



EUROPEAN COMMISSION
DIRECTORATE-GENERAL FOR HUMANITARIAN AID
Regional Support Office for East and Southern Africa (Nairobi)

RAPPORT DE MISSION

Sujet : Mission d'appui EAH au Mali Pilier 1 (EAH'NUT) et 2 (Appui aux populations déplacées) HIP Afrique de l'Ouest 2016.

Auteur: Damien BLANC (*Expert EAH, Bureau Régional d'Afrique de l'Ouest, Dakar*)

Date: Du 18 au 29 avril 2016

Organisations rencontrées :

Délégation de l'Union Européenne

MEREL Cédric; Chef de Section Infrastructures, cedric.merel@eeas.europa.eu; rencontré dans ses bureaux le 29 avril à Bamako, +223 44 92 92 92; Quartier du Fleuve, Immeuble UATT, 4^{ème} étage, BP 115, Bamako

AFD

TRAORE Ousmane; Chargé de Projet, traoreo@afd.fr; rencontré dans ses bureaux le 25 avril à Bamako, +223 74 03 76 75; Agence De Bamako, Quinzambougou, Route de Sotuba, BP 32 Bamako

ACF-Es

BEAL Frédéric, Coordinateur EAH, mtouzinaud@ml.acfspain.org, rencontré lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril.

DOUGNON Abalias, adougnon@ml.acfspain.org, rencontré lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril.

CICR

NEREYABAGABO, Coordinateur ECOSEC, jnereyabagabo@icrc.org, rencontré lors d'une réunion dans les bureaux du CICR, Bamako, le 25 avril; +223 75 99 72 20; Hamdalaye ACI 2000, rue 239, BP 58, Bamako

ABUELHASSAN Rasha, Coordinateur Eau et Habitat, rabuelhassan@icrc.org, rencontré lors d'une réunion dans les bureaux du CICR, Bamako, le 25 avril; +223 75 99 29 42 Hamdalaye ACI 2000, rue 239, BP 58, Bamako.

COOPI

LAGOEYTE Jean Philippe; Chef de Mission, cm.mali@coopi.org, qui nous a accompagné lors de notre visite des structures de santé du district sanitaire de Ségou du 19 au 21 avril +223 91 63 11 70

Balaji, Coordinateur Terrain, qui nous a accompagné lors de notre visite des structures de santé du district sanitaire de Ségou du 19 au 21 avril

IRC

VANNETELLE Franck, Directeur pays, franck.vannetelle@rescue.org, rencontré lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril; +223 71 28 77 91, Badalabougou, rue 17, derrière Collège Horizon, Bamako.

LVIA

ROGGERO Francesca, Administratrice Pays, francescaroggero.lvia@gmail.com, rencontrée lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril; +223 94 72 42 06; BP E 3442, SOTUBA ACI Bamako.

Medicus MUNDI

DOMINGEZ TOME Alba, Représentante Pays, medicusmundi.mali.del@gmail.com, rencontrée lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril; +223 71 02 50 32; Baco Djicoroni ACI Rue 625, Porte 546, Bamako.

NRC

AMAN KABLAN Eric, Emergency Project Manager, eric.kablan@nrc.no, rencontré lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril; +223 82 99 11 14.

Oxfam-GB

AZIZ IDE Abdoul, WASH Team Leader, aide@oxfam.org.uk, rencontré lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril; +223 94 86 51 80/ 66 75 48 90.

DEMBELE B, HPM Oxfam, bdembele@oxfam.org.uk, rencontré lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril.

Terre des Hommes

DEVILLE Yannick, Chef de Délégation Mali, yannick.deville@tdh.ch, rencontré lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril ; +223 78 03 35 60 ; Badalabougou Est, rue 23, porte 5, BP 1131, Bamako.

Direction Régionale de la Santé de Ségou

DIAKITE Adama Baridiam, Directeur, adiakite2002@yahoo.fr, adamabaridian@yahoo.fr, rencontré à la Direction Régionale de la Santé de Ségou lors du suivi du projet d'appui sectoriel intégré nutrition, le 19 avril ; +223 66 04 39 07/ 76 33 28 93.

Fédération Locale des Associations Santé Communautaire (FELASCOM)

GUIRE Brahma, Président, rencontré à la Direction Régionale de la Santé de Ségou lors du suivi du projet d'appui sectoriel intégré nutrition, le 19 avril.

District Sanitaire de Ségou

BEN ZAKOUR Issa, Médecin Chef, rencontré au Centre de Santé de Référence (CSRéf) lors du suivi du projet d'appui sectoriel intégré nutrition, le 19 avril.

Personnels de l'URENI du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de Ségou, rencontrés au CSRéf de Ségou lors du suivi du projet d'appui sectoriel intégré nutrition, le 19 avril.

Personnels de l'URENAS des Centres de Santé Communautaires (CSCoM) de Sékoro, Tongo, Pelangala-Sud & Konodimini, rencontrés dans leurs CSCoM lors du suivi du projet d'appui sectoriel intégré nutrition, le 19 avril.

OCHA (Sous Délégation de Gao)

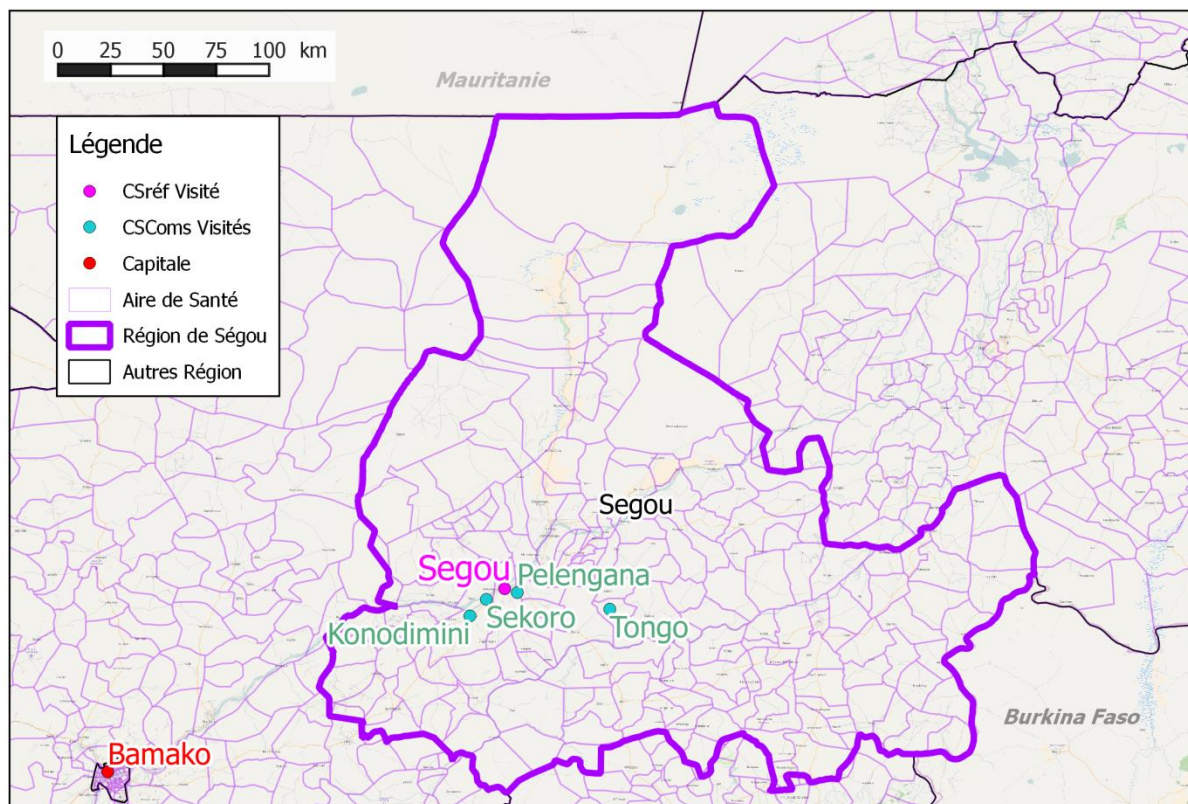
BA AMADOU Salamatou, Cheffe de la sous délégation de Gao rencontrée dans ses bureaux le 27 avril à Gao ; ba7@un.org; +223 75 99 73 83 ; Quartier Château, Secteur 2, rue 408, Porte 57, Gao..

KAMANZI Alexis, Coordinateur Terrain rencontré dans ses bureaux le 27 avril à Gao ; kamanzi1@un.org ; +223 75 99 32 00 ; Quartier Château, Secteur 2, rue 408, Porte 57, Gao..

UNICEF

GREENBERG Sacha, Spécialiste Eau Assainissement & Hygiène, sgreenberg@unicef.org, rencontré lors de la réunion de présentation de la stratégie EAH d'ECHO dans les bureaux de la Délégation le 22 avril ; +223 75 99 93 06, Niamakoro, route de l'aéroport, BP 96, Bamako.

Sites visités



Structures de santé visitées dans la région de Ségou (Pilier 1 du HIP Afrique de l'Ouest)

La mission a également inclus des rencontres dans la ville de Gao en lien avec le pilier 2 du HIP Afrique de l'Ouest

Résumé

La mission s'est déroulée du 18 au 29 mars 2016. Ses objectifs consistaient à rationaliser l'appui du secteur Eau, Hygiène et Assainissement (EAH) dans la lutte contre la Malnutrition Aigüe Sévère (pilier 1 du HIP Afrique de l'Ouest) ainsi que dans celui du soutien aux populations victimes de conflits (pilier 2 du HIP Afrique de l'Ouest) au nord Mali, notamment au travers de Mécanismes de Réponse Rapides (MRR).

Les visites de terrain dans le district sanitaire de Ségou et la ville de Gao ont permis une meilleure appréhension des performances des partenaires d'ECHO (essentiellement vis-à-vis du pilier 1) et du contexte dans lequel elles travaillaient.

Ces visites ont été complétées par une réunion avec la plupart des partenaires d'ECHO impliqués dans le secteur pour ces deux problématiques. Cette réunion a permis d'explicitier les orientations stratégiques de la DG-ECHO pour le secteur EAH au Mali. Ces orientations sont cohérentes avec celles promues au Niger le mois précédent.

Les actions EAH mises en place aujourd'hui par les partenaires dans le cadre de l'appui à la lutte contre la malnutrition n'ont qu'une valeur ajoutée limitée dans l'amélioration de la récupération des enfants malade. La stratégie d'ECHO pour 2017, appuyée en cela par la récente parution du TIP EAH'NUT début 2016, a été explicitée. Elle souligne que si cet appui s'inscrit dans le cadre général de l'EAH in NUT (ou WASH in NUT) porté par l'UNICEF, il se limite au seul traitement de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS). Cet appui se décline selon une approche graduée priorisant d'abord le traitement de l'enfant en ambulatoire à domicile (paquet minimum EAH domestique) dimensionné en fonction de la taille du ménage et dont les consommables sont renouvelés pendant toute la durée du traitement. Ce n'est que si cette activité est garantie que cet appui peut s'élargir successivement à l'appui aux URENI, l'appui à l'enfant pendant toute la durée de la période de soudure et enfin à l'appui à l'accès local aux intrants EAH utilisés dans le paquet minimum ou l'appui aux URENAs).

