

# « LUTTE INTEGREE CONTRE LA MALNUTRITION CHRONIQUE AU MALI »

**RAPPORT D'ETUDE ET DE CAPITALISATION**

**L'autonomisation des femmes : une  
approche intégrée pour réduire la  
malnutrition chronique en milieu rural.**



Le présent document de **capitalisation** « **L'autonomisation des femmes : une approche intégrée pour réduire la malnutrition chronique en milieu rural** » est le fruit d'un travail collectif mené dans une logique d'apprentissage, d'évaluation, et de valorisation des expériences issues de la mise en œuvre du projet de « **Lutte intégrée contre la malnutrition chronique au Mali** » financé par le gouvernement du Canada.

Ce document a été élaboré par **Action Contra la Faim Espagne - Mission Mali - Départements de la Nutrition et Santé - Directions de l'ingénierie technique et Production**, en collaboration avec le groupe de travail spécifiquement constitué, les équipes techniques et opérationnelles ainsi que les partenaires de mise en œuvre, dont la qualité des contributions, l'implication continue et la participation aux revues successives ont structuré et enrichi l'ensemble du processus de capitalisation.

**Revues et contributions :** **Antonio Vargas Brizuela** (Responsable du département Nutrition et Santé - Département d'ingénierie technique. Action contre la faim Espagne). **Eva Iráizoz** (Technicienne en santé et nutrition, experte en prévention et malnutrition chronique). **Caroline Colette André** (Référente technique santé et nutrition Sahel). **Malika Fedala** (Référente technique Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence Sahel). **Edgar Manuel Leitao Barata** (référent technique eau et assainissement Sahel). **Mamadou Diepkile** (Adjoint coordinateur programme). **Mohamadou Diagana** (Coordinateur terrain ACF Mali). **Monique Goyette** (Gestionnaire principale des programmes Action contre la Faim- Canada). **Aoua Dembele** (Responsable Plaidoyer et Genre, Action contre la Faim Mali). **Oumarou Ibrahim** (Coordinateur technique SAME- Action contre la Faim Mali). **Abdou Gnanda** (Adjoint Coordinateur SAME - Action contre la Faim Mali). **Mamadou Saïdou Diallo** (Coordinateur technique Santé/Nutrition - Action contre la Faim Mali). **Lassina Malle** (coordinateur MEAL - Action contre la Faim Mali). **Sangaré Mama** (Chargé MEAL- Action contre la Faim Mali). **Cheick Tidiane Doumbia** (Adjoint Coordinateur MEAL- Action contre la Faim Mali).



# INDEX

|                                                                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>RÉSUMÉ EXECUTIF .....</b>                                                                                   | <b>7</b>  |
| <b>1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE DE CAPITALISATION.....</b>                                          | <b>9</b>  |
| <b>2. OBJECTIFS.....</b>                                                                                       | <b>10</b> |
| <b>3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DE CAPITALISATION.....</b>                                                       | <b>11</b> |
| • Élaboration du cadre de mesure et de contribution .....                                                      | 11        |
| • Sources et méthodes de collecte des données.....                                                             | 14        |
| • Conception de l'étude complémentaire .....                                                                   | 14        |
| • Population de l'étude et critères d'inclusion.....                                                           | 14        |
| • Taille de l'échantillon.....                                                                                 | 15        |
| • Outils de collecte et analyse de données .....                                                               | 17        |
| • Aspects éthiques .....                                                                                       | 17        |
| • Limites de l'étude.....                                                                                      | 17        |
| • Caractéristiques des méthodes d'évaluation et d'enquêtes.....                                                | 18        |
| <b>4. RÉSULTATS.....</b>                                                                                       | <b>19</b> |
| • R1. utilisation des services de santé primaire,<br>de santé sexuelle et reproductive (résultat1100).....     | 19        |
| • R2. adoption durables de pratiques de nutrition, d'eau, d'hygiène et<br>d'assainissement (résultat1200)..... | 28        |
| • R3. accès aux ressources et autonomisation<br>économique des femmes (1300).....                              | 38        |
| <b>5. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>                                                                  | <b>53</b> |



# ACRONYMES ET SIGLES

|                        |                                                                                           |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACF</b>             | Action Contre La Faim                                                                     |
| <b>AEN</b>             | Actions Essentielles en Nutrition                                                         |
| <b>AMADECOM</b>        | Association Malienne pour le Développement Communautaire                                  |
| <b>AME</b>             | Allaitement Maternel Exclusif                                                             |
| <b>ANJE</b>            | Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant                                             |
| <b>ASACO</b>           | Association de Sante Communautaire                                                        |
| <b>AVEC</b>            | Association Villageoise d'Épargne et de Crédit                                            |
| <b>COFERSA</b>         | Convergence des Femmes Rurales pour la Souveraineté Alimentaire                           |
| <b>CGS</b>             | Comités de Gestion Scolaire                                                               |
| <b>CPN</b>             | Consultation PréNatale                                                                    |
| <b>CPON</b>            | Consultation POstNatale                                                                   |
| <b>CSREF</b>           | Centre de Santé de Référence                                                              |
| <b>CSCOM</b>           | Centre de Santé Communautaire                                                             |
| <b>DS</b>              | District Sanitaire                                                                        |
| <b>EHA</b>             | Eau, Hygiène et Assainissement                                                            |
| <b>FEFA</b>            | Femmes Enceintes et Allaitantes                                                           |
| <b>FAO</b>             | Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture                                         |
| <b>GSAN</b>            | Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition                                             |
| <b>ICCM +</b>          | Prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant, incluant la malnutrition |
| <b>ODD</b>             | Objectifs de Développement Durable                                                        |
| <b>OMS</b>             | Organisation Mondiale de la Santé                                                         |
| <b>ONG</b>             | Organisation Non-Gouvernementale                                                          |
| <b>PF</b>              | Planification Familiale                                                                   |
| <b>PAM</b>             | Programme Alimentaire Mondial                                                             |
| <b>PDSEC</b>           | Plan de Développement Social, Économique et Culturel                                      |
| <b>PNUD</b>            | Programme des Nations Unies pour le Développement                                         |
| <b>RGPH</b>            | Recensement Général de la Population et de l'Habitat                                      |
| <b>SAME</b>            | Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence                                                |
| <b>SDAM</b>            | Score de Diversité Alimentaire du Ménage                                                  |
| <b>SLIS</b>            | Système Local d'Information Sanitaire                                                     |
| <b>SMART (ENQUÊTE)</b> | Enquête Standardisée de Suivi et d'Évaluation en Contexte Humanitaire et de Transition    |
| <b>SSR</b>             | Santé Sexuelle et Reproductive                                                            |
| <b>UNICEF</b>          | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance                                                    |



# DÉFINITIONS

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Accouchement assisté :</b>                                 | Accouchement par un personnel qualifié avec l'objectif de réduire le risque de décès/complications d'une femme ou de son enfant pendant l'accouchement [1].                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Actions Essentielles en Nutrition (AEN) :</b>              | Paquet d'interventions prioritaires en nutrition et santé, mis en œuvre au Mali à travers le système de santé et les communautés. Elles comprennent la promotion de l'allaitement et de l'alimentation du jeune enfant, la supplémentation en micronutriments, la vaccination, la prévention et prise en charge des maladies courantes, l'hygiène, et le dépistage précoce de la malnutrition.                                                                                                                                             |
| <b>Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) :</b> | Ensemble des pratiques optimales d'allaitement et d'alimentation complémentaire des enfants de 0 à 23 mois, fondées sur l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, puis sur l'introduction d'aliments sûrs et appropriés, combinée à la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus.[2]                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Autonomisation des femmes :</b>                            | Processus par lequel les femmes acquièrent les moyens, les compétences et le pouvoir de décision pour exercer leurs droits, accéder et contrôler les ressources et participer pleinement à la société au même titre que les hommes. Selon Action contre la Faim, elle combine le renforcement de la confiance en soi, l'élargissement des choix et la transformation des structures qui perpétuent les inégalités.[3]                                                                                                                      |
| <b>Consultation POst-natale (CPoN) :</b>                      | Suivi médical de la mère et du nouveau-né durant les six premières semaines après l'accouchement. Elle permet de prévenir et traiter d'éventuelles complications, de soutenir l'allaitement et la planification familiale (PF), et d'assurer la vaccination et le bien-être du couple mère-enfant. La politique au Mali recommande 4 consultations de CPoN : la 1ère directement après l'accouchement, la seconde entre le 2ème et 3ème jour, la 3ème entre 7 et 14 jours et la 4ème avant la fin de la sixième semaine post partum.       |
| <b>Consultation Prénatale (CPN) :</b>                         | Suivi médical de la femme enceinte tout au long de sa grossesse, visant à protéger sa santé et celle du fœtus, à prévenir et traiter les complications, et à préparer un accouchement sûr. L'OMS recommande au moins 8 contacts prénatals pour une grossesse normale. Toutefois, au Mali, le protocole national maintient la norme de min 4 CPN essentielles, dont la première doit être réalisée au cours du premier trimestre de grossesse, idéalement avant la 12ème semaine d'aménorrhée (c'est-à-dire avant trois mois de grossesse). |
| <b>Double fardeau de la malnutrition :</b>                    | Coexistence de la sous-nutrition et du surpoids/obésité ou d'autres maladies non transmissibles liées à l'alimentation, au sein d'un même individu, ménage, communauté ou population [4].                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Genre :</b>                                                | Renvoi aux rôles, responsabilités et normes socialement construits entre femmes et hommes, qui influencent leur accès aux ressources, leur pouvoir de décision et leurs opportunités. Contrairement au sexe, biologique, le genre est une construction sociale et évolutive. L'intégration du genre implique de transformer les normes et structures qui perpétuent les inégalités afin de promouvoir une égalité réelle.[5]                                                                                                               |
| <b>Malnutrition aigüe :</b>                                   | La malnutrition aigüe, ou émaciation, résulte d'un déficit nutritionnel récent et sévère. Elle se manifeste par un poids trop faible pour la taille et/ou des œdèmes bilatéraux, et se mesure par un poids-pour-taille < -2 z-scores, un périmètre brachial < 125 mm, ou la présence d'œdèmes (OMS, 2023).                                                                                                                                                                                                                                 |



|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Malnutrition chronique :</b>                       | Situation complexe, chronique et cumulative qui naît généralement dès la conception puis durant les premiers mois de la vie et se manifeste par un retard de croissance et de développement chez l'enfant. Un enfant est considéré comme souffrant d'un retard de croissance ou de malnutrition chronique lorsqu'au cours des premières années de sa vie, sa taille par rapport à son âge est inférieure de plus de deux écarts types à la médiane des normes de croissance de l'enfant de l'OMS (taille/âge < -2 Z-score) [6].                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Malnutrition :</b>                                 | Apport insuffisant, excessif ou déséquilibré en énergie et nutriments. Elle comprend la sous-nutrition (malnutrition aiguë, malnutrition chronique, insuffisance pondérale, carences en micronutriments) ainsi que la surnutrition (surpoids, obésité et maladies non transmissibles liées à l'alimentation) (OMS, 2024).[7]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Planification Familiale (PF) :</b>                 | Regroupe les informations, pratiques et services permettant aux individus et aux couples de décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants, ainsi que du moment et de l'espacement des naissances. Elle repose sur l'accès à des méthodes contraceptives sûres et acceptables, dans le respect des droits sexuels et reproductifs. La PF constitue un pilier de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et un élément essentiel des soins de santé primaires (SSP). Elle contribue à la santé maternelle, néonatale et infantile, à la prévention des grossesses non désirées et à l'autonomisation des femmes. [8]                                                                                                                                                     |
| <b>Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (SAN) :</b> | <p>La sécurité alimentaire existe lorsque toutes les personnes disposent, à tout moment, d'un accès physique, social et économique à une nourriture suffisante, sûre et nutritive pour répondre à leurs besoins et préférences alimentaires (FAO, 2009). Toutefois, cette condition n'est pas suffisante pour prévenir la malnutrition.</p> <p>La sécurité nutritionnelle va au-delà de l'alimentation : elle suppose aussi l'accès à des services de santé de qualité, à un environnement sanitaire sûr (eau, hygiène, assainissement) et à des pratiques de soins appropriées, en particulier pour les femmes et les enfants (ACF, 2021). Ce n'est que lorsque ces dimensions sont réunies qu'il est possible de prévenir efficacement la malnutrition sous toutes ses formes [9].</p> |
| <b>Soins de qualité :</b>                             | Soins sûrs, efficaces, centrés sur la personne, opportuns, équitables et efficaces, qui améliorent les résultats de santé et répondent aux attentes des individus et des communautés [10]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Stratégie avancée :</b>                            | Modalité de prestation des soins de santé primaires qui consiste à envoyer régulièrement une équipe du centre de santé communautaire (CSCoM) dans les villages éloignés. Elle permet d'assurer, directement au niveau communautaire, des soins et services essentiels tels que la vaccination, le suivi nutritionnel, les consultations prénatales et postnatales, la planification familiale ou la sensibilisation sanitaire [11].                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Triple fardeau de la malnutrition :</b>            | Coexistence, dans une même population, ménage ou individu, de la sous-nutrition, des carences en micronutriments et du surpoids/obésité [12]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

[1] <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf>. Consulté le 16 octobre 2024

[2] OMS & UNICEF (2003). Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève : Organisation mondiale de la Santé

[3] Action contre la Faim (2019). Politique en matière de genre. Paris : ACF.

[4] World Health Organization. (2017). The double burden of malnutrition: policy brief. Geneva : WHO

[5] Action Against Hunger. (2022). International Gender Equality Policy. Paris : Action Against Hunger International Network.

[6] Action contre la Faim. (2023). Malnutrition chronique : cadre d'action pour une approche préventive et multisectorielle. Madrid : Action contre la Faim

[7] OMS. (2024, mise à jour mars). Fiche d'information : Malnutrition. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

[8] World Health Organization. (2020). Family planning/contraception methods. Fact sheet. Geneva : WHO.

[9] FAO. (2009). Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Action contre la Faim. (2021). Technical Policy on Nutrition Security. Paris : Action contre la Faim.

[10] World Health Organization. (2018). Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage. Geneva : WHO, OECD, & World Bank

[11] République du Mali, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2017). Politique nationale de santé et ses orientations stratégiques 2017-2021. Bamako.

[12] FAO, IFAD, UNICEF, WFP & WHO. (2023). The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. Rome : FAO



Source: © Action Against Hunger – Mali Mission



## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Ce rapport de capitalisation analyse un programme multisectoriel mis en œuvre au Mali (2021–2026) par Action contre la Faim (ACF), AMADECOM et COFER-SA. Il repose sur un postulat central : **l'autonomisation des femmes constitue un déterminant majeur de la nutrition et un levier essentiel de la survie maternelle et néonatale**. Il s'articule autour de trois résultats interconnectés : Santé sexuelle et reproductive (Résultat 1), Nutrition/Eau-Hygiène-Assainissement (Résultat 2) et autonomisation économique des femmes productrices (Résultat 3) avec l'objectif de renforcer le pouvoir d'agir des femmes et des adolescentes et de rompre le cycle intergénérationnel de la malnutrition chronique.

Un cadre de mesure spécifique a été développé pour analyser les interrelations entre ces trois résultats. Il combine, dans une même chaîne de résultats, des indicateurs d'autonomisation des femmes et des adolescentes comme le pouvoir décisionnel au sein du ménage, accès sécurisé au foncier, contrôle des revenus, participation aux structures communautaires (Résultat 3) – avec des indicateurs de santé sexuelle et reproduc-

tive, de santé maternelle et infantile (Résultat 1) et de nutrition/EHA (Résultat 2), tels que la diversité alimentaire des femmes et des enfants, les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'allaitement et l'accès aux services essentiels dans des environnements EHA sensibles au genre. Ce cadre permet d'observer comment les transformations de l'autonomie et des rapports de pouvoir en faveur des femmes créent les conditions favorables à l'adoption de comportements améliorés en santé, hygiène et nutrition au sein des ménages.

Les résultats montrent que les progrès les plus significatifs apparaissent lorsque les femmes exercent une influence directe sur les décisions du ménage. Dans ces zones, l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive (planification familiale moderne, consultations prénatales complètes, accouchements assistés) augmente, parallèlement à une amélioration de la diversité alimentaire des femmes et des enfants et à une adoption plus régulière des pratiques d'hygiène. Ces dynamiques sont fortement corrélées à la participation ac-



tive des femmes dans les Associations de Santé Communautaires (ASACO), les comités de gestion de l'eau, les Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC) et les groupements de production.

Ces transformations – pouvoir décisionnel accru, comportements de santé et de nutrition renforcés – convergent vers une amélioration tangible de la survie maternelle et néonatale. Elles reflètent l'effet cumulatif de l'autonomisation des femmes, qui favorise un recours plus rapide et plus systématique aux services essentiels du continuum mère-enfant, réduisant ainsi les complications obstétricales et néonatales évitables. L'estimation d'impact réalisée à partir des gains de couverture en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et en santé maternelle suggère que le programme contribue à sauver chaque année plusieurs dizaines de vies maternelles et néonatales pour 100 000 habitant·e·s dans les zones d'intervention.

Les leviers économiques jouent un rôle structurant dans cette dynamique. L'accès sécurisé au foncier, les intrants productifs, la diversification des revenus et les mécanismes d'épargne et de crédit portés par les AVEC

renforcent la position des femmes dans les négociations intra-ménage. Là où les femmes contrôlent davantage les ressources, elles influencent plus directement les dépenses de santé, les choix alimentaires et l'utilisation des services, avec des effets visibles sur la sécurité alimentaire, la diversité de l'alimentation et la résilience des ménages.

Un enseignement majeur se dégage : **l'amélioration durable de la nutrition et de la survie maternelle et néonatale ne dépend pas uniquement de la disponibilité des services ou des infrastructures, mais de la capacité réelle des femmes à y accéder, à les utiliser et à peser sur les décisions qui les concernent.** La capitalisation recommande de consolider ce modèle intégré en institutionnalisant la participation des femmes dans la gouvernance locale, en pérennisant un tableau de bord combinant indicateurs d'empowerment et de nutrition, et en ancrant la nutrition sensible au genre dans les politiques et plans locaux. Elle montre que l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes ne sont pas des résultats secondaires, mais **la condition centrale de la réduction durable de la malnutrition chronique.**



# 1 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE DE CAPITALISATION

La malnutrition chronique, ou retard de croissance touche près d'un quart des enfants maliens de moins de cinq ans avec des taux critiques notamment à Sikasso. Ce déficit compromet le développement physique et cognitif, accroît le risque de mortalité et réduit le potentiel des enfants à long terme.

Classé 188 sur 193 à l'Indice de Développement Humain (PNUD, 2022), le Mali fait face à une crise humanitaire multidimensionnelle, où pauvreté structurelle (78,1 % de la population), insécurité civile (conflits, violences et déplacements de population) et insécurité alimentaire chronique s'entrecroisent. Cette dernière est deux fois plus élevée dans les ménages dirigés par des femmes, révélant l'ampleur des inégalités de genre.

La situation nutritionnelle illustre un triple fardeau : la coexistence de la malnutrition chronique (24,8 % des <5 ans), de la malnutrition aiguë (notamment 4,8 % chez les Femmes Enceintes et Allaitantes (FEFA), avec plus de 8 % à Kayes) et du surpoids/obésité émergent, aggravés par des carences persistantes en micronutriments. Ce cumul fragilise particulièrement les femmes et les enfants et entretient un cycle intergénérationnel de malnutrition, en particulier tout au long de la fenêtre des 7 000 premiers jours de la conception à la fin de l'adolescence qui inclut les 1 000 jours critiques<sup>1</sup> pour la croissance et l'adolescence comme seconde opportunité d'action.

Les causes sont multiples : accès limité à l'eau potable, à l'assainissement et aux services de santé, pratiques alimentaires inadéquates, discriminations et normes

sociales défavorables. Les filles, notamment en zones rurales, cumulent les désavantages liés à leur âge, leur genre et leur localisation<sup>2</sup>. Leurs besoins nutritionnels sont souvent négligés (manger en dernier, en plus petites quantités). Les données UNFPA/SWEDD (2023) révèlent un âge moyen au premier mariage de 16,6 ans et une première grossesse à 18,9 ans ; 44 % des femmes donnent naissance avant 18 ans et 13 % avant 15 ans, avec un taux de natalité adolescent de 139 naissances pour 1 000. Associés à un taux de fécondité très élevé (7,6 enfants/femme), ces facteurs accroissent les risques obstétricaux, le faible poids de naissance et la vulnérabilité à la malnutrition des enfants.

Ce constat justifie pleinement le choix d'une approche centrée sur l'autonomisation des femmes comme levier stratégique pour réduire la malnutrition chronique. Au Mali, moins de 15 % des femmes possèdent des terres agricoles et leur participation aux décisions financières du ménage est inférieure à 30 % (FAO, 2023), limitant leur capacité à influencer la production, la transformation et la consommation alimentaire. Pourtant, elles assurent plus de 70 % de la production alimentaire nationale et, lorsqu'elles contrôlent les ressources du ménage, elles investissent prioritairement dans la nutrition, la santé et l'éducation des enfants<sup>3,4</sup>. Renforcer leur accès aux ressources productives, leur pouvoir décisionnel et leurs opportunités économiques est essentiel pour briser le cycle intergénérationnel de la malnutrition et atteindre une sécurité alimentaire et nutritionnelle.

<sup>1</sup> Les 7 000 premiers jours correspondent à la période allant de la conception à la fin de l'adolescence (≈ 20 ans) et incluent les 1 000 premiers jours, de la conception aux deux ans de l'enfant.

<sup>2</sup> <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/5e389412-1d63-4d13-a746-49479c64b2dd/content> Consulté le 14 octobre 2024 à 16 15

<sup>3</sup> <https://www.onufemmes.fr/nos-actualites/2021/1/18/l-autonomisation-economique-des-femmes-et-la-reduction-de-la-malnutrition-chronique-un-cercle-vertueux>

<sup>4</sup> Appui à l'autonomisation des femmes rurales au Mali - GCP/MLI/062/MNC



Pour répondre à ces défis, le projet « **Lutte intégrée contre la malnutrition chronique au Mali** » (2021-2026), mis en œuvre par Action contre la Faim avec AMADECOM, COFERSA et l'appui d'Affaires mondiales Canada, agit dans quatre districts sanitaires (Kayes, Kita, Bafoulabé, Sikasso) pour :

1. Améliorer l'accès équitable et autonome des femmes et adolescentes aux services de santé primaire et de santé sexuelle et reproductive ;
2. Favoriser l'adoption durable de pratiques d'hygiène, d'assainissement et de nutrition adéquates ;
3. Renforcer l'autonomie économique et le pouvoir décisionnel des femmes productrices.

