Evaluation réalisée avec l'appui du F3E pour Equilibres et Populations

Rapport final et annexes – 356Ev

EVALUATION EXTERNE DU PROJET

« Protéger la prochaine génération : un projet intégré de promotion de l'abandon de l'excision dans le district de Kayes au Mali »

Equilibres & Populations / AMSOPT

Evaluation réalisée entre janvier et mai 2013

(Mission de terrain au Mali du 15 au 30 janvier 2013)

Version finale du rapport : 10 Mai 2013

Auteur : Danièle SEXTON

Equipe d'Evaluation :

Coordination: **Danièle SEXTON**

d.sexton@laposte.net

Tel. +(33) 05 62 34 04 10

Collaborateurs :

Abdourahmane Coulibaly

Aisse Diarra

Sommaire

RESUME *7*

Partie I : Présentation de l'évaluation *11*

I. Le programme Protéger la Prochaine Génération **11**

II. Une évaluation intermédiaire pour porter un regard externe **13**

a. L'évaluation et ses enjeux 13
b. La démarche méthodologique 14
c. L'atelier de formation à Bamako 15
d. La mission de terrain auprès des bénéficiaires 17
e. Les limites de l'évaluation 18

Partie 2 : Pertinence et cohérence de la proposition *19*

I. Un programme pilote pertinent **19**

a. La situation de l'excision et la promotion de l'abandon 19
b. La promotion de l'abandon dans le district de Kayes 21
c. Communiquer pour le Changement de Comportement 22
d. Sensibiliser par la santé ? Quels sont les besoins ? 22
e. Le besoin d'améliorer la prise en charge et le référencement 23
f. De l'action de terrain pilote au plaidoyer ? 24

II. Un montage institutionnel cohérent, une action collective à préciser **25**

a. L'AMSOPT, un partenaire légitime 25
b. Une action cohérente avec la politique nationale 26
c. Un ancrage local et des efforts de coordination 26
d. Une action collective qui devrait être précisée 28
e. L'implication des migrants 29

III. Une organisation interne claire mais une charge de travail importante **30**

a. Une équipe bien articulée 30
b. Une équipe formée et motivée 31
c. Une surcharge de travail ressentie qui questionne la stratégie 32

Partie 3 : Efficacité, efficience et visibilité *34*

I. Une bonne exécution des activités **34**

a. Une persévérance pour faire accepter le projet 34
b. La formation des leaders communautaires 35
c. Le travail de Communication pour le Changement de Comportement 35
d. L'appui au système sanitaire et de référencement 38
e. Une prise en charge des complications liées à l'excision 38
f. Les actions de communication 39
g. Les activités génératrices de revenus 40
h. L'annulation de certaines activités du fait de la crise au Mali 40

II. A la recherche de l'efficience **42**

a. Des budgets croissants, centrés sur l'animation et la prise en charge sanitaire 42
b. Une gestion et administration en voie de consolidation 43
c. Des efforts de suivi, mais un suivi des résultats à améliorer 44
d. Une recherche d'effets levier encore timide 47

III. Un projet visible, des résultats cependant peu connus **49**

a. Une structure projet bien connue au niveau local et régional 49
b. Un projet suivi au niveau national 49
c. Un projet pilote à mieux valoriser 49

Partie 4 : Résultats 51

I. Des résultats encourageants 51
a. Rappel des résultats attendus 51
b. Comment mesurer le changement ? 51
c. Les avancées début 2013 53

II. Le long chemin vers l'abandon 55
a. La levée du tabou sur l'excision 55
b. L'acquisition de connaissance sur les conséquences de l'excision 55
c. Une prise de distance face à l'argument religieux 57
d. Une remise en cause encore difficile de la tradition 58
e. L'évolution vers la déclaration d'abandon. 59
f. L'abandon réelle de la pratique 60
g. Les droits des femmes encore peu considérés 60

III Le système sanitaire renforcé pour la prise en charge des complications 62
a. Le personnel médical mieux formé 62
b. Un personnel médical plus mobilisé contre l'excision 62
c. Un système mieux articulé mais très lié au projet 63

IV Une meilleure prise en charge médicale 65
a. La fréquentation des centres en hausse 65
b. De nombreuses patientes prises en charges 65
c. Des besoins plus vastes : 66

Partie 5 : Effets et pérennité 68

I. Un changement social amorcé 68
a. Un premier pas : le débat public 68
b. Vers un changement de valeurs ? 68
c. Une pérennité du changement à renforcer 69

II. L'amélioration du système sanitaire 71
a. Un renforcement de capacités et de mobilisation 71
b. Un projet local pilote à diffuser 71

III. L'amélioration de la prise en charge des conséquences de l'excision 72
a. Une amélioration de la santé reproductive des femmes 72
b. Des mécanismes à trouver pour la pérennité 72

IV La promotion des droits des femmes 73
a. Les effets timides en termes de promotion des femmes et de leurs droits 73
b. Un combat à poursuivre 74

Partie 6 : Réflexions pour le futur et recommandations 76

I. Une stratégie d'intervention à poursuivre et élargir 76
a. Poursuivre le programme pilote à Kayes pour l'abandon 76
b. Préparer et initier des actions de plaidoyer 76
c. De la promotion de l'abandon à la promotion de la femme : vers une approche socio-économique du droit 77

II. Recommandations sur le projet 2013-2016 78
1. Repenser la stratégie du passage de 100 à 250 villages 78
2. Définir des cibles prioritaires et adapter les messages et stratégies 78
3. Développer des activités spécifiques suivant le statut des villages 79
4. Développer les échanges entre villages et témoignages 79
5. Former et mobiliser plus les autorités religieuses 80
6. Former et mobiliser les enseignants 80

7. Dynamiser les relais communautaires 80
8. Mobiliser les acteurs pour cofinancer la PEC 81
9. Associer les migrants sur diverses activités 81
10. Faire évoluer le rôle de l'équipe 81
11. Améliorer les conditions matérielles de travail de l'équipe 82
12. Renforcer les mécanismes et outils de suivi internes 82
13. Appuyer le renforcement de capacités et discuter du modèle économique de l'AMSOPT 83
14. Renforcer l'approche genre 83

ANNEXE 1 : Cadre logique du PPG, phase 3 85

ANNEXE 2 : Formation à l'évaluation 89

ANNEXE 3 : Détail de l'agenda de terrain 92

TABLEAUX

Tableau 1 :	Objectifs Spécifiques du PPG, phase 3 (juin 2011- janv.2013)	p. 12
Tableau 2 :	Etapes de l'évaluation	p. 16
Tableau 3 :	Echantillon pour les entretiens et focus groupes.	p. 17
Tableau 4 :	Rappel des IOV du PPG, phase 3	p. 51
Tableau 5 :	Résultats du projet en termes de lettre d'abandon	p. 53
Tableau 6 :	Indicateurs pour mesurer le changement de comportement	p. 53
Tableau 7 :	Indicateurs pour mesurer le renforcement du système sanitaire	p. 54
Tableau 8 :	Indicateurs pour mesurer la prise en charge	p. 54

SIGLES ET ABBREVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
AGR	Activités Génératrices de revenus
AMSOPT	Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles
APDF	Association pour la Défense de la Femme
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
CAFO	Coordination des associations et organisations féminines
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CIAF	Comité Inter Africain de lutte contre l'excision
CLAPN	Comité Local d'Abandon des Pratiques Néfastes
CNAEPN	Comité National d'Action pour l'Eradication des Pratiques Néfastes à la santé
CNAPN	Comité National d'Abandon des Pratiques Néfastes
CRAPN	Comité Régional d'Abandon des Pratiques Néfastes
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
DCI	Dénomination Commune International
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et Economie Solidaire
DRPFEF	Direction Régionale Promotion de la Femme, Enfant et Famille
DNS	Direction Nationale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
EQUIPOP	Equilibres et Populations
EDSM	Enquête Démographique de Santé au Mali
F3E	Fonds pour la promotion des Etudes préalables, Etudes transversales et Evaluations
FECODEV	Femmes et contributions au développement
GAMS	Groupe pour l'Abandon des Mutilations Sexuelles
IEC	Information, Education et Communication
IOV	Indicateurs Objectivement Vérifiables
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MGF	Mutilations Génitales Féminines
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSIM	Organisations de Solidarité Internationale issues de l'Immigration
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCC	Promotion du Changement Comportemental
PEC	Prise En Charge
PPG	Protéger la Prochaine Génération
PNLE	Programme Nationale de Lutte contre l'Excision
PSI	Population Service International
S/E	Suivi / Evaluation
TdR	Termes de Références
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA / FNUAP)

RESUME

Le projet « *Protéger la Prochaine Génération : un projet intégré de promotion de l'abandon de l'excision »* (PPG), a pour objectif de contribuer à l'abandon des mutilations génitales féminines dans 250 villages du district sanitaire de Kayes, au Mali, région ou la pratique de l'excision est très répandue. Le programme est coordonné par l'ONG française EQUIPOP, et mis en œuvre depuis 2006 par l'ONG malienne AMSOPT. Au cours des 3 premières phases, des actions ont été menées dans 100 villages, la nouvelle phase prévue pour 2013-16 devrait amener à englober l'ensemble du district.

Une proposition et approche pertinente

La proposition du PPG apparait pertinente au regard des besoins et de la problématique. Son approche est conforme aux directives nationales du Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE) : une approche communautaire, par la santé, dans une dynamique d'Information / Education / Communication (IEC) et avec un volet de Prise En Charge sanitaire (PEC) des complications dues à l'excision. L'approche par les Droits humains est inscrite également dans le projet, mais reste timide dans les faits. Cette argumentation par le droit mériterait d'être développée dans les activités de terrain pour questionner l'excision également en termes de non-discrimination et promotion de la femme.

Un montage cohérent et efficace mais un dispositif de suivi à renforcer

Le montage du PPG est tout à fait cohérent : le partenaire AMSOPT a l'expérience et la légitimité de mener des actions de promotion de l'abandon de l'excision. Un ancrage local a été recherché, grâce à diverses relations menées avec les institutions et autorités administratives, religieuses et sanitaires locales. La proposition aurait pu cependant plus préparer le retrait du PPG avec une stratégie plus complète de mobilisation des acteurs locaux pour assurer le relais et la poursuite des processus. Le PPG se présente par ailleurs comme un programme pilote au niveau du pays pour montrer ce qu'il est possible de faire au niveau d'un district sanitaire. Il serait alors nécessaire d'aller au-delà de son action locale et de prévoir quelles passerelles pourraient exister, et avec quels acteurs, entre la sphère locale / régionale / nationale pour faire connaître les résultats du projet, et alimenter des actions de plaidoyer.

L'organisation de l'équipe (de la plus récente phase) était claire et acceptée, l'équipe a pu recevoir des formations et acquérir des compétences d'IEC sur la thématique de l'excision. Cependant, la charge de travail sur 100 villages était importante ce qui obligera à réfléchir comment adapter la stratégie future pour couvrir tout le district (250 villages) tout en assumant un suivi. Le PPG dans sa 3ème phase semble montrer une bonne gestion et utilisation des ressources, et un respect des procédures administratives et comptables mises en place au cours des années et suite au renforcement de capacités de l'équipe comptable et de management (suite à un diagnostic organisationnel de l'AMSOPT mené en 2008). La gestion et administration ont été menées avec un partage des responsabilités entre l'équipe de Kayes / Bamako et l'appui d'EQUIPOP.

Un système de suivi a été mis en place mais il reste accès sur le contrôle et le suivi des activités. Le suivi devrait servir non seulement au contrôle et rapportage mais aussi au renforcement de capacités des agents de terrains, avec notamment des temps et visites d'échanges entre animatrices, et aussi au pilotage du projet (« gestion par les résultats »). Il serait souhaitable à l'avenir de renforcer le dispositif de Suivi / Evaluation pour mieux suivre et mesurer les résultats /effets / impact du PPG.

De nombreuses activités réalisées malgré un contexte difficile

De nombreuses activités ont été menées depuis 2006 au cours des 3 phases. Le PPG a montré une bonne efficacité en menant les activités prévues sur une thématique complexe, et dans un contexte difficile notamment depuis les évènements de mars 2012.

- ✓ formations des leaders villageois, des autorités locales et autorités locales religieuses, activités d'IEC dans les villages (en groupe et individuel), émissions radiophoniques.
- ✓ cérémonies d'abandon pour informer les populations sur les décisions d'abandon de certains villages avec une mobilisation de représentants de migrants en France issus de ces villages
- ✓ formations du personnel médical des CSCOM et de l'hôpital, diffusion de la circulaire interdisant l'excision en milieu sanitaire, appui au système de référencement
- ✓ mise ne place du dispositif de prise en charge avec les CSCOM, le CSREF, l'hôpital régional de Kayes et financement pour traiter les femmes victimes de complications.
- ✓ actions pour dynamiser les espaces de coordination et concertation avec les acteurs locaux (CLAPN, comité de concertation, comité Ad Hoc).