Afin de mieux cibler l'appui aux populations déplacées victimes de conflits, la stratégie en matière d'appui sectoriel EAH s'est orientée vers la mise en place de Mécanismes de Réponses Rapides (MRR). En 2016, un seul partenaire (NRC) s'est inscrit dans cette stratégie. La mission a été l'occasion de préciser les modalités de MRR recommandée par la DG-ECHO en Afrique de l'Ouest. Elles consistent en une approche graduée avec une 1^{ère} phase consistant à apporter une aide prédéfinie fournie en même temps que sont réalisées les évaluations des besoins. Cette aide standardisée vise à soulager les populations pendant une certaine période (1 à 3 mois) que les partenaires mettront à profit pour affiner et coordonner une réponse plus durable lors d'une 2^{ème} phase basée sur les évaluations faites en 1^{ère} phase et intégrant les éventuelles populations hôtes. Cette approche permet de s'assurer de la réactivité du MRR (aide en 1^{ère} phase apportée en même temps que sont faites les évaluations) et de la pertinence de son intervention (en 2^{ème} phase, sur la base de ces évaluations). Ici également, ce n'est que si la 1^{ère} phase est garantie par les acteurs humanitaires que la DG-ECHO pourra appuyer ses partenaires dans la 2^{ème} (qu'ils aient mis eux-mêmes la 1^{ère} ou pas).

Afin d'être appréhendées aux mieux par nos partenaires, il est souhaitable que ces orientations apparaissent dans le HIP 2017 et ses annexes. Cela implique notamment de faire apparaître ces activités comme des résultats à part entière dans les propositions soumises par les partenaires, que ce soit en matière d'EAH'NUT comme en matière de performances des MRR.

TABLE DES MATIERES

1	Contexte.....	1
1.1	Appui EAH à la lutte contre la malnutrition (Pilier 1: EAH'NUT)	1
1.1.1	Ampleur de la problématique au Mali	1
1.1.2	Soutien d'ECHO en matière d'Eau, Hygiène et Assainissement.....	1
1.2	Appui EAH aux populations victimes de conflits au Nord Mali (Pilier 2: EAH'NUT) ..	2
1.2.1	Dynamiques et populations affectées.....	2
1.2.2	Soutien d'ECHO en matière d'Eau, Hygiène et Assainissement.....	3
2	Observations & Commentaires.....	4
2.1	Appui EAH à la lutte contre la malnutrition (Pilier 1: EAH'NUT)	4
2.1.1	Ciblage des régions d'interventions.....	4
2.1.2	Féodalisation du système de santé malien.....	5
2.1.3	Réponses des partenaires ECHO : Intégration Vs Performance ?.....	5
2.1.4	Approche stratégique en matière d'EAH'NUT aux partenaires d'ECHO	7
2.1.5	Consolidation de l'EAH'NUT dans la stratégie d'ECHO.....	14
2.2	Appui EAH aux populations victimes de conflits au Nord Mali (Pilier 2: EAH'NUT) ..	15
2.2.1	Approche stratégique en matière d'appui EAH dans les mécanismes de réponse rapides	15
2.2.2	Approche stratégique en matière d'appui EAH en dehors des mécanismes de réponse rapides	16
2.2.3	Absence de reprise par les acteurs du développement	16
3	Recommandations de l'expert	18
3.1	Appui EAH à la lutte contre la malnutrition (Pilier 1: EAH'NUT)	18
3.1.1	Ciblage des régions d'interventions.....	18
3.1.2	Approche stratégique en matière d'EAH'NUT aux partenaires d'ECHO	18
3.2	Appui EAH aux populations victimes de conflits au Nord Mali (Pilier 2: EAH'NUT) ..	21
3.2.1	Approche stratégique en matière d'appui EAH dans les mécanismes de réponse rapides	21
3.2.2	Approche stratégique en matière d'appui EAH en dehors des mécanismes de réponse rapides	21
3.2.3	Reprise par les acteurs du développement	22
4	Cohérence avec les politiques sectorielles	22
4.1	Cohérence sectorielle.....	22
4.2	Principal défi rencontré:.....	22

1 Contexte

1.1 Appui EAH à la lutte contre la malnutrition (Pilier 1: EAH'NUT)

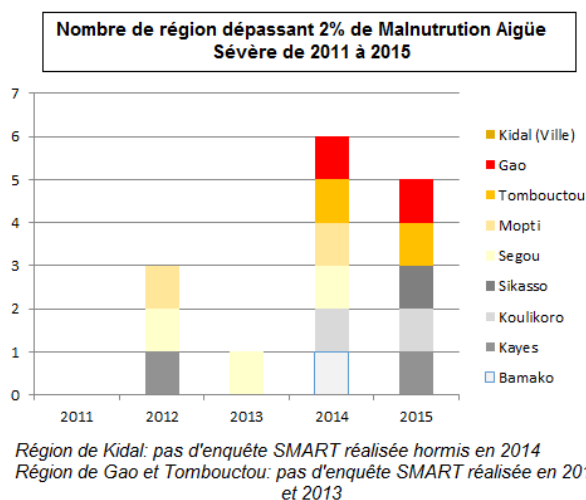
1.1.1 Ampleur de la problématique au Mali

Le Mali figure avec le Niger parmi les pays les plus affectés par la malnutrition aiguë sévère (MAS).

En se basant sur les seules valeurs moyennes des taux de MAS calculées lors des enquêtes SMART, les régions du nord du Mali sont les plus régulièrement affectées malgré l'absence de données pour la plupart d'entre elles en 2012 et 2013.

En 2015, 180 000 enfants étaient atteints de Malnutrition Aigüe Sévère¹.

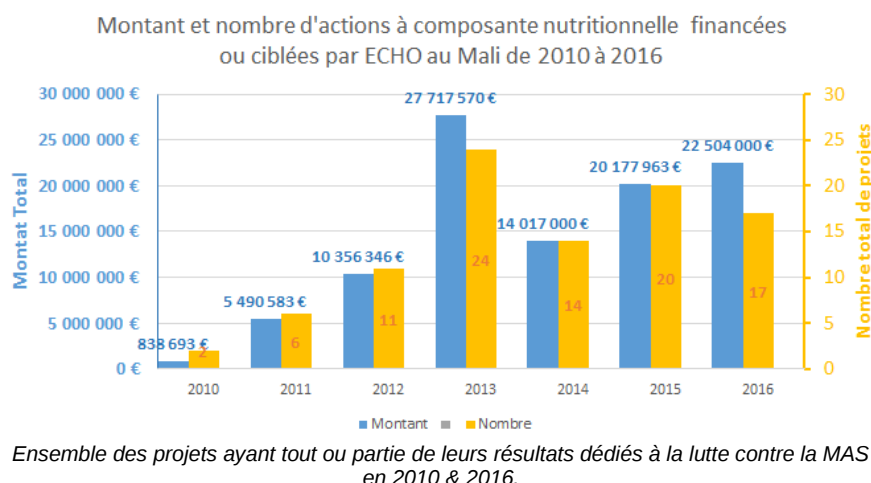
Ci-contre : Nombre de régions dépassant les 2% de MAS (hypothèse moyenne) [Source : D'après Enquêtes SMART UNICEF]



1.1.2 Soutien d'ECHO en matière d'Eau, Hygiène et Assainissement

Le nombre d'enfants atteint de MAS pris en charge au travers des partenaires soutenus par ECHO s'élevait à 92 922 en 2015 et 85 855 sont prévus pour 2016².

En 2016, 9 ONGs étaient soutenus exclusivement pour le traitement de la MAS pour un montant total 11,2 M€.



La plupart des partenaires soutenue par ECHO a inclus une sous-composante Eau, Assainissement et Hygiène (EAH) dans leur appui à la lutte contre la MAS : l'EAH in NUT (ou WASH in NUT). Elle vise en théorie à faciliter l'accès aux services EAH aux enfants pendant leur traitement (paquet minimum domestique) ainsi qu'au sein des structures de santé (CSCOMs et CSRéf).

Il est impossible de quantifier l'appui de la DG-ECHO pour cette sous-composantes dans la mesure où ils ne font pas l'objet d'un résultat en soit. Un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des partenaires courant 2015 pour évaluer cet appui. Son estimation est rendue difficile par un taux de réponse et une qualité des données assez faibles.

La stratégie promue par l'UNICEF au niveau national via les clusters englobe à la fois les volets prévention et traitement de la WASH in NUT et s'adresse à un spectre d'intervenants dont les compétences sont extrêmement variées. Il en résulte une simplification à l'extrême des interventions (kits non adaptés à la taille des ménages), une supervision limitée des

¹ Source : Rapport de Mission du Coordinateur Sahel du Bureau Régional d'ECHO au Mali du 2 au 7 novembre 2015, p3-4.

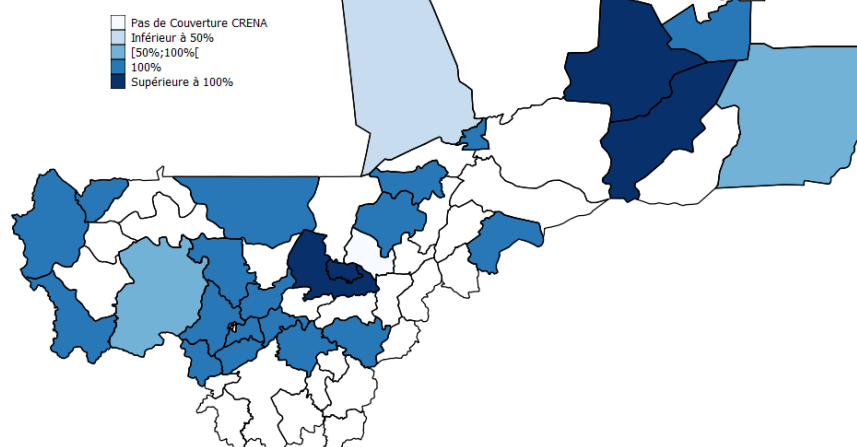
² Source : Hope et Dashboard Mali avril 2016. La fiabilité des données traitées est fragile : depuis 2013, le type d'aide primaire n'est plus renseigné dans HOPE pour la plupart d'entre eux (102 projets sur 139).

activités, quand ce n'est pas la stratégie elle-même qui est biaisée³.

La production d'un TIP EAH'NUT début 2016 par l'unité A4 a été l'occasion de rappeler aux partenaires quel était le positionnement et les priorités d'ECHO vis-à-vis de l'approche plus global de l'UNICEF en la matière.

2015

COUVERTURE CSCom



Couverture par district sanitaire des partenaires d'ECHO en matière de lutte intégrée contre la MAS en 2015

[Source : Questionnaire WASH in NUT & HOPE].

1.2 Appui EAH aux populations victimes de conflits au Nord Mali (Pilier 2: EAH'NUT)

1.2.1 Dynamiques et populations affectées

L'effondrement du régime de Kadhafi en aout 2011 en Libye, libère un armement lourd au bénéfice de groupes de diverses obédiences qui bouleversent les institutions maliennes (perte du contrôle régalién au nord entraînant un renversement de régime en mars 2012 et prise de Konna, verrou d'accès à Bamako en janvier 2013).