Après quatre années de mise en œuvre, le projet a cherché à mieux comprendre l'impact des actions et les outils qui ont le mieux réussi à susciter le changement. À cette fin, les exercices d'analyse suivants ont été réalisés. Une étude de capitalisation a évalué la contribution du projet à l'autonomisation des femmes et à la réduction de la malnutrition chronique, à travers deux questions principales :

1. Quelle est la contribution du projet à l'amélioration de l'autonomisation (prise de décision, autonomie financière, capacité d'adoption) des femmes ?

2. Comment le projet contribue-t-il à l'amélioration du statut nutritionnel des femmes en âge de procréer et à la réduction de la malnutrition chronique à travers l'amélioration de leur autonomisation ?

L'hypothèse centrale est que :

- L'accès aux ressources en connaissances, à des infrastructures d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA) et à des services de santé adaptés à leurs besoins facilitent l'adoption durable des pratiques de soins, d'hygiène et d'alimentation chez les femmes et les familles, ce qui contribuerait à réduire la malnutrition chronique ;
- L'accès des femmes productrices aux ressources agricoles et maraîchères (formations et matérielles) contribue à augmenter la résilience économique, l'autonomisation des femmes et la sécurité alimentaire et nutritionnelle des familles ;
- Le contrôle des femmes sur la gestion de leur propre revenu et le pouvoir de décision autonome des femmes quant à l'allocation des ressources dans les ménages, pour leur santé, leur alimentation et celle de leurs enfants et la gestion autonome des ressources par les femmes sont des leviers clés pour réduire la malnutrition chronique.

## 2 OBJECTIFS

### OBJECTIF GÉNÉRAL

Analyser la contribution du projet « Lutte intégrée contre la malnutrition au Mali » sur l'autonomisation des femmes en âge de procréer et l'amélioration de leur statut nutritionnel, incluant les enfants et les adolescents.

### OBJECTIFS SECONDAIRES

Développer un cadre de mesure de la contribution du projet à l'autonomisation des femmes et à la prévention de la malnutrition chronique ;

- Évaluer les actions du projet ayant renforcé l'autonomisation des femmes à travers :
- Les sensibilisations communautaires (École des Maris, Terikunda Jekulu, École des Mères) pour la prise de décision en santé sexuelle et reproductive ;
- Le renforcement des GSAN et l'installation de latrines scolaires adaptées pour promouvoir des pratiques durables en nutrition et EHA ;
- L'appui économique aux femmes productrices (accès sécurisé au foncier, ressources matérielles et formatives, renforcement des AVEC).



# 3 APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE DE CAPITALISATION

La méthodologie de capitalisation s'est articulée autour de trois étapes principales :

## 1. Constitution d'un groupe de travail

Un groupe dédié, intitulé « *Apprentissage Projet Lutte intégrée contre la malnutrition chronique au Mali* », a été mis en place afin d'assurer une vision globale et cohérente du projet. Ce groupe rassemble des membres du personnel d'Action contre la Faim issus des bureaux du Mali, de l'Espagne, de la France et du Canada.

## 2. Élaboration d'un cadre de mesure et de contribution

De manière collégiale, le groupe a élaboré un cadre spécifique permettant de mesurer la contribution du projet à l'autonomisation des femmes et à la lutte contre la malnutrition chronique. Ce cadre méthodologique s'appuie sur la **théorie du changement** et le **cadre logique** du projet implémenté.

## 3. Définition du design de l'enquête complémentaire

Sur la base de ce cadre, le groupe a conçu une enquête complémentaire, destinée à approfondir la compréhension des résultats, documenter les apprentissages et renforcer l'évaluation de l'impact du projet.

## ÉLABORATION DU CADRE DE MESURE ET DE CONTRIBUTION

**Analyse du cadre logique** : identification des résultats et activités liés à l'autonomisation des femmes (économique, sociale, renforcement de compétences), puis organisation selon une théorie du changement cohérente.

**Construction du cadre de mesure et de contribution** : élaboration d'une théorie du changement reliant ces activités à la lutte contre la malnutrition chronique via l'autonomisation des femmes (Figure 1).

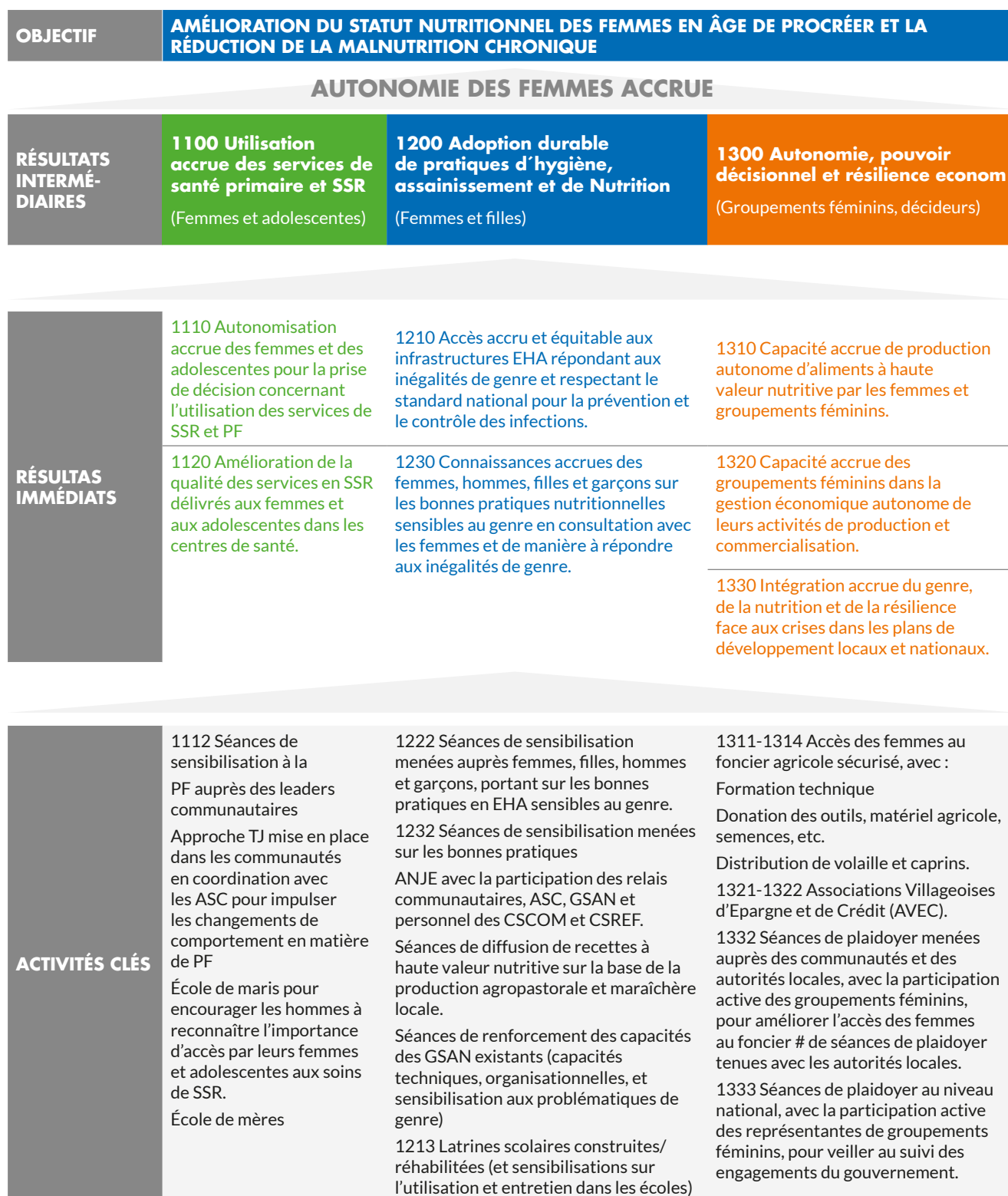


Figure 1. Cadre de mesure proposé pour analyser la contribution des activités clés et résultats du projet.

**Sélection des indicateurs :** analyse des indicateurs existants et définition d'indicateurs complémentaires (en mauve), afin de renforcer le cadre de mesure et mieux

documenter la contribution du projet aux changements observés. (tableau 1).



| Résultats                                                                                      | Indicateurs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Résultat ultime (1000) : Amélioration du statut nutritionnel des enfants <5 ans et des FEFA    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence malnutrition chronique (z-score taille/âge 0–59m)</li> <li>• Prévalence malnutrition aiguë FEFA</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Résultat intermédiaire (1100) : Utilisation accrue des services de santé et SSR                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % d'utilisation méthodes modernes de PF (15–49 ans)</li> <li>• % adolescentes déclarant leurs besoins SSR/PF satisfaits</li> <li>• % femmes enceintes ayant ≥4 CPN</li> <li>• % consultations post-natales dans les 24h</li> <li>• % consultations post-natales avant 6e semaine</li> <li>• % femmes avec 4 CPON</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Résultat immédiat (1110) : Autonomisation accrue pour l'utilisation des services SSR et PF     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % femmes 15–49 ans prenant décisions sur leurs propres soins de santé (seules ou en commun avec leur conjoint)</li> <li>• % femmes connaissant un lieu pour obtenir une méthode contraceptive moderne</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Résultat immédiat (1120) : Amélioration qualité des services SSR                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % accouchements assistés par personnel qualifié</li> <li>• # centres de santé avec produits PF gratuits et permanents</li> <li>• % de satisfaction des femmes sur services SSR</li> <li>• % de satisfaction des femmes sur services de santé primaire</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Résultat intermédiaire (1200) : Adoption durable pratiques nutrition/EHA                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % enfants 0–5m exclusivement allaités</li> <li>• Diversité alimentaire minimale femmes (MDD-W)</li> <li>• Diversité alimentaire minimale – Enfants 0–59m (IDDS-enfant)</li> <li>• % femmes décidant alimentation/soins enfants</li> <li>• % femmes représentées dans ASACO</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Résultat immédiat (1210) : Accès accru aux infrastructures EHA                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % écoles avec latrines séparées et adaptées aux filles</li> <li>• # COGES existants et fonctionnels</li> <li>• % femmes représentées dans Comités de Gestion Scolaire</li> <li>• % femmes représentées dans comités gestion eau</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Résultat immédiat (1230) : Connaissances accrues sur pratiques nutrition sensibles au genre    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % adultes (&gt; 15 ans) connaissant besoins nutritionnels spécifiques FEFA/ enfants &lt;5 ans</li> <li>• % femmes représentées dans GSAN</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Résultat intermédiaire (1300) : Autonomie et résilience économique des femmes productrices     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % hausse revenu mensuel moyen femmes (issu de la production de spéculations agropastorales et maraîchères)</li> <li>• % femmes participant aux décisions d'achats ménages seules ou en concertation avec leur conjoint</li> <li>• # production/récoltes par spéculation</li> <li>• Utilisation/répartition de la production (autoconsommation, vente...)</li> <li>• Indice de prise de décision des ménages</li> <li>• Contrôle des femmes sur leur revenu</li> <li>• Allocation des ressources dans les ménages (f/h)</li> <li>• % ménages appuyés avec score de diversité alimentaire adéquat</li> </ul> |
| Résultat immédiat (1310) : Capacité accrue de production alimentaire par femmes et groupements | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % productrices connaissant ≥3 techniques de production maraîchère/ petit élevage</li> <li>• # groupes de productrices avec accès à terres sécurisées</li> <li>• Statut d'accès des fonciers aux groupements féminins</li> <li>• # hectares appartenant à groupes de femmes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Résultat immédiat (1320) : Gestion économique autonome des activités de production             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % femmes connaissant ≥2 réseaux de commercialisation des produits issus du maraîchage et/ou petit élevage</li> <li>• % femmes maîtrisant outils de gestion économique</li> <li>• % femmes maîtrisant matériel de transformation</li> <li>• # personnes bénéficiant de projets de renforcement économique des femmes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Résultat immédiat (1330) : Intégration genre, nutrition et résilience dans plans locaux        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• % communes incluant nutrition et genre dans PDSEC</li> <li>• % femmes participant aux comités de développement local</li> <li>• # comités de développement local avec ≥30% de femmes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Tableau 1. Liste d'Indicateurs (en mauve les indicateurs additionnels et en noirs ceux déjà mesurés au sein du projet).



## SOURCES ET MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES

Les données utilisées dans l'analyse ont été collectées à partir des sources primaires et secondaires pour construire les indicateurs.

### Sources primaires :

Une enquête ménage et des groupes de discussion ont été menés. Dans l'enquête ménage, la première partie du questionnaire (caractéristiques du ménage) a été renseignée auprès des chefs de ménages, ensuite le reste du questionnaire était adressé aux femmes de 15-49 ans avec enfants de moins de cinq ans.

Et enfin des entretiens en focus groupe avec les groupements de femmes, les ASACO, les comités de gestion, les AVEC et les GSAN ont été menés pour collecter les données qualitatives à l'aide de guides d'entretien. Au total il était prévu de faire 76 focus groupes.

### Sources secondaires :

Une revue documentaire a été effectuée pour collecter les données disponibles du projet depuis 2021 (année de démarrage du projet) : étude de base, enquête CAP initiale et à mi-parcours, rapports des opérations et des résultats du projet. Aussi la dernière enquête SMART rapide (2024) du Mali et des registres des districts sanitaires et des structures de santé ont été utilisées pour

certaines données.

## CONCEPTION DE L'ÉTUDE COMPLÉMENTAIRE

Le cadre d'analyse prévoyait une étude descriptive transversale intégrant à la fois des données quantitatives et qualitatives de sources primaires et secondaires. Cette approche mixte a permis d'obtenir une compréhension plus complète et exhaustive de la situation étudiée.

L'étude s'est déroulée sur 6 mois, (septembre 2024 à mars 2025). Elle s'est appuyée sur les données d'intervention du projet recueillies au cours des quatre dernières années en vue d'analyser l'évolution et l'impact des actions menées dans le cadre du projet.

L'étude a été menée auprès des populations bénéficiaires vivant sur les zones d'intervention du programme dans les Districts Sanitaires de Kayes, Bafoulabé, Kita et Sikasso au Mali. (figure 2)

## POPULATION DE L'ÉTUDE ET CRITÈRES D'INCLUSION

La population de l'étude inclut les enfants de moins de 5 ans, les femmes en âge de procréer, les groupements de femmes, les hommes, les centres de santé, les ASACO (Association de Santé Communautaire), les élus locaux dans les quatre districts cibles. Cette sélection visait à

### CARTE DES ZONES D'INTERVENTION DU PROJET DE LUTTE INTÉGRÉE CONTRE LA MALNUTRITION CHRONIQUE AU MALI - MLF2AI

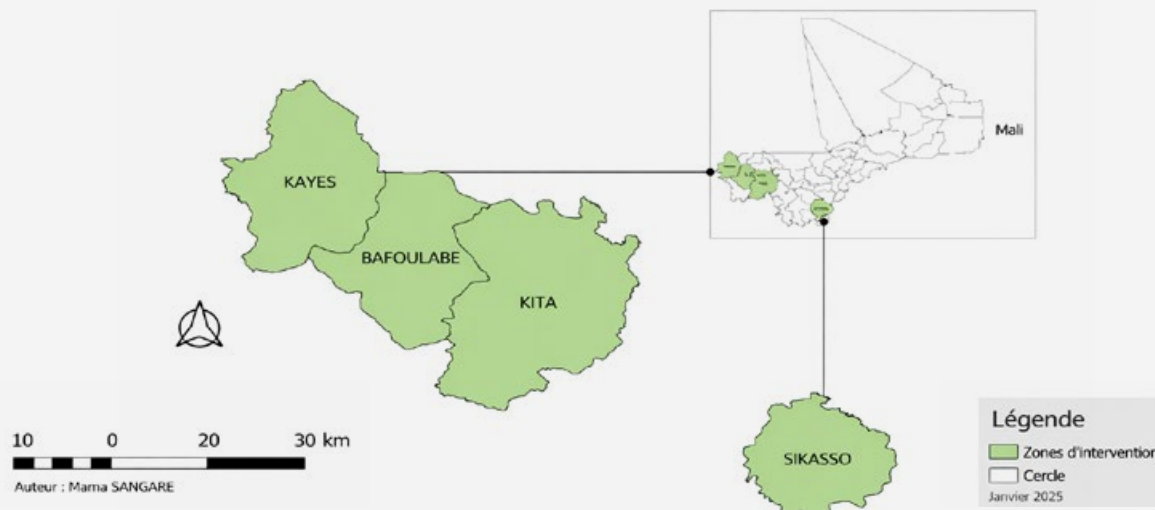


Figure 2. Carte des zones d'intervention du projet.



couvrir les principales cibles du projet et d'obtenir une vue d'ensemble des parties prenantes impliquées.

## TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

Afin de déterminer la procédure d'échantillonnage, deux méthodes ont été utilisées en fonction des groupes ci-

bles. La première méthode concerne les bénéficiaires des activités de santé/nutrition, eau, hygiène et assainissement et la deuxième méthode concerne les bénéficiaires des activités de sécurité alimentaire et moyens d'existence.

### BÉNÉFICIAIRES DES ACTIVITÉS DE SANTÉ/NUTRITION, EAU HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT<sup>5</sup>

$$n = \frac{z^2 \times p(1 - p) \times deff}{e^2}$$

**n** = taille de l'échantillon ;

**z** = la valeur de la loi normale centrée réduite avec un niveau de confiance donné (ici,  $z = 1,96$  correspondant à un intervalle de confiance de 95%) ;

**p** = proportion de variable clé recherchée (si inconnue, elle est fixée à 50%) ;

**deff** = l'effet de sondage dû à l'utilisation d'un sondage à plusieurs degrés (ici fixé à 2) ; et

**e** = la marge d'erreur (ici fixée à 10%).

| District sanitaire | Commune         | Village       | Nombre de ménages |
|--------------------|-----------------|---------------|-------------------|
| BAFOULABE          | BAFOULABE       | SORIYA        | 11                |
|                    | KOUNDIAN        | KAMA BAMBOUCK | 10                |
|                    | MAHINA          | FATEA SAMEA   | 12                |
|                    | NIAMBIA         | KOULOUGOULOU  | 11                |
|                    | OUALIA          | FANGALA       | 11                |
| KAYES              | KHOULOUN        | SALLIAMBOUGOU | 11                |
|                    | LIBERTE DEMBAYA | KOBADA MEDINE | 11                |
|                    | SERO DIAMANOU   | SERO          | 11                |
| KITA               | KOBRI           | BANKO         | 11                |
|                    | MAKANO          | DIABALA       | 11                |
|                    | SABOULA         | DINDAN        | 11                |
|                    | SEBEKORO        | SOUNTY        | 12                |
| SIKASSO            | KAPOLONDOUGOU   | MONKONKORO    | 9                 |
|                    | KLELA           | MARO          | 10                |
|                    | KLELA           | ZERELANI      | 11                |
|                    | LOBOUGOULA      | M'BELLASSO    | 13                |
|                    | LOBOUGOULA      | ZIASSO        | 8                 |
|                    | ZANFEREBOUGOU   | MAHADOUGOU    | 11                |
| <b>Total</b>       | <b>16</b>       | <b>18</b>     | <b>195</b>        |

**Tableau 2 :** Détails de la répartition du nombre de ménages de l'échantillon santé/nutrition, EHA à enquêter.

NB : Un sondage aléatoire systématique à deux degrés a été utilisé pour l'identification des ménages à enquêter.

<sup>5</sup> Il s'agit des bénéficiaires des activités de santé nutrition notamment les approches l'Ecole des Maris, Terikunda Jekulu (TJ), l'Ecole des Mères, les bénéficiaires des latrines dans les centres de santé et dans les écoles, les bénéficiaires des points d'eau communautaire.



Le nombre de ménages enquêtés est de 195 répartis entre les 4 districts d'intervention du projet selon la formule de Schwartz.

Au premier degré : Les unités primaires (villages) ont été sélectionnées par tirage aléatoire simple sans remise.

Au second degré : Dans chaque village sélectionné, les

unités secondaires (ménages) ont été identifiées par tirage systématique, à l'aide d'un pas de sondage calculé sur la base du nombre total de ménages et du nombre à enquêter.

### BÉNÉFICIAIRES DES ACTIVITÉS DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

Les bénéficiaires ont été identifiés à l'aide d'une technique d'échantillonnage aléatoire stratifiée. La taille de l'échantillon est estimée avec la formule ci-dessous :

$$Taille\ de\ l'échantillon = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}}$$

**n** = taille de la population (i) | **z** = valeur de loi normale centrée réduite pour un niveau de confiance donné (1,96 pour un taux de confiance de 95%)

**p** = Proportion estimée de la population vulnérable est 50% ; | **e** = La marge d'erreur attendue est de 5% ;

| District sanitaire | Commune         | Village        | Nombre de ménages |
|--------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| BAFOULABE          | GOUNFAN         | BAI            | 6                 |
|                    | GOUNFAN         | DONGO DATIAKA  | 6                 |
|                    | KOUNDIAN        | MADINA GOUNGOU | 6                 |
|                    | KOUNDIAN        | SOLOKOTO       | 6                 |
|                    | MAHINA          | FATEA SAMEA    | 5                 |
|                    | MAHINA          | SANTANKOTO     | 6                 |
|                    | MAHINA          | TAMARANA       | 6                 |
|                    | NIAMBIA         | BOUNTOUN       | 5                 |
|                    | NIAMBIA         | KOULOUNGOULOU  | 1                 |
| KAYES              | BANGASSI        | GUEMOU         | 6                 |
|                    | HAWA DEMBAYA    | KEGNOU         | 6                 |
|                    | KHOULOUN        | LOUPOUROU      | 6                 |
|                    | LIBERTE DEMBAYA | KOBADA MEDINE  | 6                 |
| BAFOULABE          | MAKANO          | DJEGUILA       | 6                 |
|                    | MAKANO          | KARI           | 6                 |
|                    | MAKANO          | SANANSABA      | 6                 |
|                    | SABOULA         | BASSIBOUGOU    | 7                 |
|                    | SABOULA         | SONSSON        | 5                 |
| KAYES              | KAPOLONDOUGOU   | MONKONKORO     | 9                 |
|                    | KLELA           | DOUNA OUNA     | 11                |
|                    | KLELA           | ZERELANI       | 11                |
|                    | ZANFEREBOUGOU   | MAHADOUGOU     | 11                |
| <b>Total</b>       | <b>13</b>       | <b>22</b>      | <b>143</b>        |



La fonction ALEA du logiciel Excel a été appliquée sur la liste des villages bénéficiaires des activités SAME. Au total 143 ménages ont été enquêtés et répartis entre les Districts de Kayes, Bafoulabé, Kita et Sikasso.

