelles, il y a des femmes qui continuent à accoucher à la maison parce qu'elles ne veulent pas l'assistance d'une autre femme. A l'inverse, certains villages qui étaient réfractaires à l'accouchement au CSCOM acceptent désormais que les femmes enceintes se rendent à la maison des mamans puis accouchent au CSCOM.

L'appui financier et matériel est sollicité aussi bien par les services de santé que par les communautés d'accueil et les autres villages bénéficiaires.

[?] Synthèse de l'appréciation du consultant

Au terme de cette évaluation, nous constatons que de nombreux acteurs ne connaissent pas beaucoup le secteur de la santé maternelle et infantile (faible

niveau d'information, peu de connaissance sur les infrastructures de référence). La maison des mamans était vu au début comme une maison des gens de Koyo Boni d'où ce terme « dogotorokoyo ». La stratégie développée par le comité de gestion et l'autorité villageoise avec le concours de Tisser la santé ont fait de l'ouvrage une action salubre. Le nombre de femmes reçues en accouchement et en CPN traduit éloquemment le mérite de l'ouvrage.

La seconde année constituant le pic a été marquée une forte affluence conduisant à l'instauration d'un tri parmi les femmes à accepter (venue 2-3 jours avant l'accouchement ou avant si une grossesse à risque a été détectée). En effet certaines femmes loin de la période d'accouchement venaient pour être hébergées sachant qu'elles ne sont pas éligibles. Les femmes qui sont dans leurs dernières semaines avant accouchements peuvent venir pour éviter les risques.

Le conseil communal, le conseil de village et le personnel ont appliqué le principe de la gestion de projet sensible aux conflits. En période de conflit, il faut éviter des décisions préjudiciables à la paix et à la cohésion sociale : Il y a des cas exceptionnels qu'il faut traiter intelligemment (ex : héberger les femmes déplacées même si elles ne sont pas à terme). Des dommages collatéraux peuvent apparaître si on respecte trop à la lettre les critères, il faut donc un peu de souplesse et prendre en considération les cas particuliers. Les femmes qui ont perdu leur mari ou chassées de leur domicile (localité) ont compris que c'était un lieu pour héberger des femmes enceintes, elles sont alors redirigées vers des lieux spécifiques.

Des animations soutenues de l'animatrice et de la gérante ont conduit à faire comprendre que les femmes admises sont celles qui accoucheront dans deux ou trois jours.

❓ Explication des forces et des faiblesses du projet du point de vue du consultant

A l'instar de tout projet orienté vers le changement de comportement, dans un milieu fortement conservateur la rupture avec la tradition tarde. Il ressort que manger au dehors (à la vue des autres) était considéré comme une faute pour un homme ou une femme en milieu traditionnel peul. Les efforts du personnel ont permis de rompre avec cette conception. Aussi en milieu peul, on ne mange pas devant les gens. Il faut aller jusqu'au fond de la maison. Ces conditions ont été remplies pour permettre à chaque personne de se retrouver comme étant dans son milieu. Les femmes dogons n'ont pas ce complexe mais en général le groupe mange ensemble.

Tableau 10 : Analyse FFOM de la maison des mamans

<ul style="list-style-type: none">- Connaissance du milieu- Existence d'un personnel disponible et engagé- Adhésion de la communauté- Synergie avec le CSCOM- Capacité du personnel à convaincre les femmes- Confiance créée entre le personnel et les femmes- Existence d'un stock (nourriture, produits d'hygiène et d'entretien)- Impartialité et équité dans la prise en charge des femmes <p style="text-align: right;">Forces</p>	<ul style="list-style-type: none">- Faible soutien de la mairie- Dépendance à l'appui extérieur- Insuffisance de WC- Etat des dortoirs- Vétusté du tricycle qui n'est pas remplacé <p>Faiblesses</p>
---	---

<p style="text-align: center;">Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Santé maternelle et infantile est une priorité de l'état malien - Disponibilité du personnel du CSCOM à accompagner la maison - Volonté des populations à contribuer à la prise en charge de la nourriture (500 ménages = 500 bols soit 320 kg de mil pour les ménages de Koyo Boni. - Existence de partenaires potentiels dans la zone de Boni 	<p style="text-align: center;">Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insécurité - Problème de déplacement des femmes - Problème de prise en charge avec le retrait de Tisser la Santé - Possible rupture de financement - Dépendance de financement extérieur
---	--

? Recommandations

La maison des mamans de Boni est fonctionnelle et a hébergé 2 462 femmes de 93 localités entre avril 2018 et mars 2022. Trois régions administratives bénéficient des interventions Douentza, Bandiagara et Gourma Rharous.

Beaucoup s'interrogent aussi que faire sans la maison des mamans?

Nous pensons que chaque acteur majeur doit jouer correctement sa partition pour faire de la maison des mamans un espace de promotion de la santé maternelle et infantile.

La communauté de Koyo Boni

- Améliorer la gouvernance par la redynamisation du comité de pilotage avec le concours de Tisser la santé et la mairie
- Fixer un montant symbolique pour l'accès à la maison en vue de prendre en charge les dépenses non éligibles de Tisser la santé

Païement par ménage => amener les gens à comprendre que la santé à un coût

Ce montant peut être de 250 à 500 F CFA par femme pour un début.

- Mettre en place une stratégie pour la levée d'une participation communautaire (le système d'un bol de mil par famille peut concerner les villages de Koyo Boni, Loro habé, Tabi, Touperé, Tega et Tandj pour un début).

Le Conseil communal doit :

- Dégager une ligne budgétaire pour la prise en charge du personnel (salaire/ motivation) et d'une partie des charges de fonctionnement
- Respecter la clause du contrat signé entre les deux partis (Tisser la Santé et

la Mairie) dans le cadre des échanges de paiement de salaire/motivation des personnels travaillant dans la maison des mamans, Il s'agit de :

- ☐ Année N°1 = 0%
- ☐ Année N°2 = 25%
- ☐ Année N°3 = 50%
- ☐ Année N°4 = 75%
- ☐ Année N°5 = 100%

Pour rappel, la situation sécuritaire s'était fortement dégradée avec l'enlèvement le 2 septembre 2016 du 3^{ème} adjoint et président de la commission santé de l'époque. Les élus ont été obligés de quitter Boni ralentissant les activités en cours. Le calme commence à revenir donc les discussions peuvent reprendre sur cette base.