La planification des activités sur la phase 3 s'est montrée cependant trop globale, homogène sans tenir assez compte des spécificités des villages (anciens / nouveaux) et de leur statut (villages d'abandon / en voie d'abandon / en réticents) et des résultats des activités menées en termes de sensibilisation et communication pour le changement. Certaines faiblesses du système de suivi-évaluation expliquent en partie ces difficultés.

Des effets multiplicateurs à rechercher

Le PPG a fait preuve d'une certaine efficience : certaines activités de communication et sensibilisation ont pu toucher un public plus nombreux au-delà des villages concernés (par exemple les émissions radiophoniques ont été entendues dans d'autres villages). Cependant, le PPG aurait gagné en efficience s'il avait prévu plus d'effets leviers / multiplicateurs en mobilisant notamment les relais communautaires ou leaders villageois pour qu'ils continuent les actions, au-delà du projet même. La mobilisation de divers acteurs pour former et cofinancer un fond pérenne pour le dispositif de PEC aurait aussi amené un effet multiplicateur et une certaine pérennité.

Des résultats encourageants mais des processus à pérenniser

Les résultats du PPG sont encourageants et montrent une évolution positive au cours du temps, avec des processus engagés depuis parfois presque 7 ans, ou des évolutions plus récentes (et parfois moins consolidées).

- ✓ En termes de promotion de l'abandon des mutilations, le PPG a permis déjà de sortir le thème de l'excision du silence et permettre un débat public, parfois difficile sur ce thème au sein des communautés. Les villageois ont pu accroître leurs connaissances sur les conséquences néfastes de l'excision au niveau sanitaire et prendre conscience que la pratique bien que traditionnelle, n'est pas souhaitable. Les villageois ont aussi pu être sensibilisés au fait que l'excision n'est pas une pratique exigée par l'Islam et constater que certains leaders religieux ont apporté leur soutien à l'abandon de la pratique. Des résistances perdurent cependant, dans certains villages où les actions de sensibilisation ont eu moins d'effets, et ou certaines catégories (anciens, hommes), et leaders religieux ont montré leur opposition.

  Parmi les 100 villages cibles, 80 ont signé des lettres d'abandon de la pratique. Parmi eux, on peut considérer cependant que 61 ont réellement abandonné l'excision, et 19 villages avec des lettres signées restent « suspects » avec des cas d'excision repérés. Cette situation montre que les lettres d'abandon ne sont pas un indicateur suffisant et que les processus peuvent être

réversibles. 14 autres villages ont évolué positivement même si des lettres n'ont pas encore été signées. 6 villages sont restés réticents et ont acceptés des activités de sensibilisation sur la santé mais sans trop pouvoir aborder directement le thème de l'abandon de la pratique.

La pérennité des activités menées et processus engagés reste un défi et les dynamiques initiées sont encore fragiles. Dans les divers villages, l'abandon ne sera pérenne que s'il existe une mobilisation plus importante et pérenne au-delà du projet, à la fois des autorités administratives, religieuses et traditionnelles et des leaders et relais communautaires. Les comités de suivi sont encore peu fonctionnels et les mesures prévues non appliquées. Les lettres d'abandon sont un gage insuffisant de pérennité et des actions de communications sont à poursuivre en interne et aussi en externe pour diffuser des messages sur les décisions d'abandon, en choisissant aussi certaines cibles stratégiques (jeunes, religieux..).

- ✓ En termes de consolidation du système sanitaire, on constate des améliorations grâce au renforcement des connaissances et capacités du personnel des CSCOM, CSREF et de l'hôpital, une plus grande articulation entre les divers niveaux de la pyramide sanitaire et l'amélioration du système de référencement. Le projet a par ailleurs réussi à mobiliser le personnel sanitaire contre la pratique.

  Le renforcement des capacités sanitaires pour améliorer à la fois la prévention et prise en charge des problèmes liés aux mutilations génitales ; doit devenir cependant une préoccupation institutionnelle des directions et autorités concernées, avec des processus de formations internes, suivi, appuis au personnel. Pour cela, un plaidoyer au niveau national s'impose avec une plus grande diffusion des résultats du projet (projet pilote).

- ✓ En termes de prises en charge de patientes, les actions ont été nombreuses, à divers niveaux suivant la gravité des pathologies. La demande élevée de consultation montre que les besoins sont importants, mais vont aussi au-delà des problèmes liés à l'excision pour englober diverses pathologies de santé reproductive et santé des femmes.

  La recherche de mécanismes pour assurer la pérennité du financement de la prise en charge reste cependant un défi prioritaire. Une stratégie de retrait du PPG reste à élaborer. Une concertation et un plaidoyer au niveau local / régional / national sont à mener pour mobiliser des financements publiques (au niveau des directions sanitaires et de promotion de la femme, des mairies et autorités locales..). Une mobilisation au niveau des villages doit aussi être recherchée, en concertant également quel peut être le rôle des migrants et leurs appuis pour cofinancer la prise en charge à l'avenir.

Les effets du PPG montrent un certain impact positif du projet au niveau social et sanitaire.

- ✓ Les résultats des activités menées ont abouti à l'ouverture du débat publique sur l'excision, à une baisse de la pratique, et à une certaine évolution de la norme sociale vers la non-excision, dans une certaine mesure. Cependant il existe encore des réticences des anciens ou de certains chefs religieux et de villages.

- ✓ Des effets positifs sont constatés également au niveau du système sanitaire avec un renforcement de capacités et de mobilisation de son personnel contre l'excision. Les résultats de la prise en charge sanitaire ont comme effet l'amélioration de la santé des femmes bénéficiaires et de la prise de conscience par les femmes et certains hommes, du besoin de se préoccuper de la santé des femmes (santé globale, santé reproductive, pré et post natale). Cependant la prise en charge est limitée aux cas de complications de l'excision et les besoins sanitaires globaux persistent.

- ✓ De façon plus transversale, le PPG a permis un renforcement des capacités d'analyse et de revendication des femmes ce qui est positif en termes de promotion de la femme. Il n'il y a pas eu cependant d'effets très visibles en termes de prise de conscience du non-respect des droits de la femme ou de remise en cause des rapports inégalitaire hommes / femmes.

Les recommandations qui peuvent être formulées sont complémentaires et doivent être prises en compte à divers niveaux de réflexion :

- Dans la réflexion **stratégique globale** des acteurs impliqués,
- Dans la réflexion **opérationnelle** sur le **prochain projet**,
- Dans la réflexion stratégique et opérationnelle pour consolider **la relation partenariale** entre EQUIPOP et AMSOPT.

Recommandations stratégiques

1. Poursuivre le programme pilote à Kayes pour la promotion de l'abandon
2. Préparer et initier des actions de plaidoyer pour mieux diffuser les résultats du projet (pilote)
3. Considérer la pertinence d'une approche plus globale de la promotion de la femme et une approche socio-économique du droit.

Recommandations sur le projet 2013-2016

Au niveau des activités

1. Repenser la stratégie du passage de 100 à 250 villages
2. Définir des cibles prioritaires et adapter les messages et stratégies
3. Développer des activités spécifiques suivant le statut des villages
4. Développer les échanges entre villages et témoignages
5. Former et mobiliser plus les autorités religieuses
6. Former et mobiliser les enseignants
7. Dynamiser les relais communautaires
8. Mobiliser les acteurs pour cofinancer la PEC
9. Associer les migrants sur diverses activités

Au niveau organisation et fonctionnement de l'équipe

4. Faire évoluer le rôle de l'équipe
5. Améliorer les conditions matérielles de travail de l'équipe
6. Renforcer les mécanismes et outils de suivi internes

Au niveau de l'appui apporté par EQUIPOP

7. Appuyer le renforcement de capacités et discuter du modèle économique de l'AMSOPT
8. Renforcer l'approche genre

Au regard des divers enjeux, les **recommandations prioritaires à court terme** sont celles concernant le prochain projet en phase de démarrage, afin de chercher la **pérennité des processus** et les consolider pour préparer le retrait du projet, et la diffusion de ses résultats.

Parallèlement, à court et moyen terme il apparait opportun de préparer également l'après projet, l'évolution de la relation partenariale ente EQUIPOP et AMSOPT (après plus de 10 ans) en discutant notamment de ses besoins de renforcement et de son modèle économique.

Partie I : Présentation de l'évaluation

I. Le programme Protéger la Prochaine Génération

Le programme « Protéger la Prochaine Génération : un projet intégré de promotion de l'abandon de l'excision » (PGG) est un programme dont l'**objectif général** est de **contribuer à l'abandon des mutilations génitales féminines**, et plus globalement à la promotion de la santé dans le district sanitaire de Kayes au Mali. Le programme est porté et coordonné par l'ONG française Equilibres et Populations (EQUIPOP) et mis en œuvre par son partenaire l'Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles (AMSOPT) et Femmes et contributions au développement (FECODEV), une Organisation de Solidarité issue de l'Immigration (OSIM) de France.

Le programme a été initié depuis 2006, et divers projets annuels et pluriannuels se sont succédés pour étendre l'action progressivement de 20 à 100 villages bénéficiaires. Le programme souhaite être un projet pilote au niveau du district sanitaire et a pris peu à peu de l'ampleur avec l'appui de divers partenaires financiers publics et privés :

- Phase 1 : 2006 / 2007 : **20 villages**. Financement Banque Mondiale (environ 15 000 euros).
- Phase 2 : 2009 / 2010 : **40 nouveaux villages (60 en tout).** Financement Ministère de l'Intérieur français, Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), fondation Printemps Pinault la Redoute, Fondation Astrazeneca, Wallace Global Fund)
- Phase 3 : juin 2011 – juin 2012, (prolongé janvier 2013) : **40 nouveaux villages (100 en tout).** Financement Ministère de l'Intérieur français, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), fondation Printemps Pinault la Redoute, Fondation Astrazeneca, Wallace Global Fund (budget d'environ 400 000 euros).

Une nouvelle phase est en préparation, pour étendre l'action et couvrir tout le district sanitaire.

- Phase 4 : (prévue) : 2013 –2016, (début prévu mars 2013) : **150 nouveaux villages (250 en tout).** Financement Agence Française de Développement (AFD) à hauteur de 50%, autres partenaires financiers à mobiliser (budget d'environ 1 300 000 euros).

L'approche du PPG pour faciliter l'abandon de l'excision se base sur les éléments suivants :

- Un travail au **niveau communautaire** (et non simplement familial) dans des villages qui sont unis par des liens de mariage,
- La **Promotion du Changement Comportemental** (PCC) : la stratégie se base sur un travail d'Information / Education / Communication (IEC) pour diffuser des connaissances, stimuler le dialogue, influencer les leaders d'opinions, valoriser le changement de comportements et encourager le maintien des nouveaux comportements.
- Une **mobilisation des migrants** issus de ces communautés pour influencer les changements de comportement dans leurs communautés d'origine, mais aussi en France.
- Une **approche par la santé** pour alerter sur les risques de complications et prendre en charge ces complications
- Une approche par les **droits humains** : droits de l'enfant, droits de la femme. (Cette approche s'est accentuée au cours du temps, elle est plus marquée dans le document projet de la prochaine phase).

Les **objectifs spécifiques et résultats attendus** des diverses phases diffèrent légèrement dans leur formulation mais restent centrés sur l'objectif global à partir de ces approches. Le tableau 1 rappelle les objectifs spécifiques de la 3ème phase.

1.	Amener les communautés de 40 nouveaux villages à abandonner la pratique de l'excision et favoriser le maintien de l'abandon dans les 60 anciens villages
2.	Amener les migrants issus de ces localités à adhérer au processus d'abandon et à en devenir des relais auprès de la communauté africaine vivant en France
3.	Assurer la prise en charge médicale des cas de complications les plus graves dans les villages touchés par le projet
4.	Renforcer la réponse du district sanitaire aux complications de l'excision
5.	Renforcer les organes de concertation entre les acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision du cercle de Kayes
6.	Renforcer la qualité des outils pédagogiques existants pour la sensibilisation aux risques des mutilations sexuelles.

Tableau 1 : Objectifs Spécifiques du PPG, phase 3 (juin 2011- janv.2013). Source : document projet

Les bénéficiaires du projet PPG sont :

- La population des villages ciblés (hommes, femmes, enfants). La population totale du district sanitaire de Kayes est estimée à 327 891 habitants dans 28 communes dont 5 urbaines et environ 256 villages (source : EDSM IV de 2004). En fin de phase 3, la population bénéficiaire des 100 villages ciblés est estimée entre 75 000 et 100 000 personnes.
- Le personnel de santé
- Les autorités administratives et politiques du district sanitaire
- Les migrants résidents en France

Le projet contribue également au renforcement institutionnel et organisationnel des partenaires impliqués (EQUIPOP, AMSOPT, FECODEV).

Cf. Annexe 1 : Cadre Logique du PPG, phase 3

II. Une évaluation intermédiaire pour porter un regard externe

a. L'évaluation et ses enjeux

La présente évaluation concerne la période **2006-2012.**

Cette évaluation est donc une **évaluation intermédiaire du PPG**, en fin de 3ème phase et avant la mise en place de la 4ème phase prévue pour 2013-2015. L'évaluation doit donc remonter au-delà de la dernière phase de projet, analyser la stratégie globale et les acquis au cours du temps et apporter des recommandations pour la poursuite et finalisation du PPG.