A total of 143 households were surveyed across Kayes, Bafoulabé, Kita and Sikasso.

The sample selection, based on a double probabilistic sampling method, ensured adequate representation of households and key actors in the four districts studied. The approach, which combines a two-stage systematic survey for the health/nutrition/WASH components and stratified random sampling for FSL activities, ensures both statistical rigour and adaptation to the operational context. This approach produces reliable estimates with a 95% confidence level, while ensuring balanced coverage of the different target groups and intervention areas. It thus contributes to strengthening the internal and external validity of the study, minimising selection bias and allowing for the cautious generalisation of results to all project beneficiaries.

## OUTILS DE COLLECTE ET ANALYSE DE DONNÉES

Les données quantitatives ont été collectées à l'aide d'un questionnaire électronique sur smartphone, via l'application ODK Collect/KoboCollect, puis exportées vers Excel pour traitement et analyse. Les méthodes d'analyse descriptive univariée et bivariée ont été utilisées pour faire ressortir les tendances.

Par ailleurs, l'analyse de contenu a été appliquée aux données qualitatives afin d'en faciliter l'interprétation.

## ASPECTS ÉTHIQUES

Dès l'approbation du protocole, ACF au Mali a informé les autorités sanitaires locales et régionales et les représentants de la communauté. L'objectif et les modalités de l'étude ont été expliqués aux accompagnants. Tous les participants ont eu le droit de refuser de participer à l'étude.

Le protocole de l'étude a été validé par le groupe « Apprentissage Projet Lutte Intégrée Malnutrition Chronique au Mali ».<sup>6</sup>

Déclaration d'intérêts conflictuels : L'unique intérêt de l'équipe de recherche est de contribuer à l'amélioration du statut nutritionnel des femmes en âge de procréer et des enfants de moins de 5 ans, à travers l'autonomisation des femmes.

Chaque participant a été invité à lire la déclaration de consentement volontaire et éclairé dans son intégralité, et dans sa langue locale.

En termes de risque de mise en œuvre de l'étude, les principaux facteurs de risque identifiés, susceptibles d'entraver la réalisation de cette étude, étaient les suivants :

- La détérioration de la situation sécuritaire (braquages sur les axes routiers, enlèvements, patrouilles des Forces Armées Maliennes (FAMA). À cet effet, Action contre la Faim a mis en place un dispositif de surveillance permanente pour suivre l'évolution de la situation sécuritaire.
- Le non-accès à certaines zones en raison de l'hivernage et des inondations.

Cependant, hormis l'insécurité qui a entraîné le remplacement de certains villages, aucun autre risque n'a entravé la bonne mise en œuvre de l'étude.

## LIMITES DE L'ÉTUDE

Malgré la richesse des informations collectées et la rigueur méthodologique adoptée, l'étude présente certaines limites qu'il convient de souligner :

- Le remplacement de certaines localités initialement ciblées par l'enquête ménage en raison de l'insécurité et des difficultés d'accès ;
- Absence de données de base pour certains indicateurs additionnels, rendant difficile l'analyse de l'évolution ou de l'impact direct du projet sur ces variables ;
- Absence de comparaisons avec des localités témoins, ce qui limite les possibilités d'analyse comparative pour renforcer la robustesse des constats.

Ces limites n'affectent pas la pertinence globale des résultats, mais elles doivent être prises en compte dans l'interprétation et l'utilisation des données issues de l'étude.

<sup>6</sup> Composition du groupe : Expert et personnels techniques en Santé-Nutrition, Sécurité Alimentaire et Moyens d'existence, Eau-Hygiène- Assainissement, Plaidoyer-genre, Suivi de projet et Suivi et Évaluation d'Action Contre la faim Mali, Espagne et Canada.



## CARACTÉRISTIQUES DES MÉTHODES D'ÉVALUATION ET D'ENQUÊTES

### Enquête ménages :

L'enquête spécifique de nature quantitative a été réalisée auprès de 301 ménages. Dans chaque ménage, la première partie du questionnaire (caractéristiques du ménage) a été soumise aux chefs de ménages, ensuite le reste du questionnaire était présenté aux femmes de 15-49 ans avec enfants de moins de cinq ans.

Au total, 602 personnes ont été interviewées. Dans l'ensemble de l'échantillon, les chefs de ménage sont majoritairement des hommes, avec un ratio de 297 hommes pour 4 femmes. La majorité de ces chefs de ménage (45%) sont âgés de 50 à 65 ans.

Dans les ménages enquêtés, la polygamie est la forme de mariage dominante, en particulier à Sikasso (82%). Le nombre de veufs(ves) et de divorcés est très faible.

L'agriculture demeure la principale activité économique des chefs de ménage dans tous les districts sanitaires, avec des pourcentages très élevés (entre 95% et 98%).

Sur le plan démographique, le nombre moyen de femmes par ménage est de 4 personnes dans l'ensemble. Au niveau District, le nombre moyen de femmes est de 4 personnes par ménage à Kayes et à Kita contre 3 femmes à Bafoulabé et 2 à Sikasso. Les enfants de 0 à 5 ans représentent un effectif moyen de plus de cinq (5) enfants par ménage. Quant aux adolescentes, leur nombre moyen est de 2 personnes par ménage.

Le plus grand nombre de personnes ayant répondu à l'enquête a été enregistré dans le DS de Bafoulabé, avec 102 ménages enquêtés pour 202 personnes interviewées, dont 102 femmes. A l'inverse le plus petit échantillon concerne le DS de Kayes avec 51 ménages enquêtés pour 101 personnes interviewées, qui a le plus faible nombre de participants parmi les quatre DS étudiés.

### Focus Groupes :

La partie qualitative a consisté en la réalisation de 76 focus groupes de 6 personnes chacun, soit un échantillon total de 456 personnes, dont 304 femmes, réparties dans les quatre districts couverts par le projet.

Les personnes interrogées à travers ces focus groupes présentent les caractéristiques suivantes (les leaders et membres des groupements agricoles et maraîchers, les membres de Comités de Gestion Scolaire (CGS) des Associations Villageoises d'Epargne et de Crédit (AVEC), les élus communaux, les membres des Associations de Santé Communautaires (ASACO), les membres des comités de gestion des points d'eau communautaire, les leaders des comités de gestion scolaire, les membres des groupes de soutien aux activités de nutrition).

### Enquête multisectorielle

L'étude de capitalisation s'est appuyée sur les résultats des enquêtes multisectorielles internes menées entre mars et août 2024, couvrant l'ensemble des domaines d'intervention du projet. Afin de compléter ces données et de renseigner les indicateurs additionnels prévus dans le cadre de mesure, une enquête ménage complémentaire au projet initial (comme mentionné plus haut) a été conduite en décembre 2024 dans les districts sanitaires de Kayes, Bafoulabé, Kita et Sikasso, auprès d'un échantillon représentatif de ménages bénéficiaires.

Parallèlement, une série d'entretiens individuels et de groupes de discussion a été réalisée auprès des différentes parties prenantes : femmes âgées de 15 à 49 ans, enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes, adolescentes, groupements de femmes, agents de santé, autorités communales, Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN), Comités de Gestion des Points d'Eau Communautaire (CGPE), Associations de Santé Communautaire (ASACO) et Comités de Gestion Scolaire (CGS).

Enfin, les données issues du suivi régulier du projet ont également été intégrées à l'analyse, afin de renforcer la triangulation des sources et d'assurer une compréhension globale des effets et changements observés dans les zones d'intervention.



# 4 RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en suivant la structuration de la théorie du changement, basée sur trois axes et sur chaque axe les résultats de son champ d'application seront représentés :

1. Utilisation des services de santé primaire, de santé sexuelle et reproductive (résultat immédiat 1100).

2. Adoption durable de pratiques d'hygiène, assainissement et nutrition adéquates (résultat immédiat 1200).

3. Autonomie, pouvoir décisionnel et résilience économique des femmes (résultat immédiat 1300).

## R1. UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRE, DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (RÉSULTAT: 1100) :

Le résultat 1100 constitue le premier résultat intermédiaire du projet. L'accès et le recours aux services de santé de base, notamment en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) qui constituent un levier essentiel pour améliorer la santé des femmes et des enfants, tout en contribuant à la réduction de la malnutrition chronique.

Dans ce cadre, le projet a mis en place plusieurs activités de sensibilisation, susceptibles de renforcer l'accès à l'information, le pouvoir décisionnel des femmes et

### UTILISATION ACCRUE DES SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRE ET SSR (1100)

(Femmes et adolescentes)

Autonomisation accrue des femmes et des adolescentes pour la prise de décision concernant l'utilisation des services de SSR et PF (1110)

Amélioration de la qualité des services en SSR délivrés aux femmes et aux adolescentes dans les centres de santé (1120)

### ACTIVITÉS CLÉS

- Séances de sensibilisation à la PF auprès des leaders communautaires
- Approche TJ mise en place dans les communautés en coordination avec les ASC pour impulser les changements de comportement en matière de PF
- École de maris pour encourager les hommes à reconnaître l'importance d'accès par leurs femmes et adolescentes aux soins de SSR.
- École de mères

Figure 3 : Aperçu des activités du résultat 1100.



les recours effectifs aux services de santé. Le nombre de personnes ayant participé aux activités sont les suivantes :

- **Séances de sensibilisation** à la Planification Familiale (PF) auprès des leaders communautaires : au cours du projet 1309 leaders communautaires (68% - 887 hommes et 32% - 422 femmes) ont participé à la promotion de la PF et/ou des soins de SSR ;
- **Approche TJ<sup>7</sup>** au niveau communautaire, en coordination avec les ASC pour impulser les changements de comportement en matière de PF : 12 160 séances sur la PF ont été réalisées avec 142 327 participants (38% - 53 956 hommes et 62% - 88 371 femmes) ;
- **Écoles de maris** pour encourager les hommes à reconnaître l'importance de l'accès des femmes et adolescentes aux soins de SSR, avec 139 225 chefs de ménage hommes sensibilisés.
- **Écoles des mères**, pour renforcer les connaissances et le pouvoir décisionnel des femmes en matière de PF et de SSR avec un total de 4 628 mères participantes.

## Résultats immédiats

### Autonomisation accrue des femmes et adolescentes pour la prise de décision concernant l'utilisation des services de SSR et PF (1110) :

Les résultats montrent une amélioration de l'autonomie décisionnelle des femmes en matière de santé (figure 4). La proportion de femmes de 15-49ans déclarant prendre des décisions concernant leurs propres soins de santé, soit seules soit conjointement avec leur conjoint est passée de 4 % à la référence à 23 % au mi-parcours (n=228). Malgré la progression notable, la grande majorité des décisions continue d'être prise par le mari ou un autre homme du ménage. Cette dépendance aux décisions masculines limite encore la capacité des femmes à accéder aux soins et à exercer pleinement leurs droits en santé.

Des disparités régionales apparaissent : l'autonomie est particulièrement faible à Sikasso (18 %), alors que Kita (38 %) et Kayes (35 %) affichent des niveaux plus élevés, mais toujours minoritaires. Ces écarts suggèrent que les normes sociales et culturelles locales influencent fortement la capacité des femmes à décider pour elles-mêmes.

Ce constat est d'autant plus marquant que l'offre de services est largement disponible : 98% des femmes déclarent l'existence d'un service de planification familiale (PF)<sup>8</sup> dans leur aire de santé. Autrement dit, la barrière principale n'est pas l'accès physique aux services, mais bien le pouvoir de décision des femmes pour les utiliser.

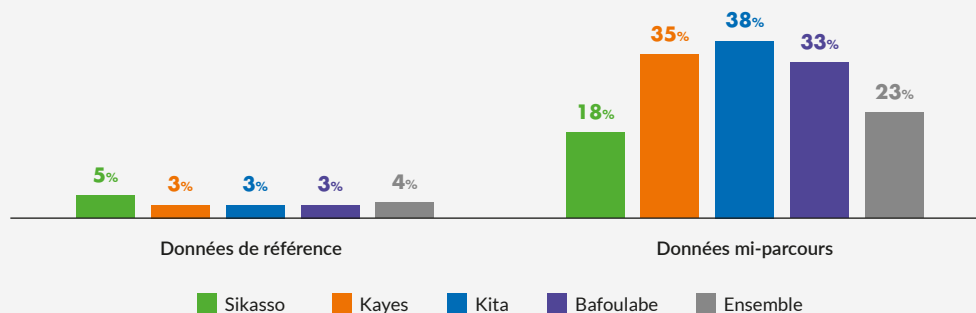


Figure 4: Pourcentage (%) de femmes de 15-49 ans, qui prennent les décisions sur leurs propres soins de santé soit seules, soit en commun avec leur conjoint (n=228). Source : enquête ménage évaluation multisectorielle.

<sup>7</sup> Terikunda Jèkulu (TJ) est une approche communautaire participative qui s'appuie sur des groupes de pairs (hommes, femmes, leaders, jeunes) pour transformer les normes sociales qui limitent l'accès des femmes et des adolescentes aux services de SSR, de PF et de santé maternelle

<sup>8</sup> Les méthodes contraceptives proposées dans les services de planification familiale au Mali incluent des méthodes modernes (pilules, injections, implants, DIU, préservatifs) et des méthodes naturelles, toutes reconnues par l'OMS et les directives internationales de PF. Parmi ces dernières figurent la méthode du calendrier (méthode basée sur la connaissance de la fertilité) et la méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée), efficace uniquement lorsque l'allaitement est exclusif, que l'aménorrhée post-partum persiste et que l'enfant a moins de six mois. Les méthodes naturelles nécessitent un conseil individualisé, car leur efficacité dépend fortement des conditions d'utilisation et doivent généralement être relayées par une méthode moderne



Amélioration de la qualité des services en SSR délivrés aux femmes et aux adolescentes dans les centres de santé (1120) :

### Disponibilité, utilisation et gratuité des intrants et services :

L'utilisation des méthodes modernes de PF a progressé. Alors qu'au départ seulement 28 % des femmes de 15-49 ans y recouraient, elles sont désormais 66 % en moyenne à les utiliser. Cette évolution traduit une

adoption croissante des méthodes modernes, même si les méthodes non modernes restent présentes (33 %).

Des disparités régionales apparaissent : Sikasso enregistre la plus forte utilisation des méthodes modernes (84 %), suivi de Bafoulabé (64 %) et Kayes (61 %), tandis que Kita reste en retrait avec seulement 50 % d'utilisatrices. À l'inverse, l'usage de méthodes non modernes demeure particulièrement marqué à Kayes (39 %) et Kita (36 %), ce qui reflète des dynamiques locales différenciées dans l'appropriation des services (Figure 5).

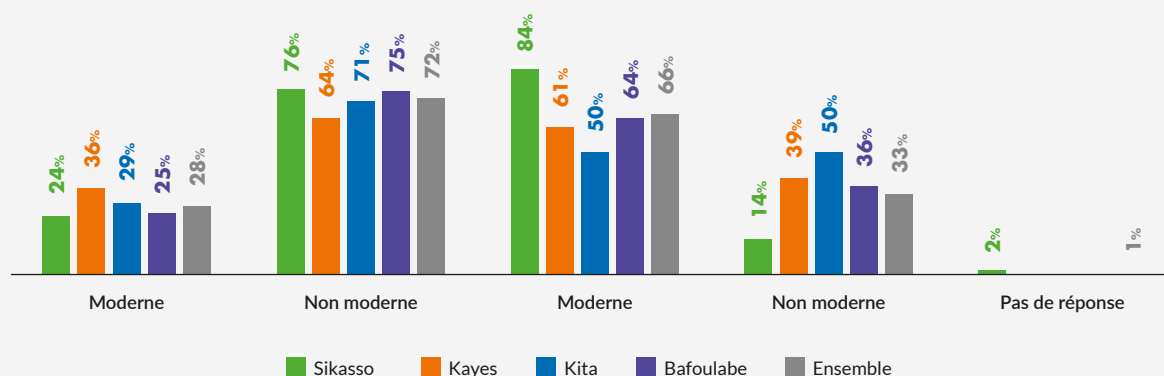


Figure 5 : Taux d'utilisation des méthodes modernes PF chez les femmes de 15 à 49 ans (n= 181). Source : Enquête ménage.

Concernant les méthodes modernes de contraception utilisées, elles se concentrent fortement sur les contraceptifs injectables hormonaux Depo-Provera (63 %) et les implants hormonaux Jadelle (31 %), tandis que les autres options (collier, DIU, préservatif masculin, MAMA) restent marginales (Fig. 6). Depo-Provera domine principalement car il est disponible, peu coûteux, simple d'utilisation et surtout discret (injection intramusculaire de 3 mois), permettant aux femmes d'y recourir sans l'accord explicite du mari ou de la famille, dans un contexte d'autonomie limitée. Jadelle, malgré son efficacité et sa durée d'action (5 ans), est moins choisi car visible (implant sous la peau) et médicalement plus contraignant à poser et retirer.

En revanche, les faibles taux d'utilisation du DIU s'expliquent par des barrières socioculturelles et perceptions négatives : peur de stérilité irréversible, perception d'un « corps étranger » dangereux, inquiétudes liées aux saignements et réticences des maris et belles-familles. Le préservatif masculin est également peu adopté, car

souvent associé à la suspicion d'infidélité et un manque de confiance dans le couple, le réservant plutôt aux relations occasionnelles qu'au cadre conjugal. La méthode MAMA reste quasi inexistante car ses critères restrictifs (allaitement maternel exclusif, aménorrhée, enfant < 6 mois) sont difficiles à maintenir dans le temps. Enfin, le collier du cycle souffre d'une faible diffusion et de plusieurs contraintes : son efficacité est jugée faible en cas de cycles irréguliers, il exige une coopération du partenaire masculin pour respecter les périodes d'abstinence, et il reste peu connu, peu valorisé et moins disponible que les méthodes médicalisées.

Le district de Kita se distingue toutefois par une plus forte utilisation de Jadelle (47,6 %), devant Depo-Provera (42,9 %), tandis que le reste des utilisatrices recourt au collier.

Enfin, la gratuité des intrants de planning familial reste très limitée (figure 7) : seulement 15 % des répondants déclarent en avoir bénéficié. Les disparités régionales

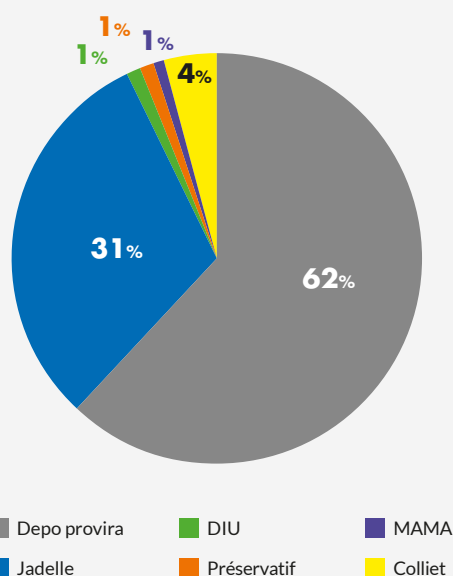


Figure 6 : Répartition des femmes en fonction de la méthode de PF utilisée (n= 120). Source : Enquête ménage.

sont fortes : Kayes atteint 30 %, tandis que Kita est à 0 %.

Cette gratuité, souvent ponctuelle et limitée à certaines campagnes, couvre la plupart des méthodes contraceptives à l'exception des irréversibles. Son caractère intermittent, conjugué aux ruptures récurrentes de stocks observées dans plusieurs centres de santé (Kayes, Bafoulabé, Kita, Sikasso), traduit une mise en œuvre inégale et globalement faible de la politique de gratuité, maintenant des barrières financières et des inégalités d'accès entre régions.

### Satisfaction avec les services de santé : SSR et Soins de Santé primaires

Dans l'ensemble, les femmes et adolescentes bénéficiaires expriment une satisfaction très élevée vis-à-vis des services de planification familiale, de santé sexuelle et reproductive et de santé primaire, confirmant la pertinence et l'acceptabilité de l'offre.

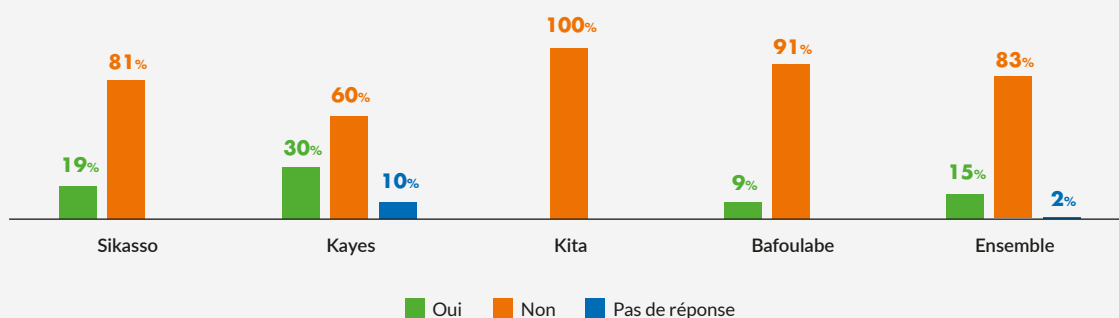


Figure 7 : Gratuité des méthodes de PF au sein des structures de santé (n=120). Source : Enquêtes ménage.



Visite d'une maternité (écoles des mères) © Action Against Hunger – Mali Mission.



Toutefois, des écarts notables apparaissent selon les groupes et les zones. La satisfaction est quasi unanime chez les adolescentes (97 % au total, avec 100 % à Si-

kasso, Kita et Bafoulabé, et 92 % à Kayes), traduisant une perception particulièrement positive de la SSR/PF (figure 8).

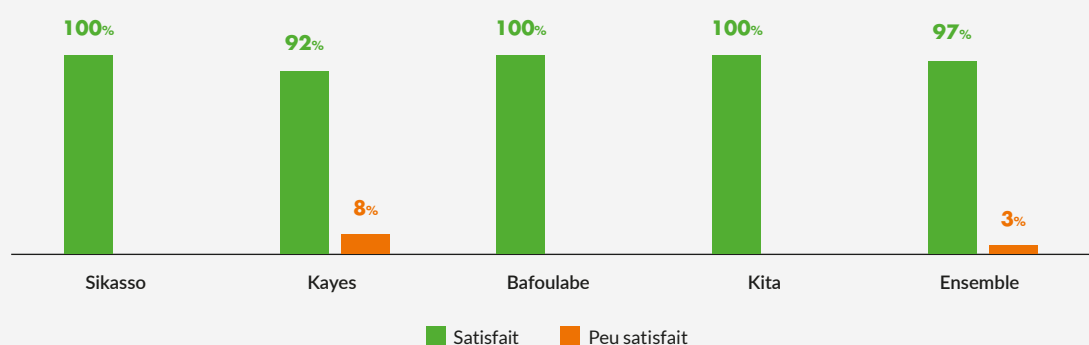


Figure 8 : % d'adolescentes parmi les femmes de 15-49ans déclarant que leurs besoins en termes de SSR et du PF sont satisfaits. Source : enquête ménage évaluation multisectorielle.