C'est une recommandation à moyen termes car pour le moment ce n'est pas envisageable

- Prévoir la construction des latrines pour renforcer l'existant
- Renforcer la collaboration entre le CSCOM et la maison des mamans

L'ASACO doit :

- Intégrer la maison des mamans comme outil de promotion de la santé maternelle et prévoir au 2% de son budget en soutien à la maison des mamans.
-

Le CSCOM

- Renforcer la collaboration avec la maison des mamans par un appui à la gérante dans l'animation

Collaboration actuelle :

Toutes les femmes accueillies qui vont accoucher sont transférées au CSCOM
Toutes les femmes qui accouchent au CSCOM sont invitées à aller se reposer à la maison de mamans pendant 3 jours après l'accouchement (sauf les femmes de Boni car le CSCOM est à Boni)

Renforcement de la collaboration : plus de communication entre le CSCOM et la maison des mamans (exemple : savoir combien de femmes sont hébergées pour anticiper les accouchements à venir).

- Organiser des visites hebdomadaires à la maison des mamans pour permettre des activités de sensibilisation sur l'importance de la CPN, CPON et planning familial
- Intégrer la maison des mamans dans la chaine de travail par une prise en compte dans la programmation

Pour le moment, il y a des femmes à la maison des mamans et ça serait intéressant que le CSCOM envoie quelqu'un pour renforcer la gérante sur l'animation des sensibilisations.

Considérer la maison des mamans comme un lieu où se déroulent des activités (pas uniquement au CSCOM) -> plus de visibilité pour la maison des mamans.

Tisser la santé doit :

- Doter la maison des mamans de nouveaux lits et matelas (soit 14)
- Soutenir la formation de la gérante pour qu'elle ait le niveau de connaissances des matrones (il faut prévoir environ 1 mois de formation) afin de mieux assister les femmes et surtout de pouvoir anticiper le transfert des femmes vers le CSCOM

Certaines femmes sont arrivées au CSCOM en ayant déjà commencé le travail (il n'y a pas eu de complications)

- Former la gérante et le coordinateur de la maison des mamans sur les techniques d'animations,
- Prévoir une supervision formative par le personnel du CSCOM
- Adopter un calendrier de désengagement de Tisser la santé sur une période cinq à dix ans en tenant compte du contexte sécuritaire volatile
- Amener les populations à commencer la mobilisation de leur participation en

nature dès l'année 2023. Si le principe d'un bol de mil ou 500 F CFA sont maintenus.

- Renforcer le plaidoyer pour la prise en charge progressive des activités de la

maison des mamans par son intégration dans le plan de développement économique, social et culturel de la commune

- Améliorer l'appui apporté aux personnels de la maison des mamans et prendre en charge le jeune qui depuis 2 ans effectuent un travail de bénévolat.

Fondation Pierre Fabre

- Faire le plaidoyer pour aider Tisser la santé dans la mobilisation de fonds pour la santé maternelle et infantile

ANNEXES

Annexe 1 : Composition de l'équipe d'évaluation

Annexe 2 : Liste des structures ciblées et profil des personnes enquêtées

Annexe 3 : Tableau des enquêtes

Annexe 4 : Pyramide sanitaire

Annexe 5 : Quelques graphiques

Annexe 6 : Matrice d'évaluation

Annexe 7 : Cadre logique 2023-2027

Annexe 8 : Fiche de suivi

Annexe 9 : Cartographie des acteurs

Annexe 10 : Calendrier de la mission

Annexe 11 : Liste des documents consultés

Annexe 1 : Composition de l'équipe d'évaluation

COMPOSITION DE L'EQUIPE D'EVALUATION

Noms et prénoms	Expérience	Affection	Rôle
Hamadoun TAMBOURA	Socio géographe, Planificateur	Chef de mission	Planification Élaboration des outils Coordination des travaux Vérification des fiches Contrôle des activités Transmission des documents
Bouba TRAORE	Infirmier d'état	Superviseur	Supervision des travaux Interface entre le Consultant et Yirwère sahel
Allaye DICKO	Expert en mobilisation sociale	Enquêteur	Collecte d'information de terrain
Salamata DICKO	Infirmière Santé maternelle	Enquêtrice	Collecte d'information de terrain
Youssef TAMBOURA	Enseignant	Enquêteur	Collecte d'information de terrain
Ali BOCOUM	Enseignant	Enquêtrice	Collecte d'information de terrain
Hawa TAMBOURA	Infirmière	Enquêteur	Collecte d'information de terrain
Alabouri GUINDO	Secouriste	Personne ressource	Facilite les relations avec les acteurs

Annexe 2 : Liste des structures ciblées

En vue de collecter les informations plusieurs cibles ont été choisies. Ainsi les structures choisies sont :

- La sous préfecture de Boni,

Le sous préfet connaît la maison se trouve éloigné à cause de la crise sécuritaire.

- La Direction de Tisser la santé

Elle est impliquée et suit de près avec intérêt les activités.

- La maison des mamans

Le coordinateur et le gérant ont été touchés.

- La mairie de la commune rurale de Hairé,

Six conseillers sur 23 ont été touchés notamment le maire, le président de la commission santé et quatre autres conseillers.

- Le CSCOM de Boni,

L'interview a concerné, le DTC (directeur technique de centre) intérimaire, deux infirmières et deux matrones.

- Le Centre de santé de référence de Douentza,

Deux personnes ont été touchées, le médecin chef et le développement social

- L'ONG Médecin sans frontière Espagne

Un agent de cette ONG a été touché et répondu aux questions (animateur qui fait les sensibilisations sur la santé)

- L'ONG IRC

Un agent a répondu à toutes les questions. (animateur qui fait les sensibilisations sur la nutrition)

Dans les villages, les femmes ayant accouchées, les accompagnants et les chefs de ménages ont été touchés.