Cette évaluation est la **première évaluation externe** menée sur le PPG (depuis le début des actions en 2006) et une nouvelle expérience (au regard des moyens mobilisés) pour les partenaires.

Ce regard externe sur le projet doit permettre de :

- Dresser **un bilan** des activités menées et résultats obtenus depuis 2006
- Mettre en évidence **des apprentissages** utiles à l'action, à la fois au niveau du **positionnement du projet** (montage institutionnel), qu'au **niveau méthodologique**
- Etablir **des recommandations stratégiques** pour les partenaires pour **la poursuite**

Le champ de l'évaluation a cependant été **limité au travail mené au Mali**, en **excluant les activités menées avec les migrants et la FECODEV**. EQUIPOP a en effet préféré, pour des raisons de priorités et moyens, se charger directement de la réflexion sur le volet « migrants », travail qu'elle peut mener en France. La FECODEV n'a donc pas été impliquée directement dans cette évaluation.

Les enjeux et attentes suivants ont été soulignés pour les deux partenaires principaux:

Pour EQUIPOP :

- Avoir une vision plus détaillée du travail réalisé et des processus en cours sur le terrain
- Avoir des éléments sur la pérennité des actions et les stratégies de retrait à adopter.
- Questionner la stratégie pour permettre un passage à 250 villages
- Pouvoir partager en interne les résultats de l'évaluation pour discuter de l'intérêt de poursuivre un tel projet, et de continuer les actions au Mali malgré le contexte et les difficultés de mobiliser des fonds sur cette thématique.
- Questionner la relation partenariale, échanger sur le rôle attendu, souhaitable d'EQUIPOP
- Alimenter le travail de capitalisation qui sera mené prochainement

Pour AMSOPT :

- Avoir un regard externe et retour sur le travail accompli
- Avoir des éléments sur les effets / l'impact du projet et sur comment mesurer ces effets et les changements de comportements.

La présente évaluation a été réalisée avec **l'appui méthodologique et financier** du Fonds pour la promotion des Etudes transversales, Etudes préalables et Evaluations (**F3E).**

Le budget de l'étude s'est élevé à 32.700 euros, dont 60% financés par les pouvoirs publics et 40% par EQUIPOP.

b. La démarche méthodologique

Comme demandé dans les Termes de Références (TdR), et suivant les critères communs aux évaluations de projets, l'évaluation a cherché à mesurer:

- la **pertinence** de la proposition face aux besoins du contexte et des acteurs
- **la cohérence** des actions proposées, des moyens mobilisés, du montage institutionnel
- l'**efficacité** des activités menées
- **l'efficience** du projet au regard des moyens mobilisés **et la visibilité du projet.**
- **les résultats** obtenus
- la premiers **effets et la durabilité** des résultats

L'évaluation devait également, à la demande du commanditaire permettre **le renforcement des capacités du partenaire AMSOPT** pour les démarches d'évaluation. La démarche proposée a donc prévu d'inclure également un temps initial de formation à l'évaluation (atelier initial) et des mécanismes pour inciter la participation.

La proposition méthodologique détaillée a été discutée lors d'une **réunion de cadrage** qui s'est tenue le 7 janvier 2013 (réunion entre la chargée de projets EQUIPOP, la chargée de mission F3E, et la consultante cheffe de mission).

L'évaluation a été menée par une équipe pluridisciplinaire de trois personnes :

- ***Danièle Sexton***, agro économiste française, avec une expérience confirmée en ingénierie de projet, cheffe de mission, assurant la coordination de l'évaluation et le suivi de l'équipe,
- ***Aisse Diarra***, sociologue malienne ayant une bonne connaissance de la problématique de l'excision au Mali et une expérience en collecte de données qualitatives.
- ***Adourahmane Coulibaly***, anthropologue malien, apportant une analyse sur les processus de changement et ayant également une expérience de terrain.

La phase de terrain de l'évaluation a été menée mi-janvier 2013, dans le contexte particulier de début des interventions armées au Mali contre les groupes islamistes armés situés au Nord, intervention dans laquelle la France s'est directement impliquée.

La mission a été maintenue mais il avait été décidé, dès décembre, de modifier l'organisation initiale de l'équipe pour ne pas prendre de risques avec une personne expatriée sur le terrain. Seuls les consultants maliens sont allés à Kayes pour les enquêtes de terrain.

La cheffe de mission a passé 6 jours à Bamako pour initier la mission avec l'AMSOPT, réaliser des entretiens institutionnels, animer l'atelier de formation à l'évaluation et préparer le travail avec l'équipe. Elle a par la suite assuré un suivi à distance avec des contacts téléphoniques réguliers et des échanges par Internet sur l'avancée du travail.

Les deux consultants maliens ont participé aux premières réunions à Bamako. Ils ont rencontré des partenaires institutionnels et animé un atelier avec 13 représentants de 12 CSCOM (personnel médical à Kayes). Ils ont ensuite mené la phase de terrain à Kayes en menant diverses réunions avec l'équipe d'AMSOPT. Lors des visites dans les villages, l'anthropologue a travaillé plus particulièrement avec les hommes et la sociologue avec les femmes.

Les **entretiens institutionnels** menés à Bamako (cheffe de mission) et Kayes (2 autres consultants) avaient pour objectifs :

- de préciser la situation de l'excision au Mali, discuter de la fiabilité des statistiques, échanger sur les actions entreprises pour favoriser l'abandon des mutilations génitales, évoquer les obstacles et la situation d'absence de loi contre l'excision
- de connaître l'opinion des interlocuteurs sur le projet : connaissance du projet, visibilité, participation et partenariat, opinion
- de connaître l'opinion et l'engagement des partenaires et du personnel médical en particulier sur le volet de prise en charge des conséquences de l'excision
- de discuter sur les enjeux pour l'avenir.

Les étapes de l'évaluation sont présentées dans le tableau 2 ci-dessous.

Ce rapport final présente les principaux constats et réflexions de la mission et quelques recommandations.

Une restitution provisoire a eu lieu avec l'AMSOPT le 25 mars à Bamako, et une autre restitution provisoire s'est tenue à Paris avec EQUIPOP et le F3E, le 4 avril.

Sur la base des débats des réunions de restitutions et réactions écrites au rapport provisoire, ce rapport final a été élaboré et un résumé de quelques pages inclus.

c. L'atelier de formation à Bamako

L'atelier s'est organisé en 2 temps :

- Une demi-journée **théorique** pour échanger et former les participants aux **notions d'évaluation** :
    - Les enjeux des divers types d'évaluation,
    - Les différences entre évaluations internes / évaluations externes,
    - Les moyens à mobiliser,
    - Les critères classiques des évaluations,
    - Les outils et leur utilisation croisée,
    - Les limites des évaluations.
- Une demi-journée **pratique, de mise en situation** pour **élaborer de façon participative les grilles d'entretiens** pour l'évaluation du PPG.

  L'équipe a été divisée en deux groupes, animés chacun par un des consultants. Chaque groupe a formulé 3 questions par critère (pertinence, cohérence, efficacité, efficience, résultats, effets et impact, visibilité). Les propositions de chaque groupe ont ensuite été discutées, modifiées ou complétées.

Cette étape a permis à l'équipe de l'AMSOPT d'acquérir quelques éléments de références sur les pratiques d'évaluation (théorie) mais aussi concrètement de mieux visualiser le travail en cours. Ceci facilitera l'appropriation des résultats de l'évaluation (constats et questionnements).

Cette étape a également servie à construire les outils de façon participative : en effet, les questions proposées lors des travaux de groupes et discutées en plénière, ont servi de base pour construire les grilles d'entretiens à partir desquelles chaque consultant a pu formuler ses questions pour animer les focus groupes et entretiens individuels.

Le contenu de la formation est présenté en Annexe 2.

	Etapes	Date	Personnes impliquées
France	Analyse documentaire	Déc.2012	Equipe consultants
	Réunion de cadrage en France, rédaction note de cadrage	07-janv. 2013	EQUIPOP : Aurélie Desrumaux / F3E : Audrey Noury / Consultante cheffe de mission D. Sexton
	Entretiens téléphoniques	10-14 janv.	EQUIPOP: • Chargée de projets PPG : Aurélie Desrumaux • Directeur exécutif: Serge Rabier • Directrice ajointe : Aurélie Gal – Régniez • Directrice financière, Isabelle Thibault • Autre chargée de programmes : Dominique Pobel Partenaire : Gynécologue spécialiste : Dr P. Foldes
Bamako	Entretiens individuels avec l'équipe AMSOPT à Bamako	16-17 janv.	• Directrice : Kadidia Sidibé • Directrice financière : Aminata Ahoudou • Chargé de programmes : Bréhima Ballo • Responsable projet PPG : Fatoumata Sangaré
	Atelier de formation à l'évaluation (théorie et mise en situation)	18 et 19 janv.	Equipe AMSOPT Bamako (3) Responsable projet PPG (1) Equipe consultants (3)
	Entretiens institutionnels Bamako	16, 17, 18, 20, 21 janv.	PNLE • Directrice : Joséphine Keita • Division étude et recherche : Ladji Camara UNICEF : • Aminata Sangaré, point focal genre, en charge du suivi du PPG (villages UNICEF) Ambassade de France • Hamadoun Pergourou, chargé de suivi FS Experte genre, ex Centre Djoliba : Virginie Mounkoro, Gynécologue spécialise : Hôpital du Mali : Dr M.Touré
Kayes	Réunions avec Equipe AMSOPT à Kayes	21 et 22 janv.	7 animatrices, 2 assistants, responsable de projet
	Entretiens institutionnels Kayes	22-janv.	DRPFEF : • Directrice : Doussouba Traoré DRS : •Point focal: Dihara Soumaré Préfecture : • Sous-préfet : Siaka Kanté
	Visites 10 villages (parfois 2 visites)	22-28 janv.	Entretiens leaders et personnes ressources, Focus groupes (hommes/ femmes / jeunes / plus âgés), Entretiens avec des femmes soignées
	Atelier avec le personnel de CSCOM	25-janv.	13 participants de 12 CSCOM (7 infirmiers, 5 médecins, 1 matrone)
	Réunion de débriefing à Kayes	29-janv.	7 animatrices, 2 assistants, responsable projet 2 consultants
	Elaboration de rapports de terrain	1-15 fév.	2 consultants
	Compilation des données, rédaction du rapport provisoire	17 fév. - 5 mars	Cheffe de mission
BKO	Restitution provisoire du rapport	25 mars	2 consultants maliens Equipe AMSOPT Bamako (3) Responsable projet PPG (1)
Paris	Restitution provisoire du rapport	4 avril	Cheffe de mission E&P (3) F3E (1)

Tableau 2 : Etapes de l'évaluation

d. La mission de terrain auprès des bénéficiaires

L'échantillon

L'enquête a eu lieu dans **10 villages choisis de façon raisonnée** sur la base de critères discutés avec EQUIPOP, le F3E et l'AMSOPT lors du cadrage de l'évaluation et validés en début de mission à Bamako. Les critères suivants ont été retenus :

- Evolution et **statut du village** face à l'abandon : abandon déclaré avec une lettre (6 villages); en voie d'abandon : sans lettre et leaders encore hésitants, mais villageois favorables (2 villages); ou villages résistants à l'abandon avec villageois et leaders opposés (2 villages).
- **Ancienneté** (6 nouveaux, 4 anciens)
- **Diverses ethnies** représentées : villages Khassonkés / Bambaras / Peulhs / Maures/ Sarakolés pour tenir compte de la diversité ethnique
- **Distance** de Kayes (proche / éloigné)
- Villages ou des activités de **cinéma numérique ambulant** avaient été menées dans le cadre de projet UNICEF (5 villages)
- Diversité des **animatrices** responsables (6 animatrices différentes)

Le tableau 3 présente l'échantillon et ses critères.

Villages	commune	Km Kayes	situation d'abandon	type de village	Ethnies	UNICEF	animatrice
Mamoudouya	LONTOU	30	Abandon	Nouveau	Khassonké / Bambara		Bintou
Bangassi Gopela	BANKASSI	10	Abandon	Ancien	Khassonké / Bambara		Assetou
Madinel	BANKASSI	12	Abandon	Ancien	Peulh		Assetou
Kersingané	KOULOUN	15	Abandon	Nouveau	Peulh	UNICEF	Fanta
Sithiane	BANKASSI	10	En voie d'abandon	Ancien	Peulh/ Bambara	UNICEF	Aminata
Gory Gopella	GORY	27	En voie d'abandon	Nouveau	Sarakolé	UNICEF	Fanta
Diancandapé	SAME	25	Compliqué	Nouveau	Bambara Peulh Maure	UNICEF	Aminata
Allahina	DYALLA	8	Compliqué	Nouveau	Khassonké	UNICEF	Mamboye
Kanantare	SEGALA	69	Abandon	Ancien	Khassonké/ Sarakolé		Nafissatou
Fenanou	SEGALA	75	Abandon	Nouveau	Khassonké/ Sarakolé		Fatimata

Tableau 3 : Echantillon et critères. (Source, note de cadrage, échanges)

Les outils

Les deux principales méthodes classiques de la recherche socio-anthropologique (entretiens individuels approfondis et focus groupes) ont été utilisées dans les dix villages. Les guides d'entretiens ont été préparés au cours de l'atelier de formation à l'AMSOPT, puis complétés par la cheffe de mission de l'évaluation. Les consultants responsables de la phase terrain ont ensuite formulé leurs questions pour les entretiens individuels approfondis et aux focus groupes. Une grille d'analyse a été élaborée pour synthétiser les informations récoltées et faciliter le classement et

l'analyse autour des sept critères principaux (pertinence, cohérence interne et externe, efficacité, efficience, résultats, pérennité, effets et impact).