L'intervention des forces internationales (tchadienne, française –dispositif Barkhane- et Onusienne – MINUSMA-) permet le retour de l'état dans les grandes villes du nord et sur les principaux axes bien que les groupes rebelles (MNLA, Ançar Dine, MUJAO et AQMI) restent actifs en milieu rural où leurs intérêts se sont imbriqués avec ceux des populations et administrations locales.



Etat du conflit au nord Mali début 2013

³ La WASH in NUT est envisagée comme une mesure incitative pour les ménages pour se rendre au CSCOM et non plus comme la recherche d'un accès aux services d'EAH.

Cette présence a modifié les équilibres qui existaient entre les communautés. L'accès à des armements lourds a catalysé des ambitions locales ne portant pas seulement sur le contrôle traditionnel des ressources agricoles mais également sur celui de trafics bien plus lucratifs importés ou développés par ces groupes armés tels que l'armement ou les stupéfiants⁴.

L'appât du gain, combiné à l'accès à des moyens de coercition bien plus meurtriers a érodé les mécanismes de régulation traditionnel inter et intracommunautaires en exacerbant les tensions entre les différents groupes socio-culturels voire au sein d'un même groupe (Cercle de Ménaka). Chaque faction s'appuyant sur un groupe armé opposé à un autre pour parvenir à ces fins. Ces mêmes groupes armés agissant sur ces mêmes factions pour parvenir aux mêmes objectifs. L'implication des représentants des collectivités territoriales dans le contrôle de ces ressources n'est pas non plus à exclure.

Il s'agirait d'une triangulaire dynamique entre trois groupes : socio-culturel, rebelle et politique dont les allégeances se font et défont au gré des opportunités visant le contrôle de ces trafics.

L'accès facilité à un armement plus lourd, a également permis à un brigandage d'élargir le cercle de ses cibles, notamment la communauté humanitaire.

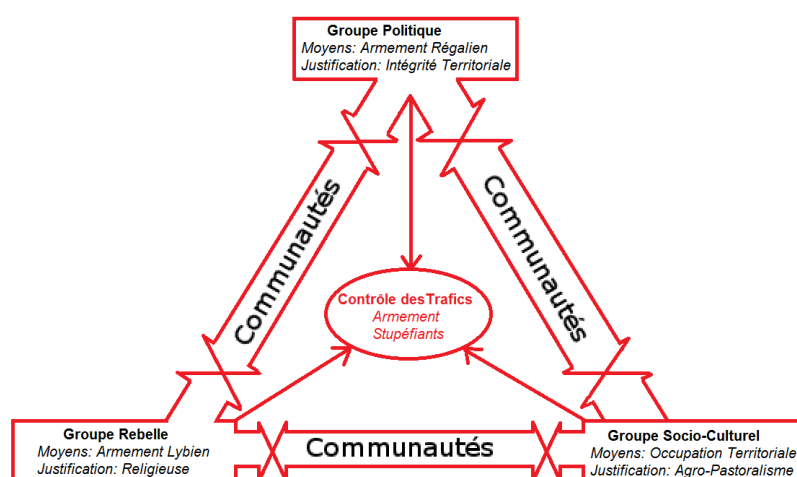
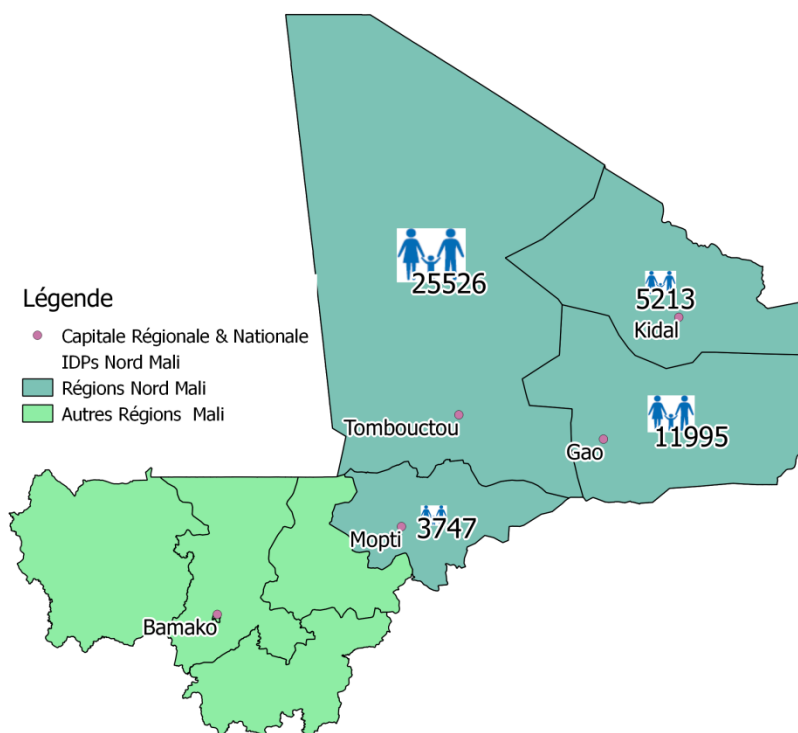


Schéma des dynamiques de conflits au nord Mali

Les populations locales sont les premières victimes de cette triangulaire dans la mesure où leur appartenance socio-culturelle les assimile de facto à un groupe armé. Elles subissent alors les représailles des groupes opposés. Elles s'en prémunissent soit en s'alliant avec un groupe armé, soit en fuyant (déplacement de populations, exode vers les centres urbains protégés par les forces internationales). Selon OCHA, le nombre de déplacés dans le nord Mali au 31 octobre 2015 s'élevait à 46 481 dans les quatre régions du nord Mali



Nombre de déplacés dans le Nord du Mali [Source : d'après OCHA]

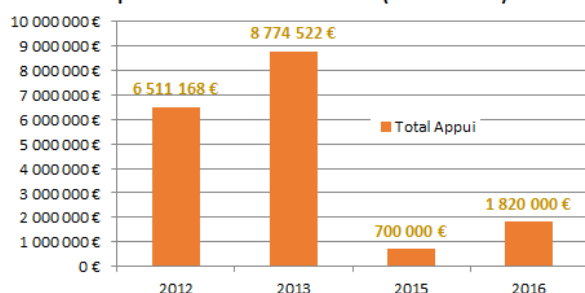
1.2.2 Soutien d'ECHO en matière d'Eau, Hygiène et Assainissement

Dès 2012, ECHO, avec le CICR, a soutenu le maintien des services d'approvisionnement en

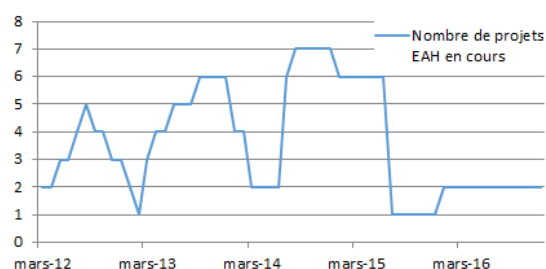
⁴ Et migrants, quoi que les routes migratoires ne soient pas très documentées au Mali.

eau des principales villes du nord. Cet appui ciblant les populations déplacées s'est développé de 2012 à 2015 en soutenant un groupe d'ONGs (ACF-ES, Handicap, LVIA, IRC, Oxfam-GB, Solidarités et VSF⁵) via UNICEF. Entre 2012 et 2016, 21 projets portés par 10 ONGs et Agence UN, pour un montant total de 17.8 M€ ont été soutenus par la Commission..

Montant ECHO pour le secteur EAH Nord Mali (hors Choléra) de 2012 à 2016



Nombre de projet EAH en cours entre 2012 & 2016



Montants et projets dédiés à l'appui EAH aux populations déplacées au Nord du Mali [Source : HOPE]

Lors d'une visite de terrain en novembre 2014, il a été mis en évidence un problème de ciblage de la part des partenaires de la DG-ECHO travaillant selon une même approche : le Cadre Commun. Si les cercles ciblés étaient bien ceux où des mouvements de populations ont été identifiés, les partenaires étaient pour la plupart incapables de démontrer que les sites choisis pour leurs interventions, où les interventions en elles-mêmes, visaient à rétablir ou renforcer un service surexploité par cette présence de déplacés.

La stratégie d'ECHO a dès lors privilégié l'appui à l'accès aux services EAH au travers de mécanismes de réponse rapide à partir de 2016. Hormis NRC, la plupart des partenaires n'a pas su appréhender ce changement.

Les termes de référence de la mission incluaient un rappel de ces orientations et de ses modalités de mise en œuvre auprès des principaux partenaires d'ECHO dans la perspective du HIP 2017.

2 Observations & Commentaires

2.1 Appui EAH à la lutte contre la malnutrition (Pilier 1: EAH'NUT)

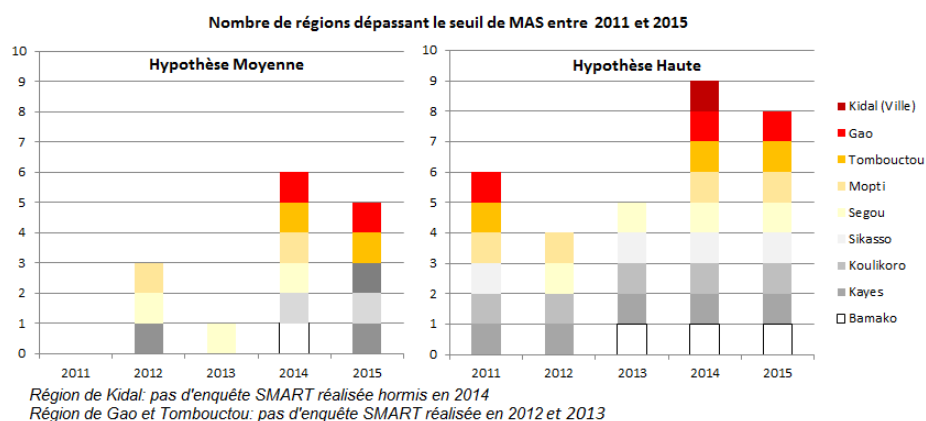
2.1.1 Ciblage des régions d'interventions

Si les enquêtes SMART servent de base pour cibler les réponses en matière de lutte contre la malnutrition, leur traitement est susceptible d'omettre une partie significative des populations affectées.

En effet, si l'on intègre l'imprécision statistique des enquêtes SMART, le nombre de régions affectées peut s'avérer plus important que prévu.

Or la réponse humanitaire ne se concentre que sur ses seules valeurs moyennes sans

prendre en compte les régions susceptibles de dépasser ces seuils d'alerte (2% de MAS) si



Comparaison du nombre de régions dépassant les 2% de MAS selon les hypothèses considérées [Source : D'après Enquêtes SMART UNICEF]

⁵ IRC et VSF jusqu'à fin 2012, ACF-ES, Handicap, LVIA, à partir de 2014.

l'on considérerait l'ensemble de l'intervalle de leur valeur probable de taux de MAS. .