Ecoles des mères © Action Against Hunger – Mali Mission.



Écoles des maris © Action Against Hunger – Mali Mission.





Pour les femmes, la satisfaction en matière de PF s'est renforcée et est globalement élevée (83 %). Cette progression masque cependant de fortes disparités : les niveaux de satisfaction atteignent 95 % à Kita et 100 %

à Bafoulabé, et restent élevés à Sikasso (79 %). En revanche à Kayes, seule la moitié des femmes se disent satisfaites (figure 9).

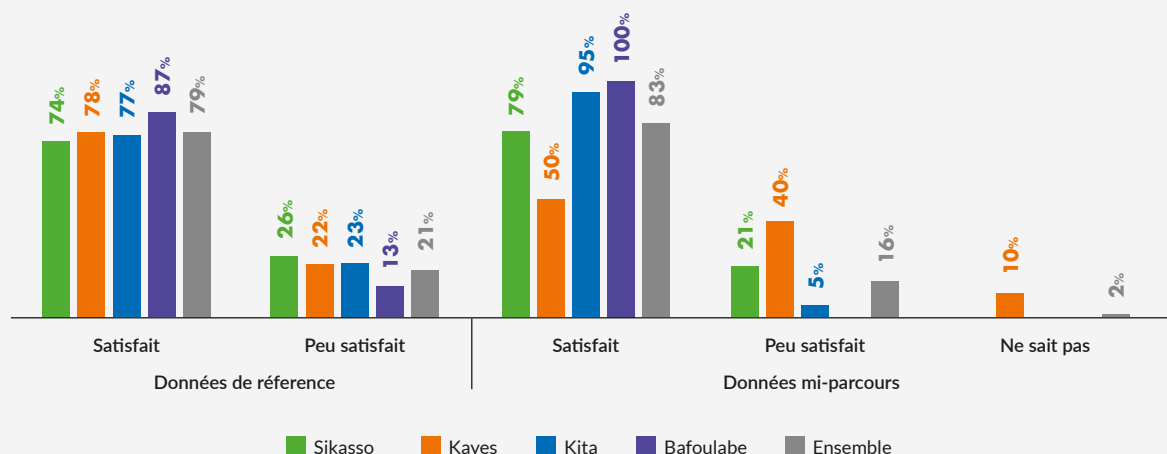


Figure 9 : Satisfaction des femmes en matière des services de Planification Familiale (n=120). Source : enquête ménage.

Enfin, en matière de santé primaire, la satisfaction globale est de 93 % en moyenne contre 61% au début du projet (figure 10). Toutefois, une part non négligeable de

femmes se déclarent encore peu satisfaites à Kayes (14 %) et à Bafoulabé (14 %), ce qui souligne des disparités locales malgré la tendance globale très positive.

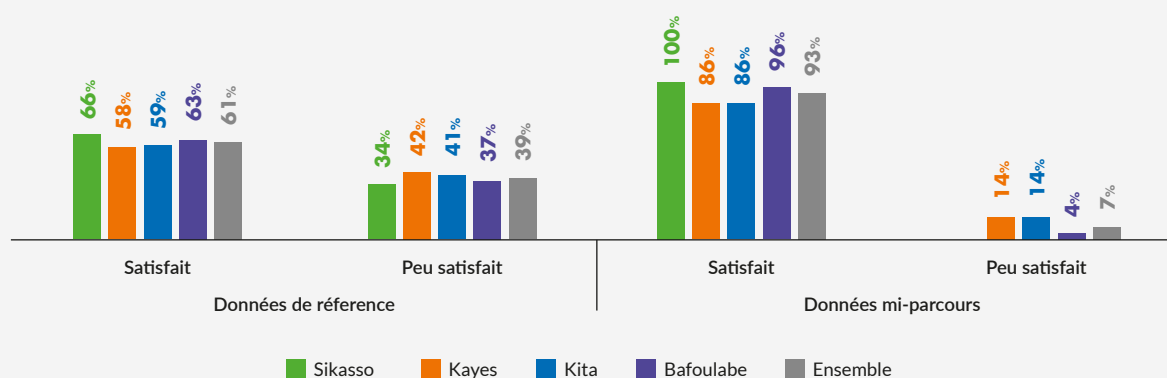


Figure 10 : Taux (%) des femmes déclarant être satisfaites des prestations des services en lien avec la santé primaire. (n= 155). Source : Enquête ménage évaluation, multisectorielle.



### Connaissances et pratiques en matière des soins périnatals (CPN, CPoN et lieux d'accouchement)

Dans l'ensemble, la grande majorité des femmes (88 %) déclarent connaître le nombre de CPN (min 4) recommandées (figure 11), confirmant une bonne dif-

fusion de l'information. Certaines régions affichent même un consensus quasi total, comme à Bafoulabé (100 %), Sikasso (96 %) et Kita (89 %). En revanche, la région de Kayes se démarque avec une proportion plus élevée de femmes déclarant ne pas connaître le nombre de CPN recommandé (22 %), contre 76 % de réponses positives.

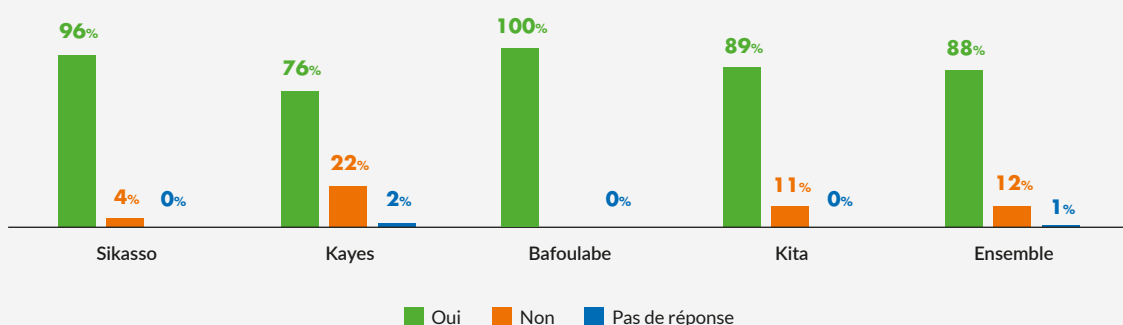


Figure 11 : Connaissance des femmes sur le nombre de CPN devant être réalisées au cours de la grossesse (n=156). Source : enquête ménage évaluation multisectorielle.

Concernant les consultations prénatales, plus de neuf femmes sur dix ont effectué au moins une visite au cours de leur dernière grossesse, traduisant une bonne adhésion initiale aux services de santé maternelle. En revanche, la réalisation complète des quatre visites recommandées (CPN) reste plus exigeante, bien qu'en forte progression : de 26 % en moyenne à la référence,

elle atteint désormais 75 % au mi-parcours. Cette avancée est significative, mais les disparités régionales demeurent marquées : Kita (88 %) et Bafoulabé (86 %) affichent les meilleurs résultats, Sikasso (75 %) se situe dans la moyenne, tandis que Kayes (67 %) enregistre encore un retard notable (figure 12).

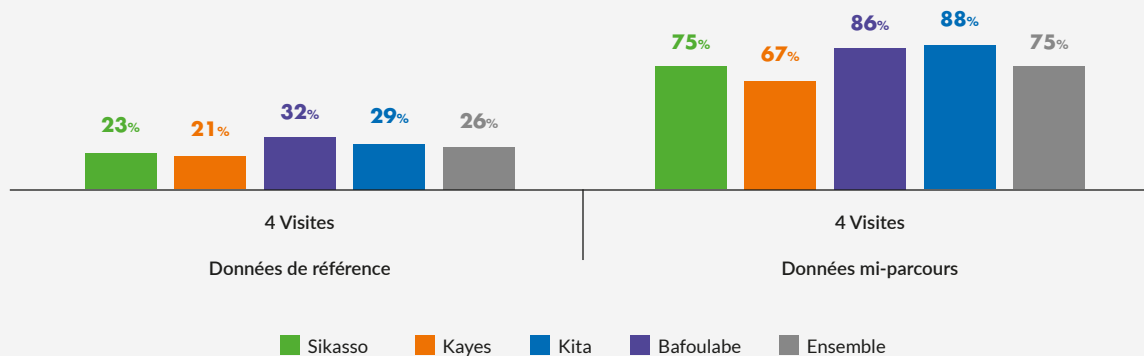


Figure 12 : Pourcentage (%) des femmes ayant réalisé les 4 visites CPN au cours de leur dernière grossesse. (n=149). Source : enquête ménage.



La grande majorité des femmes accouchent au sein d'une structure de santé (88 %), confirmant un recours élevé aux services obstétricaux « modernes » et un accouchement effectué par un personnel qualifié (Figure 13). Ce taux s'est renforcé par rapport à la référence (82 %), traduisant une amélioration de l'accès et de l'adhésion aux services. Néanmoins, 12 % des accouchements continuent de se dérouler à domicile, avec des dispari-

tés régionales marquées. Si Sikasso et Kayes affichent une couverture très élevée, Bafoulabé (85 %) et surtout Kita (76 %) présentent des niveaux plus faibles, avec des proportions importantes d'accouchements à domicile (15 % et 24 % respectivement). Ce recours persistant à l'accouchement à domicile peut s'expliquer par l'insécurité, la peur des coûts, les retards de décision et les difficultés de transport.

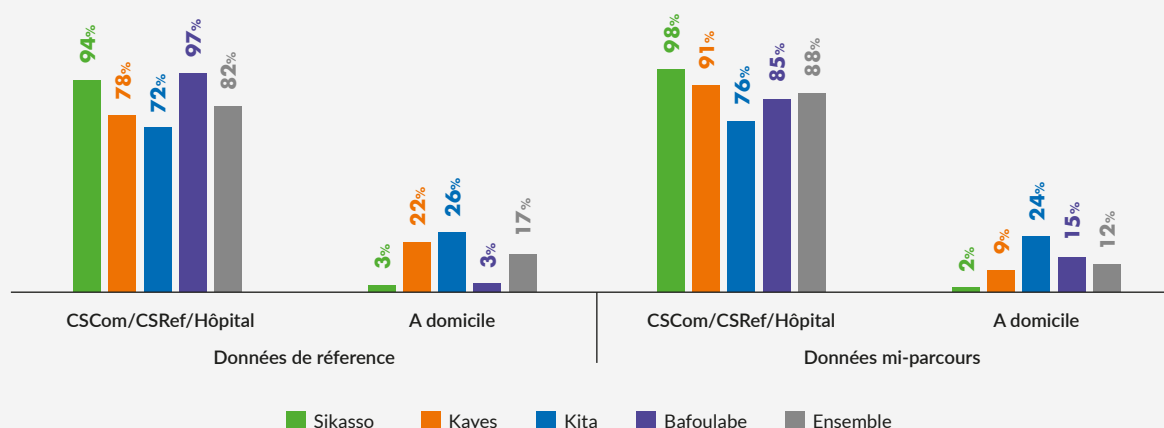


Figure 13 : Lieux d'accouchement au terme de la dernière grossesse (n=189).

Source : enquête ménage.

L'évaluation des consultations postnatales (CPoN) montre une couverture élevée dans l'ensemble des districts étudiés, mais avec des disparités notables.

Trois indicateurs complémentaires affinent cette analyse. Le premier, la CPoN dans les 24 heures suivant l'accouchement, correspond à l'indicateur de référence de l'OMS pour la sécurité maternelle et néonatale : plus de 95 % des femmes en ont bénéficié, traduisant une bonne réactivité du système de santé.

Le second, mesure la proportion de femmes ayant reçu au moins une consultation postnatale dans les six premières semaines après l'accouchement. La couverture globale (96%) est très élevée, mais Kita se démarque avec un retard préoccupant : plus d'une femme sur dix n'a bénéficié d'aucun suivi postnatal durant cette période. (Tableau 4)

| District Sanitaire | Oui  | Non |
|--------------------|------|-----|
| SIKASSO            | 98%  | 2%  |
| KAYES              | 100% | 0%  |
| KITA               | 89%  | 11% |
| BAFOULABÉ          | 96%  | 4%  |
| Ensemble           | 96%  | 4%  |

Tableau 4 : Pourcentage (%) de femmes ayant reçu au moins une consultation dans les six premières semaines suivant l'accouchement. (n = 186). Source enquête ménage.



Enfin, la répartition du nombre de consultations (*tableau 5*) éclaire la qualité et la complétude du suivi postnatal. Si la majorité des femmes ont eu deux visites (58 %), Kayes et Bafoulabé présentent un suivi plus intensif (trois vi-

sites ou plus). L'analyse combinée de ces indicateurs met donc en évidence une situation globalement positive, tout en soulignant la nécessité de renforcer l'équité et la continuité du suivi, en particulier à Kita.

| District Sanitaire | 1 fois | 2 fois | 3 fois | 4 fois | Plus de 4 fois |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|----------------|
| SIKASSO            | 7%     | 82%    | 11%    | 0%     | 0%             |
| KAYES              | 30%    | 15%    | 33%    | 21%    | 0%             |
| KITA               | 8%     | 59%    | 15%    | 18%    | 0%             |
| BAFOULABE          | 0%     | 59%    | 24%    | 10%    | 8%             |
| Ensemble           | 10%    | 58%    | 20%    | 11%    | 2%             |

Tableau 5 : Répartition femmes selon le nombre de CPoN avant fin 6ème semaine post accouchement (n=178). Source enquêtes ménage.

Le **Résultat 1** met en évidence une progression notable dans l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de santé primaire. Les services sont perçus comme largement disponibles, et l'adoption des méthodes modernes de contraception a nettement augmenté. Toutefois, cette dynamique positive repose encore sur un socle fragile : la gratuité reste peu effective, les ruptures d'intrants sont récurrentes, et le choix contraceptif demeure limité, exposant les femmes et les adolescentes à une forte vulnérabilité en cas de rupture de stock.

En santé maternelle, l'adhésion initiale aux consultations prénatales et postnatales est très élevée, mais la complétude du suivi reste insuffisante et les écarts régionaux importants. Les accouchements en structures de santé progressent, mais certaines zones restent en retrait, tout comme la satisfaction des utilisatrices, qui affiche des contrastes importants selon les districts.

Un enseignement central ressort : malgré les progrès enregistrés, l'autonomie décisionnelle des femmes demeure insuffisante. Même si les femmes participent davantage aux décisions liées à leurs soins, la majorité des choix importants continue d'être prise par les hommes. Ce déséquilibre reflète le poids persistant des normes sociales patriarcales, renforcé par les perceptions négatives autour de plusieurs méthodes contraceptives et par des facteurs structurels tels que le mariage précoce, qui limitent la capacité des adolescentes et des jeunes femmes à recourir régulièrement aux services de SSR et de santé primaire.

Les approches communautaires — *Écoles de Maris, Terikunda Jekulu, Écoles de Mères* — ont néanmoins mon-

tré leur potentiel en tant que leviers de transformation sociale. En engageant les hommes, en renforçant la confiance en soi des femmes et en abordant collectivement les normes de genre, ces approches contribuent à rendre les services plus acceptables et à réduire certaines barrières sociales et économiques. L'estimation d'impact réalisée à partir des améliorations observées en planification familiale, suivi prénatal, accouchements assistés et soins postnatals suggère que les interventions combinées du programme pourraient contribuer à prévenir entre 40 et 53 décès maternels et néonataux par an pour 100 000 habitants<sup>9</sup>. Ces résultats traduisent l'effet conjoint de l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'acceptabilité des services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que du renforcement du pouvoir décisionnel des femmes.

**En conclusion**, les services de SSR et de santé primaire sont largement accessibles et de plus en plus utilisés, mais que leur impact reste limité par trois contraintes structurelles :

- une autonomie décisionnelle encore insuffisante pour les femmes et les adolescentes ;
- une gratuité incomplète et des ruptures d'intrants qui fragilisent l'accès réel aux services et le choix contraceptif ;
- des disparités régionales persistantes affectant l'équité pour les femmes et les filles les plus éloignées des services essentiels.

<sup>9</sup> Estimation indirecte fondée sur les standards OMS, Guttmacher et UNFPA. Basée sur une population de référence de 100 000 habitants et sur les taux de mortalité maternelle (325/100 000 NV) et néonatale (33/1 000 NV) observés au Mali. Les hausses de couverture — planification familiale moderne (28 % -> 66 %), CPN4 (26 % -> 75 %), accouchements en structures de santé (82 % -> 88 %) et CPoN ≤ 24h (≈ 95 %) — ont été intégrées selon une approche séquentielle appliquant des coefficients conservateurs de réduction du risque, permettant d'obtenir une estimation prudente de 40 à 53 vies sauvées/an.



## R2. ADOPTION DURABLES DE PRATIQUES DE NUTRITION, D'EAU, D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT (RÉSULTAT 1200)

Le résultat 1200 porte sur l'amélioration des pratiques nutritionnelles et de l'accès à un environnement salubre, à travers notamment le renforcement des pratiques

d'hygiène et d'assainissement, ainsi que l'organisation de séances de démonstration culinaire au niveau communautaire. Ce pilier vient en complémentarité du résultat 1100, en créant un cadre de vie plus sain et favorable pour prévenir les maladies infectieuses et différentes formes de malnutrition, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes ou allaitantes.

### ADOPTION DURABLE DE PRATIQUES D'HYGIÈNE, ASSAINISSEMENT ET DE NUTRITION (1200)

(Femmes et adolescentes)

Accès accru et équitable aux infrastructures EHA répondant aux inégalités de genre et respectant le standard national pour la prévention et le contrôle des infections (1210).

Connaissances accrues des femmes, hommes, filles et garçons sur les bonnes pratiques nutritionnelles sensibles au genre en consultation avec les femmes et de manière à répondre aux inégalités de genre (1230).

#### ACTIVITÉS CLÉS

- Séances de sensibilisation menées auprès femmes, filles, hommes et garçons, portant sur les bonnes pratiques en EHA sensibles au genre.
- Séances de sensibilisation menées sur les bonnes pratiques ANJE avec la participation des relais communautaires, ASC, GSAN et personnel des CSCOM et CSREF.
- Séances de diffusion de recettes à haute valeur nutritive sur la base de la production agropastorale et maraîchère locale.
- Séances de renforcement des capacités des GSAN existants (capacités techniques, organisationnelles, et sensibilisation aux problématiques de genre)
- Latrines scolaires construites/réhabilitées (et sensibilisations sur l'utilisation et entretien dans les écoles)

Figure 14 : Aperçu des activités du résultat 1200.

Comme inscrit dans le cadre de mesure de contribution à l'autonomie des femmes, le projet a mis en place plusieurs actions concrètes visant à renforcer l'accès à l'information, les pratiques EHA et nutritionnelles sensibles au genre et en un environnement de vie plus sain. Les réalisations sont les suivantes :

- **Séances de sensibilisation** sur les bonnes pratiques EHA sensibles au genre menées auprès des femmes, filles, hommes et garçons, avec la participation de 140 775 personnes
- **Séances de sensibilisation** sur les bonnes pratiques ANJE avec la participation des relais communautaires, ASC, GSAN et personnel des CSCOM et CSREF ; 440 relais communautaires, dont 167 femmes et 273 hommes.

- **Séances démonstrations** culinaires pour la diffusion de recettes à haute valeur nutritive basées sur la production agropastorale et maraîchère locale : 1.164 séances réalisées avec 93.133 participants, dont 36 616 hommes et 56 517 femmes

- **Renforcement de capacités des GSAN** : 117 GSAN ont bénéficié d'un renforcement d'un appui technique et organisationnel et d'une sensibilisation approfondie aux problématiques de genre.

- **Infrastructures d'assainissement en milieu scolaire** : 84 latrines scolaires séparées et adaptées aux filles construites ou réhabilitées dans 30 écoles, accompagnées de 455 séances de sensibilisations sur leur utilisation et entretien.



Latrine améliorée au sein d'une école.



## Résultats immédiats

Accès accru et équitable aux infrastructures EHA répondant aux inégalités de genre et respectant le standard national pour la prévention et le contrôle des infections (1210)

Dans les quatre districts sanitaires de Kayes, Bafoulabé, Kita et Sikasso, 100 % des 30 écoles ciblées disposent

de latrines scolaires séparées pour filles et garçons. Le projet a construit des latrines scolaires séparées pour les filles et les garçons dans 30 écoles réparties dans les districts sanitaires d'intervention. Ces installations sanitaires améliorées permettent aux filles de bénéficier d'une intimité suffisante, notamment pour assurer leur toilette intime et utiliser leur matériel d'hygiène menstruelle dans de bonnes conditions.

| District Sanitaire      | #d'école  | # de latrines séparées par sexe et par école | %           | Représentativité des femmes dans les CGS (%) |
|-------------------------|-----------|----------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------|
| BAFOULABE               | 7         | 20                                           | 100%        | 16%                                          |
| KAYES                   | 7         | 20                                           | 100%        | 14%                                          |
| KITA                    | 8         | 22                                           | 100%        | 30%                                          |
| SIKASSO                 | 8         | 22                                           | 100%        | 28%                                          |
| <b>Moyenne générale</b> | <b>30</b> | <b>84</b>                                    | <b>100%</b> | <b>22%</b>                                   |

Tableau 6 : % d'écoles dotées de latrines améliorées et représentativité des femmes dans les comités de gestion EHA.

## Fonctionnalité et représentativité (%) des femmes dans les Comités de Gestion Scolaire des Infrastructures Eau, Hygiène et Assainissement (CGS) :

Dans les 30 écoles ciblées, les CGS répertoriés sont tous fonctionnels. Cela signifie que ces comités tiennent régulièrement des réunions et assurent le suivi des activi-

tés scolaires, notamment en lien avec les infrastructures Eau, Hygiène et Assainissement (EHA).

La représentativité moyenne des femmes dans les CGS est de 22 %, ce qui reste insuffisant pour garantir une participation équitable des femmes aux instances de prise de décision.



### Représentativité (%) des femmes dans de postes de prise de décision dans les comités gestion des points d'eau (niveau communautaire) :

Au niveau communautaire, 41 % des postes de prise de décision dans les comités de gestion des points d'eau sont occupés par des femmes en général. Dans le district de Bafoulabé, le pourcentage monte jusqu'à 87%.