Les focus groupes

Les focus groupes ont eu lieu dans toutes les localités d'enquête avec les femmes, les hommes, les jeunes. Le focus groupes permet l'identification des opinions et tendances dominantes dans une communauté sur une question donnée, au-delà des opinions spécifiques de tel ou tel groupe selon le sexe, l'âge, le statut social, etc. Au total, **20 focus groupe**s ont été réalisés avec les femmes (âgées, adultes et jeunes) par la consultante sociologue et **14 focus groupe**s avec les hommes (dont 8 avec les plus de 30 ans) par le consultant anthropologue. Il a en effet été plus difficile de se réunir avec les hommes (absence du village, difficultés de mobilisation).

Les entretiens individuels

Les entretiens individuels ont été réalisés avec les chefs de villages, des présidentes des associations féminines, des autorités religieuses, des relais femmes, des relais hommes, des exciseuses, des femmes prises en charge, des agents de terrain et la coordinatrice du projet.

Au total, **465 personnes** ont participé aux réunions de la phase terrain (détails en annexe 3) :

- 436 villageois (dont 316 femmes), 1
- 11 partenaires et agents sanitaires (dont 4 femmes),
- et les 12 membres de l'équipe (dont 10 femmes).

e. Les limites de l'évaluation

L'évaluation s'est déroulée dans de **bonnes conditions** malgré les contraintes liées à la situation particulière du Mali. La participation de l'AMSOPT a été active et l'équipe projet s'est rendue disponible et motivée pour ce travail. Dans les villages; l'agent accompagnateur de l'AMSOPT, l'animatrice et les relais villageois ont introduit les consultants et mobilisé les cibles à rencontrer. Le personnel AMSOPT s'est retiré lors des entretiens et focus groupes.

Dans les villages, il n'y a **pas eu de réticences** du côté des **femmes**; toutes les personnes sollicitées ont répondu favorablement à l'invitation des animatrices et se sont prêtées aux questions de l'évaluation. L'agenda a cependant pu être perturbé par d'autres obligations sociales (mariages, baptêmes).

La mobilisation des jeunes filles a été plus restreinte par exemple dans le village de Sinthiane et Diacandanpé. Les entretiens individuels n'ont pas toujours pu avoir lieu du fait de l'absence de certains leaders femmes du village ou encore de refus de l'interview (dans le cas de l'exciseuse de Diacandanpé). Ces insuffisances n'ont pas entaché la qualité des données dans la mesure où ces leaders et exciseuses ont été rencontrés dans des villages de la même ethnie.

Quelques **difficultés** sont apparues pour **l'implication des hommes**. Globalement, leur participation dans les focus groupe est resté inférieur à celle des femmes (participation variant entre 6 et 10 hommes et 6 à 45 femmes suivant les villages)

Dans le village de Diacandanpé, classé village « compliqué », le travail de focus groupes n'a pas pu avoir lieu du fait de la non adhésion du village aux propositions d'abandon. Dans le village de Kersigani, les focus groupes n'ont pas pu non plus avoir lieu malgré 3 tentatives, le village étant pourtant classé « village d'abandon » mais les hommes montrant un refus de participer.

L'implication des jeunes hommes n'a pas été possible non plus à Mamoudouya et Allihina du fait de leur absence pour raison de travail en dehors de la communauté.

La mobilisation des **jeunes** (femmes et hommes) et des **hommes** a donc été plus difficile, ce qui reflète une réalité du projet.

Partie 2 : Pertinence et cohérence de la proposition

I. Un programme pilote pertinent

a. La situation de l'excision et la promotion de l'abandon

L'excision est une pratique généralisée dans les régions du sud du Mali avec un taux officiel de **prévalence de 85,6%** (source : Enquête Démographique de Santé au Mali de 2006, EDSM IV). La région de **Kayes** a un **taux de 98%,** dépassant la moyenne nationale (EDSM IV de 2006). La pratique est profondément ancrée chez les ethnies majoritaires de la région de Kayes que sont les Peulhs, les Soninkés (ou Sarakolé), les Khassonkés, les Bambaras et les Maures. Ces communautés appartiennent à la même aire culturelle, connaissent les mêmes pratiques culturelles.

La pratique touche différentes religions (musulmans mais aussi chrétiens ou animistes au Mali) et toutes les couches sociales, des plus défavorisées aux plus aisées[1]. Le lien entre alphabétisation / augmentation du niveau d'éducation et abandon de l'excision n'est pas toujours vérifié puisque les mutilations génitales sont aussi pratiquées par les classes intellectuelles des villes.

L'attachement à la **tradition**, et, pour les musulmans, la perception que l'excision est une pratique **inscrite dans l'Islam**, sont deux facteurs principaux qui expliquent l'attachement d'une partie des populations à cette pratique. Diverses perceptions s'ajoutent, comme celle de l'impureté des organes génitaux féminins (selon lesquelles le clitoris peut transmettre un mauvais sort au bébé), ou le besoin de contrôler la libido féminine pour préserver les mœurs.

> Selon une enquête Démographique de Santé au Mali (EDSM-II de 1996), les femmes qui soutiennent l'excision le font à 61% au nom de la tradition, 13% pour respecter l'exigence religieuse et 5% pour préserver la vertu de la femme (virginité et fidélité,). L'EDSM-III a montré en 2001 que 70% des femmes et 63% des hommes pensent que l'excision est une pratique exigée par la religion ; 30% des femmes et 29% des hommes ont déclaré que l'excision est un moyen d'éviter les relations sexuelles avant le mariage.

L'excision était pratiquée auparavant sur des jeunes filles comme rite initiatique avec une période d'isolement de la jeune fille avec des femmes plus âgées pour sa formation avant le passage à l'âge adulte. Elle est maintenant pratiquée sur des bébés et jeunes enfants et la dimension initiatique est moins présente, remplacée par un attachement à la tradition et la peur de la marginalisation des filles non excisées et leur exclusion du cercle de l'échange matrimonial.

La lutte pour l'abandon de la pratique de l'excision **n'est cependant pas un fait nouveau** au Mali. De nombreux acteurs interviennent depuis 30 ans et un cadre politique s'est mis en place.

Le thème de l'excision a été abordé lors du congrès des Femmes Africaines tenu à Bamako en 1959 et après l'indépendance du pays, l'organisation des femmes de l'US-RDA avait inscrit dans son programme l'abandon de la pratique. Sous la deuxième république, les femmes de l'Union Nationale des Femmes du Mali (UNFM) avaient également pris l'initiative de combattre le phénomène à travers des campagnes de sensibilisation et l'implication de diverses ONG. Sous la troisième république la lutte s'est intensifiée avec diverses ONG et partenaires, et la création du Comité National d'Action pour l'Eradication des Pratiques Néfastes à la santé (CNAEPN) en 1996 sous l'égide du Commissariat à la Promotion de la Femme. En1997, il a été remplacé par l'actuel Comité National d'Action pour l'abandon des Pratiques Néfastes à la santé (CNAPN), présidé par le ministre de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille.

[1] Diverses données citées ici sur la pratique de l'excision et la lutte contre l'excision, sont extraites du document de Politique Nationale de l'Excision de 2008-12(Ministère de la Promotion des Femmes, de l'Enfant et la Famille.

En 2002, un **Programme National de Lutte contre l'Excision** (PNLE) a été créé, pour amplifier le travail du CNAPN, avec comme mission principale la coordination, le suivi et l'évaluation de la politique et des stratégies de lutte contre l'excision. Un premier plan d'actions (2004-2008) a été mis en place et le PNLE a incité la formation de comités régionaux et locaux de concertation (CRAPN et CLAPN) pour favoriser les échanges d'informations au niveau local du territoire. Un CLAPN s'est ainsi mis en place dans la région de Kayes où intervient actuellement le projet PPG.

Le PNLE a défini un nouveau plan d'actions (2012-2014), soutenu par l'UNICEF, qui doit servir de **cadre d'intervention** à tous les intervenants et dont l'objectif principal est de contribuer à la réduction du taux de la pratique de l'excision de 85% à 65% d'ici à 2014 au Mali.

D'autres actes en faveur de l'abandon de la pratique des MGF/Excision ont été posés par les pouvoirs publics. Il s'agit, entre autres de :

- la signature de la **lettre** N° 0019/MSPAS-SG du 16 janvier 1999 du Ministère de la Santé **interdisant l'excision en milieu médical** ;
- l'adoption de la **loi** N° 02-044 du 24 juin 2002 sur la **santé de la reproduction** par l'Assemblée Nationale du Mali dont l'excision est une des composantes;
- l'introduction dans le curriculum **d'enseignement des établissements scolaires** et socio sanitaires d'un **module de formation** sur les problèmes posés par l'excision ;
- L'institutionnalisation de la **journée du 6 février** comme journée internationale « tolérance zéro aux MGF» sur toute l'étendue du territoire depuis 2004 ;

Au niveau international sous régional, le Mali a signé les conventions internationales sur les Droits de l'Homme, la convention relative au Droit de l'Enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), et le protocole additionnel sur les droits des femmes dit protocole de Maputo qui dénonce notamment la pratique de l'excision. En 2002, lors d'une Assemblée générale des Nations Unies, la totalité des représentants se sont engagés à mettre fin aux mutilations sexuelles et à l'excision d'ici à 2010.

Il n'existe **pas de loi spécifique au Mali** pour interdire ou pénaliser la pratique de l'excision contrairement aux autres pays limitrophes (loi interdisant l'excision au Burkina Faso, en Guinée, au Sénégal) et aux pays Européens comme la France, pays de destination de nombreux migrants issus de la Région de Kayes. Deux objectifs spécifiques du plan 2010-14 du PNLE étaient cependant de « faire adopter une loi spécifique condamnant la pratique de l'excision au Mali » et « Créer un environnement juridique propice à l'abandon de la pratique de l'excision au Mali ». Des ONG engagées dans la lutte contre les MGF comme l'AMSOPT, Centre Djoliba, Sini Sanuma et APDF se sont mobilisées en 2011 pour faire des propositions de textes de loi. Sini Sanuma a essayé de recueillir des signatures afin d'atteindre un quota suffisant et réclamer une loi mais cette initiative n'a pas abouti. L'adoption du nouveau code de la famille le 2 décembre 2011 et les débats et manifestations d'opposants qu'il a soulevé a repoussé pour l'instant tout travail dans ce sens, dans un contexte politique par ailleurs très perturbé. Ce projet de loi reste cependant souhaité par divers acteurs engagés dans la lutte contre les MGF, dont l'AMSOPT.

La loi du Mali sur la santé de la reproduction, le code pénal et la constitution du Mali sont également des textes invocables contre la pratique de l'excision. Cependant, ces dispositions sont éparses et insuffisantes, peu vulgarisées, et leur application effective pose problème.

Au niveau des actions de terrain, les projets ne parlent plus de « lutte contre l'excision » mais « **promotion de l'abandon** de l'excision» pour mieux valoriser les changements de pratiques.

Tenant compte des relations sociales, des liens de mariage, des risques de marginalisation, cette promotion de l'abandon se fait à la fois au niveau des familles et **au niveau des communautés**. Les programmes tentent également de sensibiliser les **hommes**, qui ont un poids dans les décisions au niveau de la famille même s'ils disent souvent que la pratique est « une histoire de femmes ».

La porte d'entrée de la promotion de l'abandon est en général celle de la **santé** et de la sensibilisation sur les conséquences des complications sanitaires. L'approche « santé » a été privilégiée par tous les acteurs au Mali depuis plus d'une décennie et encouragée par le PNLE. Elle permet d'aborder plus facilement le thème mais a conduit aussi dans une certaine mesure à une médicalisation involontaire de la pratique caractérisée par un transfert du lieu de l'excision vers les centres de santé. La circulaire de 1999 interdisant l'excision en milieu médical n'est pas toujours connue ni respectée en milieu médical au Mali. Dans le district sanitaire de Kayes, une grande partie des excisions ont justement lieu dans les structures de santé par les agents subalternes.

Une approche plus globale par la « **promotion des droits de la femme** et de **l'enfant** » se développe dans certains programmes, mais reste **moins visible** et moins développée que l'approche par la santé. Considérer l'excision comme une violence faite aux femmes et aux filles permet cependant de dénoncer ces pratiques dans un cadre juridique. La protection de chaque individu devant être garantie par les lois en vigueur dans les pays, les femmes seraient en droit de demander une législation sanctionnant l'excision. Cette approche rappelle aussi que l'excision est une pratique discriminatoire contre les femmes avec la négation du libre choix de la femme de disposer de son corps, de procréer et de se comporter en société.