2.1.2 Féodalisation du système de santé malien

Le système de santé malien a été décentralisé en 1994⁶ avec la création des CSCom chargé des soins primaires pour les aires de santé. Ils comprennent un dispensaire, une maternité et une pharmacie avec, à sa tête un infirmier de 1^{er} cycle. Leur gestion financière est assurée par une Association de Santé Communautaire (ASACO).

Les ASACO sont notamment en charge du fonctionnement des URENAs des CSCOM ainsi que des personnels de santé affiliés (incluant le personnel de l'URENA, les Agents de Santé et les Relais Communautaires).

Leurs revenus proviennent du recouvrement des dépenses de consultation et de médicaments (à raison de 1.3 fois leur coûts d'achats).

Les ASACO sont regroupées en FELASCO au niveau du District Sanitaire, en FERASCO au niveau régional et en FENASCO au niveau national.

Chaque ASACO verse une cotisation annuelle de 25 000 FCFA à l'ensemble de ses structures territoriales :

- ↳ 7 500 FCFA pour le FELASCO, et le FERASCO ; et
- ↳ 10 000 FCFA pour le FENASCO.

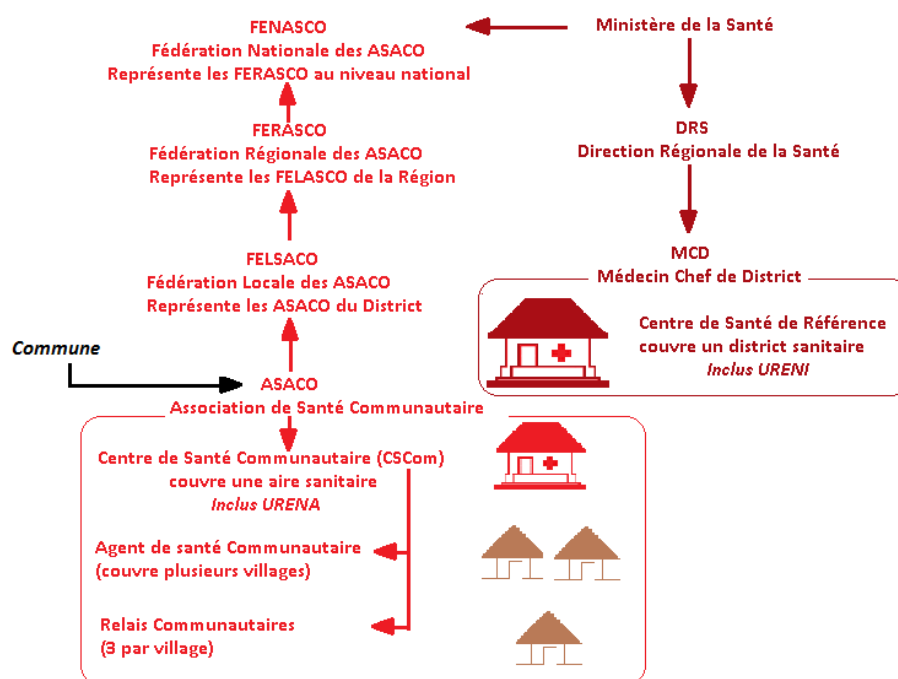


Schéma institutionnel entre ASACO et Ministère de la Santé

Les ASACO sont contrôlées en théorie par leurs adhérents qui doivent représenter au minimum 10% de la population de l'aire de santé couverte par le CSCOM. En milieu rural, les chefs de village ont autorité sur leur communauté vis-à-vis de sa représentativité. Il suffit qu'un chef de village ait sous sa tutelle une population représentant plus de 10% de l'aire sanitaire pour qu'il crée à lui seul une ASACO et qu'il nomme (et renouvelle) la personne de son choix (dont lui-même) pour présider à l'ASACO. De facto, la représentativité communautaire au sein des ASACO n'a rien de démocratique.

Les sommes importantes collectées par le FENASCOM leur donne une assise financière leur permettant de s'affranchir des règlements de son Ministère de tutelle. Ainsi, malgré la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans préconisée par le Ministère de la Santé, ce dernier ne condamne pas l'instauration de tickets modérateurs (300 FCFA) par les ASACO pour l'accès au CSCOM. La rumeur veut que cette absence de réaction soit liée à un prêt fait par la FENASCO à des instances ministérielles. Cette créance permettrait aux ASACO de museler le ministère et de ne pas appliquer stricto sensu la gratuité des soins préconisée⁷.

2.1.3 Réponses des partenaires ECHO : Intégration Vs Performance ?

La mission a permis une visite de CSCOMs et du CSRéf du district sanitaire de Ségou

⁶ Article 3 de l'arrêté ministériel n°94/MSSSPA/MATS-MP du 21 août 1994

⁷ Y compris dans les URENAs.

soutenu par COOPI depuis avril 2013 avec l'appui de la DG-ECHO.

COOPI est arrivé dans le district en novembre 2012 et a débuté ses activités mars 2013 par le recensement des femmes et enfants, la formation des Relais Communautaires (ReCo à raison de 3 par village) et l'appui aux Agents de Santé Communautaire (ASC, 81. dans le district). La prise en charge des enfants malnutris a commencé en juin 2014

L'appui de COOPI s'est matérialisé à tous les niveaux ; depuis les relais communautaires jusqu'au médecin dédié dans l'URENI du CSréf de Ségou. En 2015, plus de 1 303 personnels bénéficiait du soutien de l'ONG.

Cette pénétration de l'ONG s'est traduite par des performances significatives :

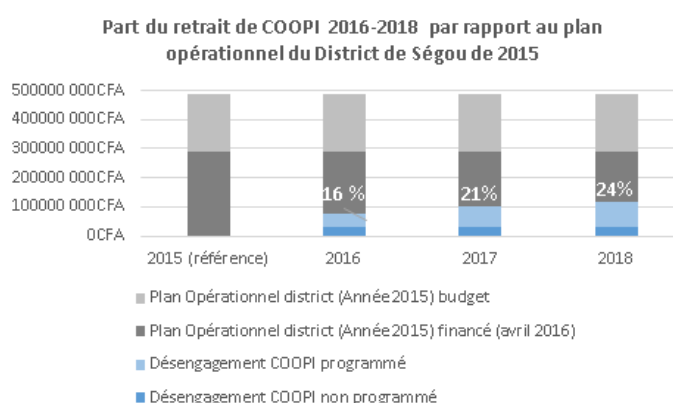
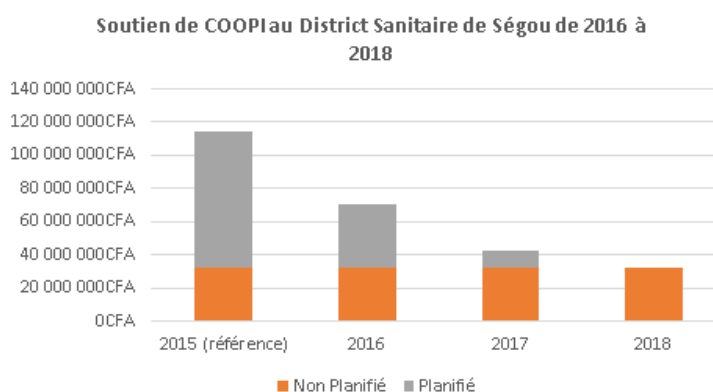
- ✚ Le nombre d'enfants référés est passé de 500 à 6 620 ;
- ✚ Le suivi des ASC est passé de trimestriel (pendant les campagnes de vaccination) à mensuel ;
- ✚ La couverture du dépistage est passé de 3 à 32 aires de santé⁸ ;
- ✚ Le district s'est doté d'un URENI ; et
- ✚ La durée de traitement des enfants, par un dépistage plus actif des ReCo est une des plus faibles du pays⁹.

Ces performances sont à jauger à l'aune des coûts qu'elles induisent et de la capacité des institutions à les reprendre à leur charge. Le plan opérationnel du district qui réunit l'ensemble des charges de fonctionnement et d'investissement s'élève à 931 710 000 FCFA en 2015 dont seulement 45% ont été financés¹⁰. La partie santé s'élevait quant à elle à 485 000 000 FCFA, financés à hauteur de 59% (286 969 000 FCFA) dont l'état assurer la moitié (29,85%).

L'appui de COOPI en matière de lutte contre la malnutrition pour l'année 2015 s'élevait à 114 655 000 FCFA, soit l'équivalent de 40% des montants sécurisés par le district pour l'ensemble des prestations de santé. COOPI a prévu un plan de désengagement sur trois ans qui n'est toutefois pas complet (il restera un reliquat de 32 455 000 FCFA à désengager). Ce retrait qui ne s'appuie pas sur de réels engagements de maintien des performances de la part des institutions (des ASACO en particulier). Le risque est alors grand de retrouver en 2018 un niveau de performance dans le district similaire à celui

Référence Contrat	Montant	Début	Fin
ECHO/-WF/BUD/2016/91067	750 000 €	1-avr.-16	31-mars-17
ECHO/-WF/BUD/2015/91012	780 000 €	1-févr.-15	31-mars-16
ECHO/MLI/BUD/2014/91002	780 000 €	1-janv.-14	31-janv.-15
ECHO/MLI/BUD/2013/91014	660 000 €	15-avr.-13	31-déc.-13

Récapitulatif des financements de COOPI par ECHO



Plan de désengagement de COOPI sur la période 2015-2018 [Source : D'après COOPI]

⁸ Sur 32 aires de santé dotée d'un CSCOM. Il existe 35 aires dans le district, 3 d'entre elles n'ayant pas de CSCOM.

⁹ Cette donnée doit toutefois être confirmée : elle a été collectée et traitée par les personnels appuyés ou employés par COOPI qui sont à la fois juge et partie dans son établissement.

¹⁰ Au mois d'avril 2016. Ces charges incluent celles des communes (ASACO), des collectivités (Mairies) et du District.

précédant l'arrivée de COOPI.

2.1.4 Approche stratégique en matière d'EAH'NUT aux partenaires d'ECHO

2.1.4.1 VALEUR AJOUTEE LIMITEE DE L'EAH EN NUT TELLE QUE MISE EN ŒUVRE ACTUELLEMENT

Les observations faites dans les différents CSCOMs et le CSRéf souligne le faible niveau de suivi et d'implication à la fois de la part du partenaire de mise en œuvre (ici COOPI) et du personnels de ces structures.

☞ En matière d'adduction en eau potable

Le peu d'expertise ne permet pas d'intervenir sur certains équipements de manière à préserver leur durée de vie, d'assurer la salubrité de l'eau (pompage solaire et absence de chloration en ligne dans le CSCOM de Sékoro, eau non protégée et non chlorée dans le CSCOM de Tongo), de garantir la continuité du service (capacité de stockage d'eau insuffisante dans l'URENI de Ségou) ou d'assurer le remplacement des infrastructures (CSCOM de Konodimini). En l'état il est difficile d'établir que les kits de désinfection fournis par COOPI soient d'une utilité féroce¹¹.



CSCOM de Sékoro : Gauche : l'assemblage des panneaux solaires monocristallin (sombre) et polycristallin en série compromet la durabilité de l'installation. Droite : le château d'eau déverse signalant une vanne défective. La réparation à faire est simple mais ni l'ASACO, ni COOPI ne l'a entreprise..