Profil des personnes interrogées

Catégories	Dogon			Peul			Autres			TOTAL GENERAL		
------------	-------	--	--	------	--	--	--------	--	--	---------------	--	--

	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Chefs de ménages	118	15	133	56	9	65	2	0	2	176	24	200

Femmes ayant accouché	0	58	58	0	39	39	0	3	3	0	100	100
Accompagnantes	0	56	56	0	44	44	0	0	0	0	100	100
Sous préfet	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Tisser la santé	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Maison des mamans	1	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Mairie de Boni	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
DTV CSCOM de Boni	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
CSREF de Douentza	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	2
ASACO	1	0	1	1	0	1	1	0	1	3	0	3
ONG Active (IRC / MSF)	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	2

Conseillers communaux	1	0	1	2	1	3	0	0	0	3	1	4
Président commission santé	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
Infirmières obstétricienne	0	0	0	0	2	2	0	1	1	0	3	3
Matrone	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
Aide soignant	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
ATR	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	3	3
Autorités villageoises	3	0	0	2	0	2	0	0	0	5	0	5
Total	124	132	252	66	99	165	6	4	10	193	233	426

Annexe 3 : Tableau des enquêtes

Villages	Femmes bénéficiaires	Femmes accompagnantes	Chefs de ménages	Officielles (villages de la commune de Haïre)	Déplacées (personnes qui ont quitté leur zone pour s'installer à Boni en raison du contexte)
Koyo Boni	40	40	80	X	
Serma	5	5	10	X	
Boni	2	2	15	X	
Loro habé	5	5	10	X	
Loro foubé	5	5	10	X	
Mbebbi	5	5	10	X	

Nissanata	5	5	10	X	
Touperé	5	5	10	X	
Tandi	5	5	10	X	
Elaboni	3	3	10	X	
Boulbé	4	4	5		X
Mondoro	4	4	5		X
Godoware	4	4	5		X
Gana	4	4	5		X
Issey	4	4	5		X
Total	100	100	200	10	5

Annexe 4 : Pyramide sanitaire

PYRAMIDE SANITAIRE DU MALI

Annexe 5 : Quelques graphiques reprenant les données des tableaux

Appréciation des services

	200 chefs de ménages
	100 femmes venues accoucher
	100 accompagnantes

Gestion de la maison des mamans

	200 chefs de ménages ont répondu aux questions
	100 femmes ont donné leur point de vue
	100 femmes ont dit ce qu'elles ont vécu

Annexe 6 : **Matrice d'évaluation**

La maison des mamans de Koyo Boni au départ est devenue la maison des mamans de Boni (ouverte à tous les villages de la zone). Les activités de sensibilisation, d'hébergement ont permis d'améliorer les indicateurs du CSCOM de Boni par rapport à d'autres CSCOM. La maison des mamans a permis de résoudre le problème de logement pour les femmes des villages éloignés. Elles ont pu facilement rejoindre le CSCOM pour la CPN, l'accouchement, la CPON et d'autres part elles sont bien accueillies à la maison des mamans et au CSCOM. Des femmes relevant d'autres CSCOM (donc en dehors de l'aire de santé de Boni) viennent pour bénéficier des services de la maison des mamans des BONI.

Ainsi 100% des femmes reçues en CPN sont venues accoucher cela a donné un taux très élevé d'accouchements assistés au CSCOM de Boni par rapport aux autres dont celui de Diona qui présente les mêmes caractéristiques. Il ressort que 30 cas de complications potentielles ont pu être évitées à cause de la réalisation de la CPN par les femmes. En outre les 38 femmes dont les grossesses étaient considérées à risques n'ont pas connu de complications grâce à leur hébergement à la maison des mamans. Le manque de lieu d'hébergement entraînerait des tracasseries pour la femme et sa famille et la vie de l'enfant serait en danger.

Critère1. Pertinence - Quelle adéquation entre le besoin identifié et la réponse à ce besoin ? Mesure dans laquelle les objectifs et la conception de la maison des mamans correspondent aux besoins, aux politiques et aux priorités des bénéficiaires, du pays, de la communauté internationale et des partenaires/institutions	
Questions clés	Méthode de collecte de données et sources de données
<p>[?] Situation politico-sécuritaire et risques ou opportunités potentiels pour la mise en œuvre du projet</p> <p>Le projet s'exécute dans une situation sociopolitique très tendue marquée par</p>	

des actes de braquages, des assassinats. Il existe plusieurs acteurs armés sur le terrain. Les populations ont adhéré et sont engagées.

[?] Fonctionnement des autorités locales :

Les activités administratives et politiques sont presque arrêtées. D'une part la situation nationale n'est pas reluisante avec les interventions militaires sur la scène politique mais aussi des acteurs armés qui échappent au contrôle de l'Etat. Les motivations et les modes opératoires sont différents. Les chefs de village et les maires vaquent à leurs affaires mais tout ce qui est administration est mis de côté.

[?] L'historique du CSCOM de Boni et de ses modalités d'organisation

- o Description du CSCOM
- o Gouvernance du CSCOM : ASACO (modalités de sélection des membres de son bureau et de son président, rythme des réunions, tenue à jour de PV, budget, ...)

Le CSCOM est dirigé par une Association de santé communautaire. Le bureau est mis en place par une assemblée réunissant l'ensemble des populations de l'aire de santé. Le maire de la commune supervise les opérations de vote.

[?] Le système de gratuité des soins

Chaque CSCOM reçoit une dotation de l'état pour le traitement des malades. Les produits viennent de la pharmacie populaire du Mali, une structure créée par l'état pour répondre aux besoins de médicaments.

Le traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq (5) ans, la vaccination PV et la césarienne sont gratuite au Mali.

[?] Existence d'un système national de surveillance et d'examen des décès maternels et péri-néonataux ?

Le suivi des faits d'état civil et médicaux est effectué dans le cadre du système d'information sanitaire. Chaque CSCOM

dispose d'un registre pour le suivi de la fréquentation et les pathologies qui conduisent les populations vers les CSCOM.

Chiffres qui suivent données par le DTC et concernent l'aire de santé (2022)
Commune de Hairé : 2 CSCOM (aire de santé de Boni + aire de santé de Nokara) + 3 aires de santé dont sont originaires des femmes qui viennent à la maison des mamans (aire de santé de Mondoro + aire de santé de Kikara + aire de santé de Indiatafane)

La maison des mamans transfère toujours au CSCOM de Boni (même les femmes qui viennent des autres aires) car les autres sont trop loin.

Données provenant du DTC du CSCOM de Boni et du Système d'Information Sanitaire (SIS) géré au niveau du CSREF :

[?] - Taux de mortalité maternelle et ses causes dans l'AS

(nombre de décès maternels de femmes de l'aire/nombre de naissances attendues pendant la même période) : 0,1% (faible p/r aux autres aires de santé).

Dystocies, anémie, difficultés d'accès (distance, sécurité, moyens de déplacement, etc) pour se rendre au CSCOM pour accoucher.