> «On tente d'infériorisier la femme en lui faisant porter sur elle cette marque qui lui rappelle constamment qu'elle n'est que la femme, inférieure à l'homme, qui n'a même pas le droit de profiter de son corps, de s'épanouir et d'épanouir tout son corps, tout son être : elle a des limites que lui a imposées l'homme » (Thomas Sankara, ex-Président du Burkina Faso, « Famille et développement » nº 59, 31 :1991).

b. La promotion de l'abandon dans le district de Kayes

Dans la région de Kayes, l'AMSOPT intervient depuis 1997, et d'autres acteurs ont mené des actions de sensibilisation pour l'abandon comme l'UNICEF, la Croix Rouge espagnole, le Centre Djoliba, APDF, ASDAP, la DRPFEF de Kayes.

Au niveau du terrain, quelques changements ont eu lieu au cours du temps. Dans le district sanitaire de Kayes, des **conventions locales ont été établies** dans certains villages qui ont formulé officiellement des **lettres d'abandon** de la pratique au niveau communautaire, des exciseuses ont remis leurs couteaux, des familles affirment ne plus suivre cette coutume. Cependant, les projets n'ont pas souvent mis l'accent sur **le suivi et la mesure des changements** et les données officielles ne mesurent pas le taux de prévalence spécifique aux nouvelles générations. Ainsi, il n'y a pas d'enregistrement de baisse significative du taux au niveau des intervenants de la région (centres de Santé, ONG, etc.) qui se basent encore sur les taux officiels de la dernière enquête EDSM IV de 2004. Le taux de pratique de l'excision est donc peut être **surévalué**. Les divers interlocuteurs institutionnels à Kayes comme à Bamako ont souligné cette difficulté de trouver des données réelles qui fassent ressortir l'impact des actions de terrain et une baisse en principe du taux de prévalence ces dernières années.

Même si des progrès ont eu lieu, la pratique de l'excision se perpétue belle et bien dans de nombreux villages et familles ce qui **justifie de poursuivre des efforts** pour son abandon et mieux réfléchir comment accentuer et pérenniser les processus d'abandon. Au niveau plus global, national, capitaliser les bonnes pratiques, apprendre des expériences et multiplier et étendre les programmes de promotion de l'abandon comme ceux entrepris dans le district de Kayes reste une priorité.

Face à ces défis, le PPG apparaît comme un **programme pertinent** puisqu'il s'est proposé de poursuivre et intensifier la promotion de l'abandon de l'excision, dans l'ensemble des 250 villages du district sanitaire de Kayes (20 dans un premier temps en 2006, puis 40 nouveaux en 2008, 100 lors de la dernière phase de 2011, et le reste dans les prochaines années), pour avoir une action pilote globale sur l'ensemble du district sanitaire. Son entrée est aussi communautaire pour permettre un

changement de pratiques, et une approche par la santé avec des actions pour améliorer la prise en charge des complications. Le projet se positionne également sur la promotion des droits des femmes et des enfants, dimension qui apparait assez clairement dans sa formulation, et qui est affirmée au cours du temps (même si cet aspect a été mis en œuvre plus timidement dans la réalité, cf. résultats).

c. Communiquer pour le Changement de Comportement

Le PPG, comme d'autres programmes, et de façon conforme avec les orientations du PNLE, suit une approche progressive sur le terrain de **Communication pour le Changement de Comportement** (CCC) et d'Information, Education, Communication (IEC). Cette approche se base sur les 6 principes énoncés par l'UNICEF dans le Digest Innocenti de 2005 et partagés par de nombreux acteurs de la lutte contre l'excision :

- Une approche non coercitive et non critique dont l'objectif premier est le respect des droits humains et l'autonomisation des femmes et des filles,
- Une prise de conscience de la communauté des préjudices entrainés par la pratique,
- La décision collective d'abandonner la pratique dans des villages reliés par des liens maritaux,
- Une décision explicite et publique de la part des communautés,
- Un processus de communication méthodique pour faire connaître rapidement et durablement la décision d'abandonner aux autres villages,
- Un contexte propice au changement.

Cette approche de CCC du PPG apparait **tout à fait pertinente** sur un sujet complexe et délicat et s'inscrit bien dans les orientations des programmes semblables menés au Mali.

Elle amène cependant 3 réflexions :

- L'approche suppose de bien repérer **les diverses cibles** qui peuvent faciliter le changement de comportements, repérer quels sont leurs principaux arguments en faveur de l'excision et **adapter des plans de communication et messages spécifiques** pour ces cibles.
- L'approche doit s'inscrire dans une démarche de promotion des droits des femmes et de renforcement du cadre légal et juridique et de son application. En effet, comme énoncé dans le premier principe, même si l'approche « se doit d'être non critique et non coercitive, elle garde comme objectif premier le respect des droits humains et l'autonomisation des femmes et des filles ». Le contexte doit être également « propice au changement ». Il convient donc de rattacher les actions de CCC à des **activités pour renforcer le cadre légal et l'Etat de droit** pour améliorer également l'application des textes.
- Une communication doit permettre de diffuser les décisions d'abandon dans les divers villages et bien valoriser le changement de comportement, ce qui suppose là aussi de bien **définir une stratégie de communication, des cibles, des outils et des messages adaptés**.

La présente évaluation examinera dans quelle mesure le PPG a pu mettre en place des stratégies et activités dans ce sens.

d. Sensibiliser par la santé ? Quels sont les besoins ?

Comme cité précédemment, la sensibilisation sur les conséquences et risques sanitaires de l'excision est au centre des programmes de promotion de l'abandon, et de la stratégie du PNLE. Les programmes ont en effet travaillé au cours du temps pour informer sur les conséquences médicales

de l'excision (risques et complications), accompagner des processus de changement, ce qui a porté ses fruits dans certains villages et familles.

La **persistance de la sous information** et/ou mal information d'un grand nombre de la population sur les méfaits de l'excision a été confirmée par l'enquête nationale conduite par le PNLE en 2009. 45,3% des populations n'ont pas l'information sur les complications de l'excision. Les zones rurales sont moins informées et certains districts sanitaires ont sans doute été moins couverts que d'autres par les actions de sensibilisation de projets.

Il apparait donc utile de mener encore des programmes de sensibilisation sur les conséquences de l'excision, pour couvrir de nouveaux villages ruraux qui restent sous informés mais aussi maintenir une certaine pression positive dans les villages qui ont en principe abandonné la pratique. Le PPG s'inscrit dans cette **dynamique de sensibilisation / information de nouveaux villages ce qui apparait pertinent.**

Les questionnements sur « qui sont les secteurs sous-informés » et « comment les atteindre» devraient cependant se poser plus souvent et amener les projets à élaborer des stratégies vers des cibles précises, avec des arguments spécifiques et des **messages adaptés à chaque cible**.

La mesure de l'ampleur des complications dues à l'excision et de son évolution quantitative reste difficile puisque de nombreuses femmes et jeunes filles ont un suivi médical et gynécologique limité. Dans le district de Kayes les centres de santé et les communautés n'ont signalé aucun décès récemment lié à la pratique de l'excision mais des cas ont été mentionnés dans les précédentes années.

> « *Nous avons recueillis des témoignages sur des décès dus à l'excision avant notre arrivée dans les villages ; depuis que nous sommes dans les villages, il n'y a pas eu de décès de fillettes » (Source : Entretiens avec les animatrices du PPG le 21/01/13 pour l'évaluation).*

Le personnel des centres de santé n'est par ailleurs pas toujours préparé ni outillé pour identifier les complications et leur cause. Il est donc difficile de quantifier l'ampleur du phénomène mais les acteurs sanitaires s'accordent à dire que les complications et effets néfastes sur la santé reproductive sont fréquents d'où la **pertinence de l'approche par la santé** pour promouvoir l'abandon de l'excision.

On peut souligner cependant que lors des enquêtes dans les 10 villages pour cette évaluation, les femmes ont mis l'accent sur d'autres pathologies de santé reproductive et sexuelle qui ne sont pas ou pas forcément liées à l'excision mais sont ressenties: Infections Sexuellement Transmissibles (IST), stérilité secondaire, maux de ventre. Les femmes ont rappelé leur difficulté d'accès au centre de santé pour les consultations prénatales, l'accouchement et les consultations post natales. Ces éléments rappellent qu'au-delà de la promotion de l'abandon de l'excision, qu'une **action globale sur la santé reproductive et sexuelle** serait **utile**. Les résultats de l'évaluation illustreront ces constats.

e. Le besoin d'améliorer la prise en charge et le référencement

Le district sanitaire de Kayes, dispose d'un hôpital régional, d'une clinique, de 28 Centres de Santé Communautaires (CSCOM), d'un centre de santé de référence (CSREF), de divers dispensaires situés dans la ville de Kayes et dans quelques villages (dispensaires en voie de réorganisation pour devenir des CSCOM conformément à la politique sanitaire en vigueur). L'hôpital régional et la clinique sont moyennement équipés, mais le CSREF et les autres structures manquent souvent de matériels et de personnels expérimentés.

La prise en charge des complications dues à l'excision et le référencement des cas sont effectués par les agents sanitaires des CSCOM et de l'hôpital régional. Le CSREF a un rôle plus restreint du fait de la présence de l'hôpital. La prise en charge des complications rencontre diverses difficultés liées :

- Au **manque de ressources** des familles qui ne privilégient pas les soins de santé des femmes. Celles-ci ne consultent pas toujours les centres de santé en cas de difficultés ou n'ont pas de ressources pour l'achat de médicaments.
- Au manque de **ressources humaines des CSCOM** qui comptent entre 4 et 6 agents par CSCOM (1 médecin ou 1 technicien supérieur de santé, 1 ou 2 matrones, 1 aide-soignant, 1 sage-femme, 1 gérant) pour une population de plus de 300 000 habitants, et le manque de formation et expérience d'une partie du personnel pour l'identification des complications dues à l'excision.
- Au manque de **moyens financiers pour la délivrance de médicaments** par les CSCOM ou la prise en charge des cas graves dans les hôpitaux (analyses, traitements).
- A la **difficile coordination** des structures impliquées dans le suivi et référencement.

Le projet PPG s'est proposé de renforcer ces acteurs par des formations du personnel des CSCOM et de l'hôpital, et la mise en place et le financement d'un système de prise en charge des complications (consultation, transport, médicaments, si besoin transfert et hospitalisation à Bamako). Le PPG s'est proposé également d'améliorer le système de référencement et contre-référencement pour améliorer l'information sur ces conséquences sanitaires et leur prise en charge. Cet appui au volet sanitaire répond à des besoins et apparait **pertinent.**

Une question apparaît cependant en termes de **pérennité** pour le maintien du financement de la prise en charge du système de référencement au-delà du projet, qui suppose de développer une stratégie de plaidoyer et mobilisation d'autres acteurs (à identifier : partenaires institutionnels maliens, autres partenaires techniques et financiers, etc.) pour prendre le relais, ou de mettre en place des mécanismes communautaires pour amener les villages à contribuer à ces coûts. La proposition de PPG semble limitée sur ces aspects et l'évaluation amènera des éléments de réflexion.

f. De l'action de terrain pilote au plaidoyer ?

Le projet PPG se présente comme un projet de terrain et a choisi de ne pas inclure des actions proprement dite de plaidoyer. Le travail est resté dans la sphère locale (district régional) tout en impliquant quelques partenaires institutionnels ou personnes ressources au niveau national (PNLE, UNICEF, Docteur Touré..). EQUIPOP comme AMSOPT mène par ailleurs directement leurs propres actions de plaidoyer.

Cependant, si la stratégie est de centrer les efforts dans l'ensemble du district pour avoir une action pilote, il aurait été utile de **prévoir les outils et mécanismes** pour que cette expérience soit réellement pilote et **alimentent le plaidoyer** et la réflexion des décideurs. Des passerelles auraient pu être proposées entre le niveau local et régional puis national pour faire mieux connaître l'expérience et améliorer le suivi de ses résultats et effets.

Tenant compte des efforts réalisés au niveau local, des nombreuses relations institutionnelles avec les autorités sanitaires régionales partenaires, et face aux enjeux au niveau national, des actions de plaidoyer au niveau national sembleraient pertinentes pour à la fois maintenir au-delà du projet le travail de prise en charge médicale et amplifier au niveau national la promotion de l'abandon de la pratique et la défense des droits de la femme.

II. Un montage institutionnel cohérent, une action collective à préciser

a. L'AMSOPT, un partenaire légitime

L'AMSOPT, créé en 1991 a toujours positionné la lutte contre l'excision **au cœur de son projet associatif** et développé diverses actions de plaidoyer et des programmes de terrain sur cette thématique. Elle fait partie des premières ONG du Mali à travailler sur l'excision (avec le centre Djoliba, la Croix Rouge) et sa directrice est reconnue comme pionnière dans la lutte contre l'excision.