Par ailleurs, la plupart des salles de consultation ou d'accouchements des CSCOM observés n'était pas équipée en postes d'eau de boisson fonctionnels.



Gauche et Centre :CSCOM de Tongo : source et stockage de l'eau de boisson non sécurisé. Turbidité supérieure à 5 NTU (10) et absence de chloration.

Droite : URENI de Ségou : eau de boisson dépendant du réseau de la ville avec un réservoir de 200 litres correspondant à une autonomie d'une heure trente en période de haute fréquentation de l'URENI¹² en cas de coupure du réseau.

☞ En matière d'assainissement

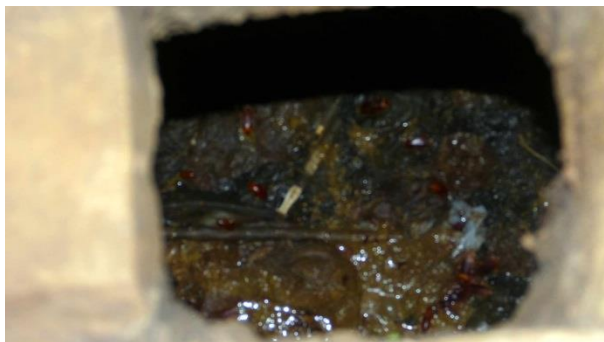
L'absence de poste de lavage des mains est la norme au sortir des latrines ainsi que l'absence d'isolement des fosses du milieu environnement (pas de couvercle sur les orifices de défécation). Des défauts structurels plus alarmants existent au niveau de l'URENI (Dalle descellée, tuyau de ventilation percé). L'absence de maintenance (latrines remplies dans

¹¹ Selon les commentaires sur les indicateurs du résultat 1 du rapport intermédiaire de COOPI.

¹² Soit environ 30 enfants à raison de 40l/j et 30 accompagnant à raison de 20l/j.

l'URENI de Ségou, le CSCoM de Pélangana Sud et de Konodimini) et une couverture insuffisante (URENI de Ségou et CSCoM de Konodimini) semblent plutôt la norme que l'exception.

La gestion de la réparation du canal d'évacuation des eaux grises de l'aire de lavage de l'URENI de Ségou souligne le manque de soin dans leur conduite, le peu d'expertise et de suivi de la part de l'ONG ou des autorités sanitaires.



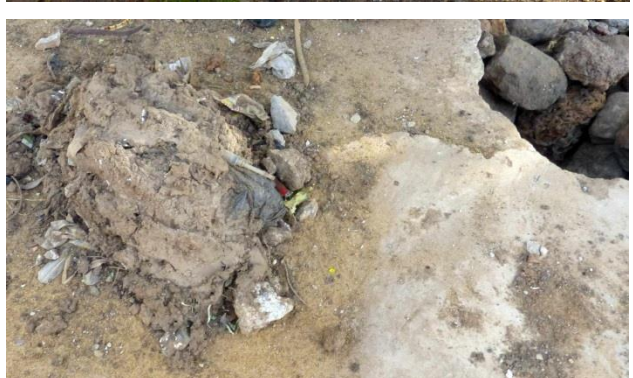
Latrines du CSCoM de Konodimini : A Gauche : la seule accessible aux patients est remplie et inutilisable. A droite : Une dalle est disponible mais inutilisée.



Latrine de l'URENI de Ségou : dalle de latrine descellée et tuyau d'aération percé ne permettant pas l'isolation de la fosse du milieu ambiant



A Gauche : Latrine de l'URENI de Ségou : fosse par ailleurs remplie rendant la latrine inutilisable. Droite : Latrines du CSCoM de Sékoro : absence de postes de lavage des mains au sortir des toilettes (observée dans la plupart des CSCoM et l'URENI)



URENI de Ségou : Evacuation des eaux grise de l'aire de lavage : Le canal d'évacuation était obstrué. Le regard et le puits perdus (2ème & 3ème photos de gauche) ont été ouverts et laissé tels quels générant un risque sanitaire non négligeable en saison des pluies.

Le tuyau a été purgé et les matières retirées (photo de gauche en bas) soulignent la présence de déchets médicaux contaminant (ici, des seringues)

L'intervention a été faite à l'initiative de l'URENI. Elle souligne le peu de capacité, sinon d'intérêt du personnel dans la gestion de ses infrastructures et ce malgré deux années d'appui et de formation de la part de COOPI.

Ce manque d'intérêt soulève des inquiétudes quant à la prolongation des activités de prise en charge de la malnutrition une fois que COOPI aura retiré son soutien.

Les déchets solides ne sont pas non plus gérés de façon satisfaisante. Outre l'insalubrité de certains sites (CSCoM de Sékoro, URENI de Ségou autour des incinérateurs), les pratiques observées lors de la mission telles que le stockage sauvage de certains déchets (CSCoM de Tongo), l'absence de tri pour les déchets médicaux, et les défauts structurels de certaines infrastructures soulignent là aussi le manque de capacité de l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre et l'exploitation des services d'EAH.



Ci dessus : CScCom de Konodimini : défaut de construction de la fosse à déchet (fondation non consolidée) qui a conduit à son effondrement (gauche) et performance réduite de l'incinérateur suite à la disparition de l'axe de la charnière de sa porte (droite) .

Ci-contre : CSRéf de Ségou : défaut de conception des parois du four sur sur l'un des cinq (!) incinérateur du centre : l'usage de briques de construction à la place de briques réfractaires a conduit à la rupture de la chambre de combustion.

Ci-dessous : CScCom de Pélangana-Sud (à droite) et CSRéf de Ségou : absence de tri dans les déchets médicaux



Ci-Contre :CScCom de Sékoro : Présence de nombreux déchets tout autour du centre ignorée par le superviseur en charge de vérifier le bon fonctionnement du centre.

Les cendres sur la photo de gauche (en haut, le long du mur) suggère une combustion sauvage des déchets autour du centre malgré la présence d'un incinérateur flambant neuf dans le centre.





Ci-dessus : CSréf de Ségou : Nombreux déchets médicaux à proximité des incinérateurs du centre (dont une seringue cerclée de rouge sur la photo de droite et .stockage sans tri ni protection de l'ensemble déchets des CScOm urbains de la ville de Ségou centralisé au niveau du CSréf.



A Gauche : CScOm de Pélangana-Sud : ancien incinérateur dervant de poubelle à des déchets médicaux.

Au centre et à droite : CScOm de Tongo : Déchets médicaux (vaccins) brûlés au lieu d'être incinérés et stockage sauvage au dos des latrines de déchets médicaux (vaccins).

↳ **En matière d'hygiène**

La plupart des postes existants ne sont pas fonctionnels faute d'eau et/ou de savons disponibles dans les dispositifs. Ils sont considérés pour la plupart comme des services mis en place lors de l'expansion de l'épidémie d'Ebola dans la sous-région maintenant inutiles compte tenu de la régression de celle-ci. L'absence de contrôle du lavage des mains (CScOm de Sékoro et Pélangana-Sud où des postes fonctionnels existaient) tend à confirmer cet abandon.

L'absence de savon est souvent justifiée par son vol. Le prétexte semble fallacieux tant il existe des dispositifs simples pour s'en prémunir (savon emballé dans un haillon attachés au trépied par exemple). Leur absence, si elle ne peut établir une certaine complicité dans ces larcins, elle souligne néanmoins un manque d'intérêt flagrant pour s'en prémunir.

L'absence de poste de lavage des mains à proximité des latrines mentionné plus haut, n'est pas liée à l'absence de matériel (des stocks existent dans le CScOm de Sékoro par exemple sans qu'ils soient mis à disposition au niveau des postes de lavage des mains).



A gauche : CCom de Konodimini : Un des rares postes de lavage de mains fonctionnels si ce n'est qu'en l'absence de savon, les usagers sont tenus de se laver les mains avec de l'eau de javel, fortement déconseillée pour cette usage.

A Centre et à droite : CCom de Pélangana-Sud et Sékoro (respectivement) : Bel exemple de mise scène pour la venue du bailleur : tous les ustensiles, du seau en passant par le savon (voire le trépied) sont neufs et d'une propreté immaculée.



Ci-dessus, sans mise en scène : A gauche et au centre : CCom de Pélangana-Sud : absence de savon et d'eau pour tous les autres poste de lavage des mains du centre. A droite : CCom de Tongo : Poste de lavage des mains sans eau et sans savon et peu visible

Ci-contre: CCom de Sékoro : Poste de lavage des mains remis neuf délaissé dans une salle d'observation alors que les latrines du même centre en sont dépourvus.

Au fond à droite de la photo, des bidons d'huile à la place de jerrycans de transport d'eau destinés aux kit EAH in NUT pour les ménages dont les enfants sont atteints de MAS.





Ci-dessus : URENI de Ségou : Des mesures d'hygiène exagérée ont été mises en place pour la désinfection des ustensiles de cuisine. Les doses utilisées (1 litres de javel pour 6 litres d'eau) relèvent de la désinfection médicale et sont onze fois supérieures aux doses nécessaires à l'alimentation collective (à gauche et au centre). En revanche, les postes de lavage des mains, quant à eux ne sont pas alimentés en eau (photo de droite).

☞ **Paquet minimum EAH'NUT pour les ménages**

L'approche de COOPI vis-à-vis de la distribution d'intrants EAH destinés aux ménages n'a que peu de sens dans une perspective d'accompagnement du traitement de l'enfant malnutri :

- ☞ Ils sont distribués sous forme de kits standards et les quantités ne sont pas adaptées à la taille des ménages;
- ☞ Ces kits ne sont distribués qu'en entrée et sortie de traitement, indépendamment de sa durée ;
- ☞ La distribution de kits en sortie de traitement n'a aucun sens du point de vue de l'accompagnement de l'enfant pendant son traitement.

Cette absence de logique dans l'approche et le dimensionnement de la réponse en fonction des besoins des ménages tend à confirmer que ces kits sont avant tout considérés comme des produits d'appel pour inciter les ménages à référer leurs enfants aux centres de traitement.

Des écarts existent entre les quantités distribuées telles que rapportées dans le formulaire unique et celles observées lors de la mission : dans la plupart des CSCOM visités, le kit distribué en entrée inclus un bidon de 5 à 10 litres, un seau, 20 pastilles de traitement de l'eau à raison de 4 à 5 litres par pastille et un savon par ménage et le kit en sortie inclus 20 pastilles de traitement et un savon par ménage. Il n'y a pas de distribution pendant la durée du traitement. L'activité 4 du résultat 2 stipule quant à elle qu' « un kit de décharge [sortie] se compose [de] 1 seau en plastic d'environ 15l servant au transport de l'eau depuis la source, 1 gobelet en plastic avec poignet pour se servir de l'eau, du chlore ou aquatab couvrant la période au moins jusqu'à la suivante consultation au CSCOM (1 semaine), savons 2 morceaux ».