- [?] - Évolution du taux de mortalité néonatale (avant 1 mois) et de mortalité infantile (avant 1 an) au sein de l'aire de santé (nombre de décès d'enfant de l'aire/nombre de naissances vivantes pendant la même période) : non disponible
- [?] - taux de couverture vaccinale dans l'AS : 25%
- [?] - Le taux de malnutrition dans l'AS : 10%
- [?] - Nombre de fistules obstétricales dans l'AS : 0
- [?] - Indice de fécondité dans l'AS : Non disponible
- [?] - Taux de couverture CPN4 dans l'AS : 32%
- [?] - Taux d'accouchements assistés dans l'AS : 45%

Revue documentaire, registres CSCOM, registres CSREF
SNIS
Registres CSREF
Registres de la maternité du CSCOM
Enquête autorités sanitaires
Entretiens chef de centre, médecin chef de centre de santé
Entretiens MSF
Entretiens informateurs clés
Entretiens avec le personnel soignant
Focus groupe si nécessaire

- ☐ - Taux de césarienne dans l'AS : 0
- ☐ - Taux d'utilisation du PF dans l'AS : 46%
- ☐ - Taux d'utilisation de la CPON3 dans l'AS : 4%
- ☐ - Les difficultés obstétricales rencontrées avant, pendant et après l'accouchement, ainsi que les mesures qui ont été prises au CSCOM : Dystocie, anémie, éclampsies, prise en charge, manque de personnel qualifié à la maison des mamans (matrone, infirmier)
- ☐ - % d'accouchements dystociques au CSCOM qui étaient prévisibles : 0
- ☐ - Contribution du CSCOM au taux de couverture CPN4 dans l'AS : Non disponible
- ☐ - Taux de maladies détectées chez les nouveaux nés au CSCOM : Non disponible
- ☐ - Nombre d'enfants morts nés au CSCOM et dans l'AS : 2

- ☐ **A quel point la concertation des usagers a-t-elle permis une adéquation entre le besoin identifié et la réponse apportée ? Bonne fréquentation du CSCOM et de la maison des mamans**

Tableau : Situation des femmes enceintes reçues et des accouchements selon les documents (14 avril 2018 au 28 février 2022)

Période	Femmes enceintes	Accouchements	Taux (%)
An1(avril 2018-avril 2019)	189	86	45,50
An2 (mai 2019-avril 2020)	811	630	77,68

An3 (mai 2020- avril 2021)	995	519	52,16
An4 (mai 2021- février 2022)	696	393	56,47
TOTAL	2691	1628	60,50

Selon la gérante toutes les femmes enceintes hébergées à la maison des mamans sont revenues accoucher. Le décalage apparent s'explique par la durée de la grossesse normale de neuf (9 mois). On constate que le taux de femmes ayant été hébergées et qui ont accouché est de 60,50% pour la période considérée contre 45% pour l'aire de santé du CSCOM de Boni.

En 2022 le nombre de femmes enceintes hébergées varie entre 60 et 66 par mois et 37 et 44 pour les accouchements soit un taux moyen de 62%. (38% des femmes hébergées sont venues pour une CPN ou un repos)

Les résultats sont consignés sur les histogrammes suivants

<p>On constate une progression de la consultation prénatale qui passe de 715 à 1478 soit plus de 100% en deux ans. La CPON de 175 en 2017 est amené à 292 en 2019 soit une augmentation de 40,83%. La pratique de la planification est passée de 152 en 2017 à 38 en 2019. Cette baisse s'explique par les considérations religieuses des hommes qui ont imposé leurs lois dans les villages (les femmes ont peur d'aller au planning familial : contrôle des naissances n'est pas accepté par les préceptes religieux)</p>	<p>Durant la même période la CPN est passée de 221 en 2017 à 152 en 2019 soit une baisse de 68,77% en deux ans et la CPON de 107 à 83, la chute est de 77,50%. Le taux de baisse est de 60,97% pour la planification familiale.</p> <p>Cette chute découle de la situation (pas de soutien, notamment pas de possibilité d'hébergement), les femmes restent chez elle</p>
---	---

Critère 2. Cohérence - le fonctionnement de la structure est-il en adéquation avec les principes et valeurs affichées ? (interne) / la politique est-t-elle complémentaire avec d'autres types d'intervention sur le territoire ? (externe)

Coordination entre les acteurs :

multilatérale et bilatérale / étatique
et collectivités locales

Il existe une coordination entre le CSREF et le CSCOM. Le conseil communal veille sur les activités de l'ASACO qui a son tour contrôle le fonctionnement du centre.

**[?] Initiatives similaires dans le pays ou la zone d'intervention ?
Autres projets de lutte contre la mortalité maternelle dans la zone d'intervention ?**

Aucune initiative similaire n'a été entreprise dans le cercle de Douentza. Le Programme de développement intégré de la mission évangélique luthérienne au Mali (MELM) a formé et équipé plus de 50 ATR dans la commune. Beaucoup d'ATR ont arrêté le travail avec le retrait du projet qui a été déplacé à Mopti pour des raisons sécuritaires mais rien n'a été mis en place pour prendre le relai. S'agissant de la santé maternelle et infantile, MSH est une ONG nationale qui mène des activités dans le cadre de la santé de reproduction, droit sexuel (sensibilisation par voie radiophonique) MSF Espagne intervient aussi dans le domaine de la santé. IRC travaille dans le domaine de la nutrition en direction des enfants.

[?] Comment est-ce que le projet peut assurer une bonne coordination avec d'autres acteurs (ex. accoucheuses traditionnelles recyclées, Agents de santé communautaires / autres points focaux / association des femmes... et initiatives similaires dans le pays ou la zone de mise en œuvre du projet ?

Le projet peut aider la mairie à créer un cadre communal partenarial de la prise en charge des questions de santé. Les différents intervenants pourront bien se connaître.

[?] Existence d'un comité de pilotage du projet au sein de Tisser la Santé ?

Il existe un comité de pilotage formel pour la gestion du projet mais il ne fonctionne pas (difficultés à se rassembler, les

Revue documentaire, registres CSCOM, registres CSREF
SNIS
Registres CSREF
Registres de la maternité du CSCOM
Enquête autorités sanitaires
Entretiens chef de centre, médecin chef de centre de santé
Entretiens MSF
Entretiens informateurs clés
Entretiens avec le personnel soignant
Focus groupe si nécessaire

pas (difficultés à se regrouper, les réunions étant déconseillées pour des raisons sécuritaires, et le réseau téléphonique est aléatoire).