Connaissances accrues des femmes, hommes, filles garçons sur les bonnes pratiques nutritionnelles sensibles au genre en consultation avec les femmes et de manière à répondre aux inégalités de genre (1230)

### Connaissance des besoins nutritionnels spécifiques et aliments essentiels des FEFA

De manière générale, les résultats (figure 15) montrent une amélioration des connaissances bien que moins d'une personne sur deux (45 %) déclare connaître les besoins nutritionnels spécifiques des femmes enceintes et allaitantes. Cette moyenne masque toutefois de fortes disparités de genre : près de deux hommes sur trois (61 %) reconnaissent ces besoins contre moins d'une femme sur trois (29 %).

Ce paradoxe souligne une double limite : une sensibilisation globale encore insuffisante et un accès restreint à l'information pour les femmes, malgré leur participation majoritaire aux groupes ANJE. Le faible niveau d'éducation des femmes pourrait également rendre plus difficile



la compréhension et la rétention de certains messages de sensibilisation. Ainsi, la présence des femmes dans ces espaces ne garantit pas une appropriation complète des connaissances, possiblement en raison de contraintes de temps, d'une hiérarchisation des priorités ou d'un transfert inégal de l'information au sein du ménage.

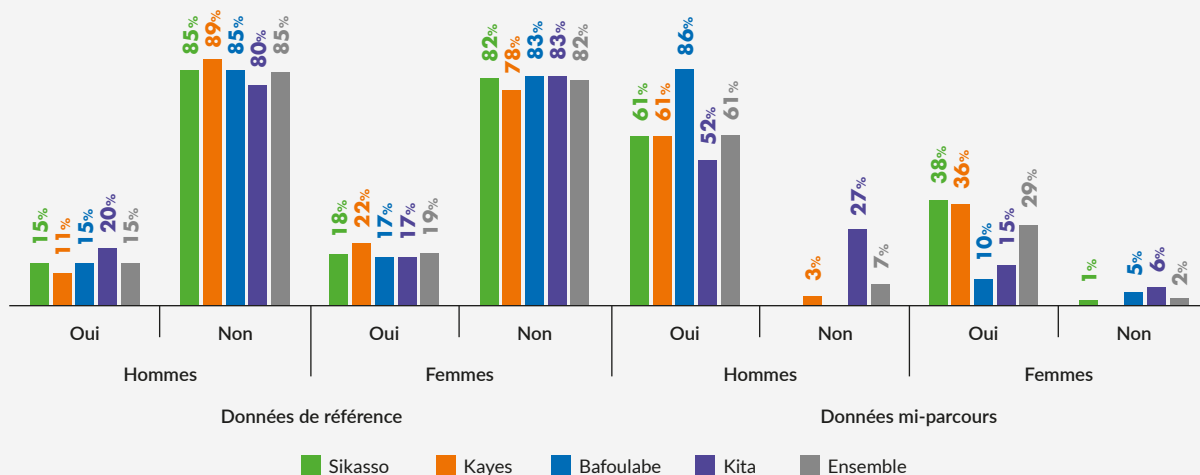


Figure 15 : Connaissances des besoins nutritionnels des femmes enceintes, allaitantes (n=210). Source : Enquête ménage évaluation multisectorielle.



Les résultats montrent que la connaissance des aliments essentiels pour les femmes enceintes et allaitantes est globalement centrée sur les céréales (93 %) et les poissons (79 %). En revanche, les aliments riches en micronutriments, pourtant cruciaux pour la santé maternelle et infantile, restent largement méconnus : seulement 33 % citent les fruits riches en vitamine A, 24,2 % les légumineuses et graines, 20 % les produits laitiers et 13 % les abats riches en fer. Des disparités régionales apparaissent également : Kayes se distingue par une connaissance plus diversifiée (viandes, œufs, abats), tandis que Bafoulabé et surtout Kita présentent des niveaux très faibles pour plusieurs groupes alimentaires, notamment les produits d'origine animale. À Sikasso, reconnu comme le « grenier du Mali », les résultats confirment en partie cette réputation : la majorité cite les céréales (89 %) et les poissons (82 %), et la connaissance des légumes à

feuilles vert foncé (61 %) y est plus élevée que dans les autres régions. Toutefois, la richesse agricole locale ne se traduit pas pleinement par une bonne connaissance nutritionnelle des aliments protecteurs : seuls 33 % citent les fruits riches en vitamine A et la proportion reste faible pour les abats (7 %) ou le lait (31 %). Le poids accordé au poisson illustre bien cette distinction entre savoir et pratique : sa place dominante reflète sa valorisation dans les messages de santé et sa disponibilité sous forme séchée ou fumée, mais ne signifie pas nécessairement une consommation régulière par les ménages. Ces résultats rappellent donc qu'il s'agit d'une mesure de connaissance déclarée, et non de consommation effective, et soulignent le besoin de renforcer la sensibilisation aux aliments protecteurs indispensables à la prévention des carences nutritionnelles.

| District Sanitaire                             | Sikasso | Kayes | Bafoulabé | Kita | Ensemble   |
|------------------------------------------------|---------|-------|-----------|------|------------|
| <b>Céréales</b>                                | 89%     | 90%   | 95%       | 65%  | <b>93%</b> |
| <b>Légume et tubercule riche en vitamine A</b> | 36%     | 49%   | 67%       | 48%  | <b>51%</b> |
| <b>Tubercules blanc et racines</b>             | 43%     | 39%   | 10%       | 19%  | <b>36%</b> |
| <b>Légumes à feuilles vert foncé</b>           | 61%     | 33%   | 48%       | 38%  | <b>50%</b> |
| <b>Autres légumes</b>                          | 32%     | 36%   | 10%       | 6%   | <b>28%</b> |
| <b>Fruits riches en vitamine A</b>             | 33%     | 36%   | 24%       | 17%  | <b>33%</b> |
| <b>Autres fruits</b>                           | 8%      | 25%   | 10%       | 4%   | <b>14%</b> |
| <b>Abats riches en fer</b>                     | 7%      | 28%   | 5%        | 0%   | <b>13%</b> |
| <b>Viandes</b>                                 | 50%     | 73%   | 24%       | 23%  | <b>54%</b> |
| <b>Œufs</b>                                    | 50%     | 54%   | 38%       | 19%  | <b>47%</b> |
| <b>Poissons</b>                                | 82%     | 81%   | 57%       | 50%  | <b>80%</b> |
| <b>Légumineuses noix et graines</b>            | 39%     | 23%   | 5%        | 2%   | <b>24%</b> |
| <b>Lait et produits laitiers</b>               | 31%     | 22%   | 5%        | 2%   | <b>21%</b> |
| <b>Huiles et graisses</b>                      | 15%     | 15%   | 0%        | 2%   | <b>12%</b> |
| <b>Sucreries</b>                               | 7%      | 30%   | 5%        | 8%   | <b>16%</b> |
| <b>Huile, beurre</b>                           | 1%      | 15%   | 0%        | 0%   | <b>6%</b>  |
| <b>Boissons</b>                                | 8%      | 16%   | 14%       | 4%   | <b>12%</b> |
| <b>Épices, condiments</b>                      | 11%     | 22%   | 0%        | 4%   | <b>13%</b> |

Tableau 7 : Connaissances des aliments essentiels pour les FEFA (n=210). Source : enquête ménage évaluation multisectorielle.

## Connaissance des besoins nutritionnels spécifiques et aliments essentiels des enfants de moins de 5 ans

La connaissance des besoins nutritionnels des enfants de 6 à 59 mois apparaît nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes : au total, 64 % des hommes

déclarent être informés contre 31 % des femmes. Chez les hommes, le niveau culmine à Bafoulabé (86 %), puis Kayes (64 %), Kita (60 %) et Sikasso (60 %), avec un « Non » notable à Kita (19 %). Chez les femmes, les meilleurs résultats sont observés à Sikasso (40 %) et Kayes (36 %), tandis que Bafoulabé (14 %) et Kita (17 %) restent en retrait.



Le tableau 8 montre que la connaissance des aliments adaptés aux besoins nutritionnels des enfants de moins de 5 ans est largement centrée sur les céréales (77 %). L'importance des protéines animales (poisson, viande, œufs) est relativement connue tandis que les légumineuses, noix, et graines a peu été reportée (11 %). Les abats, notamment le foie, bien que riches en protéines, fer, et vitamines essentielles telles que la vitamine A et la vitamine B12, sont peu connus (8 %), ce qui souligne une méconnaissance de leur haute valeur nutritionnelle, pourtant cruciale pour la croissance et la santé des enfants.

La connaissance de l'importance de la consommations d'aliments riches en micronutriments tels que les légumes et fruits, est limitée. Les produits laitiers et les matières grasses sont également insuffisamment cités. Enfin, près de 15 % des répondants considèrent que les sucreries (principalement du sucre blanc) sont importantes dans l'alimentation des enfants, alors que leur faible qualité nutritionnelle en fait un choix peu bénéfique.

| District Sanitaire                             | Sikasso | Kayes | Bafoulabe | Kita | Ensemble   |
|------------------------------------------------|---------|-------|-----------|------|------------|
| <b>Céréales</b>                                | 61%     | 73%   | 100%      | 77%  | <b>77%</b> |
| <b>Légume et tubercule riche en vitamine A</b> | 25%     | 22%   | 29%       | 17%  | <b>24%</b> |
| <b>Tubercules blanc et racines</b>             | 40%     | 28%   | 10%       | 8%   | <b>27%</b> |
| <b>Légumes à feuilles vert foncé</b>           | 10%     | 25%   | 19%       | 6%   | <b>16%</b> |
| <b>Autres légumes</b>                          | 17%     | 25%   | 5%        | 0%   | <b>15%</b> |
| <b>Fruits riches en vitamine A</b>             | 31%     | 33%   | 10%       | 0%   | <b>24%</b> |
| <b>Autres fruits</b>                           | 4%      | 13%   | 0%        | 2%   | <b>7%</b>  |
| <b>Abats riches en fer</b>                     | 4%      | 17%   | 0%        | 2%   | <b>8%</b>  |
| <b>Viandes</b>                                 | 50%     | 65%   | 19%       | 27%  | <b>50%</b> |
| <b>Œufs</b>                                    | 47%     | 61%   | 29%       | 23%  | <b>47%</b> |
| <b>Poissons</b>                                | 60%     | 73%   | 62%       | 60%  | <b>68%</b> |
| <b>Légumineuses noix et graines</b>            | 19%     | 9%    | 0%        | 2%   | <b>11%</b> |
| <b>Lait et produits laitiers</b>               | 31%     | 25%   | 10%       | 6%   | <b>22%</b> |
| <b>Huiles et graisses</b>                      | 8%      | 13%   | 10%       | 2%   | <b>9%</b>  |
| <b>Sucreries</b>                               | 11%     | 29%   | 0%        | 2%   | <b>15%</b> |
| <b>Huile, beurre</b>                           | 3%      | 10%   | 5%        | 0%   | <b>5%</b>  |
| <b>Boissons</b>                                | 29%     | 9%    | 10%       | 4%   | <b>16%</b> |
| <b>Épices, condiments</b>                      | 3%      | 10%   | 0%        | 0%   | <b>5%</b>  |

Tableau 8 : Connaissances des aliments essentiels pour les enfants de moins de 5ans (n=210). Source enquête ménage

Concernant la connaissance des besoins nutritionnels, globalement les résultats convergent : la connaissance se focalise sur les aliments de base (céréales, poisson) tandis que les groupes protecteurs clés pour FEFA et enfants 6–59 mois (vitamine A, fer/abats, légumineuses, produits laitiers) restent peu connus. Cette faiblesse est genrée (hommes plus informés que femmes) et inégale selon les districts (Kayes plus diversifié ; Bafoulabé et surtout Kita en retrait ; Sikasso partiellement en phase avec son potentiel agricole). Il s'agit bien de connaissance déclarée (≠ consommation), ce qui laisse présager des difficultés à atteindre un niveau de diversité alimentaire acceptable chez les femmes et enfants.

### Allaitement Maternel Exclusif (AME)

L'allaitement maternel exclusif (AME) chez les enfants âgés de <6 mois atteint 43 % au total, un niveau en progression par rapport à la référence (32 %), mais en-dessous du repère international (WHO, *Global Nutrition Targets 2025*) de min 50 %. Les écarts sont marqués : Kayes atteints 64 %, Sikasso et Kita restent insuffisants), et Bafoulabé 25 % enregistre le niveau de plus faible.

Les meilleures performances observées à Kayes pourraient s'expliquer par une meilleure couverture des interventions communautaires, une sensibilisation accrue,

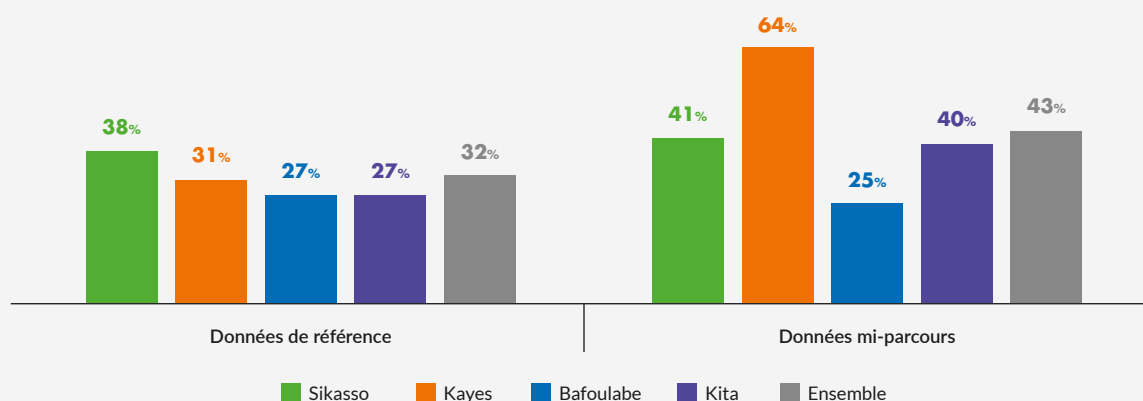


Séances de sensibilisation de groupe © Action Against Hunger – Mali Mission



ainsi que par des programmes ciblés antérieurs. À l'inverse, le faible taux à Bafoulabé pourrait résulter d'un cumul de facteurs : un accès limité aux soins, un ancrage profond des pratiques traditionnelles, et une absence ou

une faible présence de groupes de soutien communautaire (GSAN, ASC) pour accompagner et conseiller les mères (Figure 16).



**Figure 16** : Proportion d'Allaitement Maternel Exclusif (AME) chez les enfants de moins de 6 mois (n=146). Source : Enquête ménage évaluation multisectorielle.



## Score de Diversité Alimentaire de la Femme (MDD-W)<sup>10</sup>

Le graphique (Figure 17) indique la diversité alimentaire minimale des femmes (MDD-W), basée sur la consommation des dernières 24 h ( $\geq 5$  groupes/10). Sur l'ensemble des 4 districts, 66% des femmes interrogées

ont une diversité alimentaire adéquate, laissant 34% dans une situation de moyen ou faible diversité alimentaire (moins de 5 groupes d'aliments consommés par la femme au jour précédent l'enquête) : Bafoulabé se distingue comme étant le district le plus vulnérable, avec 49% des femmes ayant une diversité alimentaire faible ou moyen.

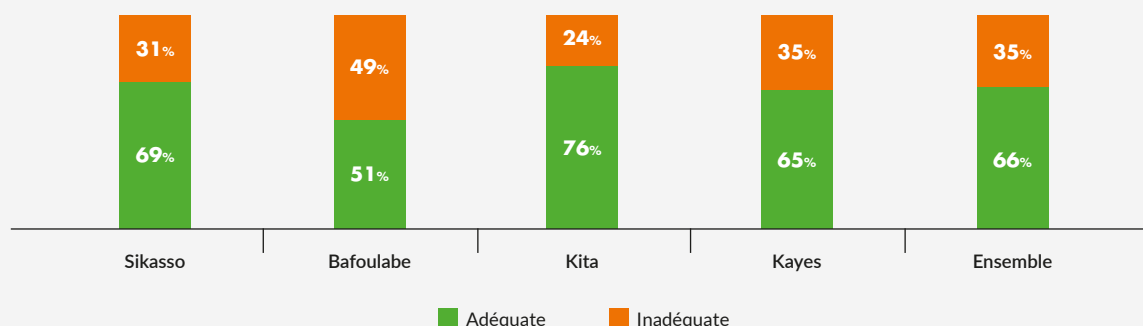


Figure 17 : Score de Diversité Alimentaire (SDA/MDDW) de la femme. (n=228). Source : Enquête ménage évaluation multisectorielle.

| Groupes de céréales                                 | Kayes | Kita | Sikasso | Bafoulabe | Ensemble |
|-----------------------------------------------------|-------|------|---------|-----------|----------|
| Céréales et grains                                  | 97%   | 100% | 100%    | 100%      | 99%      |
| Racines et tubercules blancs                        | 13%   | 12%  | 5%      | 22%       | 12%      |
| Légumineuses                                        | 43%   | 50%  | 12%     | 56%       | 39%      |
| Noix et graines                                     | 88%   | 100% | 66%     | 76%       | 82%      |
| Lait et autres produits laitiers                    | 42%   | 43%  | 34%     | 16%       | 35%      |
| Viande, volaille, abats                             | 13%   | 24%  | 20%     | 27%       | 21%      |
| Poissons et crustacés                               | 43%   | 45%  | 91%     | 27%       | 54%      |
| Oeufs                                               | 15%   | 9%   | 18%     | 2%        | 12%      |
| Légumes à feuilles vert foncé                       | 98%   | 100% | 94%     | 100%      | 98%      |
| Légumes, racines et tubercules riches en vitamine A | 48%   | 52%  | 8%      | 42%       | 36%      |
| Fruits riches en vitamines A                        | 17%   | 31%  | 8%      | 29%       | 20%      |
| Autres légumes                                      | 27%   | 45%  | 94%     | 31%       | 51%      |
| Autres fruits                                       | 0%    | 0%   | 15%     | 0%        | 4%       |

Tableau 9 : Proportion de groupe d'aliments consommés par les femmes.

<sup>10</sup> Le Score de Diversité Alimentaire de la Femme (MDD-W) est un indicateur qui mesure la qualité de l'alimentation des femmes de 15 à 49 ans. Il est atteint lorsqu'une femme consomme au moins 5 groupes alimentaires sur 10 au cours des dernières 24 heures, ce qui reflète une probabilité plus élevée d'apports adéquats en micronutriments.



## Score de Diversité Alimentaire des enfants de 6 à 23 mois (IDDS-6-23mois)<sup>11</sup>

La majorité des enfants de 6–23 mois (76 %) atteignent une diversité alimentaire minimale adéquate. Toutefois, près d'un quart (24 %) restent exposés à une alimentation insuffisamment diversifiée avec des disparités régionales marquées particulièrement préoccupantes à Bafoulabé où près d'un enfant sur 2 n'a pas une alimentation diversifiée (43 %). Ce déficit semble lié à un accès

limité aux services, à des pratiques traditionnelles persistantes et à la faible présence de groupes de soutien communautaire (GSAN, ASC) pour accompagner les mères. À l'inverse, Sikasso se distingue positivement, avec 100 % des enfants atteignant une diversité alimentaire adéquate. Ce résultat exceptionnel s'explique probablement par une plus grande disponibilité alimentaire et une diversité culturelle plus élevée dans la région, ainsi que par l'activité renforcée des GSAN, qui y réalisent davantage de démonstrations nutritionnelles.

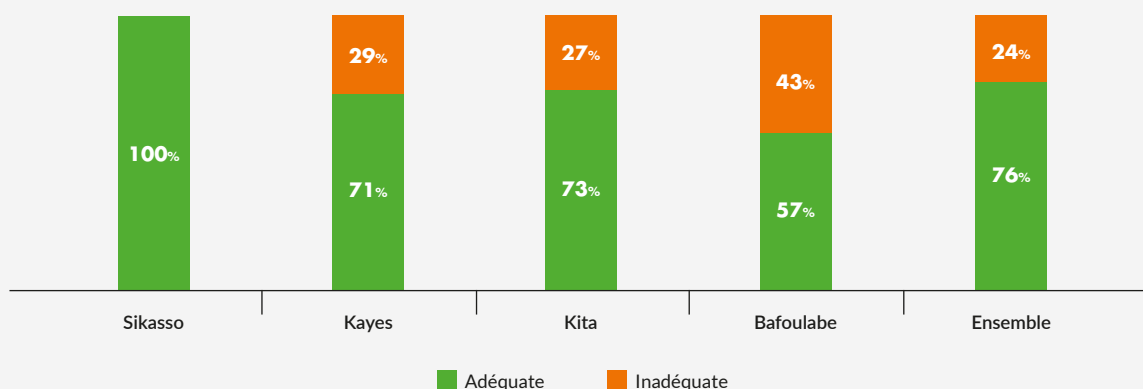


Figure 18 : Score de Diversité Alimentaire (SDA) des enfants de 6 à 23 mois (n=72). Source : Enquête ménage.

## L'analyse de la diversité alimentaire selon les districts sanitaires

Montre que l'allaitement maternel exclusif est quasi universel (99 %) constituant une base solide de l'alimentation infantile. En revanche, les apports alimentaires complémentaires apparaissent inégaux et parfois insuffisamment diversifiés. La consommation de céréales, racines et tubercules reste correcte dans l'ensemble (68 %) sauf à Bafoulabé (48 %) et Kita (53 %). Ce district présente aussi les plus faibles niveaux de légumineuses et fruits à coque avec 38 % et de produits laitiers avec 48 %.

La consommation de produits laitiers est contrastée : si Sikasso atteint 100 %, les taux chutent à 48 % à Bafoulabé et 57 % à Kayes. Les viandes et poissons sont consom-

més par 61 % des enfants, avec un pic à Kayes (86 %) mais un niveau faible à Sikasso (45 %).

Les œufs apparaissent comme le groupe le moins consommé avec 33 % en moyenne, à l'exception de Kita qui atteint 60 %. En revanche, la consommation de fruits et légumes riches en vitamine A est globalement élevée (79 %) avec une couverture complète à Sikasso mais chute à 57 % à Bafoulabé. Enfin, les autres fruits et légumes sont bien représentés (78 %), allant de 95 % à Sikasso à 62 % à Bafoulabé (Tableau 10).

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la diversité alimentaire, notamment l'accès aux œufs, aux légumineuses et aux produits laitiers, surtout dans les zones de Kita et Bafoulabé.