Par ailleurs la qualité des intrants n'est pas conforme aux standards attendus :

- ☞ De nombreux bidons distribués sont d'anciens bidons d'huile végétale (CSCOM de Sékoro et Tongo) ;
- ☞ L'eau de javel utilisée était périmée depuis 15 jours (URENI de Ségou) ;
- ☞ Les pastilles de chloration ne sont pas adaptés pour les eaux turbides (CSCOM de Tongo) ;et
- ☞ Les quantités d'eau traitable par chaque pastille (4 à 5 litres d'eau) sont relativement faible quand il existe des pastilles, également disponible capable de traiter 4 à 5 fois plus d'eau.

La chaîne d'approvisionnement n'est par ailleurs pas sécurisée (rupture de stock depuis deux jours au CSCOM de Konodimini).

Le suivi de la distribution n'est pas facilement réconciliable avec des registres différents entre distribution en entrée et en sortie de programme.

Ces observations suggèrent un suivi de COOPI anecdotique sinon inexistant malgré la présence de personnels directement employés par COOPI ou appuyés par le programme (ASACO, ASC, et personnel médical).



CSCCom de Tongo : deux types de pastilles de traitement de l'eau (à gauche), les secondes (en bas) permettrait de traiter 4 à 5 fois plus d'eau que les premières (en haut). Elles ne sont pas distribuées aux ménages. A droite : Vieux bidon d'huile utilisé en guise de bidon de transport d'eau (en haut) et stockage à l'avenant des intrants EAH in NUT (en bas)

Dans l'ensemble la mission a permis de souligner d'une part le peu de valeur ajoutée de l'EAH in NUT telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui par COOPI et le peu d'implication de l'ensemble des acteurs concernés dans sa mise en œuvre et son suivi.

2.1.5 Consolidation de l'EAH'NUT dans la stratégie d'ECHO.

Une présentation des orientations de la DG-ECHO en matière d'EAH'NUT en Afrique de l'Ouest en présence des principaux partenaires (notamment ACF, Alima, COOPI, IRC, LVIA, NRC, TdH, Medicus Mundi, Oxfam-GB et UNICEF¹³) s'est tenue le 22 avril dans les bureaux de la Délégation.

La présentation a rappelé que le TIP EAH'NUT publié janvier 2016 précise que l'approche d'ECHO n'englobe pas toutes la problématique EAH in NUT mais son seul volet traitement, et dans ce volet, seulement celui portant sur le traitement de la MAS.

WASH in NUT	PREVENTION	Accès aux services EAH avant incidence	
	TRAITEMENT	Accès aux service EAH pendant traitement	Malnutrition Aigüe Modérée (MAM) Malnutrition Aigüe Sévère (MAS)

ECHO WASH'NUT

Approche stratégique de la DG-ECHO en matière d'EAH'NUT

La logique guidant cette approche est que la mise à disposition d'intrant EAH auprès des ménages pendant la durée du traitement de la MAS de leur enfant permet une meilleure récupération de ces derniers et in fine, contribuera à réduire les coûts de prise en charge de

¹³ La plupart des partenaires techniques et financiers, dont la DG-DEVCO, bien qu'invités, n'a pu y assister

la maladie¹⁴.

Les éléments programmatiques de cette approche ont également été évoqués en soulignant que le point d'entrée était d'abord l'enfant malnutris pris en charge chez lui (le paquet minimum domestique) pendant toute la durée du traitement¹⁵ et les besoins dimensionnés en fonction de la taille du ménage¹⁶.

Ce n'est qu'une fois ces besoins couverts, que le cercle de l'intervention peut être élargi successivement à l'accès aux services EAH dans les URENIs (l'enfant traité dans la structure de santé en cas de MAS avec complication), puis au-delà de la durée de son traitement dans les zones à forte rechute (il s'agit alors du paquet domestique complémentaire), puis plus généralement pour faciliter l'accès à ces consommables dans les points de vente proches des ménages, voire de garantir l'existence de ces services dans les URENAs.

Une ONG qui souhaite solliciter l'appui d'ECHO pour des activités d'EAH'NUT ne devra pas nécessairement couvrir

toutes ces interventions si une autre ONG met en œuvre les activités prioritaires à la sienne. Elle aura toutefois une obligation de suivi (de moyens) de celles-ci¹⁷.

Enfin, sachant qu'il est difficile d'anticiper les coûts liés à cette approche programmatique en l'absence d'éléments permettant de déterminer ceux des activités EAH in NUT actuellement financées. Si ses coûts s'avèreraient trop importants, il peut être envisagé de découpler la couverture EAH'NUT de celle purement nutritionnelle. La priorisation se ferait alors sur les districts où les durées de traitement sont les plus longues.

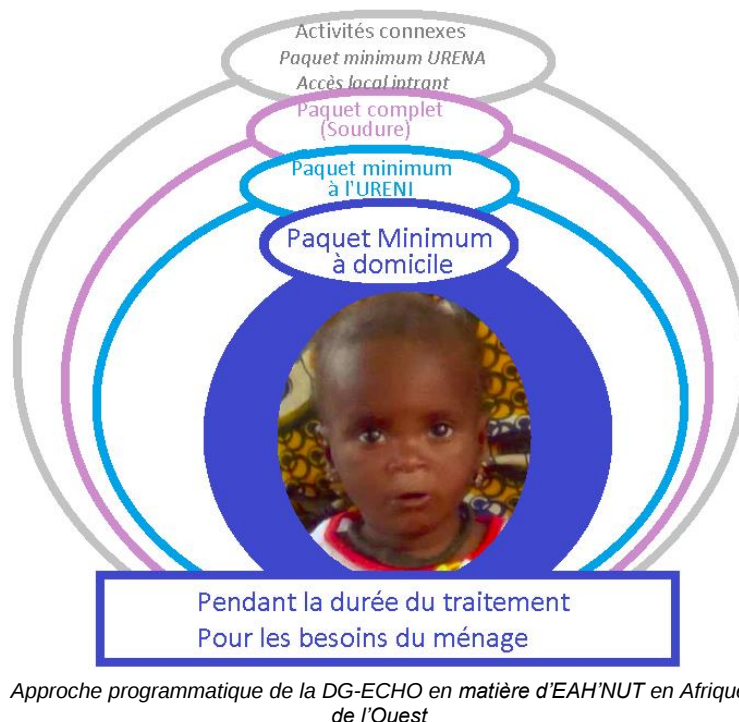
2.2 Appui EAH aux populations victimes de conflits au Nord Mali (Pilier 2: EAH'NUT)

2.2.1 *Approche stratégique en matière d'appui EAH dans les mécanismes de réponse rapides*

La stratégie d'ECHO visant à privilégier l'appui à l'accès aux services EAH au travers de mécanismes de réponse rapide a été rappelée et explicitée en réunion aux principaux partenaires d'ECHO impliqués dans l'appui au secteur¹⁸.

Celle-ci consiste à mettre en place un système d'alerte couplé à un mécanisme de réponse qui peut se décomposer en deux temps :

Une première phase « en flux poussé » visant à juguler la crise. La réponse est réalisée conjointement avec l'évaluation des besoins. Elle vise une couverture des



¹⁴ Avec comme hypothèse que l'économie faite sur la durée de traitement est supérieure aux coûts inhérents à l'EAH'NUT. L'impact de l'EAH'NUT sur la durée de traitement, s'il a été établi, n'est pas encore quantifié. Des études sont nécessaires en ce sens.

¹⁵ Les consommables EAH (savon, pastille de désinfection de l'eau) sont renouvelés autant de fois qu'est nécessaire le renouvellement des consommables alimentaires (Plumpy Nut).

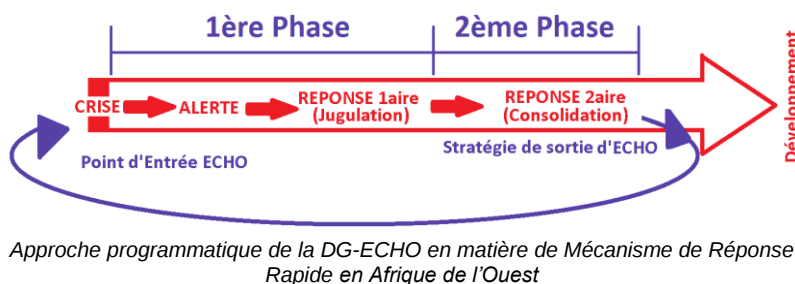
¹⁶ En fonction du nombre d'usagers des savons et de l'eau traitée, et non pas sous forme de kits standards qui est la pratique la plus couramment observée.

¹⁷ Mais pas de résultats dans la mesure où elle ne les met pas en œuvre directement.

¹⁸ Il s'agit de la même réunion où l'approche EAH'NUT de la DG-ECHO a été évoquée.

besoins EAH de un à trois mois sur la base d'une estimation anticipée (et non d'une évaluation). Cette réponse, sous forme de kits préconçus, permettra de couvrir tout ou partie des besoins EAH des populations affectées et de soulager celles-ci ; avant

- ↳ Une seconde phase « en flux tracté » dont la réponse sera basée sur le résultat des évaluations faites en même temps que la 1^{ère} phase.



Cette seconde phase pourra inclure la réhabilitation ou l'extension de services existant selon leurs pertinences et ne devra pas omettre les besoins des communautés hôtes.

La valeur ajoutée de cette approche programmatique est qu'elle permet de gagner en réactivité et d'apporter un début d'appui aux victimes de conflits (1^{ère} phase) sans attendre les résultats d'une évaluation et la mise en place d'une coordination de la réponse qui peut s'étaler sur plusieurs semaines.

Elle permet également un meilleur dimensionnement de l'appui (2^{ème} phase) en donnant aux humanitaires le temps de la réflexion sans que cela se fasse au détriment des besoins immédiats des populations, ces derniers étant couverts en partie ou totalité par la 1^{ère} réponse.

Elle est similaire à celle privilégiée pour l'EAH'NUT dans le sens où l'appui de la DG-ECHO s'inscrit dans une priorisation successive des interventions. Aussi une réponse s'inscrivant uniquement dans la 2^{ème} phase ne pourra être envisagée que si la 1^{ère} est garantie, soit par le partenaire, soit par un autre. Cette approche peut faciliter la création de consortiums en fonction des valeurs ajoutées de chacune des parties prenantes.

2.2.2 Approche stratégique en matière d'appui EAH en dehors des mécanismes de réponse rapides

Dans cette même réunion, outre les populations déplacées, les besoins liés aux populations « fixées » par les crises ont été évoqués. En particulier, ceux des populations pastorales qui voient tout ou partie de leur couloir de transhumance interdit d'accès pour des raisons de sécurité.

La pertinence du choix des sites d'intervention obéit à des problématiques de pression sur les ressources en pâturage et d'escalades conflictuelles intercommunautaires dont l'analyse relève en grande partie de la sécurité alimentaire.

L'appui EAH à ces populations consistera à proposer une réponse technique (type d'ouvrage) à une solution (choix des sites, dimensionnement des besoins) dont la stratégie est portée par la Sécurité Alimentaire.