? **Existence d'une charte de bonne conduite du personnel de la maison des mamans ?**

La charte n'existe pas mais déjà le milieu traditionnel dogon est basé sur les valeurs de loyauté, d'honneur, de transparence, de respect envers les personnes et des biens. Tout comportement à équivoque est sanctionné par la personne elle-même. Dans le milieu le lien avec le terroir est très fort et chacun se méfie de commettre un acte qui l'éloignera de son village.

? **Satisfaction des équipes en interne (de la maison des mamans)**

Le personnel se dit très satisfait des résultats. Cela est vérifié à travers la parole du chef de village qui a tenu publiquement à féliciter l'équipe en charge du projet, Pierre et Bouba.

Le coordinateur et la gérante sont satisfaits de la manière dont le travail se déroule (ils sont compris par les populations). La gérante a parlé de la formation pour avoir des connaissances techniques pour mieux prendre en charge et transférer les femmes.

Critère 3. Efficacité - les résultats sont-ils conformes aux objectifs ? Mesure dans laquelle les objectifs et les résultats de l'intervention ont été atteints, ou sont en train de l'être

Chiffres officiels (registre maison des mamans + DTC)

? Nombre de femmes hébergées à la maison des Mamans (désagrégation par âge, provenance géographique) :
2 462 dont 520 femmes au-delà du temps normal (au-delà des 6 jours réglementaires -3 avant et 3 après)

2462 femmes accueillies entre avril 2018 et mars 2022.

? Nombre d'accompagnateurs.
4 924

? En général chaque femme enceinte vient avec deux accompagnantes pour l'accouchement.

? % de femmes accouchant au

☐ CSCOM ayant bénéficié de la maison des mamans :100%

☐ Les maris transportent les femmes à l'approche de l'accouchement. Les radicaux (hommes armés) ont exigé que les femmes soient transportées par les maris et qu'elles portent le voile.

☐ Taux de mortalité chez les femmes avec complications admises au CSCOM : 0

☐ Nombre de femmes hébergées à la maison des Mamans avec complications de grossesse / grossesse à risque : 38

☐ Quels sont les obstacles à la fréquentation de la maison des mamans : distance, manque de moyens (frais de transport, problème de sécurité), critères d'éligibilité

☐ Durée moyenne de séjour à la Maison des mamans : 7 nuitées (3 à 15 jours)

☐ % de femmes venues à la Maison des mamans au cours de la grossesse pour suivre la CPN et revenues à la fin de grossesse pour accoucher au CSCOM : 45%.

Les femmes qui accouchent aux villages sont celles qui n'ont personne pour les amener à la maison des mamans quand la grossesse est à terme. Certaines femmes ont eu peur à cause des problèmes sur la route avec les radicaux. Il y a eu une période durant laquelle, les femmes ont été obligées de porter le voile ainsi les tracasseries ont découragé certaines femmes qui ont accouché aux villages avec l'assistance des ATR.

☐

Données du DTC

☐ Raisons pour lesquelles les femmes choisissent après le suivi à la maison des mamans de rentrer accoucher au village : La fierté et la tradition (Une femme qui accouche seule est considérée comme brave et certaines préfèrent s'isoler pour accoucher par peur qu'on entendu

Revue documentaire, registres CSCOM, registres CSREF
SNIS
Registres CSREF
Registres de la maternité du CSCOM
Enquête autorités sanitaires
Entretiens chef de centre, médecin chef de centre de santé
Entretiens MSF
Entretiens informateurs clés
Entretiens avec le personnel soignant
Focus groupe si nécessaire

leur cri)

- Nombre de femmes enceintes hébergées à la Maison des mamans ayant effectivement bénéficié d'une CPN : 30 (année 2022) / sur combien ?
- Nombre de femmes enceintes hébergées à la Maison des mamans ayant effectivement bénéficié d'une CPON : 30 (année 2022) / sur combien ?
- Nombre de femmes enceintes hébergées à la Maison des mamans ayant effectivement bénéficié d'une consultation PF (planning familial) : 5 (année 2022) / sur combien ?
- Nombre de femmes enceintes hébergées à la Maison des mamans ayant effectivement bénéficié d'une consultation pour les enfants de moins d'1 an : 20 (année 2022) / sur combien ?

-
- Impact de l'Association des femmes à Boni sur la fréquentation de la maison des mamans :**

Elles ont sensibilisé et encouragé surtout les femmes déplacées, qui sont dans les situations les plus complexes, physiquement et psychologiquement.

-
- Les raisons qui ont mené les femmes à venir à la maison des mamans :** logement et restauration
- Taux de femmes hébergées à la maison des mamans ayant bénéficié de soins de santé autres que les soins SSR au CSCOM (mesurer si la maison des mamans et le rapprochement des femmes du CSCOM améliore l'accès aux soins de santé primaire : non disponible)
-
- Taux de satisfaction des femmes hébergées à la Maison des Mamans : 100%
-
- Quels sont les changements les plus significatifs attendus par**

les femmes enceintes hébergées à la maison des mamans et les bénéficiaires indirects du projet (communauté, maris, famille) ?

- **Les comportements ont changé et tous les groupes ethniques se parlent. La confiance entre les groupes ethniques, impactée par la crise, est revenue.**
- **Une meilleure connaissance des gestes d'hygiène appris à la maison des mamans.**

Critère 4.Efficience - le rapport entre résultats et moyens est-il satisfaisant ? Mesure dans laquelle l'intervention produit, ou est susceptible de produire, des résultats de façon économique et dans les temps.

- [?] Les ressources disponibles ont- été utilisées d'une façon efficace et efficiente ? Y a-t-il des domaines ou des aspects qui ont été négligés dans l'allocation des ressources ?**

La transparence a été appréciée.

Il faudrait pouvoir augmenter la prise en charge car les coûts augmentent au cours de l'année (notamment le mil, x5). Globalement, les ressources sont bien réparties sur les différentes charges

- [?] Quel est le coût efficacité du dispositif de la maison des mamans ? en se rendant près du centre de santé quelques jours avant d'accoucher, quelles sont les économies faites par les ménages, les autorités sanitaires ? Vs coût des évacuations par ambulance.**

Un ménage qui vient à la maison de maman est hébergé. La femme peut venir à pied ou dans un tricycle ou dans un véhicule de transport en commun avec d'autres pour des couts partagés de 250 à 500 F CFA selon les lignes. Sans la maison il faut louer un véhicule ou un tricycle à 25 000 FCFA au minimum. Il faut un minimum de 3 à 4 accompagnantes dans ce cas contre 3 dans certains projets (réduction des coûts pour les accompagnantes ; pour la maison des mamans, il y a souvent qu'une seule accompagnante contre 3-4

en cas d'évacuation/d'urgence)
 La maison des mamans permet de réduire le nombre d'aller-retour entre le domicile et le CSCOM (donc réduction des coûts de transports) avant et après l'accouchement. Il y a aussi une suppression des éventuels coûts d'hébergement et de repas.