L'AMSOPT appartient à de multiples réseaux nationaux de lutte contre la pratique de l'excision comme le réseau malien de lutte contre les MGF, la CNAPN, et collabore avec le PNLE (à qui elle envoie son rapport annuel). Elle est membre de la Coordination des Associations et Organisations Féminines(CAFO).

Au niveau international, l'AMSOPT est membre du Comité Inter Africain de Lutte contre l'Excision (CIAF), du Réseau des Parlementaires Européens pour les droits humains et collabore avec EQUIPOP et le GAMS (Groupe pour l'Abandon des Mutilations Sexuelles) une autre ONG française qui lutte contre l'excision.

Cette visibilité au niveau international, sous régional s'est manifestée par :

- la décoration de la directrice de l'AMSOPT par le Ministère Français des Affaires Etrangères pour son engagement en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision,
- la participation des agents de l'AMSOPT à des conférences nationales, sous régionales et internationales sur la pratique de l'excision,
- l'interpellation du parlement malien pour une législation en faveur de l'abandon,
- la sensibilisation des migrants qui reviennent exciser leurs filles au Mali.

La **collaboration avec EQUIPOP** a débuté dans les années **2001** par diverses actions de plaidoyer et la participation à des colloques internationaux, puis par les actions de terrain dans le district de Kayes.

Entre 1997 et 2001, l'AMSOPT est intervenu dans 20 villages de la région de Kayes puis avec la première phase du projet PPG (2006), elle a poursuivi son action dans une quarantaine de village, soutenue par EQUIPOP et d'autres partenaires (UNICEF, ambassade de Suède, EQUIPOP).

L'AMSOPT a **gagné en légitimité** lors des premières phases du projet PPG à un moment où les autres intervenants n'étaient pas nombreux. Le rapport de 2007 du FNUAP souligne les résultats :

> « *35 villages d'abandon, 15 villages en voie d'abandon, 145 femmes traitées, dépôt de couteau par 60 exciseuses, des séances de plaidoyer au niveau de l'Assemblée Nationale afin de voter une loi interdisant la pratique de l'excision et 51 groupements féminins appuyés avec des fonds pour AGR* » Rapport du FNUAP, 2007.

Le projet PPG a tiré des leçons des premières interventions de l'AMSOPT dans la région de Kayes où pendant longtemps, les communautés sont restées réticentes à toute idée d'abandon de l'excision ; c'est pourquoi, après quelques années la stratégie d'IEC a permis à plusieurs villages Soninkés, Khassonkés, Peulhs et Maure, d'aller à l'abandon.

Après plus de deux décennies d'expériences dans le domaine de lutte contre les MGF, l'AMSOPT a une parfaite **maitrise** de la problématique de l'excision ; ce qui lui donne l'opportunité d'être sollicitée pour appuyer d'autres ONG et d'être chef de file de certains réseaux au niveau de la région de Kayes. Cela constitue de nombreuses opportunités pour l'organisation.

Le choix de AMSOPT pour intervenir dans la région de Kayes est **justifié et cohérent.**

b. Une action cohérente avec la politique nationale

Le document de politiques et le plan d'actions 2008-2012 du Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE), validé et adopté par le gouvernement en 2008, a constitué un document de référence pour les acteurs engagés dans la lutte contre l'excision au Mali. Le nouveau plan 2010-14 poursuit globalement les mêmes objectifs et directives, dont les principaux objectifs spécifiques sont :

- Une priorité nationale donnée à l'abandon de la pratique de l'excision, des ressources allouées en conséquence à travers des actions concertées et coordonnées.
- La sensibilisation des populations de 10 ans et plus sur les conséquences néfastes de la pratique de l'excision et une évolution positive des comportements
- D'ici à 2014, 100% des cas de complications identifiées prises en charge

Le plan insiste donc sur les activités **de plaidoyer** (vers les autorités nationales et locales, les programmes sectoriels, les CLAPN, pour avoir des ressources pour suivre et coordonner les programmes, une banque de donnée sur l'excision) des activités **de sensibilisation** (vers les populations, les religieux, avec des programmes de CCC et des outils adaptés aux différentes cibles, en faveur d'une loi,) et des activités de **prise en charge des complications** (avec des activités d'identification et de référencement, de formation du personnel et de prise en charge).

En lien avec les CNAPN, CRAPN et CLAPN, le PNLE cherche à suivre et répertorier l'ensemble des actions de sensibilisation, prise en charge réalisées et favoriser des synergies.

Comme cité précédemment, le **PPG s'inscrit bien dans les orientations du PNLE** en se concentrant sur les actions de terrains (CCC, 'prise en charge des complications). L'AMSOPT est membre au niveau national du CNAPN, et le PPG participe au niveau du district de Kayes au CLAPN.

L'AMSOPT a participé à des formations organisées par le PNLE à qui elle transmet également ses rapports d'activité trimestriels et annuels. En retour, le PNLE a été invité aux ateliers de formation et de plaidoyer de l'ONG et inclus dans son rapport d'activité les actions menées par l'AMSOPT. Les activités de l'AMSOPT contribuent à l'atteinte de l'objectif principal du PNLE

On peut souligner qu'il y a bien une **cohérence et certaine coordination** entre le PPG / AMSOPT et les orientations du PNLE mais aussi quelques différents. Le PNLE a mené ces dernières années quelques actions de sensibilisation en zone urbaine, en tant qu'acteur de l'IEC et non coordonateur, ce qui aux yeux de l'AMSOPT et d'autres ONG, le met en dehors de son rôle. Les acteurs de terrain attendent du PNLE surtout un appui (méthodologique, stratégique pour faciliter la coordination des actions, financier) et le portage politique de la lutte pour l'abandon des pratiques néfastes. Ils considèrent que le PNLE par ailleurs, en devenant acteur de terrain risque d'être en concurrence avec les acteurs de terrain (notamment sur la mobilisation de certains financements pour l'animation sur le terrain).

c. Un ancrage local et des efforts de coordination

L'action et le mode d'intervention du PPG s'est montré **cohérente avec le paysage institutionnel local et régional** puisque le PPG a cherché à développer les relations institutionnelles avec les autorités sanitaires, religieuses et administratives locales.

- Au démarrage de la phase 3, l'AMSOPT a sollicité la DRPFEF pour le recrutement des animatrices ce qui est un gage de confiance et montre la volonté de mobiliser la DRPFEF.
- Des actions de formations ont visé des autorités locales (maires) et les autorités religieuses
- Certain personnel de 10 écoles ont également été sensibilisés / formés.

- Des missions de supervision conjointes ont été organisées par exemple au cours de la 3eme phase, impliquant le PNLE, la DRPFEF, la DRS Kayes (Direction Régionale de la Santé) et d'autres partenaires financiers comme l'UNICEF
- Lors de certains moments clés du projet (cérémonies d'ouverture du projet et de clôture, formations, cérémonies d'abandon, réunions du comité ad hoc), l'AMSOPT a su mobiliser la DRPFEF et la DRS, la Préfecture, le PAM, l'UNICEF Kayes, le CAP, l'hôpital régional Fousséni Dao, le CSREF, et 16 CSCOM.

La **collaboration** est très **appréciée** par la DRPFEF puisque l'AMSOPT via le PPG participe à toutes les activités de lutte contre l'excision dans la région et soutient financièrement le CLAPN, les cadres de concertation et comité AD HOC.

En termes de coordination institutionnelle, le PGG a souhaité **renforcer le CLAPN** comité qui regroupe à Kayes 20 structures impliquées dans la promotion de l'abandon (dont l'AMSOPT, les autres organisations travaillant sur la thématique de l'excision dans le district sanitaire de Kayes : Croix Rouge malienne, Centre Djoliba, ASDAP, PSI, la DRPFE). Le projet a tenté de dynamiser ce comité en finançant certaines réunions d'échanges et réflexions.

Le CLAPN s'est réuni 3 fois sur les quatre prévues pour faire l'état des lieux des activités programmées et réalisées dans le district sur les MGF/Excision ainsi que les difficultés rencontrées et les perspectives. Il faut noter cependant que la plupart des membres du CLAPN ne réalisent pas d'activités de terrain par manque de financement. Ils ont une activité très réduite. Aucune action commune n'a été véritablement entreprise au sein du CLAPN et le projet PPG n'a pas eu les moyens d'assurer le leadership ni tous le financement du CLAPN. Le travail avec le CLAPN a permis toutefois aux acteurs d'échanger sur les actions à mener, les outils et approches, et au PPG de renforcer ses relations avec la DRPFEF.

Le PPG a également proposé un **cadre de concertation élargi** autour de lui, avec les acteurs membres du CLAPN, le PNLE, le Dr Touré (gynécologue et personne ressource du projet à Bamako), l'UNICEF, l'UNFPA ainsi que EQUIPOP, FECODEV. Ce comité élargi s'est réuni trois fois pour discuter des activités à mener et des difficultés que le PPG rencontrait. La fonction de ce comité de concertation et son articulation avec le CLAPN semble ne pas être très claire.

Le PPG a parallèlement encouragé la création d'un groupe de travail interinstitutionnel, nommé **groupe Ad Hoc** et est coordonné par la Direction Régionale de la Santé (DRS) pour mieux suivre et discuter les stratégies de prise en charge sanitaire de l'excision et de référencement. Les membres étaient la DRS, le CSREF, l'hôpital régional, la DRPFEF, la Croix Rouge, la DRDSES.

Le comité Ad Hoc a pu tenir deux réunions sur les quatre prévues. Le rôle de ce comité semble cependant aussi un peu confus. Lors de la première réunion les recommandations ont porté sur le fait de « doter les animatrices de kits vidéo » et la deuxième réunion a concerné le « fait de ne pas mentionner dans les conventions d'abandon le nom des autorités locales (maire) ou du personnel médical (gynécologue) ». Par ailleurs le point focal excision de la DRS explique en parlant de ce comité Ad Hoc:

> *« Il faut renforcer le cadre de concertation, multiplier les supervisions, instaurer un mécanisme pour la collecte des données sur l'excision en attendant l'insertion des données dans les supports nationaux, le renforcement des compétences. »*

Ces sujets (kit vidéo, convention locale, collecte de données sur l'excision..) ne concernent pas directement le système de prise en charge sanitaire et de référencement et sont plutôt du domaine du Cadre de concertation élargi en lien avec les orientations du PPG.

Un **comité d'appui** a été également formé avec 8 migrants relais. Il a organisé 15 causeries-débats avec les migrants. Cependant, la dynamique de ce comité semble ne pas avoir persisté et lors de la présente évaluation, ce comité n'a pas été mentionné.

d. Une action collective qui devrait être précisée

Divers comités de concertation ont donc été prévus dans les documents projet des diverses phases du PPG et, appuyés ou créés dans la mise en œuvre du projet, mais quelques difficultés questionnent aussi partiellement la cohérence de ces dynamiques institutionnelles.

Malgré les efforts de mobilisation et de coordination, on peut se demander dans quelle mesure l'ancrage local institutionnel pourra se traduire ou non en un **engagement accru de ces acteurs dans la lutte contre l'excision** et les MGF en général, à leur niveau.

- Le point focal de la Préfecture n'a pas montré beaucoup de dynamisme sur cette thématique.
- A l'inverse, les CSCOM qui ont été plus directement bénéficiaires de formation dans le cadre du projet sont devenus des acteurs clés pour l'identification, et la prise en charge médicale mais aussi sur des actions de sensibilisation menées à l'initiative du personnel (effets induits).

Au-delà de l'échange d'informations, certains **efforts** ont cherché à **mobiliser les divers acteurs** pour qu'ils puissent participer aux actions. Ces efforts sont louables mais il aurait sans doute fallu les multiplier pour qu'il y ait au cours du temps de plus en plus d'implication des autres acteurs soit pour participer directement aux actions d'IEC, soit pour leur financement, soit pour leur suivi, soit pour la promotion des résultats. L'implication croissante des acteurs locaux est stratégique à la fois pour prendre le relais de certaines actions à l'avenir, et à la fois pour diffuser et promouvoir les résultats de cette action pilote.