2.2.3 Absence de reprise par les acteurs du développement

2.2.3.1 DELEGATION DE L'UNION EUROPEENNE

La délégation de l'Union Européenne s'est engagée dans des travaux d'infrastructures portant essentiellement sur l'Hydraulique urbaine :

- ↳ Une station de traitement d'eau potable à Kabala (Bamako) pour un montant de 18 M€¹⁹ ;
- ↳ Des infrastructures d'adduction d'eau potable (70 a total) péri urbain et rural (réseau, point d'eau et assainissement sommaire) dans les régions de Ségou, Sikasso Tombouctou, Koulikoro pour un montant de 31 M€ (programme PACTEA II de 2013 à 2017) ;

¹⁹ Ce projet d'un montant total de 430 M€ en deux phases (la délégation s'est engagée dans la 1^{ère}) comprend la production et la distribution d'eau potable. Il est également soutenu par l'AFD. Les deux phases sont censées s'achever en 2019.

La délégation appui également le secteur EAH dans les structures de santé dans le cadre d'une contingence visant la prévention de la dissémination de l'épidémie Ebola. Cet appui vise à renforcer les services d'eau d'hygiène et d'assainissement dans 213 centres de santé des régions de Sikasso et Koulikoro. UNICEF est maître d'œuvre pour un montant de 4.9 M€.

Ces projets sont trop avancés pour faire l'objet de modifications en lien avec les orientations d'ECHO.

Les fonds fiduciaires Urgence Migration sont pour le moment focalisés sur l'aspect sécuritaire de la problématique (contrôle aux frontières). Si la problématique de l'accès aux couloirs de transhumance a été évoquée dans le cadre de l'établissement de ce fonds, elle n'a pas été reprise par la suite.

2.2.3.2 L'AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT

L'hydraulique urbaine fait partie des cinq secteurs identifiés pour la période 2015-2019 du Cadre d'Intervention Pays²⁰. L'appui au secteur constitue l'enveloppe principale de l'AFD au Mali.

Il n'existe pas de budget alloué à chaque secteur, les projets sont identifiés avec les ministères de tutelle puis renseignés et soumis pour arbitrage à Paris. Les projets, une fois sélectionnés sont inclus dans le Plan d'Affaire de l'AFD-pays et sont instruits au travers de fonds spécifiques²¹

Jusqu'à présents 5 projets²² incluant la distribution d'eau potable et le traitement des eaux usées sont en cour d'instruction/réalisation pour un montant de 135 M€ :

- ✦ Une station de traitement d'eau potable à Missabougou (Bamako) pour un montant de 12 M€²³
- ✦ Une station de traitement des eaux usées et/ou un réseau d'assainissement dans les communes II et V de Bamako pour un montant de 20 M€ ;
- ✦ Une station de traitement d'eau potable à Kabala (Bamako) pour un montant de 92 M€²⁴ ;
- ✦ Des infrastructures d'adduction d'eau potable périurbaines et rurales dans la région de Mopti (18 communes ciblées dans les 6 cercles de la région²⁵) pour un montant de 11.3 M€ ; et
- ✦ Un projet d'adduction potable local dans la commune V de Bamako pour un montant de 1.5 M€²⁶.

²⁰ CIP : outil stratégique de l'AFD qui identifie les secteurs d'intervention éligibles pour la période considérée.

²¹ Fonds Exoertise et Renforcement de Capacité, Fonds AFD du siège ou dans le cadre de projets déjà financés.

²² Issus de différents CIP.

²³ Fn prévue mi 2018.

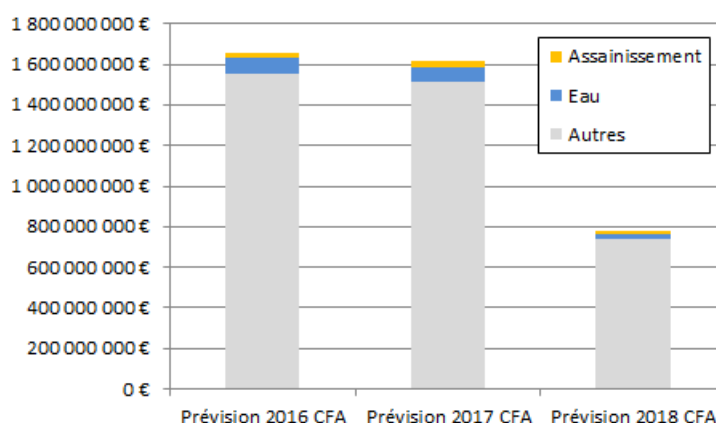
²⁴ A raison de 39 M€ sur la phase 1 et 53 M€ sur la phase 2. Ces 53 M€ sont la seule enveloppe pour le moment engagée dans le CIP 2015-2019.

²⁵ Comprenant notamment 29 puits, 110 pompes à main, 28 Réseaux d'hydraulique avancée ; 21 Réseaux de bornes fontaines, et 3 adduction d'eau potable (à Bankass, Kiro et Sofara). Fin prévue mi 2018.

²⁶ Fin prévues fin 2016.

L'appui aux secteurs eau et assainissement ne représente qu'une part extrêmement marginale de l'aide extérieure. En 2016, la part de l'assainissement dans l'appui externe ne représente que 1.2% de l'aide prévue (5.1% pour l'eau).

Pour un pays classé 164ème sur 205 pour l'accès à l'eau sécurisée et 176ème sur 197 pour l'assainissement²⁷, un plaidoyer pour l'appui à ces secteurs ne serait pas inutile



Contribution de l'aide externe prévue de 2016 à 2018 [Source : CRMT 2016]

Ce d'autant plus que des opportunités existent en milieu urbain au nord Mali. Une visite de la station de traitement d'eau potable de la ville de Gao a permis de constater que la production en eau potable, notoirement déficitaire dans la ville, pourrait être en théorie augmentée de 67% par la simple adjonction de deux unités de filtration supplémentaires²⁸.

3 Recommandations de l'expert

3.1 Appui EAH à la lutte contre la malnutrition (Pilier 1: EAH'NUT)

3.1.1 Ciblage des régions d'interventions

Il serait souhaitable que l'analyse de l'évolution des taux de MAS dans les différentes régions du pays d'une année à l'autre ne se base pas sur la seule valeur moyenne des enquêtes mais prennent en compte l'intervalle dans lequel cette valeur se situe.

Il ne serait par ailleurs pas inintéressant d'envisager dans quelle mesure UNICEF pourrait améliorer la précision de ses enquêtes en augmentant la taille de son échantillonnage.

Enfin, si le ciblage par région sur la base des valeurs moyenne des taux de MAS devait rester le même, il serait souhaitable d'envisager la mise en place d'observatoires pour les régions dont les valeurs hautes de la mesure de la prévalence de la MAS sont supérieures au seuil de 2%.

3.1.2 Approche stratégique en matière d'EAH'NUT aux partenaires d'ECHO

3.1.2.1 AMELIORATION DE L'EAH EN NUT TELLE QUE MISE EN ŒUVRE ACTUELLEMENT

Les recommandations suivantes sont faites sur la base des observations faites pendant la mission et se situent au-delà des priorisations stratégiques de la DG-ECHO en matière de EAH'NUT en Afrique de l'Ouest

↳ En matière d'adduction en eau potable

Il serait souhaitable de renforcer l'expertise en matière de diagnostic des besoins et de suivi de l'appui. Notamment pour s'assurer :

- ↳ Du bon fonctionnement de l'existant et des éventuelles défauts de conception pour lesquels des interventions rapides et pas nécessairement coûteuses seraient opportunes (remplacement de vanne de contrôle, de panneaux solaires inadaptés, sécurisation des procédés de chloration, sécurisation des volumes de stockage, mise en place de margelle pour éviter les contaminations par ruissellement, sécurisation du pompage pour éviter ceux liés aux prélèvements d'eau) ;
- ↳ De l'évaluation des risques de rupture de la ressource (risque de rupture d'approvisionnement en cas de branchements aux réseaux, fiabilité du réseau électrique en cas de raccordement de pompes électriques, capacité de réparation

²⁷ Source : D'après UNICEF/OMS JMP 2015.

²⁸ Des travaux avaient commencé et ce sont interrompus par la suite, certainement à cause de la crise.

- des ouvrages disponible localement, et risque de contamination locale de l'aquifère) ;
- ☞ Des performances du personnel en charge (conformité des protocoles de traitement en fonction de la qualité de l'eau brute, contrôle de la chloration et de la turbidité de l'eau aux taux attendus, nettoyage et réapprovisionnement des dispositif de stockage, couverture de l'ensemble des services nécessitant un accès à l'eau potable, suivi des stocks de consommables (produit de traitement et d'entretien), de leur date de péremption et de l'anticipation du réapprovisionnement) ; et
- ☞ Du suivi de la mise en œuvre de nouvelles structures en particulier lorsqu'elle est déléguée à des entreprises locales: cahier des charges, quantitatifs, contrôle des matériaux de construction, procès-verbaux de suivi de chantier, essais, réceptions provisoire et définitive des ouvrages.

☞ **En matière d'assainissement**

Le même besoin en expertise s'applique en matière de gestion des excréta et des eaux grises, notamment pour s'assurer :

- ☞ Du bon fonctionnement de l'existant en matière d'accès aux structures sanitaires, de séparation des usagers (genre, personnel médical), d'étanchéité des fosses et des réseaux (trou de défécation couvert, dalles proprement scellées, aération isolée), de stabilité des ouvrages contre l'érosion ou l'effondrement et de protection contre les risques d'inondation ;
- ☞ De l'évaluation des risques de rupture du service : taux de remplissage des fosses, capacité de vidange des fosses (technique et financière), réparation des ouvrages disponible localement ;
- ☞ Des performances du personnel en charge : propreté des structures, accès libre, mise à disposition d'équipements connexes (sakhane, eau), couverture de l'ensemble des services nécessitant une latrine, usage adapté des structures (absence de déchets médicaux dans les réseaux d'eau usées, d'excréta dans les douches), suivi des stocks de consommables (javel, brosse) et de l'anticipation du réapprovisionnement ; et
- ☞ Du suivi de la mise en œuvre de nouvelles structures : *(voir ci-dessus, volet eau potable).*

Il en va de même pour la gestion des déchets solides pour notamment pour s'assurer

- ☞ Du bon fonctionnement de l'existant existence de réceptacles adaptées fonctions de la nature des déchets (seringues, déchets médicaux souillés et déchets sains), filières de traitement séparées (enfouissement, incinération, crémation), étanchéité des infrastructures de traitement (étanchéité des chambres d'incinération, grillage d'isolation du site avec accès verrouillé et distance minimale du centre et des habitations) ;
- ☞ De l'évaluation des risques de rupture du service : capacité de traitement des déchets, et de réparation des ouvrages localement ;
- ☞ Des performances du personnel en charge : respect de la séparation de chaque filière de collecte et de traitement en fonction la nature des déchets, absence de déchets au sol, absence de stockage de déchets sans surveillance, équipement appropriés du personnel (gants épais, masques, bottes), suivi des stocks de consommables (combustibles) et de l'anticipation du réapprovisionnement ; et
- ☞ Du suivi de la mise en œuvre de nouvelles structures : *(voir ci-dessus, volet eau potable).*

☞ **En matière d'hygiène**

Il en va de même pour le maintien de l'hygiène du centre et notamment pour s'assurer

- ☞ Du bon fonctionnement de l'existant présence de poste de lavages des mains dans chacun des services les nécessitant dotés d'eau et de savon ou chlorée à 0.05%, dispositifs contre le vol de consommables (savon inséré dans un haillon rattaché au

- ☞ poste de lavage des mains ou système à bascule²⁹ ;
- ☞ De l'évaluation des risques de rupture du service : en lien avec l'accès à l'eau du centre et fonction de l'étanchéité des équipements connexes (seau avec robinets) ;
- ☞ Des performances du personnel en charge : réapprovisionnement des consommables et suivi de leurs stocks et date de péremption (javel, savon, pastille de chloration, eau), et de l'anticipation du réapprovisionnement ; et
- ☞ Du suivi de la mise en œuvre de nouvelles structures : (voir ci-dessus, volet eau potable).