? **Coûts de fonctionnement de la maison des mamans par femme / jour**

Estimation de toutes les charges :

Désignations	Coûts approximatifs pour trois jours (F CFA)	Observations
Nourriture	6 750	Trois repas pendant trois jours (750/repas)
Eau chaude	1 500	Eau, bois et divers
Logement	4 500	Une moyenne de 1500 F CFA/nuitée
Savon BT	400	Un morceau par femme
Eau de javel	300	Une petite bouteille
Savon Omo	300	Trois savons pour laver les habits
Total	13 750	

? Dépenses liées à l'accouchement en CSCOM

Prise en charge

- ?** Faisabilité du recouvrement des coûts (la communauté est-elle prête à payer pour de tels services ? oui,
- ?** A hauteur de combien ? 1 bol de mil/ménages/an, 500F/personne par ans
- ?** Via quels mécanismes (contribution communautaire) ? 1 bol/ménage
- ?** Élaborer les comptes du CSCOM en 2021 en prenant en compte

en 2021 en prenant en compte l'ensemble des charges (charges fixes et charges variables) et en distinguant les différents types de soins (curatifs santé maternelle, santé de l'enfant, ...).

- ❓ Procéder à une simulation des activités et des comptes du CSCOM pour les 5 ans à venir
 - o Élaborer les comptes prévisionnels par année.
 - o Déterminer le coût unitaire des principaux types de soins produits par le CSCOM.
 - o Procéder à une simulation de ses activités et de ses comptes pour les 5 ans à venir
 - o Déterminer les déficits d'exploitation prévisionnels du centre après avoir pris les mesures jugées nécessaires ou seulement utiles.

Critère 5. Impact - quels seront les effets à long terme, positifs et négatifs, directs ou indirects, induits par l'action ?

❓ Lien entre l'intervention et les changements observés

Dans une société fortement conservatrice le changement de mentalité s'opère à partir du vécu quotidien. Les premières femmes hébergées à la maison des mamans ont bénéficié de tous les soins grâce aux efforts conjugués de tous les acteurs. Dès lors il y a une forte cohérence entre les messages véhiculés et la réalité sur le terrain. Cette intervention basée sur l'accueil, l'hébergement, la prise en charge totale et le soin correct au niveau du CSCOM est à l'origine de tous les changements constatés.

❓ Les dynamiques en cours, tendances et modifications de l'environnement

❓ Les résultats acquis imputables à la maison ont permis d'établir une confiance entre la maison des mamans et le personnel du CSCOM et les communautés. La maison des mamans apparait

comme une zone tampon entre le CSCOM et les femmes des villages satellites de Boni.

[?] La tendance actuelle place la maison comme un cordon entre les villages et le CSCOM. Les personnes interrogées reconnaissent toutes la place de la maison dans la résolution du problème d'hébergement pour les femmes enceintes lors de la CPN, l'accouchement ou la CPON.

[?] **Identification des effets positifs et négatifs imputables au projet de la maison des mamans.**

[?] L'impact de la maison des mamans se résume dans cette phrase d'un notable du village de Tandj : « La maison des mamans est un baobab, chacun trouve son compte à tout moment, celui qui a besoin des feuilles, des fruits, des écorces pour fibres, des fleurs. Les femmes viennent y loger pour la CPN, l'accouchement et la CPON ». Un notable de Bouldé dit que c'est le pilier en référence à ce bois à trois branches que les peuls utilisent pour poser laalebasse de lait. La femme enceinte est la bienvenue quel que soit son ethnie et son village.

[?] Les impacts positifs se résumant comme suit :

[?] - Consolidation de la cohésion sociale entre les groupes ethniques vivant dans la zone de Boni à travers le renforcement des liens sociaux

[?] - Ancrage de la CPN, l'accouchement assisté et de la CPON dans la mentalité de toutes communautés même celles connues hostiles aux innovations

[?] - Amélioration des conditions d'hygiène lors de l'accouchement ;

[?] - Amélioration des indicateurs de santé (baisse de la mortalité néonatale et infantile, amélioration

Revue documentaire, registres CSCOM, registres CSREF

SNIS

Registres CSREF

Registres de la maternité du CSCOM

Enquête autorités sanitaires

Entretiens chef de centre, médecin chef de centre de santé

Entretiens MSF

Entretiens informateurs clés

Entretiens avec le personnel soignant

Focus groupe si nécessaire

CPN et CPON par rapport aux autres communes)

? - Valorisation de compétences locales à travers la gestion interne des produits vivriers et matériels

? Les impacts négatifs sont :

? - Perte de ressources des restaurateurs basés à Boni (les femmes hébergées sont de clientes potentielles)

Critère 6. Pérennité - quelle continuation des bénéfices après la fin de l'intervention

<p>❓ Capacités organisationnelles et matérielles de la Maison des mamans : bonne</p> <p>❓ Viabilité économique du projet de la maison des mamans : la viabilité du projet est bonne (il y a un bon ancrage donc la population va se mettre dans une dynamique pour permettre son maintien) mais la viabilité économique du projet pose problème car repose uniquement sur financements extérieurs</p> <p>❓ Quels sont les principaux facteurs internes et externes qui peuvent déterminer la viabilité ou la non-viabilité du projet ? engagement, confiance en soi, => tout le personnel a confiance en ce qu'il fait, il est motivé ; les bénéficiaires aussi sont motivées</p> <p>❓ Le degré d'implication des acteurs et des communautés et les opportunités d'implication communautaire (association de femmes, bénéficiaires directes, familles, communauté, autorités locales, leaders communautaires, structures de soins) : 100% (les décisions sont prises en AG, le CSCOM est associé aux décisions)</p> <p>❓ Les freins à la fréquentation de la maison des mamans : tradition, manque de moyen de déplacement,</p> <p>❓ Faisabilité des séances de sensibilisation (SSR, PF, VSBG) au sein de la maison des mamans OK et du déploiement des agents de sensibilisation dans les communautés NON.</p>	<p>Revue documentaire, registres CSCOM, registres CSREF SNIS Registres CSREF Registres de la maternité du CSCOM Enquête autorités sanitaires Entretiens chef de centre, médecin chef de centre de santé Entretiens MSF Entretiens informateurs clés Entretiens avec le personnel soignant Focus groupe si nécessaire</p>
---	--