- Les autorités administratives (maires, adjoints) ont été informées et parfois formées. Ils ont été en général associés aux négociations avec les villages et à la résolution de conflit dans certains villages (notamment le préfet). La stratégie aurait pu cependant chercher à encore plus, et pus systématiquement les mobiliser dans les actions pour qu'ils portent eux-mêmes les messages de promotion de l'abandon.
- De même, des actions de sensibilisation et formation ont été proposées pour les autorités religieuses mais une stratégie plus globale n'a pas été prévue au niveau de l'ensemble du district avec un rôle croissant au cours du temps.
- Les autorités sanitaires et du ministère de la promotion de la Femme ont été souvent associées et mobilisées mais il ne semble pas y avoir eu d'action de plaidoyer de façon très structurée pour les impliquer plus directement dans le financement ou cofinancement des actions de prise en charge des complications, ou même dans l'animation du CLAPN et le financement de son fonctionnement. Même si dans d'autres régions ou localités, ce sont les ONG internationales comme CARE à Ségou, Plan à Baraouéli, PDEG à Bougouni et Niono qui financent les CLAPN, un programme comme le PPG ne peut pas financer pleinement ni durablement les cadres de concertation. Il y a lieu de trouver un mécanisme de financement pour leur fonctionnalité, leur pérennité, et le PNLE ou la DRPFEF devraient en théorie en assurer le portage. Le manque de ressources financières est cependant bloquant et est évoqué par ces acteurs dans leur réponse négative à cette demande. Ils pourraient cependant solliciter eux-mêmes des partenaires financiers (mobiliser des ressources externes en tant que PNLE / DRPFEF) ou solliciter des arbitrages budgétaires plus favorables. Les collectivités territoriales (et leurs partenaires financiers) pourraient également être sollicitées pour appuyer ces dynamiques de la société civile.
- Il apparait un certain manque de définition des rôles souhaitables des divers acteurs locaux et instances et notamment du CLAPN. « Concerter », « coordonner » mais quoi ? comment ? qui ? Un comité comme le CLAPN pourrait par exemple avoir un vrai rôle de suivi des projets pour capitaliser les bonnes pratiques et outils, pour observer les changements de comportements (mesure de l'évolution de la pratique) pour soutenir des actions grâce à la

mobilisation des personnes ressources la composant et des actions de plaidoyer. Pour cela quelques moyens financiers sont bien sûr nécessaires.

Le système de réunion institué (CLAPN et cadre de concertation, etc.) a montré des atouts pour le PPG, mais la proposition aurait **gagné en cohérence** si, au-delà de l'information, de la coordination, elle avait inclus des **objectifs de mobilisation des acteurs locaux** pour amplifier les effets du projet (effet levier possible) et préparer le retrait en recherchant la pérennisation des processus initiés.

e. L'implication des migrants

L'implication des migrants dans le PPG est surement une des originalités et innovations du programme. Comme indiqué précédemment, le travail avec les migrants ne rentre pas dans le champ de cette évaluation et demandera un travail additionnel. On peut souligner cependant que cette proposition semble **cohérente** et devrait permettre de renforcer les dynamiques.

Les migrants constituent une source d'influence importante du fait qu'ils prennent en charge leurs familles restées au village créant ainsi une relation de dépendance. Leurs paroles comptent suffisamment dans les **prises de décision** pour qu'ils puissent être des acteurs du changement. En faisant souvent des témoignages sur leurs propres expériences avec les femmes non excisées, certains migrants apportent ainsi la preuve que l'excision ne représente aucune valeur ajoutée.

A la lecture des documents projet et rapports d'activités il semble que les formes et objectifs de mobilisation des migrants dans le PPG mériteraient d'être **précisées** pour renforcer non seulement les actions de CCC, mais aussi le suivi des processus de changement, la communication, ainsi que la prise en charge sanitaire, avec un objectif de recherche de pérennité de ces actions au-delà du projet.

III. Une organisation interne claire mais une charge de travail importante

a. Une équipe bien articulée

Le projet PPG a été mis en œuvre dans sa troisième phase (juin 2011- Janv. 2013) par une **équipe multidisciplinaire** composée de 14 agents basés à Kayes (une cheffe de projet, dix animatrices de terrain, assistants superviseurs, un assistant chargé de la prise en charge médicale des victimes de l'excision); elle est appuyée par l'équipe de Bamako (un chargé de programme, une gestionnaire financière).

- Les animatrices étaient au nombre de 10 au démarrage de cette troisième phase du PPG, et 7 en fin de 3ème phase du projet avec chacune 10 villages à suivre (phase de restriction budgétaire depuis juins 2012).
    - Dans les 30 villages couverts par Unicef (tous nouveaux) 3 animatrices étaient en charge de 10 villages chacune.
    - Dans les 70 villages couverts par le financement uniquement d'EQUIPOP, 1 animatrice était en charge de 10 villages nouveaux, 6 animatrices au démarrage (3 en fin de projet) étaient en charge des autres 60 villages « anciens ».

  En réalité, la classification entre « 60 anciens » et «40 nouveaux » villages, ne s'est pas révélée assez précise tenant compte des résultats des phases antérieures et de leur pérennité au cours des années. Une analyse plus fine de la situation sur le terrain a permis de comprendre que dans 12 des 60 anciens villages, les activités de sensibilisation avaient été insuffisantes lors de la phase 2, et dans 20 autres villages, la thématique n'avait pas été développée assez clairement. L'équipe du PPG a pu établir qu'il y avait donc en tout **52 villages** (40 + 12) où il fallait faire l'ensemble des actions d'animation, et **48 villages** ou un travail de suivi et animation devait se poursuivre.

  Les animatrices résidaient parfois la semaine dans des maisons de passage dans ces villages. Elles étaient chargées de la sensibilisation des communautés sur les droits sexuels et de la procréation et complications de l'excision, l'interface du projet dans les villages avec les leaders coutumiers et religieux, l'appui à l'identification et à l'orientation des femmes victimes de complications, le rapportage hebdomadaire des activités de terrain. En rapport avec les agents des CSCOM, CSREF et hôpital, elles collectaient les ordonnances et les tickets auprès des CSCOM pour les remettre aux assistants et redistribuaient les médicaments. Les animatrices étaient directement en lien avec les femmes et les agents de santé. Elles ont eu un rôle important dans le système de référencement/contre référencement. Elles ont été aidées par les relais villageois (femmes et hommes) dans leurs tâches quotidiennes de mobilisation et d'information. Elles ont réalisé un travail important.

- Les assistants au nombre de trois au démarrage de la troisième phase, n'étaient que deux en fin de projet (une assistante n'a pas souhaité renouveler son contrat en mars 2012 et n'a pas été remplacée). Les assistants étaient chargés de la planification et supervision directe du travail de terrain des animatrices (2 à 3 animatrices par assistants, pour 12 à 15 villages), du rapportage mensuel des activités de sensibilisation, de la supervision de la prise en charge des femmes victimes des complications de l'excision et de l'appui à la coordinatrice lors des formations et rencontres. Ils étaient aussi chargés de la supervision des activités dans les 60 anciens villages.
- La cheffe du projet PPG à Kayes était chargée de la gestion de l'équipe de Kayes, du contact avec les partenaires à Kayes, de la gestion administrative et comptable du bureau de Kayes, de l'organisation des formations et du rapportage mensuel des activités. Elle était chargée également du suivi des activités de l'équipe

- Le chargé de programme de l'AMSOPT de Bamako a apporté un appui ponctuel avec un suivi trimestriel (souvent mensuel lors des formations de l'UNICEF), la rédaction des rapports (trimestriels et annuels à partir des données transmises par la coordinatrice) envoyés à EQUIPOP en France.
- La gestionnaire a assuré la gestion et le suivi des dépenses relatives au projet à partir des factures remises par la coordinatrice. Elle réalisait les virements entre les comptes de PPG ou UNICEF/AMSOPT à Bamako et le compte de Kayes à partir des prévisions budgétaires. Elle a produit les rapports financiers aux échéances convenues, pour EQUIPOP.

D'après les agents, les **tâches** ont été **bien réparties** et chacun disposait d'une **description claire** de ses responsabilités (cf. contrat de l'agent). La **qualité** de la **communication** entre Kayes et Bamako a été soulignée.

b. Une équipe formée et motivée

L'équipe de Kayes de la 3ème phase était une équipe globalement nouvelle : seules 2 animatrices avaient déjà participé aux phases antérieures du PPG, les assistants et la cheffe de projet étaient nouveaux. Par conséquent un accent a été mis sur la **formation** de l'équipe pour qu'elle puisse mener à bien la mission qui lui a été confiée.

Pour l'accomplissement de leurs tâches, les animatrices et assistants ont bénéficié de formations initiales et acquis des compétences sur le terrain en animation et sont capables de conduire des séances d'IEC sur les conséquences sanitaires de l'excision. Chaque animatrice dispose d'un kit de sensibilisation élaboré par Population Service International (PSI) pour l'animation des séances d'IEC auprès des femmes et des hommes, des visites à domicile et de l'appui-conseil auprès des femmes. Elles n'ont pas reçu de formation en suivi des relais.

Les animatrices savent identifier les séquelles de l'excision et des IST et donnent des tickets de consultation aux femmes désirant se faire soigner. Les animatrices ne semblent cependant pas à l'aise pour développer d'autres arguments (excepté sanitaires) en faveur de l'abandon de l'excision.

Les résultats obtenus sont dans une large mesure liés à l'engagement de l'équipe (Kayes et Bamako) Un fort **engagement** en faveur de la promotion de l'excision est ressorti à travers les déclarations des animatrices qui se sont engagées à ne pas exciser leurs filles et à convaincre celles ou ceux qui veulent le faire.

Les animatrices ont formulé des besoins qui sont :

- le recyclage en formation sur l'excision et techniques d'animation,
- la formation en genre excision et violences basées sur le genre et droits des femmes,
- l'élaboration de messages valorisant la non-excision,
- la formation en arguments religieux et culturels pour dissuader les réticents.
- les visites d'échange entre animatrices de différentes zones,
- la dotation en outils d'IEC comme les cassettes audio et visuelles,

Les assistants ont participé aux formations mais ont reçu des formations pour leur travail de suivi et encadrement des animatrices au démarrage du projet. Cependant, des renforcements sur les aspects de suivi évaluation auraient été utiles (cf. paragraphe sur efficacité).

La gestionnaire du projet à Bamako a reçu un accompagnement d'EQUIPOP et des formations qui lui permettent aujourd'hui de mener ses activités sans difficultés.

L'équipe est globalement **demandeuse de plus de formation** et souhaiterait pouvoir être appuyée sur cela par EQUIPOP.

c. Une surcharge de travail ressentie qui questionne la stratégie

Les animatrices, les assistants et la cheffe de projet ont dénoncé cependant une **surcharge de travail,** surcharge aggravée par des problèmes logistiques (manque de véhicule pour le suivi, difficulté de déplacement parfois en motos).

- La coordinatrice est chargée du suivi de l'équipe mais dans les faits son suivi sur le terrain a été très limité par manque de temps et de moyens de déplacement adéquat. Elle était absorbée par les tâches quotidiennes du bureau (gestion administrative et financière, rédaction de rapports) et ne visitait environ qu'un village par mois.
- Les assistants disent arriver difficilement à réaliser l'ensemble de leurs activités. Chaque assistant fait le suivi/supervision des animatrices 1 fois par semaine avec comme outils la fiche de suivi régulière des activités et le cahier de présence des animatrices dans les villages Il leur arrive parfois de consacrer le weekend au suivi. Les activités de bureau leur prennent trop de temps ce qui ne leur permet pas de discuter profondément avec les acteurs du projet pour une meilleure compréhension de l'évolution des mentalités en faveur de l'abandon de l'excision.
- Les animatrices réclament également plus de suivi des assistants pour un appui conséquent (plus de temps consacré au suivi des animatrices pour un véritable feedback).
- Le suivi des anciens villages ou la sensibilisation avait été faite (48 villages) semble avoir été en partie limité du fait du manque de temps et les actions plus consacrées aux 52 nouveaux villages (40 nouveaux +12 de la phase 2).
- Le fait que les activités de sensibilisation n'aient pas été menées lors de la phase 2 dans 12 villages, et aient été insuffisantes dans 20 autres, a alourdi la charge de travail de l'équipe.
- Les agents démissionnaires en 2012 (1 assistant, 3 animatrices) n'ont pas été remplacés puisque le projet était en phase de finalisation ce qui a augmenté la charge de travail.

Ces remarques doivent amener à se questionner sur la cohérence de l'organisation au regard des ambitions et enjeux du projet.

Le travail de terrain repose essentiellement sur les animatrices qui restent en premières lignes dans les nouveaux et anciens, quel que soit le niveau d'avancement du village. Les relais n'ont eu qu'un rôle de facilitateurs des réunions.

Tenant compte des limites budgétaires, il n'était **pas possible d'amplifier** l'équipe pour diminuer la charge de travail. Les relais auraient cependant pu être plus formés et encadrés pour assumer un rôle plus actif et devenir peu à peu eux-mêmes des animateurs dans les villages. Une réflexion s'impose sur cette organisation, pour une meilleure répartition des tâches et pour la pérennité du processus.

Cette réflexion **interroge l'évolution du projet**. Si l'équipe actuelle composée de 14 personnes (10 animatrices, 3 assistants) a ressenti une charge de travail élevée en travaillant sur 52 nouveaux villages et le suivi de 48 anciens, l'enjeu de couvrir 250 villages (donc 50 nouveaux par an) ainsi que le suivi des 100, 150, 200 autres, sera difficile … De tels objectifs supposeraient :

- Soit une augmentation conséquente de l'équipe (multiplier par 2 ou 3 le nombre d'animatrices) ce qui est sans doute difficile en termes budgétaires mais aussi de dynamique de gestion d'équipe. La 4ème phase attendue à partir de mars 2013 prévoit de mobiliser progressivement 3 à 5 assistants, et 10 à 15 animatrices au maximum (notamment au niveau budgétaire)
- Soit de réfléchir une évolution de la stratégie pour responsabiliser plus d'autres acteurs et les impliquer dans le suivi et/ou le CCC. Cette option implique aussi modifier le rôle des animatrices vers un rôle plus de mobilisation et coordination d'autres acteurs

Ces éléments seront développés sur la base des conclusions de l'évaluation.