☞ **Paquet minimum EAH'NUT pour les ménages**

Afin que le paquet minimum EAH'NUT destinés aux ménages permettent une guérison plus rapide, il serait souhaitable que :

- ☞ Les paquets soient dimensionnés en fonction de la taille du ménage dont l'enfant fait partie (ménage appréhendé au sens de nombre de personnes utilisant le même réceptacle pour la consommation d'eau) ;
- ☞ Ils ne soient distribués que pendant la durée du traitement avec
 - ☞ En entrée de programme la fourniture d'équipements (seau avec robinets, jerrycan de 20 litres) et de consommables (savons, pastille de traitement de l'eau) ;
 - ☞ Pendant le traitement : le renouvellement des consommables en même temps que celui de la nourriture améliorée pour l'enfant (plumpy nut) ;
 - ☞ En sortie de programme : aucun intrant n'est plus nécessaire³⁰.
- ☞ Le suivi de la distribution (quantité et type d'intrants distribués) du paquet minimum doit faire l'objet de la même attention que le suivi du traitement avec une fiche par enfant pour la durée de son traitement ;
- ☞ Les stocks et leur date de péremption soient suivis et leur renouvellement anticipés ;
- ☞ Les équipements respectent les normes minimale en terme de qualité (uPVC alimentaire) et d'adaptabilité (volume de stockage de 20 litres et produit de traitement conçu pour ce volume) ; et
- ☞ Le suivi de la consommation de ces intrants par les ménages soit vérifiés par les relais communautaires.

3.1.2.2 **CONSOLIDATION DE L'EAH'NUT DANS LA STRATEGIE D'ECHO.**

Afin que cette consolidation soit effective il est souhaitable qu'elle soit matérialisée dans les outils programmatiques de la DG-ECHO, notamment au sein des recommandations opérationnelles du HIP Afrique de l'Ouest. Cela inclus les recommandations suivantes :

- ☞ Systématiser la collecte de l'indicateur de la durée de traitement des enfants atteints de MAS afin de pouvoir évaluer les effets de l'EAH'NUT en matière de gains de performances ;
- ☞ Dédier un résultat spécifique à l'EAH'NUT afin de pouvoir mieux quantifier et appréhender les coûts relatifs à sa mise en œuvre ;
- ☞ Rappeler l'approche stratégique de la DG-ECHO en matière d'EAH'NUT en Afrique de l'Ouest qui priorise le traitement de la MAS en matière d'EAH in NUT ;
- ☞ Rappeler l'approche programmatique de la DG-ECHO en matière d'EAH'NUT en Afrique de l'Ouest qui préconise une approche graduée dans les interventions, visant successivement :
 - 1) L'enfant au domicile dans le cadre d'un traitement de la MAS en ambulatoire (paquet minimum EAH'NUT domestique) ;
 - 2) L'enfant au centre de santé dans le cadre d'un traitement de la MAS avec complication (paquet minimum EAH en Santé dans les CRENIs/URENIs) ;
 - 3) L'enfant au domicile dans le cadre d'une prolongation de l'accès à des intrants EAH en cas de risques avérés de rechute pendant la période de soudure (paquet complémentaire EAH'NUT domestique) ; et

²⁹ Ou « tippy-tap »

³⁰ Sauf cas exceptionnel et dûment documenté d'une zone à forte rechute.

- 4) L'environnement économique et médical des ménages visant à faciliter l'accès local aux intrants du paquet minimum EAH'NUT domestique dans les commerces locaux ou visant à renforcer l'accès aux mêmes services dans les CRENAs/URENAs (paquet minimum EAH en Santé dans ces structures) ;

Cette approche graduée ne doit pas nécessairement être conduite par un seul et même acteur, néanmoins, tout partenaire qui souhaite mettre en œuvre une activité devra s'assurer du suivi de celles prioritaires à la sienne (avec une obligation de moyen, mais pas de résultat³¹).

En marge de cette approche graduée, des études visant à documenter et quantifier la valeur ajoutée de l'EAH'NUT dans le traitement de la MAS devraient faire également l'objet d'un appui de la part d'ECHO.

Enfin, en fonction des financements disponibles, il pourra être envisagé de découpler la couverture des activités EAH'NUT de celles de la prise en charge de MAS en priorisant les districts où les durées de traitement sont les plus longues.

3.2 Appui EAH aux populations victimes de conflits au Nord Mali (Pilier 2: EAH'NUT)

3.2.1 Approche stratégique en matière d'appui EAH dans les mécanismes de réponse rapides

La stratégie visant à prioriser l'appui au secteur EAH au travers de mécanismes de réponse rapide n'est pas formalisée dans le HIP courant. Il serait souhaitable que celle-ci apparaissent dans le prochain (HIP 2017) soulignant notamment :

- ↳ une réponse graduée en deux phases successives comme présentée plus haut et rappelée ici :
 - 1) Une première phase « en flux poussé » visant à juguler provisoirement la crise réalisée conjointement avec l'évaluation des besoins. Cette réponse, sous forme de kits préconçus, permettra de couvrir tout ou partie des besoins EAH des populations affectées et de soulager cette dernière sur une durée de un à trois mois ; et
 - 2) Une seconde phase « en flux tracté » dont la réponse sera construite sur les évaluations faites en même temps que la 1^{ère} phase. Cette réponse pourra se porter sur la réhabilitation ou l'extension de services existant et devra intégrer les besoins des communautés hôtes ; et
- ↳ Cette approche graduée ne devrait pas nécessairement être conduite par un seul et même acteur, néanmoins, tout partenaire qui souhaite mettre en œuvre la seule 2^{ème} phase devra s'assurer du suivi de la mise en œuvre de la 1^{ère} (avec une obligation de moyen, mais pas de résultat³²).

Vis-à-vis du contexte du Nord Mali, la valeur ajoutée de certains partenaires dont le cœur de compétence n'est pas la réactivité requise en 1^{ère} phase (LVIA, par exemple) pourra être exploitée en 2^{ème} phase dans le cadre d'une action conjointe avec des acteurs intervenant dans la 1^{ère} (NRC, Solidarités).

3.2.2 Approche stratégique en matière d'appui EAH en dehors des mécanismes de réponse rapides

En dehors des mécanismes de réponse rapides et des contextes de camps, il serait souhaitable que l'appui sectoriel de la DG-ECHO au Mali s'insère dans des stratégies portée par d'autres secteurs :

- ↳ C'est déjà le cas en matière d'EAH'NUT où le ciblage des bénéficiaires relève du secteur nutrition ; et
- ↳ En matière de sécurité alimentaire dans le cadre d'une pression accrue sur les ressources liée à une limitation de l'accès à ces dernières pour des raisons de

³¹ Le partenaire devrait être en mesure d'évaluer les activités qu'il ne met pas en œuvre, mais ne sera pas redevable de leurs performances.

³² De façon similaire à l'approche graduée EAH'NUT.

sécurité (couloir de transhumance inaccessible aux populations pastorales). L'implication du secteur EAH portera sur les choix techniques à préconiser en fonction des orientations données par le secteur de la Sécurité Alimentaire (choix des sites, dimensionnement des besoins).

3.2.3 Reprise par les acteurs du développement

Cette reprise n'est aujourd'hui que très marginale, sinon anecdotique compte tenu de l'absence d'intérêt de l'aide extérieure vis-à-vis de la couverture en matière d'eau et d'assainissement.

Il est paradoxal de constater que les besoins se situent essentiellement en milieu rural (où 55% de la population a accès à un point d'eau sécurisé) alors que l'essentiel de l'aide extérieure en matière d'eau potable se situe en milieu urbain où les besoins semblent moins criants (88% d'accès³³), avec, certes, une visibilité diplomatique plus évidente.

Il ne serait pas inintéressant de voir dans quelle mesure des activités de plaidoyer moins conventionnelles pourraient être mise en œuvre. Cela pourrait passer par le soutien à la parution régulière d'un bulletin d'alerte du monde humanitaire vers celui du développement rapportant les actions mises en place par les premiers (au travers des mécanismes de réponse rapides, du cadre commun, etc) dont la pérennité ne saurait être garantie que par une reprise par les seconds. Ce bulletin serait destiné aux institutions, aux bailleurs de fonds de développement, et pourquoi pas, aux organes d'information (presse, réseaux sociaux, etc.).

4 Cohérence avec les politiques sectorielles

Les observations faites lors de cette mission sont assez similaires à celles faites au Niger en mars 2016.

4.1 Cohérence sectorielle

La principale problématique traitée lors de cette mission s'inscrit dans le cadre d'un autre secteur (la nutrition) dans le cadre de la lutte contre la Malnutrition Aigüe Sévère en conformité avec l'option 2 de l'annexe I du Document Thématique N°2.

4.2 Principal défi rencontré:

Les observations faites dans le cadre de cette mission sont édifiantes et assez fidèles à ce qui se constate par ailleurs lorsque l'EAH n'est pas le point d'entrée de la décision de financement.

Le suivi des activités inhérentes à l'EAH en tant que sous composante du traitement de la MAS est largement négligé. Les raisons tiennent au peu d'intérêt de la part des acteurs dont les compétences ne relèvent pas de cette sous composante et dont la charge de travail trop importante n'incite pas à prioriser le suivi de la bonne exécution de celle-ci.

Il serait souhaitable que ce type d'intervention (ici l'EAH en appui au secteur nutritionnel mais également de façon plus générale, quelques soit le secteur agissant en sous composante d'un autre) fasse l'objet d'un résultat en soit dans les propositions soumises à ECHO. Cela donnerait une visibilité accrue à cette sous composante qui non seulement inciterait les partenaires à systématiser le suivi de ses performances, et permettrait également à ECHO de refuser son soutien s'il s'avèrerait que celles-ci ne soient pas satisfaisantes.

Enfin la promotion d'une approche graduée telle qu'explicitée dans le présent rapport complétée par le rappel de la stratégie de la DG-ECHO en matière d'EAH-NUT en Afrique de l'Ouest devrait apparaître dans les documents programmatiques de la Commission (HIP et ses annexes) afin de préciser et de clarifier l'approche préconisée dans une problématique (la WASH in NUT) plus large que celle dans laquelle s'inscrit la DG-ECHO.

³³ Niveau national : sources JMP, UNICEF & OMS, 2015, qui ne répertorie que l'existence de telles structures et non leurs performances.

Commentaires attendus

Aucun