Annexe 7 : Cadre logique de la maison des mamans 2023-2027

Les cibles ont été définies par Hamadoun :

- sur la base de 60 femmes enceinte accueillies/mois (ratio : 2 accompagnantes)
- au niveau des causeries : 10 femmes par causerie, 2 causeries par semaine (en ce moment 1/semaine)

	Logique d'intervention	Indicateurs objectifs et vérifiables	Sources pour la vérification	généralités du contexte de la maison des mamans	pour la réussite de la mise en œuvre du résultat et sa pérennité
Objectifs généraux	Gestion institutionnelle du projet	Nombre de réunions tenues	Process-verbaux	La cohésion sociale est maintenue	L'inclusivité est observée autour du projet
	Améliorer la santé maternelle et infantile dans le village de Koyo Boni de la commune de Hairé	Nombre de femmes enceintes hébergées dans la maison	Registre	L'accès des femmes enceintes et de bonnes conditions de séjour	Que la sécurité s'améliore
Objectifs spécifiques	OS1 : Renforcer la gouvernance de la maison des Mamans	Définition d'un organigramme et tenue des 12 réunions statutaires	Process-verbaux	Que l'accompagnement de Tisser la santé soit continue	Que la population ne manque pas d'intérêt
	OS2 : Consolider les acquis de la maison des mamans de Koyo Boni	Au moins 720 femmes et 1440 accompagnantes sont prises en charge par an	Registre et rapport	Le maintien d'un niveau de sécurité propice à la mise en œuvre du projet dans la zone de Boni; Bonne collaboration du personnel avec la population locale; Bonne collaboration avec la mairie et l'ASACO	Que la situation politique ne se dégrade pas

	OS 3 : Favoriser le financement interne de la maison des mamans	Au moins 50% du financement soit mobilisé au niveau interne	P i è c e s comptables	Une bonne compréhension de la population et un meilleur engagement de la mairie	Q u e la population accepte investir dans la prise en charge
Résultats	R 1 OS1: Un organigramme est élaboré	Un organigramme est affiché dans les locaux	Observations	Le maintien de la cohésion de l'équipe	
	R2 OS1: La maison se dote d'un conseil d'administration	Un conseil d'administration fonctionnel comprenant Population de Koyo Boni, Mairie, ASACO, une ONG locale et Tisser la santé	Procès-verbaux de réunion	Les conditions de sécurité permettent les déplacements	Que la situation ne se dégrade pas davantage
	R3OS1 : La création d'un cadre de concertation sur la santé maternelle et infantile	Mairie de Boni, Personnel et les représentants des déplacés	P r o c è s - verbaux	Adhésion de tout le monde à la maison des mamans	

	R1 OS2 : Le taux de planification familiale, de CPN et de CPON augmente de 50 % dans l'aire du CSCOM de Boni grâce à la maison des mamans	3600 causeries éducatives sont animées au niveau de la maison 36 000 femmes en âge de procréer bénéficient de causeries (grossesses à risques, anémie, nourriture d'une femme en grossesse, travail d'une femme enceinte, ...)	Rapport	Que les femmes ne manquent pas d'intérêt	La consolidation de la sécurité
	R2OS2 : les femmes enceintes et les accompagnantes sont prises en charge	3600 femmes enceintes et 7 200 accompagnantes sont prises en charge par la maison des mamans 32 400 repas sont servis aux clientes Sur 5 ans	Registres Rapport	Que la sécurité s'instaure de façon durable et que les partenaires continuent leur appui	Que le cadre législatif ne change pas
	R3OS2: Les capacités d'accueil de la maison des mamans sont renforcées	- 10 matelas sont acquis - 1 WC à 2 latrines est aménagé	Devis, factures	Que les produits soient de bonne qualité	La disponibilité de ressources financières

	R4OS2: Les ressources humaines de la maison des mamans sont renforcées.	- 4 personnes formées (coordinateur, gérante, personne chargée de l'entretien aux bonnes conditions d'hygiène et le gardien à la conduite)	Rapport Pièces comptables Attestations de présence	Que le personnel soit disponible	La disponibilité des ressources financières
	R1OS3 Le financement local est mobilisé	-50% du financement est assuré par les communautés et la mairie	Rapport Pièces comptables	Que la paix revienne	
	R2OS3 : un mécanisme de soutien est dégagé	-25% des financements assurés par des partenaires locaux (ONG type MSF, IRC)	Rapport Pièces comptables	Que l'intérêt et les objectifs ne changent pas	
Activités			Moyens	Coûts	
	1 Redynamisation du comité de pilotage	Appui à la mise en place d'un conseil d'administration	Un animateur et pause	100 000 F CFA	

Appui à la mise en place d'un cadre de concertation	Un animateur et pause	100 000 F CFA	
---	-----------------------	---------------	--

Formation des RH de la maison des mamans	Un formateur	500 000 F CFA	
2. Mise en œuvre des activités	Animation de causeries éducatives	Une animatrice permanente	900 000 F/an

Hébergement des femmes enceintes et accompagnantes	<input type="checkbox"/>	Nettoyage des chambres	15 000 F/mois soit 900 000 F CFA	
	<input type="checkbox"/>	Moustiquaires		
	<input type="checkbox"/>	Produits déodorants		

Fourniture de la nourriture saine aux femmes enceintes et accompagnantes	<input type="checkbox"/>	Céréales, condiments, bois, cuisinière et ustensiles de cuisine	750 F CFA/repas/personne soit 24 300 000 F CFA en cinq ans (4 860 000 F) CFA annuel	
--	--------------------------	---	---	--

Acquisition de nouveaux Matelas	<input type="checkbox"/>	Un menuisier pour faire des lits et trouver des matelas	50 000 F CFA/lit 25 000 F CFA/matelas FOFY d'une place	
		Aménagement de nouveaux WC	<input type="checkbox"/> Un (1) maçon, des briques, du ciment et feuilles de tôles	500 000 F CFA

Acquisition d'un tricycle	<input type="checkbox"/>	Un tricycle est fonctionnel	1 200 000 FCFA (meilleure qualité)	
	3 Financement	Sensibilisation des populations et de l'administration pour la mobilisation de financement interne	un animateur et une moto	200 000 F CFA