<sup>11</sup> Le score de diversité alimentaire des enfants de 6 à 23 mois (IDDS) mesure le nombre de groupes alimentaires consommés par l'enfant au cours des dernières 24 heures. Selon l'OMS et l'UNICEF, la diversité minimale est atteinte lorsqu'au moins 5 groupes sur 8 sont consommés, ce qui reflète une probabilité plus élevée d'apports adéquats en micronutriments. Cet indicateur est essentiel pour évaluer la qualité de l'alimentation complémentaire pendant la période critique de la petite enfance.



| District Sanitaire | Lait maternel | Céréales, racines, tubercules et plantains | Légumineuses et fruits à coque | Produits laitiers | Viande et poisson | Oeufs | Fruits et légumes riches en vitamine A | Autres fruits et légumes |
|--------------------|---------------|--------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------|----------------------------------------|--------------------------|
| Sikasso            | 100%          | 77%                                        | 64%                            | 100%              | 45%               | 14%   | 100%                                   | 95%                      |
| Kayes              | 93%           | 100%                                       | 50%                            | 57%               | 86%               | 14%   | 86%                                    | 71%                      |
| Kita               | 100%          | 53%                                        | 53%                            | 73%               | 60%               | 60%   | 73%                                    | 80%                      |
| Bafoulabe          | 100%          | 48%                                        | 38%                            | 48%               | 62%               | 48%   | 57%                                    | 62%                      |
| Ensemble           | 99%           | 68%                                        | 51%                            | 71%               | 61%               | 33%   | 79%                                    | 78%                      |

Tableau 10 : Proportion de groupe d'aliments consommés par les enfants de 6 à 23 mois

### Prise de décision en Nutrition et Santé

En moyenne, 77 % des femmes participent à la prise de décision sur l'alimentation des enfants (Figure 19).

La situation de Sikasso est préoccupante, car la majorité des décisions y sont prises par les hommes, soit 67%, ce qui peut limiter l'autonomie des femmes en matière de nutrition infantile.

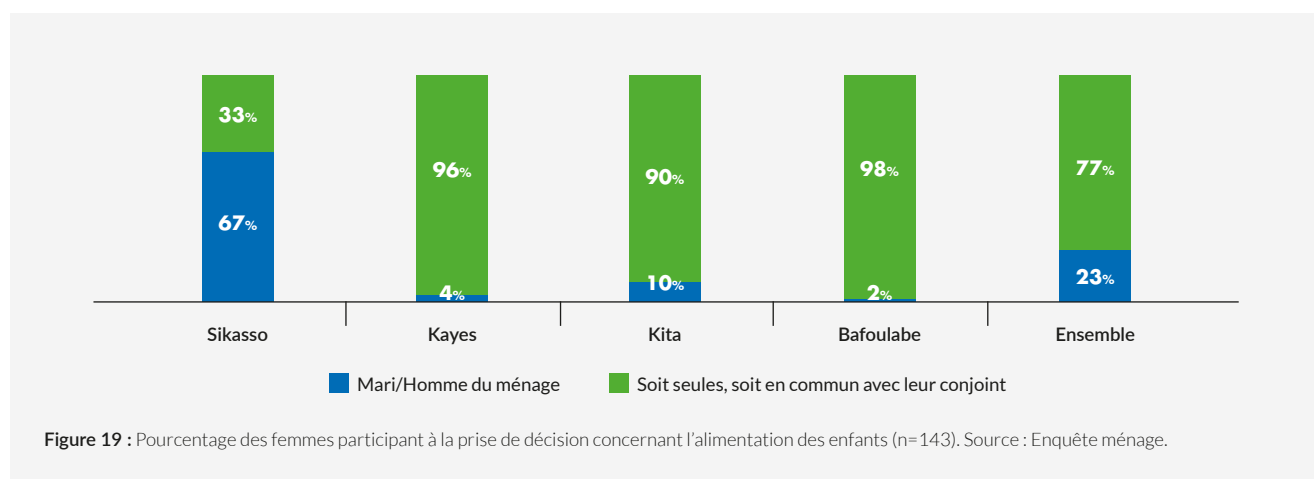


Figure 19 : Pourcentage des femmes participant à la prise de décision concernant l'alimentation des enfants (n=143). Source : Enquête ménage.

### Prise de décision sur le type de traitement par l'enfant

En moyenne, 66 % des femmes participent à la prise de décision sur le type de traitement (traditionnel ou médical) reçu par l'enfant, soit seules, soit conjointement avec leur mari. Toutefois, il subsiste des disparités importantes entre les districts (Figure 20).

Kita se distingue par une forte implication des femmes dans la décision (93 % en association avec leur mari ou seules), tandis qu'à Sikasso, cette implication est plus faible (36 %).

### Représentativité des femmes dans les Groupe de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN) et Associations de Santé Communautaire (ASACO) :

Globalement, 67 % des membres des GSAN sont des femmes. Cette proportion est particulièrement éle-

vée dans les districts de Bafoulabé (91 %) et de Sikasso (67 %).

Malgré cette sous-représentation globale, il est important de souligner que les femmes occupent des postes clés dans les organes de gestion de la majorité des ASACO. Parmi les postes occupés figurent : Vice-présidente du Conseil d'Administration (CA), Trésorière, Secrétaire administrative, Adjointe au secrétaire chargé des conflits, Secrétaire à la mobilisation et Secrétaire aux comptes.

Avec 30 % de femmes membres, les ASACO atteignent le quota national de 30 %, traduisant une avancée en matière d'inclusion féminine dans la gouvernance locale de la santé. Leur rôle est crucial car ces structures gèrent les CSCOM et influencent directement l'offre de services de santé primaire.

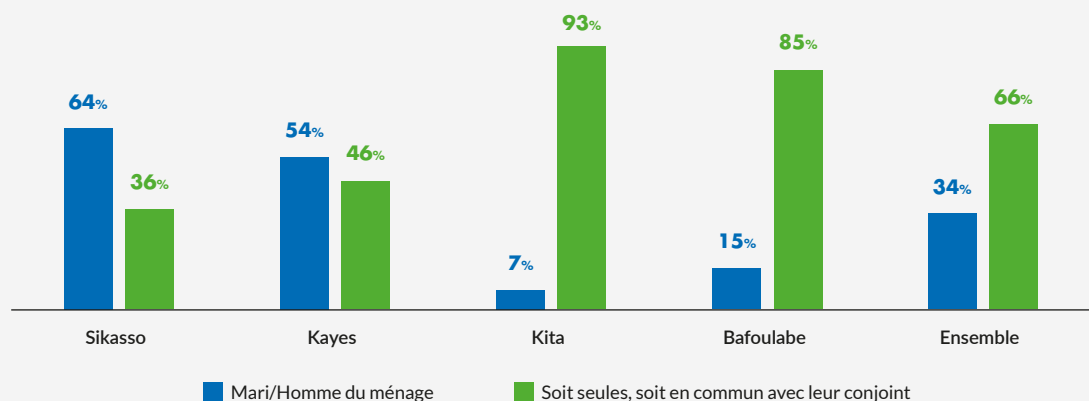


Figure 20 : Prise de décision sur le type de traitement (traditionnel ou médical) reçu par l'enfant quand il est malade (n=143). Source : Enquête ménage.

Le **Résultat 2** met en évidence une dynamique globalement positive dans l'adoption de pratiques durables en matière de nutrition et d'EHA. Les acquis sont particulièrement visibles sur la diversité alimentaire : la proportion de femmes et d'enfants atteignant une diversité minimale adéquate a fortement augmenté et dépasse désormais largement les moyennes nationales, ce qui suggère une contribution significative des interventions du projet (jardins maraîchers, dotations animales, démonstrations culinaires). Toutefois, certains districts comme Bafoulabé restent en retrait, avec une part importante de femmes et d'enfants encore en déficit de diversité alimentaire.

En matière d'allaitement maternel exclusif, les résultats progressent mais demeurent insuffisants au regard des repères internationaux. Les performances restent hétérogènes selon les districts, avec des zones en nette avancée et d'autres en situation critique, ce qui souligne la nécessité de stratégies plus ciblées dans les contextes les plus vulnérables.

Sur le plan EHA, les acquis sont solides : toutes les écoles ciblées disposent désormais de latrines séparées et adaptées aux besoins des filles, contribuant à améliorer l'intimité et à réduire l'absentéisme lié aux menstruations. Les comités de gestion scolaires sont fonctionnels, mais la représentativité féminine y demeure limitée, traduisant un déficit de participation équitable dans la gouvernance locale de l'EHA. À l'inverse, les comités communautaires de gestion de l'eau offrent davantage d'espaces de décision aux femmes, ouvrant des possibilités concrètes de pouvoir d'agir au niveau communautaire.

Un constat central ressort : l'accès à l'information nutritionnelle reste fortement genré. Les hommes sont nettement mieux informés des besoins nutritionnels des

femmes enceintes et allaitantes que les femmes elles-mêmes. Cette asymétrie reflète à la fois le poids de canaux institutionnels de communication orientés vers les leaders masculins et les limites des approches collectives de sensibilisation, qui diffusent les messages sans toujours garantir leur appropriation individuelle par les femmes et les adolescent-e-s. En revanche, les Groupes de Soutien aux Activités de Nutrition (GSAN), largement féminisés, jouent un rôle clé dans la transmission des bonnes pratiques alimentaires et la mobilisation communautaire, même si leurs effets restent inégaux selon les districts.

L'allaitement maternel exclusif illustre bien ces limites : malgré la multiplication des séances de sensibilisation, les normes sociales, la charge domestique et la faible visibilité des aliments protecteurs (riches en micronutriments) continuent de freiner l'adoption de pratiques optimales, en particulier pour les femmes enceintes, allaitantes et les jeunes enfants.

Les stratégies communautaires, notamment l'implication des GSAN et la participation des femmes au sein des ASACO, ont renforcé le rôle des femmes dans la nutrition familiale et la gouvernance locale de la santé. La représentation féminine dans ces instances progresse, conformément aux quotas nationaux, mais des efforts restent nécessaires pour que cette présence se traduise en un pouvoir réel d'influence sur les choix nutritionnels et EHA au niveau des communautés.

Au-delà des taux de couverture, une estimation d'impact permet d'objectiver la contribution du programme à la survie maternelle et néonatale. Sur la base de relations causales établies par la littérature internationale (OMS, UNICEF, Lancet Nutrition Series, Guttmacher) et des améliorations observées en EHA, nutrition et genre



(AME, diversité alimentaire, infrastructures sensibles au genre, participation féminine), le modèle suggère que les interventions combinées du projet pourraient contribuer à sauver plusieurs dizaines de vies maternelles et néonatales chaque année pour une population de 100 000 habitant·e·s<sup>12</sup>. Cette estimation reste prudente, mais elle illustre l'ampleur potentielle des gains liés à des pratiques nutritionnelles améliorées dans des environnements EHA plus favorables aux femmes et aux enfants.

En conclusion, les pratiques nutritionnelles et EHA progressent nettement, mais que leur impact demeure freiné par trois contraintes majeures :

- la persistance de niveaux insuffisants d'allaitement maternel exclusif et de consommation d'aliments protecteurs, en particulier pour les femmes enceintes, allaitantes et les jeunes enfants ;
- une asymétrie persistante d'accès à l'information nutritionnelle entre hommes et femmes, au détriment de l'autonomie des femmes et des adolescentes ;

- des inégalités régionales marquées, notamment à Bafoulabé et Kita, qui exposent davantage les femmes, les filles et les jeunes enfants des zones les plus défavorisées.

### R3. ACCÈS AUX RESSOURCES ET AUTONOMISATION ÉCONOMIQUE DES FEMMES (1300)

Le résultat 1300 vise à accroître l'autonomie, le pouvoir décisionnel et la résilience économique des femmes productrices, transformatrices et commerçantes de produits agricoles à haute valeur nutritive dans les districts sanitaires ciblés. Ce pilier est complémentaire des résultats 1100 et 1200 : Il repose sur l'hypothèse que le renforcement des capacités des groupements féminins ruraux dans la production, commercialisation et gestion économique autonome contribue à leur indépendance économique et à l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages.

#### AUTONOMIE, POUVOIR DÉCISIONNEL ET RÉSILIENCE ÉCONOMIQUE (1300)

(Groupements féminins, décideurs)

Capacité accrue de production autonome d'aliments à haute valeur nutritive par les femmes et groupements féminins (1310).

Capacité accrue des groupements féminins dans la gestion économique autonome de leurs activités de production et commercialisation (1320).

Intégration accrue du genre, de la nutrition et de la résilience face aux crises dans les plans de développement locaux et nationaux (1330).

#### ACTIVITÉS CLÉS

- Accès des femmes au foncier agricole sécurisé, avec :
  - Formation technique
  - Donation des outils, matériel agricole, semences, etc.
  - Distribution de volaille et caprins.
- Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC).
- Séances de plaidoyer menées auprès des communautés et des autorités locales, avec la participation active des groupements féminins, pour améliorer l'accès des femmes au foncier
- Séances de plaidoyer au niveau national, avec la participation active des représentantes de groupements féminins, pour veiller au suivi des engagements du gouvernement.

Figure 21 : Aperçu des activités du résultat 1300.

<sup>12</sup> Estimation indirecte appliquée à une population standard de 100 000 habitants, en utilisant les valeurs de référence nationales du Mali (TMM 325/100 000 NV ; TMN 33/1 000 NV). Les progrès observés — accès accru à l'eau, l'hygiène et l'assainissement sensibles au genre ; hausse de l'allaitement maternel exclusif (32 % -> 43 %) ; amélioration de la diversité alimentaire des femmes (28 % -> 66 %) et des enfants (32 % -> 76 %) ; et renforcement de la représentation féminine dans les instances communautaires — ont été traduits en impacts sur la survie à l'aide de coefficients de réduction du risque issus de la littérature internationale. Ces coefficients indiquent notamment : une baisse d'environ 12 % de la mortalité infantile pour chaque hausse de 10 points de couverture de l'allaitement exclusif ; une réduction de 6 -> 8 % liée à une amélioration modérée de la diversité alimentaire ; une diminution de 10 -> 15 % des décès attribuables aux maladies diarrhéiques avec un accès durable à l'eau et à l'assainissement ; et une réduction supplémentaire de 3 -> 5 % des risques pour la santé maternelle et infantile associée à une plus grande participation des femmes aux structures décisionnelles locales.



Les actions sélectionnées pour leur contribution à l'autonomie des femmes comprennent:

- **Appui en ressources productives** : organiser des formations techniques et doter les groupements en outils, matériels agricoles, semences, ainsi qu'en volailles et caprins.
- **Renforcement des capacités et de la gouvernance des Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC)** dans la gestion, la transparence et la prise de décision.
- **Plaidoyer communautaire et institutionnel** : mener des séances de plaidoyer au niveau local, régional et national avec une participation active des groupements féminins, afin d'améliorer l'accès des femmes au foncier et le suivi des engagements publics.
- **Allègement de la charge domestique et partage des tâches** : réaliser 491 campagnes de sensibilisation pour promouvoir un partage plus équitable des tâches domestiques et renforcer la participation des femmes à la prise de décision.

## Résultats immédiats

**Capacité accrue de production autonome d'aliments à haute valeur nutritive par les femmes et groupements féminins (1310).**

L'amélioration des moyens de production et la sécurisation de l'accès au foncier sont des déterminants clés pour accroître significativement la productivité des exploitations agricoles des groupements féminins soutenus par le programme, et l'autonomisation économique de leurs membres. Les activités du programme et les données collectées montrent qu'une proportion importante des groupements féminins soutenus disposent de capacités et de moyens de production autonomes, fonctionnels et pérennes (intrants, semences, outils, équipements de transformation, compétences techniques et organisationnelles, etc...).

Le programme a permis d'accroître les superficies globales exploitées par les groupements féminins. La superficie totale des terres exploitées par les groupements de femmes (n= 11) dans les districts sanitaires de Bafoulabé, Kayes, Kita et Sikasso est en moyenne de 3,8 hectares (source : Synthèse des focus groups avec les groupements).

Grace aux soutiens apportés, les groupements féminins ont pu développer des mécanismes d'approvisionnement en intrants agricoles notamment les semences qui constituent un facteur essentiel pour booster le rende-

ment. En effet l'utilisation de semences de qualité peut contribuer à une augmentation du rendement jusqu'à 40%. Ainsi, les groupements féminins s'assurent de disposer de semences de qualité par l'achat sur le marché ou auprès des services techniques agricoles grâce aux ventes des récoltes issues des campagnes précédentes. Cette autonomie opérationnelle démontre certaines capacités à maintenir et à développer leur activité économique de production. Et ainsi une résilience économique minimum.

## Evaluation du statut d'accès au foncier des groupements féminins soutenus par le programme :

Concernant l'accès au foncier, pour l'analyse on distingue différents niveaux d'accès.

**Un accès sécurisé (propriété légale).** La grande majorité (84%) des groupements soutenus par le programme dispose et exploite des terres enregistrées légalement avec des documents attestant de leur propriété notamment des lettres d'attribution. Ces lettres d'attribution élaborées avec la concertation de l'ensemble des parties prenantes que sont les Commissions Foncières (CoFos), les propriétaires terriens, les leaders communautaires et les collectivités sont des garanties pour un accès durable aux terres agricoles. Cette reconnaissance légale confère aux groupements propriétaires une sécurité foncière leur permettant d'investir sur le long terme dans le développement de leur activité productrice et économique.

**Un accès que l'on considérera comme partiellement sécurisé.** Ici, il s'agit des situations foncières des groupements qui exploitent leurs terres à travers des modalités d'emprunt. A travers des concertations communautaires, certains propriétaires terriens ont accepté de mettre leurs terres agricoles à disposition de certains groupements féminins sous forme d'emprunt. Cette approche permet aux femmes d'avoir un accès temporel à des terres sans une assurance de sa durabilité. Une réclamation des terres par les propriétaires peut intervenir à tout instant privant ainsi les femmes de terres à exploiter. 16 % des groupements ont un accès foncier de ce type. Bien que ces modalités foncières permettent une certaine stabilité, elles limitent les projections de développement et d'investissement à court et moyen termes car elles ne garantissent pas une pérennité d'accès foncier dans le temps et restent conditionnées par les propriétaires.

Ces deux mécanismes d'accès au foncier ont, grâce aux efforts de plaidoyer, permis à 5258 femmes de disposer de façon pérenne ou temporelle des espaces de production agricole.



L'analyse du tableau 11 révèle que les actions de plaidoyer ont permis à la majorité des groupements féminins (84 %) d'accéder durablement à des terres agricoles. Par ailleurs, les activités de sensibilisation ont favorisé une prise de conscience de l'importance de l'accès des

femmes aux terres comme facteur déterminant de leur autonomisation. Ces femmes disposent désormais d'un accès direct à la terre qu'elles contrôlent et exploitent pour leurs propres besoins. Cela représente une avancée significative en matière de droits fonciers féminins.

| District sanitaire | # de groupements existants | # groupements avec accès à terres sécurisées | % groupements avec accès à terres sécurisé | # groupements avec accès à terres partiellement sécurisé | % groupements avec accès à terres partiellement sécurisées |
|--------------------|----------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Kayes              | 14                         | 6                                            | 43%                                        | 8                                                        | 57%                                                        |
| Kita               | 14                         | 14                                           | 100%                                       | 0                                                        | 0%                                                         |
| Bafoulabé          | 11                         | 11                                           | 100%                                       | 0                                                        | 0%                                                         |
| Sikasso            | 11                         | 11                                           | 100%                                       | 0                                                        | 0%                                                         |
| Total              | 50                         | 42                                           | 84%                                        | 8                                                        | 16%                                                        |

**Tableau 11 :** # groupes de femmes productrices avec accès à la terre sécurisé. Source : Base de données suivi accès des groupements au foncier sécurisé\_mars\_2025. (n=50). NB : certains groupements réalisent 2 campagnes d'exploitation agricole (pluviale et de contre saison).

La coordination et les partenariats renforcés avec les autorités locales, les structures foncières et les acteurs territoriaux, combinés au renforcement des capacités des groupements féminins en matière de leadership, de gouvernance interne, de gestion financière et de maîtrise des aspects juridiques, et administratifs liés à la gestion foncière ont été déterminants pour atteindre ces résultats.

Les performances du programme traduisent ainsi une certaine efficacité des interventions mises en œuvre et démontrent une amélioration tangible vers l'équité foncière, l'autonomisation et l'intégration des groupements féminins comme acteurs socioéconomiques clés au sein de leur terroir.

**Témoignages :** *ressenti des femmes sur les activités du projet ayant contribué à ce résultat.*

**Madame Alima Bamba, Présidente du groupement de femmes de Maro (Sikasso).** *"Le renforcement en plaidoyer et leadership m'a permis d'avoir confiance en moi. Je suis aujourd'hui à l'aise dans mon rôle de femme leader. J'ai pu prendre la parole devant les décideurs et autorités coutumières de mon village afin de négocier et d'obtenir des terres cultivables sécurisées pour les femmes de mon groupement."*

### Analyse des niveaux de production et récolte générés par les groupements féminins :

L'appui apporté aux producteurs et productrices vise à renforcer la production de cultures vivrières et marai-

chères qui soient à la fois des cultures de rente et des cultures sensibles à la nutrition. Cette double orientation permet de renforcer à la fois les moyens d'existence des ménages en générant de la valeur ajoutée et des revenus issus de la transformation et de la vente des productions. Aussi permettre l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle grâce à la disponibilité d'aliments diversifiés et riches en nutriments. En favorisant cette combinaison, les producteurs bénéficient d'une stratégie de production intégrée qui contribue à accroître la résilience économique tout en répondant aux besoins nutritionnels des familles notamment des femmes et des enfants. Ce modèle constitue une réponse aux défis et enjeux de résilience et malnutrition en créant des synergies entre développement socioéconomique, sécurité alimentaire et impact social positif d'autonomisation des femmes productrices.

Les groupements féminins accompagnés ont démontré leur capacité à diversifier et à accroître leur production grâce à une meilleure maîtrise des itinéraires techniques des spéculations. Cela s'est notamment traduit par une amélioration notable des rendements sur certaines cultures (maïs, arachide) se rapprochant du potentiel productif ou affichant de très bons rendements. Les résultats enregistrés en termes de production traduisent de bonnes performances dans l'adoption et la maîtrise technique des pratiques agricoles. Ainsi, l'accompagnement technique a significativement permis une meilleure appropriation des bonnes pratiques agricoles avec des effets directs sur l'amélioration des rendements et des productions.



| Spéculation | Rubrique          | Bafoulabé | Kayes | Kita | Sikasso | Moyenne Groupements | Rendement moyen zones* (kg/ha) | observations                                       |
|-------------|-------------------|-----------|-------|------|---------|---------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| Arachide    | Production (kg)   | 1050      | 500   | 1200 | 8450    | 2629                |                                | Très bon rendement                                 |
|             | Superficie (ha)   | 1,5       | 1     | 2    | 5       | 2                   |                                |                                                    |
|             | Rendement (kg/ha) | 700       | 500   | 600  | 1690    | 873                 | 700 à 900                      |                                                    |
| Niébé       | Production        | 200       | 50    |      |         | 125                 |                                | Nettement inférieur au potentiel. Faible rendement |
|             | Superficie (ha)   | 1         | 0,5   |      |         | 0,8                 |                                |                                                    |
|             | Rendement (kg/ha) | 200       | 100   |      |         | 150                 | 500 à 900                      |                                                    |
| Sésame      | Production        | 250       |       |      |         | 250                 |                                | Inférieur au potentiel                             |
|             | Superficie (ha)   | 1         |       |      |         | 1                   |                                |                                                    |
|             | Rendement (kg/ha) | 250       |       |      |         | 250                 | 400-700                        |                                                    |
| Maïs        | Production        |           |       | 4250 | 6600    | 5425                |                                | Bon rendement                                      |
|             | Superficie (ha)   |           |       | 0,4  | 5       | 2,7                 |                                |                                                    |
|             | Rendement (kg/ha) |           |       | 1572 | 1320    | 1446                | 1500-2500                      |                                                    |

**Tableau 12 :** Rendement des principales spéculations cultivées par les groupements. Source : Base de données Suivi de la campagne de production, synthèse des focus group. Source \* : Institut d'Economie Rurale du Mali (IER), FAO, DNGR, Statistiques INSAT 2019-2023.

Les performances du programme sont globalement satisfaisantes. Les résultats, l'appui et le suivi régulier réalisés lors de la mise en œuvre du programme ont montré de bonnes dynamiques et perspectives en termes de production malgré quelques défauts de performance sur la production de sésame et de niébé, et des contraintes techniques persistantes. En effet même si effectives, l'appropriation et l'application des techniques agricoles nécessitent du temps pour que leurs effets se traduisent de manière significative et durable sur les rendements.

D'autres facteurs affectent également les performances (i) les terres cédées par les propriétaires aux groupements féminins sont généralement les moins fertiles, celles qu'ils jugent peu propices à une production agricole rentable ; (ii) en matière de fertilisation, les techniques de production mises en œuvre reposent essentiellement sur l'utilisation de fumures organiques, dont l'effet sur la productivité se manifeste de manière cumulative au fil des années ; (iii) les effets du changement climatique notamment la modification du régime pluviométrique, entraînant une mauvaise répartition des pluies, des épisodes de stress hydrique et dans certaines

zones des inondations ont perturbé le développement des cultures et compromis les rendements. A noter que les cercles de Kayes, Bafoulabe et Kita ont été particulièrement affectés par ces chocs climatiques lors des dernières campagnes agricoles.

S'agissant de la production maraîchère, l'appui du programme a permis aux groupements féminins de valoriser plusieurs spéculations (Tableau 12). L'appui du programme en intrants, en aménagement des périmètres maraichers, en formation et accompagnement technique, visait à améliorer les rendements et la productivité des groupements féminins, tout en renforçant leur sécurité alimentaire et leur autonomie économique.

Les performances du programme en termes d'amélioration de la production maraîchère sont globalement bonnes. Les formations et l'accompagnement technique rapproché ont favorisé l'application de pratiques agricoles adéquates et ont permis d'améliorer les rendements. La majorité des spéculations atteignent ou s'approchent des potentiels ou niveaux de rendements moyens observés sur les zones.



| Spéculation         | Rubrique          | Bafoulabé | Kayes | Kita | Sikasso | Moyenne Groupements | Rendement moyen zones* (kg/ha) | observations                     |
|---------------------|-------------------|-----------|-------|------|---------|---------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Tomate              | Production (kg)   | 6540      | 1380  | 6631 | 4661    | 4803                |                                | Rendement satisfaisant           |
|                     | Superficie (ha)   | 1,4       | 0,25  | 1,6  | 1,3     | 1                   |                                |                                  |
|                     | Rendement (kg/ha) | 4671      | 5520  | 4144 | 3585    | 4480                | 6000-8000                      |                                  |
| Laitue              | Production (kg)   | 399       | 5377  | 1225 | 803     | 1951                |                                | Très Bon rendement               |
|                     | Superficie (ha)   | 0,49      | 1,35  | 0,29 | 0,40    | 0,6                 |                                |                                  |
|                     | Rendement (kg/ha) | 814       | 3983  | 4224 | 2024    | 2761                | 2000-3000                      |                                  |
| Chou pommé          | Production (kg)   | 1600      | 1532  | 2400 | 812     | 1586                |                                | Nettement inférieur au potentiel |
|                     | Superficie (ha)   | 0,7       | 0,2   | 1,02 | 0,50    | 0,6                 |                                |                                  |
|                     | Rendement (kg/ha) | 2286      | 7660  | 2000 | 1635    | 3395                | 6000-8000                      |                                  |
| Aubergine africaine | Production (kg)   | 1395      | 670   | 5400 | 1187    | 2163                |                                | Nettement inférieur au potentiel |
|                     | Superficie (ha)   | 0,5       | 0,17  | 0,69 | 0,61    | 0,5                 |                                |                                  |
|                     | Rendement (kg/ha) | 2790      | 3941  | 6000 | 1931    | 3666                | 7000-9000                      |                                  |
| Amarante            | Production (kg)   | 750       | 1080  | 2800 | 500     | 1283                |                                | Rendement satisfaisant           |
|                     | Superficie (ha)   | 0,21      | 0,2   | 0,6  | 0,1     | 0,3                 |                                |                                  |
|                     | Rendement (kg/ha) | 3571      | 5400  | 4666 | 5000    | 4659                | 5000-7000                      |                                  |
| Gombo               | Production (kg)   | 550       | 1707  | 2244 | 613     | 1279                |                                | Très Bon rendement               |
|                     | Superficie (ha)   | 0,2       | 0,5   | 0,5  | 3       | 1                   |                                |                                  |
|                     | Rendement (kg/ha) | 2619      | 3414  | 4488 | 6600    | 4280                | 3000-4500                      |                                  |
| Échalote            | Production (kg)   | 2833      | 1050  | 3572 |         | 2485                |                                | Inférieur au potentiel           |
|                     | Superficie (ha)   | 1,95      | 0,25  | 1    |         | 1,05                |                                |                                  |
|                     | Rendement (kg/ha) | 1453      | 4200  | 3572 |         | 3075                | 4000-5000                      |                                  |
| Oignon              | Production (kg)   | 14943     | 1137  | 8288 |         | 8123                |                                | Bon rendement                    |
|                     | Superficie (ha)   | 3,25      | 0,3   | 1,5  |         | 2                   |                                |                                  |
|                     | Rendement (kg/ha) | 4698      | 3790  | 7856 |         | 5448                | 5000-8000                      |                                  |

**Tableau 13 :** Rendement des principales spéculations maraichères cultivées par les groupements. Source : Base de données Suivi de la campagne de production, synthèse des focus group. Source \* : Littérature technique, données Institut d'Economie Rurale du Mali (IER), FAO, DNGR, Statistiques INSAT et programmes régionaux (2019-2023).

L'organisation collective et une gouvernance renforcée ont permis la mutualisation des ressources. L'accès sécurisé au foncier a encouragé l'investissement et permis la mise en œuvre de stratégies de production planifiées

privilégiant la diversification et les rotations culturales. Ceci a globalement permis d'améliorer la productivité et contribué au développement et à la résilience des systèmes locaux de production maraichères.





### Analyse de la répartition et de l'utilisation des productions agricoles par les groupements féminins (autoconsommation, vente état frais et transformée)

L'étude s'est également intéressée à l'utilisation faite de la production agricole et maraîchère.

L'analyse des données montre une diversité d'utilisation des productions agricoles et maraîchères traduisant des stratégies différenciées entre sécurité alimentaire et génération de revenus monétaires.

La proportion significative de la production destinée à la vente (64%) montre que les groupements féminins et leurs membres sont dans une logique de génération de revenus et cherchent à sécuriser des revenus monétaires pour répondre à leurs besoins essentiels et immédiats (alimentation, santé, remboursement dettes, scolarisation, micro-investissement, épargne etc...). En parallèle, l'autoconsommation des cultures (environ 23%) représente une part plus faible. Bien que non négligeable et contribuant à l'amélioration de la disponibilité et de la diversité alimentaire, elle traduit également la pression économique des ménages et la priorisation du revenu monétaire sur la consommation.

| Culture  | Répartition utilisation | Bafoulabé | Kayes | Kita | Sikasso | Ensemble |
|----------|-------------------------|-----------|-------|------|---------|----------|
| Arachide | Autoconsommation        | 29%       | 40%   | 18%  | 5%      | 24%      |
|          | Vente                   | 62%       | 20%   | 65%  | 95%     | 58%      |
|          | Transformation          | 10%       | 40%   | 17%  | 0%      | 18%      |
| Niébé    | Autoconsommation        | 0%        | 80%   |      |         | 45%      |
|          | Vente                   | 100%      | 0%    |      |         | 44%      |
|          | Transformation          | 0%        | 20%   |      |         | 11%      |
| Sésame   | Vente                   | 84%       |       |      |         | 84%      |
|          | Transformation          | 16%       |       |      |         | 16%      |
| Maïs     | Autoconsommation        |           |       | 0%   | 21%     | 9%       |
|          | Vente                   |           |       | 100% | 70%     | 87%      |
|          | Transformation          |           |       | 0%   | 9%      | 4%       |
| Global   | Autoconsommation        |           |       |      |         | 23%      |
|          | Vente                   |           |       |      |         | 64%      |
|          | Transformation          |           |       |      |         | 13%      |

Tableau 14 : Utilisation / répartition de la production agricole (autoconsommation, vente état frais et transformé) (n=11). Source : Synthèse entretiens avec les groupements agricoles.

Malgré la mise à disposition d'équipements et les formations dispensées dans le cadre du programme, la transformation, pourtant essentielle pour générer de la valeur ajoutée, demeure globalement faible (13%), y compris pour des cultures telles que l'arachide et le sésame, dont les produits transformés sont pourtant commercialisés dans la zone d'intervention.

Pour la production maraîchère, en moyenne sur les campagnes observées on estime l'autoconsommation à 20-25% des récoltes, la vente à 60-65%, et la transformation à 10-20%.

Les appuis du programme ont permis d'amorcer un développement de la transformation locale et une dynamique

de valorisation des produits agricoles issus des petites exploitations agricoles. Cependant certains facteurs structurels comme des niveaux de production irréguliers, des contraintes d'accès à l'énergie et aux intrants complémentaires, le manque d'accès et la faible pénétration des produits transformés aux marchés locaux, la faible structuration commerciale et logistique affectent les résultats économiques et freinent l'intégration au sein des différentes filières agricoles.

Les résultats du programme montrent que les femmes productrices jouent déjà un rôle économique important et participent significativement à l'économie familiale et aux revenus de leur ménage. Les résultats marquent également une dépendance aux marchés et une absence



Action Contre la Faim – Mission Mali



de génération de valeur ajoutée à leur production ce qui limite leur niveau de revenus, expose les productrices à la volatilité des prix et à la fluctuation de la demande, ce qui fragilise la stabilité de leurs revenus.

De manière générale, si la forte orientation vers la vente témoigne d'une intégration réelle aux circuits économiques, la faible part d'autoconsommation constitue un enjeu de sécurité alimentaire, et le faible taux de transformation malgré les appuis du programme montre que le potentiel de création de valeur ajoutée reste encore à renforcer. L'appui doit pouvoir renforcer les performances des exploitations agricoles, l'intégration au sein des chaînes de valeur et surtout permettre d'identifier et de maximiser les opportunités de développement économique, et l'accès aux marchés pour les produits transformés.

**Capacité accrue des groupements féminins dans la gestion économique autonome de leurs activités de production et commercialisation (1320).**

### **Proportion des membres des groupements soutenus qui maîtrise l'utilisation des outils de gestion économique mis à leur disposition.**

Des appuis techniques et organisationnels ont été apportés aux groupements et à leurs membres afin de renforcer leurs compétences en gestion économique autonome. Ces accompagnements incluaient des formations en comptabilité simplifiée et en gestion d'entreprise et faisaient également la promotion pour la constitution

d'Association Villageoise d'Épargne et de Crédit (AVEC). En effet dans le contexte opérationnel du programme, la promotion des AVEC constitue un levier essentiel à l'autonomisation économique en offrant aux groupements ainsi constitués un cadre structuré pour la gestion économique de leur activité, l'épargne et le crédit. Ces activités ont permis d'accroître les performances économiques en réduisant la dépendance aux financements extérieurs pour le développement de leurs activités. L'approche a également contribué à accroître l'indépendance financière et le pouvoir décisionnel des membres des groupements, et renforcer la solidarité au sein des groupes, de leurs ménages et de leurs communautés.

Les groupes AVEC constitués ont permis aux femmes et groupements participant au programme, traditionnellement exclus des services financiers formels, d'accéder à l'épargne et au crédit.

Les chiffres enregistrés au cours des différents cycles des 60 AVEC dans les quatre districts sont révélateurs des acquis des femmes en matière de gestion financière, notamment grâce à un accès garanti à des mécanismes d'épargne et de crédit. L'épargne totale cumulée s'élève à 33 276 300 F CFA, dont près de 40 % proviennent du district de Sikasso, qui enregistre la contribution la plus élevée.

Parallèlement, les membres ont pu contracter des prêts, principalement pour couvrir des besoins liés à la santé et à l'éducation, mais également pour diversifier leurs sources de revenus à travers le développement de leurs activités économiques, en particulier la production agricole et le petit commerce. Le montant total des emprunts



Rencontre hebdomadaire d'une Association Villageoise d'Épargne et de Crédit (AVEC) © Action Contre la Faim – Mission Mali



s'élève à environ 8 448 000 FCFA. Toutefois, le recours à l'emprunt n'a pas été exempt de risques, comme en témoignent les pénalités appliquées en cas de retard de remboursement, qui ont permis de mobiliser 231 135 F CFA.

En outre, en tant que levier de cohésion sociale, chaque AVEC dispose d'une caisse de solidarité destinée à soutenir les membres lors d'événements sociaux. Le montant total mobilisé dans ce cadre atteint environ 4 530 050 F CFA.

**Témoignages** (source : Synthèse des focus group avec les AVEC) : ressenti des femmes sur les activités d'appui aux AVEC.



© Action Contre la Faim – Mission Mali

**Barakissa BAKAYOKO, membre d'une Association villageoise d'épargne et crédit (AVEC) dans le district sanitaire de Kayes,** partage son expérience avec émotion : « En cas d'événements heureux ou malheureux dans un ménage, une somme forfaitaire est désormais allouée à la personne concernée. C'est important pour l'accompagnement lors des épreuves. Ce soutien solidaire n'existait pas avant l'arrivée du projet. »

Elle ajoute avec fierté : « Aujourd'hui, grâce à l'AVEC, je suis en mesure de couvrir les frais médicaux de mes enfants en cas de maladie. »

**Un autre témoignage d'un membre du groupement de femmes de Loupourou à Kayes:** "Être membre de l'AVEC a été bénéfique pour moi et ma famille. Mon enfant est tombé malade et je n'avais pas d'argent pour acheter les médicaments. Grâce à l'AVEC, j'ai eu de l'argent pour acheter les médicaments et aujourd'hui mon enfant a recouvré la santé et je n'aurais jamais les mots pour exprimer ma gratitude aux initiateurs de ce projet, car n'eut été l'AVEC, mon enfant aurait pu mourir" :

Ces témoignages illustrent clairement l'impact positif du projet sur la solidarité sociale, la capacité de résilience et l'autonomisation économique des femmes.

Les femmes réunies au sein des AVEC ont bénéficié de renforcements de capacités techniques et opérationnelles visant à promouvoir leur autonomisation économique. Selon les résultats de l'étude, de manière globale 68,9 % d'entre elles ont déclaré avoir une bonne maîtrise des outils de gestion économique mis à leur disposition.



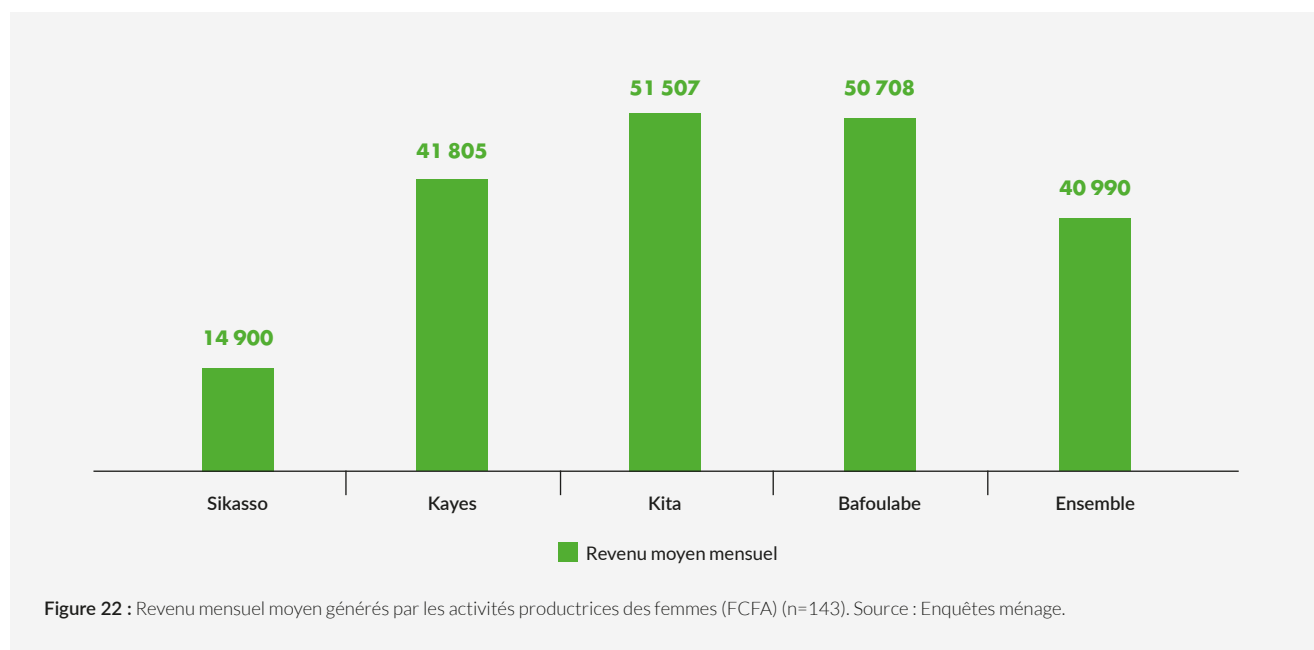
Cependant, une analyse désagrégée par district sanitaire révèle des disparités, probablement liées aux différences de niveaux d'instruction et d'alphabétisation entre les zones. Ce constat souligne l'importance de l'alphabétisation comme levier essentiel pour renforcer durablement l'autonomisation des femmes.

En effet, malgré un appui et un accompagnement spécifique et continu, le niveau de maîtrise des outils de gestion économique par les membres des groupements et des AVEC varie d'un district sanitaire à l'autre et d'un groupe à l'autre. Les taux les plus élevés sont enregistrés à Sikasso (100,0 %) et Bafoulabé (96,9 %), où presque tous les membres des groupements soutenus déclarent maîtriser ces outils. En revanche, les niveaux restent plus faibles à Kayes (56,3 %) et surtout à Kita (38,4 %), indiquant un besoin accru de renforcement des capacités dans ces zones.

### Evaluation des revenus mensuels moyens des femmes issus de la production de spéculations agropastorales et maraîchères

Les résultats montrent une amélioration notable des revenus moyens mensuels des femmes membres des groupements féminins soutenus par le programme. Les femmes membres des groupements féminins du district de Bafoulabé (50 708 FCFA) et de Kita (51 507 FCFA) enregistrent les revenus moyens les plus élevés. (Figure 22).

A l'inverse Sikasso enregistre le revenu le plus bas (14 900 FCFA) soulignant l'importance d'initiatives ciblées pour améliorer les opportunités économiques des femmes, en tenant compte des réalités locales de ce district.



Le revenu moyen global s'élève à 40 990 FCFA, supérieur aux valeurs enregistrées et définies comme données de référence pour le programme mais légèrement

en deçà de la moyenne nationale du secteur informel (44 432 FCFA) estimée dans l'annuaire statistique au Mali en 2022.

| Région  | Données de référence | Données mi-parcours | Cible finale | Variation (%) |
|---------|----------------------|---------------------|--------------|---------------|
| Kayes   | 16495                | 41805               | 20%          | 153           |
| Sikasso | 15826                | 14900               | 20%          | -6            |

Tableau 15 : Evolution des revenus mensuels des femmes membres des groupements féminins. Source : Enquêtes ménage.



© Action Contre la Faim - Mission Mali



A Kayes, les revenus ont progressé de 153% passant de 16 495 à 41 805 FCFA. À l'inverse, à Sikasso, une baisse de 6 % est observée entre la ligne de base (15.826 FCFA) et le mi-parcours (14.900 FCFA), indiquant une régression par rapport aux objectifs.

Les résultats du programme sont encourageants et traduisent une progression tangible vers l'autonomisation économique marquée par une meilleure maîtrise des activités productives et génératrices de revenus.

## PRISE DE DECISION DES FEMMES ET CONTROLE SUR LES RESSOURCES

### La participation des femmes à la prise de décision sur l'allocation des ressources du ménage

La figure 24 met en évidence une forte centralisation des décisions quant à l'allocation des ressources financières au sein des ménages. Sur l'ensemble des quatre districts, dans 64% des ménages enquêtés les décisions relatives à l'allocation des ressources du ménage sont prises par les époux. La participation des femmes à ces décisions demeure encore limitée, seules 33% d'entre elles ont déclarées intervenir dans les décisions financières et les choix d'allocation ou de répartitions budgétaires, que ce soit seules ou conjointement avec leurs époux. Cela souligne le pouvoir décisionnel encore limité des femmes en matière de gestion financière familiale, malgré leur rôle significatif et croissant dans la production, la génération de revenus et ainsi donc dans l'économie familiale.

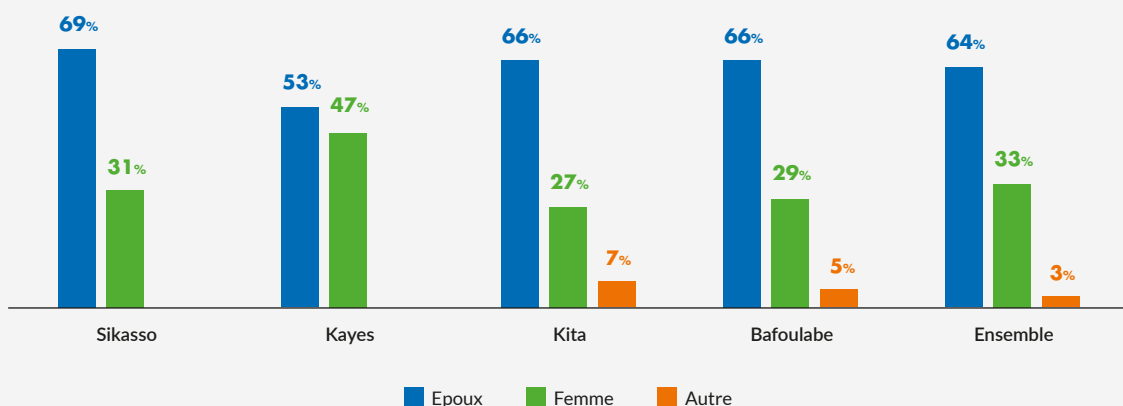


Figure 23 : Utilisation/ allocation des ressources dans les ménages. (n=143). Source : Enquêtes ménage.