Sensibilisation (plaidoyé) de la mairie et des ONG locales sur la prise en charge de la maison des mamans	Un animateur, un consultant pour aider à monter des demandes	300000 F CFA	
---	--	--------------	--

Annexe 8 : Fiche de suivi (de l'avancement des activités)

Liste des indicateurs

- Taux de mortalité infantile dans la commune
- Taux de mortalité néonatale
- Nombre d'agent formés et opérationnels
- Nombre de décès maternel
- Nombre de naissance dans le village
- Nombre d'accouchements assistés à la maison
- Nombres de CSCOM appuyés et équipés
- Nombre de femmes hébergées
- Nombre de repas servis
- Montant de la prise en charge mensuelle
- Nombre villages couverts
- Nombre de femmes reçues en CPN
- Nombre de femmes reçues en CPON
- Nombre de femmes en danger sauvé
- Nombre de causeries animées
- Nombre de réunions tenues
- Nombres de PV disponibles
- Nombre de visite d'un membre du conseil communal
- Nombre de rencontre de concertation tenue avec les acteurs intervenants dans la santé maternelle et infantile
- Nombre de femmes référées au CSREF ayant passé par la maison des mamans
- Tenue des documents de gestion

Fiche de suivi de la maison des mamans

Nom et Prénom : _____

Mois de : _____

<u>Désignation des activités</u>	<u>Programmées</u>	<u>Réalisées</u>	<u>Observations</u>
Taux de mortalité infantile dans la commune			
Taux de mortalité néonatale			
Nombre d'agent formés et opérationnels			
Nombre de décès maternel			
Nombre de naissance dans le village			

Nombre d'accouchements assistés à la maison			
Nombres de CSCOM appuyés et équipés			
Nombre de femmes hébergées			
Nombre de repas servis			
Montant de la prise en charge mensuelle			
Nombre villages couverts			
Nombre de femmes reçues en CPN			
Nombre de femmes reçues en CPON			
Nombre de femmes en danger sauvé			
Nombre de causeries animées			
Nombre de réunions tenues			
Nombres de PV disponibles			
Nombre de visite d'un membre du conseil communal			
Nombre de rencontre de concertation tenue avec les acteurs intervenants dans la santé maternelle et infantile			
Nombre de femmes référées au CSREF ayant passé par la maison des mamans			
Tenue des documents de gestion			

Annexe 9 : Cartographie des acteurs

Noms de la structure	Zone de couverture	Domaines	Projets menés	Date de présence à Boni
----------------------	--------------------	----------	---------------	-------------------------

Villages	Communes	Cercles
----------	----------	---------

Tisser la santé	KoyoBoni Boni	Hairé,	Douentza	S a n t é humaine	l'installati on du 1 ^{er} médecin en 2009. Formation ASC et g é r a n t d é p ô t pharmace utique p o u r K o y o Boni A i d e alimentair e p o u r K o y o Boni P r o j e t maison d e s mamans	2004
Médecin s a n s frontière Espagne (MSF-E)	Boni	Douentza , Hairé, Hombori, Mondoro	Douentza	S a n t é humaine,	Program me santé primaire e t secondair e	2016

Programme lutte contre les violences sexuelles et protection

IRC	Boni	H a i r é , Hombori, Mondoro	Douentza	Gouverna n c e locale/ redevabili té et gestion de conflits	Program m e d'Appui à l a Résilien ce et à l'Inclusion d e s Commun autés au Mali et au Burkina F a s o (PARIC)	2016
-----	------	------------------------------------	----------	---	--	------

Dianwely, Haire (Boni), Douentza et Debere.	Douentza	Lutte contre les violences basées sur le Genre	intégrée aux populations affectées par le conflit et/ou les déplacements forcés dans les régions de Mopti et Ménaka, Mali
---	----------	--	---

Santé/Nutrition	Programme nutrition
-----------------	---------------------

Wild foundation	Boni	Haire, Hombori, Petaka, GMondoro	Douentza	Gestion des ressources naturelles	Programme éléphants du Mali (PEM)	2012
UNICEF	Plusieurs villages	1 5 communes	Douentza	Santé humaine	Programme des agents de santé communautaire	
ASACO	Boni, Nokara	Hairé, au moins Une ASACO dans chaque CSCOM	Douentza	Santé humaine	Gestion opérationnelle du CSCOM application (Décret n° 05 – 299 / P-RM du 28 juin 2005)	Mandat de cinq ans renouvelables

Humanité et inclusion (ex handicap international)	Boni	Douentza, Hairé, Petaka, Dangolboro, Diaptodji	Douentza	Formation programme	Projet d'Accompagnement de la Jeunesse et des Collectivités Territoriales dans leurs Initiatives de Formation et d'insertion Professionnelle (ACTIF)	2016
---	------	--	----------	---------------------	--	------

Les ONG IRC (Amérique/USA) et MSF(Espagne) qui interviennent à Douentza sont représentées par des superviseurs à Boni. Les décisions d'alliance et/ou de partenariat sont du ressort des directions basées à Bamako.

Annexe 10 : Calendrier de la mission

Programme de réalisation de l'enquête :

- 15-16 octobre 2022: Formation des enquêteurs
- 17 Octobre 2022 : voyage
- 18 octobre 2022 : Préparation de la mission de collecte et information des villages
- 19 octobre – 2 novembre 2022 : Enquête sur le terrain
- 4 novembre 2022 : Centralisation des fiches à Douentza
- 5 au 8 novembre 2022 : Analyse des données
- 9 au 11 novembre 2022 : Rédaction du rapport d'évaluation
- 11 novembre 2022 : Soumission du rapport provisoire

Annexe 11 : Liste des documents consultés

- Loi n ° 02 – 049 / du 22 juillet 2002 Portant loi d'orientation sur la santé
- Loi N°2017-052 du 02 octobre 2017 portant sur la libre administration des collectivités en République du Mali
- Rapport Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2006
Cellule de Planification et de Statistique Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, Bamako, Mali Décembre 2007
- Rapport Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013, Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT), Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT), Bamako, Mali, Mai 2014
- Rapport Enquête Démographique et de Santé 2018, Institut National de la Statistique (INSTAT) Bamako, Mali,
Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) Bamako, Mali, Aout 2019
- PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL (PDDSS) 2014-2023 version validée, Novembre 2013
- Programme de développement économique social et culturel (PDESC) 2010-2014 de la commune de Haïré / cercle de Douentza, juillet 2009
- Programme de développement économique social et culturel (PDESC) 2016-2021 de la commune de Haïré / cercle de Douentza, 2015