Kayes et Sikasso enregistrent les taux les plus élevés de participation féminine à la prise de décision sur l'allocation des ressources et les achats importants du ménage (47% et 31%), suggérant une dynamique de couple plus équilibrée dans certains foyers.

La prise de décision des femmes et le contrôle sur leurs propres ressources relèvent des enjeux cruciaux d'intégration de genre, d'autonomisation économique, de droit, et de développement.

### Evaluation du contrôle des femmes sur leurs propres revenus :

Les données du programme révèlent une évolution positive mais encore inégale du contrôle des femmes sur leurs revenus.

En effet, les données présentées ci-dessous (figure 25) montrent qu'au sein du programme, 50% des femmes déclarent contrôler leurs propres revenus, tandis que



49% indiquent que cette responsabilité relève de leur époux. Ces proportions suggèrent que même si dans certains cas il semble y avoir une autonomie et une certaine indépendance des femmes, des rapports de genre

inégalitaires et des inégalités de pouvoir décisionnel persistent au sein des ménages et dans le contrôle direct que peuvent avoir les femmes sur leurs propres revenus.

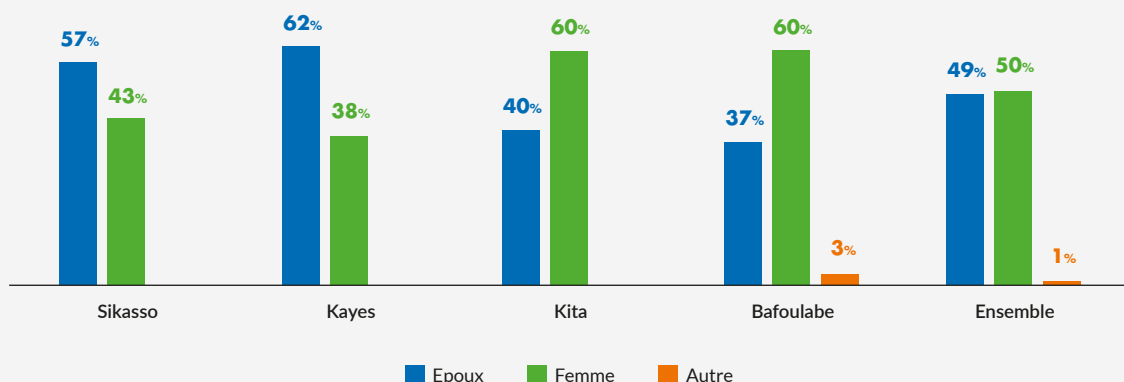


Figure 24 : Contrôle des femmes sur leur revenu. (n=143). Source : Enquêtes ménage.

Le développement socioéconomique des femmes impulsé par le programme à travers les AVEC, le renforcement des capacités productives et de commercialisation des produits agricoles, ainsi que la mise en réseau des femmes pour favoriser le partage d'expériences ont permis d'accentuer le poids et le rôle économique des femmes au sein de leurs communautés et de leurs ménages. Le contrôle effectif des revenus et la participation aux décisions financières restent un levier déterminant d'autonomisation économique encore freiné par la persistance de certaines normes de genre.

Les enjeux ici pour consolider les acquis en termes d'autonomisation économique et de changement des normes de genre, seront de renforcer la gouvernance économique des femmes à travers la sensibilisation des communautés, des ménages et des maris, la promotion du dialogue intrafamilial et le renforcement des compétences financières et entrepreneuriales, afin de garantir un contrôle effectif, et reconnu des revenus féminins. Et permettre aux femmes d'investir, de participer et de contribuer à l'économie familiale et locale.

## SÉCURITÉ ALIMENTAIRE DES MÉNAGES APPUYÉS PAR LE PROGRAMME :

### Proportion de ménages appuyés par le projet ayant un score de diversité alimentaire adéquat :

L'indicateur de diversité alimentaire au niveau du ménage est un indicateur clé du programme. La mesure et l'analyse des niveaux de cet indicateur démontre un impact et des contributions significatives des actions et des activités du programme sur la sécurité alimentaire des ménages et sur la diversité alimentaire en particulier.

Les données issues des enquêtes (figure 26) montrent une amélioration significative de la diversité alimentaire des ménages. A l'échelle des quatre districts, la proportion de ménages participants au programme ayant une diversité alimentaire adéquate est passée de 56% à 88%, soit une progression de 32 points, traduisant de l'impact du programme.

Des améliorations majeures sont observées dans chaque district, en particulier à Kayes (+52 points) et Bafoulabe qui atteint 100% de diversité alimentaire adéquate. Sikasso enregistre également une forte progression passant de 70% à 95%. Seul Kita connaît une légère baisse (de 78% à 69%), suggérant des contraintes locales spécifiques liées à l'accessibilité et à la disponibilité saisonnières des aliments et denrées, et/ou aux chocs climatiques ayant impactés les productions agricoles vivrières.

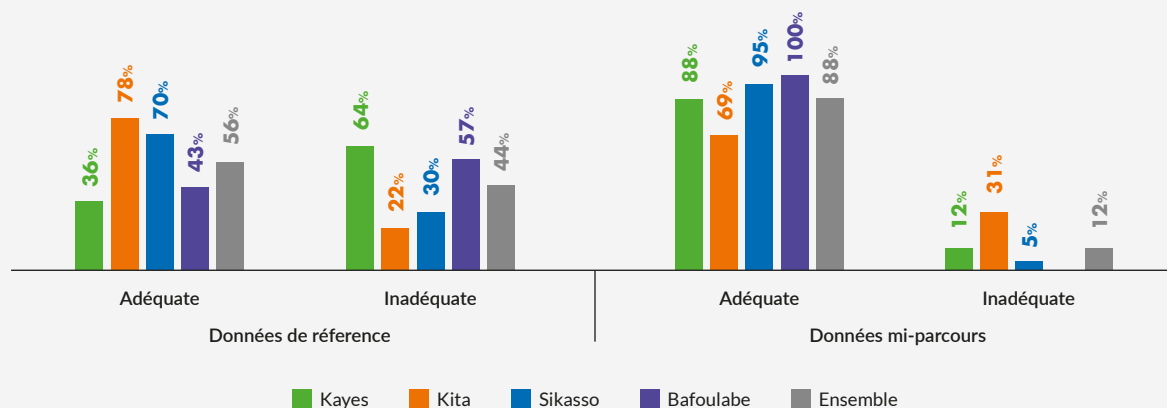


Figure 25 : Proportion de ménages appuyés par le projet ayant un score de diversité alimentaire adéquat. (n=261). Source : Enquêtes ménage évaluation multisectorielle, 2024.

Le tableau 15 ci-dessous permet une analyse qualitative de la consommation alimentaire des ménages. La répar-

tition des groupes d'aliments consommés montre une diversité alimentaire globalement satisfaisante.

| District sanitaire | Cé-réales | Ra-cines et tuber-cules | Légu-mi-neuses | Lait et pro-duits laitiers | Viande | Pois-son | Oeuf | Lé-gumes feuille | Fruits | Huile | Pro-duits sucrés | Condi-ments |
|--------------------|-----------|-------------------------|----------------|----------------------------|--------|----------|------|------------------|--------|-------|------------------|-------------|
| Kayes              | 95%       | 46%                     | 56%            | 47%                        | 52%    | 84%      | 17%  | 91%              | 30%    | 94%   | 92%              | 98%         |
| Kita               | 98%       | 42%                     | 68%            | 52%                        | 38%    | 49%      | 12%  | 56%              | 23%    | 92%   | 89%              | 95%         |
| Sikasso            | 100%      | 50%                     | 17%            | 64%                        | 34%    | 97%      | 3%   | 79%              | 33%    | 61%   | 77%              | 100%        |
| Bafoulabe          | 98%       | 78%                     | 84%            | 72%                        | 35%    | 73%      | 25%  | 91%              | 41%    | 88%   | 92%              | 95%         |
| Ensemble           | 98%       | 54%                     | 56%            | 59%                        | 40%    | 76%      | 14%  | 79%              | 32%    | 83%   | 88%              | 97%         |

Tableau 16 : Répartition des groupes d'aliments consommés par les ménages. Source : Enquêtes ménage.

L'alimentation est caractérisée par une forte consommation de céréales (98%), base traditionnelle de l'alimentation, complétée par des « légumes-feuilles » (79%), des produits oléagineux (83%) et du poisson (76%). La consommation de légumineuses (56%) témoigne d'un apport protéique végétal relativement fréquent, renforçant la qualité nutritionnelle globale, bien que leur niveau reste en deçà au regard du potentiel observé en termes de disponibilité dans des zones à forte production de niébé. La consommation relativement élevée de produits laitiers (59%) complète les sources et les apports en protéines animales.

La consommation de racines et tubercules (54%) contribue également à diversifier les apports énergétiques, mais leur consommation modérée peut refléter des va-

riations saisonnières ou une disponibilité variable selon les districts.

À l'inverse, les consommations de viande (40%), de fruits (32%) et surtout d'œufs (14%) restent faibles. La consommation de ces groupes d'aliments pourtant essentiels pour leurs apports en protéines, vitamines et minéraux demeure limitée principalement par des contraintes économiques, des fluctuations de marché, des normes alimentaires ou une faible disponibilité locale.

Les résultats montrent que le programme a eu un effet direct et mesurable sur la sécurité alimentaire et l'amélioration de la diversité alimentaire des ménages. Les données montrent que le programme a généré une amélioration notable et techniquement significative de la di-



versité alimentaire des ménages, résultat d'interventions complémentaires sur la production, l'accès et l'utilisation des aliments.

La hausse des rendements maraichers et agricoles ainsi que la diversification des spéculations ont renforcé la disponibilité locale et pour les ménages d'aliments sensibles à la nutrition. Cette disponibilité accrue a directement facilité une meilleure intégration de produits riches en micronutriments dans l'alimentation des ménages et des individus.

L'augmentation des volumes de production et l'accroissement des revenus générés par la commercialisation des récoltes ont améliorés l'accessibilité économique des ménages à une alimentation améliorée en quantité et en qualité.

Les activités de sensibilisation nutritionnelle ont, quant à elles, renforcé la compréhension des besoins alimentaires, et favorisé l'adoption de bonnes pratiques d'alimentation.

L'ensemble de ces interventions a produit un effet conjoint sur la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation

des aliments, trois dimensions clés de la sécurité alimentaire.

**Intégration accrue du genre, de la nutrition et de la résilience face aux crises dans les plans de développement locaux et nationaux (1330).**

### Représentativité des femmes dans les instances de gouvernance et comités locaux

Les Comités de Développement Local (CDL) sont des structures de gouvernance participative mises en place au niveau des villages, quartiers ou communes. Ils servent de cadre de concertation entre les autorités locales, les communautés et les partenaires techniques et financiers pour identifier, planifier, mettre en œuvre et suivre les actions de développement local.

Les femmes constituent 44 % des membres des comités de développement local. La répartition par district révèle que Sikasso enregistre la plus forte représentativité féminine avec 52 %, suivi de Bafoulabé (41 %), Kayes (40 %) et enfin Kita, avec 33 % (tableau 16).

| District Sanitaire | % de femmes participant aux comités de développement local |
|--------------------|------------------------------------------------------------|
| Bafoulabé          | 41%                                                        |
| Kayes              | 40%                                                        |
| Kita               | 33%                                                        |
| Sikasso            | 52%                                                        |
| Moyenne générale   | 44%                                                        |

Tableau 17 : % de femmes participant aux comités de développement local. (n=9). Source : Synthèse entretiens avec les comités de développement local.

Dans l'ensemble des districts sanitaires ciblés, le seuil de 30 % de représentativité féminine est atteint, conformément aux normes en matière de gouvernance inclusive et aux engagements en faveur de l'égalité de genre. Cette conformité indique une intégration progressive des femmes dans les instances décisionnelles locales, bien qu'elle reste ponctuelle à cette évaluation.

Le Résultat 3 montre que le programme a consolidé de manière significative l'accès des femmes aux ressources productives et leur autonomisation économique. En effet, de manière globale sur ces résultats immédiats, les niveaux d'indicateurs obtenus démontrent de manière significative que le programme a contribué à renforcer l'autonomisation économique, le pouvoir décisionnel,

la sécurité alimentaire et la résilience des femmes productrices. Confirmant l'hypothèse selon laquelle le renforcement des capacités techniques, organisationnelles et économiques des groupements féminins constitue un levier déterminant pour améliorer leur autonomie et leur inclusion socioéconomique au sein de leurs communautés et leurs terroirs.

La sécurisation de l'accès au foncier pour la grande majorité des groupements féminins, a constitué un prérequis essentiel : elle, a permis aux productrices de développer des activités agricoles et maraîchères plus diversifiées et mieux maîtrisées et d'investir durablement dans la production. Cette sécurisation foncière, couplée à un accompagnement technique et organisationnel continu et



ajusté a conduit à une hausse des rendements et à une diversification des productions et des sources de revenus. Ces acquis ont renforcé leur capacité à produire de manière autonome des aliments à haute valeur nutritive et à contribuer directement à la sécurité alimentaire et à la résilience économique de leurs ménages.

Cependant sur le plan productif, plusieurs contraintes persistent. L'optimisation des itinéraires techniques – qu'il s'agisse de pratiques de gestion de fertilité des sols, d'amélioration variétale ou de techniques culturales optimisées aux conditions locales – nécessite un temps d'apprentissage, un suivi rapproché et un accès régulier à appui-conseil pour induire un changement dans les pratiques. Ainsi leur consolidation représente un levier clé pour renforcer la performance, la résilience et la durabilité des systèmes de production locaux portés par les groupements féminins.

Les résultats des campagnes de production agricole et maraîchère montrent que les groupements féminins sont désormais mieux intégrés aux circuits économiques locaux. La forte orientation vers la vente traduit une volonté et une capacité croissante à sécuriser des revenus monétaires pour faire face aux besoins essentiels de leur famille. Cependant la faible transformation des productions limite la création de valeur ajoutée et ainsi la capacité à capter davantage de revenus, ainsi que l'intégration socio-économique au sein des filières locales.

Les dispositifs d'épargne et de crédit mis en place à travers les AVEC ont constitué un levier majeur d'autonomisation. Ils ont permis à des milliers de femmes d'accéder à des ressources financières formelles pour couvrir des dépenses de santé, d'éducation et développer leurs activités économiques, tout en renforçant la solidarité interne grâce aux caisses et fonds de solidarité. Parallèlement, les formations en gestion simplifiée ont amélioré la maîtrise des outils économiques par une large majorité de participantes, même si des écarts importants sub-

sistent entre districts, en lien avec les niveaux d'alphabétisation et l'accès différencié à l'accompagnement de proximité.

Sur le plan social et décisionnel, l'appui du programme a permis à de nombreuses femmes d'augmenter leurs revenus mensuels et ainsi de renforcer leur autonomie économique et progressivement leur pouvoir décisionnel au sein de leur ménage en créant ainsi les conditions d'une participation plus active et légitime dans leur communauté. En consolidant leurs activités économiques, leurs compétences et leur influence, le programme contribue à renforcer le rôle et la place des femmes comme des actrices clés du développement socioéconomique local.

La participation accrue des femmes dans les instances de gouvernance locale – comités de développement, structures de gestion communautaire – représente un autre acquis important. Le fait que la représentation féminine atteigne ou dépasse les seuils de référence en matière de gouvernance inclusive témoigne d'un mouvement réel vers une reconnaissance institutionnelle de leur rôle. Néanmoins, cette présence quantitative ne garantit pas encore une influence décisionnelle pleine et entière.

En somme, les interventions du programme ont généré des progrès majeurs en matière de production, de revenus, de sécurité alimentaire, participation et de pouvoir décisionnel des femmes. En renforçant leurs capacités techniques, économiques, et organisationnelles ainsi que leurs compétences personnelles en matière de leadership, le programme a posé les bases d'une autonomisation durable. Ces avancées confirment le rôle central des femmes dans le développement socioéconomique local, tout en soulignant la nécessité de poursuivre les actions pour réduire les contraintes structurelles persistantes, lever les barrières et atténuer les inégalités qui limitent encore la pleine participation et l'autonomie économique des femmes.



# 5 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le projet constitue une réussite globale et apporte une démonstration solide de l'efficacité d'une approche multisectorielle sensible au genre. La combinaison d'interventions en santé et SSR, nutrition et EHA, autonomisation économique et transformation sociale a généré des synergies mesurables qui ont amélioré la santé maternelle et infantile, la sécurité alimentaire et l'égalité entre femmes et hommes. Les progrès observés — augmentation du recours à la planification familiale moderne, amélioration notable des CPN4, hausse des accouchements en structures de santé, diversification alimentaire renforcée et gouvernance scolaire plus inclusive — positionnent le projet au-dessus des moyennes nationales en termes de couverture, de qualité et d'équité.

L'analyse montre que les trois résultats — santé/SSR, nutrition/EHA et autonomisation économique — ne fonctionnent pas comme des volets indépendants, mais comme des leviers interdépendants d'un même système. Les changements les plus marqués apparaissent lorsque l'amélioration de l'accès aux services s'accompagne d'un renforcement des compétences pratiques et d'une progression du pouvoir décisionnel des femmes. Ce constat rejoint les cadres de l'OMS, du Lancet Women's Empowerment and Health Series (2023) et de la FAO, qui soulignent que la réduction durable de la malnutrition nécessite à la fois des services accessibles et la transformation des normes sociales de genre.





Les données confirment également le rôle central du pouvoir décisionnel féminin : les districts où les femmes participent davantage aux décisions essentielles du ménage et aux structures communautaires (ex. Kita, Kayes) enregistrent de meilleurs indicateurs de santé, de nutrition et de participation économique. À l'inverse, là où les normes patriarcales restent très fortes (Bafoulabé, Sikasso), les avancées techniques sont limitées par un faible contrôle féminin des ressources et des décisions, malgré des améliorations réelles en production et en revenus. L'autonomie décisionnelle apparaît ainsi comme un déterminant transversal et un prérequis indispensable pour transformer l'accès en utilisation durable.

L'approche intégrée a également démontré sa pertinence au regard des « 7 000 premiers jours » : la progression simultanée des indicateurs de santé maternelle, de nutrition des jeunes enfants et des environnements EHA sensibles au genre confirme l'importance d'intervenir sur l'ensemble du continuum grossesse-petite enfance. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations de l'UNICEF et du Global Nutrition Report, qui indiquent qu'un paquet combiné santé-nutrition-genre peut réduire de manière substantielle la mortalité infantile et améliorer durablement les indicateurs de croissance.

Enfin, l'autonomisation économique et la sécurisation foncière ont joué un rôle de catalyseur. Là où les femmes

disposent de revenus propres ou de droits fonciers stables, les investissements dans la santé, l'alimentation et l'éducation des enfants augmentent, conformément à la littérature (Smith & Haddad, 2015 ; FAO, 2022). Ces dynamiques, renforcées par la présence historique d'Action contre la Faim dans certains districts, ont permis une appropriation locale plus profonde et une stabilité accrue des interventions.

En définitive, le projet montre qu'aucune intervention isolée ne peut rompre le cycle de la malnutrition chronique. Seule une approche systémique — combinant services de qualité et de proximité, autonomisation des femmes, sécurité foncière, résilience économique, environnement EHA amélioré et transformation des normes sociales — permet de consolider des changements de comportements durables et d'améliorer la santé et la résilience des ménages. Les enseignements tirés de cette capitalisation se traduisent en un ensemble cohérent de recommandations pour la Phase 2, visant à renforcer les leviers les plus déterminants (pouvoir décisionnel, intégration production-nutrition, équité territoriale, changement de comportement intensif, sécurisation des ressources et gouvernance locale).

Les constats de cette capitalisation conduisent à formuler sept axes de recommandations intégrées afin de renforcer et ajuster les interventions à venir. :



| AXES                                                                                                  | RECOMMANDATIONS                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Renforcer la qualité du continuum de soins en santé et SSR</b>                                     | Uniformiser les protocoles PF-CPN-accouchement-postnatal, sécuriser les intrants, améliorer la supervision formative et systématiser les visites postnatales à domicile pour garantir une prise en charge continue et de qualité.                                        |
| <b>Consolider le pouvoir décisionnel et le leadership des femmes</b>                                  | Renforcer les approches de genre transformatif dans les dispositifs existants (Écoles de Maris, Écoles de Mères, Terikunda Jekulu-TJ), soutenir leur participation effective dans les structures communautaires et développer les capacités de négociation intra-ménage. |
| <b>Réduire les inégalités territoriales via un paquet de proximité Nutrition-SSR-EHA</b>              | Déployer des stratégies avancées régulières, des visites à domicile et l'iCCM+ dans les zones enclavées, avec un socle minimum de services Nutrition-SSR-EHA au niveau du ménage pour améliorer l'équité d'accès.                                                        |
| <b>Accroître l'adoption des pratiques grâce à des apprentissages pratiques, structurés et adaptés</b> | Passer de la sensibilisation à un apprentissage concret et adapté : FARN, mentorat mère-à-mère, coaching familial, démonstrations culinaires et d'hygiène, avec un curriculum simplifié et des évaluations pré/post pour mesurer les acquis.                             |
| <b>Relier la production, la transformation locale et la consommation nutritionnelle</b>               | Aligner les systèmes alimentaires locaux sur les besoins des 7 000 premiers jours, renforcer la transformation et l'hygiène alimentaire, intégrer l'EHA dans les espaces productifs et soutenir la valeur ajoutée locale.                                                |
| <b>Consolider l'autonomisation économique et la sécurisation foncière des femmes</b>                  | Étendre la sécurisation foncière, orienter les AVEC vers le financement productif lié à la nutrition et soutenir les filières locales afin que les revenus féminins se traduisent en investissements dans la santé et l'alimentation des enfants.                        |
| <b>Institutionnaliser le modèle intégré dans la gouvernance territoriale</b>                          | Inscrire les acquis dans les plans communaux et sanitaires, harmoniser les comités locaux (GSAN, eau, santé, écoles) et mettre en place une redevabilité publique simplifiée pour garantir la durabilité du modèle intégré.                                              |