Le PPG, programme coordonné par l'ONG française EQUIPOP et mis en œuvre depuis 2006 par l'ONG malienne AMSOPT, est un projet de **promotion de l'abandon de l'excision** au niveau de **250** villages du district sanitaire de Kayes, au Mali, région ou cette pratique est très répandue. Les 3 premières phases du PPG ont permis de mener des **actions dans 100 villages,** la nouvelle phase 2013-16 devrait amener à englober l'ensemble du district.

La proposition du PPG semble tout à fait **pertinente** au regard des besoins et de la problématique. Son approche est **conforme** aux directives nationales détaillées dans le Plan d'action du PNLE : une **approche communautaire,** par la **santé**, dans une dynamique d'Information / Education / Communication et avec un volet de prise en charge sanitaire des complications dues à l'excision.

L'approche de la promotion de l'abandon de l'excision par les Droits humains est inscrite dans le projet mais reste encore timide dans les activités et peu intégrée par l'équipe. Pour certaines femmes bénéficiaires et certains CSCOM partenaires, le PPG se présente comme un projet de santé reproductive. **L'approche par le droit** mériterait d'être **développée dans les activités de terrain** pour reposer la question de l'abandon de l'excision en termes de non-discrimination et promotion de la femme.

Le PPG est un programme centré sur l'action de terrain mais il souhaite être un programme **pilote** au niveau du pays. Il apparait alors un **besoin d'aller au-delà de l'action locale** et de mieux prévoir quelles passerelles pourraient être renforcées entre la sphère locale / régionale / nationale, et comment le projet pilote, peut alimenter des actions de **plaidoyer**.

Le montage du PPG est tout à fait **cohérent** : le partenaire AMSOPT a l'expérience et la légitimité de mener de telles actions. Un ancrage local a été recherché, grâce à diverses actions menées avec les institutions et autorités administratives, religieuses et sanitaires locales. La proposition pourrait cependant mieux anticiper comment préparer le retrait du PPG avec une stratégie plus complète de **mobilisation des acteurs locaux** pour assurer le relais et la poursuite des processus.

L'organisation de l'équipe (de la plus récente phase) est claire et acceptée, l'équipe a pu recevoir des formations et acquérir des **compétences** d'IEC sur la thématique de l'excision. Cependant, la **charge de travail** semble importante. Cette difficulté oblige à réfléchir comment adapter la stratégie future pour couvrir des zones plus importantes tout en assumant un suivi.

Partie 3 : Efficacité, efficience et visibilité

I. Une bonne exécution des activités

a. Une persévérance pour faire accepter le projet

Le PPG a pu être mis en œuvre dans **99 villages** sur 100 prévus, dont 40 au cours de la phase 2011-2013 malgré un contexte de crise au Mali et l'arrêt des activités pendant 20 jours en mars 2012.

La présentation du projet « Protéger la Prochaine Génération » a été faite depuis juillet 2011, dans les 40 nouveaux villages d'intervention par les animatrices recrutées. Les animatrices ont tenu des rencontres d'information auxquelles ont participé les hommes et les femmes (leaders communautaires compris). Les activités et les objectifs du projet ont été expliqués. La présentation claire des objectifs du programme dès les premiers contacts a permis aux communautés de bien appréhender les enjeux de leur participation à ce programme et en particulier ceux de l'abandon de l'excision et de se positionner en faveur ou non d'une intervention.

La participation des villages au projet a été obtenue grâce aux sacrifices des animatrices qui ont dû **faire face à la réticence** de certains leaders religieux, chefs de villages, exciseuses et personnes âgées. Les animatrices ont cité des anecdotes (confirmées par les communautés lors de l'évaluation).

> « *En 2001, il était difficile de parler de l'excision dans les villages ; les femmes ont refusé de m'écouter ; pendant trois ou quatre mois, je venais au village et ne trouvais comme interlocutrice que la présidente des femmes ; des femmes m'ont demandé si je suis coupée ou pas* » animatrice de Bangassy Kopela.
>
> « *J'ai été insultée par les femmes et chassée du village par les hommes qui ne voulaient pas du tout parler de l'excision. Quand je venais, la présidente des femmes m'indiquait un hangar de crapauds* » Animatrice de Gory Kopela.
>
> « *Après la présentation du projet dans le village, les autorités m'ont dit de venir pour l'IEC ; pendant les trois premiers mois, les femmes ne voulaient pas participer aux causeries ; tous les prétextes étaient évoqués pour ne pas participer aux séances (travaux ménagers, champs, etc.) je venais et repartais sans faire d'animation faute de femmes pour m'écouter ; les hommes m'ont fait savoir qu'ils ne participeront pas à la causerie parce que l'excision est une affaire de femmes* » Animatrice de Fenanou.
>
> *« Je connais un chef de village chez qui je partais et qui refusait de répondre aux salutations que je lui adressais. Par la suite dans ce même village, je suis arrivé à convaincre une personne, puis deux et finalement beaucoup de monde. C'est la patience qui finit par payer. »*

Dans tous les 10 villages visités, les femmes ont souligné l'assiduité, la **persévérance**, le courage et la bonne intégration des animatrices en ces termes

> *« L'animatrice a une relation fusionnelle avec les gens ici, elle plaisante avec tout le monde, si elle vient ici, tout le monde sort pour la rencontrer, au départ les gens étaient plutôt méfiants. »* Homme 45 ans Fenanou.
>
> *« Nous sommes aujourd'hui à ce niveau grâce à l'animatrice qui a accepté nos écarts de langage et est parvenue à nous convaincre »*

Les activités de sensibilisation et de prise en charge ont concerné 39 nouveaux villages sur les 40 prévus. Seul le village de Balandougou n'a pas été concerné par ces activités. Réticent au départ à l'implantation du projet, ce village a cependant sous l'impulsion des femmes, finit en fin de projet par demander son adhésion avec une volonté manifeste de ne pas continuer à être le seul cas de résistance. Certaines adhésions s'expliquent donc par l'effet de contagion.

b. La formation des leaders communautaires

De nombreuses **activités de formation** ont été réalisées en début de chaque phase pour informer, former, mobiliser les divers leaders communautaires, des autorités et des personnes qui peuvent avoir une influence. Par exemple, lors de la 3ème phase, entre juillet et octobre 2011 des formations ont été proposées :

- A des élus communautaires des 40 nouveaux villages ciblés,
- aux chefs de village, aux présidentes des femmes,
- à 4 relais par communauté. Dans les 10 villages concernés par l'évaluation, la désignation des relais a été facilitée par le chef de village (2 hommes + 2 femmes).
- Aux exciseuses
- A des enseignants de 10 villages

Le préfet, et des membres de la DRPFEF ont été invités à participer à l'ouverture des formations.

Cette formation initiale a permis à ces leaders de maitriser les informations essentielles sur les MGF, leurs conséquences sanitaires et leurs liens avec les Droits de l'Homme. Elles ont été réalisées en mobilisant des personnes ressources depuis Bamako (divers intervenants). Au retour de la formation, les leaders communautaires ont organisé des séances publiques d'information pour faire des sortes de « comptes rendus » de ce qu'ils ont appris pendant la formation en insistant notamment sur les conséquences de l'excision. Ce travail de formation a permis de préparer le travail suivant d'IEC dans les villages.

c. Le travail de Communication pour le Changement de Comportement

Les activités de sensibilisation ont été concentrées dans les 39 nouveaux villages (1 village ayant refusé les activités), dans les 12 anciens villages traités comme des nouveaux villages (soit 51 villages en tout), et elles ont été poursuivis dans les 48 autres villages. Les activités de CCC ont donc été menées dans l'ensemble des 99 villages. Dans 30 villages (parmi les 40 nouveaux villages) le PPG a travaillé avec des financements UNICEF (financement de certaines actions d'animation, prise en charge, 3 animatrices). L'UNICEF avait auparavant mené dans ces 30 villages des actions de sensibilisation de masse avec le théâtre forum et le cinéma ambulant.

Pendant la période allant de juin 2011 à mai 2012, les animatrices ont mené de nombreuses activités de sensibilisation dans l'ensemble de la zone d'intervention du projet selon une programmation mensuelle validée par les assistants. Au cours de la 3eme phase, les animatrices avaient réalisées 2598 causeries, 540 visites à domicile et 650 séances d'appui-conseil auprès des groupements de femmes, des leaders communautaires, des jeunes, des exciseuses et des femmes victimes d'excision.

C'est ainsi que 14 900 villageois dont 73% de femmes et 27% d'hommes ont été sensibilisés et étaient à mesure de citer au moins 3 méfaits de l'excision (Source : *synthèse générale des activités de juin 2011 à mai 2012*). De juillet à décembre 2012 ce sont 16 900 personnes (63% de femmes et 37% d'hommes) qui ont été sensibilisées (estimation fournies par la cheffe de projet).

Les animatrices ont utilisé **diverses méthodes** comme les causeries publiques, les causeries-débats, les émissions radiophoniques et la communication interpersonnelle telle que l'appui-conseil et les visites à domicile. Divers outils ont été conçus et sont utilisés par les animatrices ; on peut citer parmi elles les boîtes à images de PSI, les affiches, les cassettes audio sur les conséquences de l'excision, les bulletins, magazines et livres sur l'excision. Elles ont porté sur : l'historique, les types, les conséquences sanitaires de l'excision. L'animation a été faite à l'aide des images, des anecdotes sur la non-excision, les conséquences de l'excision.

Des animations à partir de séances de cinéma numérique ambulant avaient eu lieu lors des phases antérieures dans les 30 villages du PPG appuyés également par l'UNICEF. Le cinéma est considéré par l'ensemble des agents du projet comme un moyen de sensibilisation efficace qui permet de toucher les publics cibles (hommes et femmes) dans leur diversité (parmi ces 30 villages, 21 ont abandonné). Les discussions par focus groupes, et les activités d'IEC se sont révélées aussi pertinentes et parfois mieux acceptées que les projections de cinéma ambulant du moins dans un premier temps, et pour certains publics.

> « *Les hommes étaient choqués de voir des images sur les organes génitaux de la femme lors des projections du cinéma ambulant auxquelles hommes, femmes, jeunes ont participé ; c'est pourquoi quand l'animatrice de AMSOPT est venue nous n'avons pas voulu l'accueillir. Maintenant elle vient pour des séances d'IEC même si le village n'a pas signé la lettre d'abandon* » Focus groupes avec des femmes de Diacapandé

Les **émissions radiophoniques** ont été menées par les radios locales. La région de Kayes bénéficie d'une riche couverture radio et ces radios sont régulièrement écoutées par les communautés villageoises. Certaines radios locales avaient déjà une certaine expérience dans la diffusion des messages sur l'excision ayant déjà réalisé des émissions sur ce sujet. Entre 2011 et 2012, 10 radios locales ont eu un contrat avec le PPG et ont diffusé des messages sur divers thèmes liés à la santé en général et à l'excision en particulier dans 13 communes du projet en plus de la ville de Kayes. Les points abordés étaient les suivants: historique de l'excision, justifications, le Cholera, la vaccination contre la méningite, la définition- les typologies de l'excision, les aspects initiatiques-symboliques de l'excision, évolution de la pratique de l'excision, ampleur de l'excision, l'excision et la religion.

En plus des actions de communication, face à des résistances de divers ordres, les animatrices ont mis l'accent sur les **visites à domicile** pour approcher les cibles jugées « difficiles », c'est-à-dire les représentants de la vieille génération tous sexes confondus et les leaders religieux.

Les **femmes** ont été les **cibles prioritaires** de la sensibilisation. Leur facilité de mobilisation a été une opportunité pour les animatrices d'entrer dans la communauté. La mobilisation des hommes s'est révélée plus difficile. Cette difficulté de mobilisation des hommes n'est pas forcément liée à une attitude de rejet des idées du projet. Dans certains cas, les hommes étaient occupés par des emplois qu'ils exercent hors du village et qui les rendent indisponibles toute la journée (commerces à Kayes, agriculteurs et éleveurs), et ils n'ont pas participé aux réunions malgré parfois des adaptations des horaires proposées par les animatrices (qui établissaient leurs programmes de travail avec le village et passaient parfois la nuit dans ces villages). Dans d'autres cas, les hommes ne participaient pas car le projet était souvent perçu comme un projet destiné aux femmes.

> *Les hommes m'ont fait savoir qu'ils ne participeront pas à la causerie parce que l'excision est une affaire de femmes* » Animatrice de Fenanou

> « *L'excision est une affaire de femmes ; ce sont elles qui décident de la date et informent les hommes après l'opération*. » Hommes de Kanantaré

Pour une meilleure mobilisation des hommes qui sont nombreux à considérer le projet comme l'affaire des femmes, certaines animatrices ont adopté des approches particulières.

> *« Après les sensibilisations avec les femmes, j'essaye de me promener dans le village pour expliquer mon travail aux hommes »*.

Cette même animatrice se rendait également souvent dans les établissements scolaires espérant ainsi cibler au moins une partie du public masculin (enseignants et élèves).

Les animatrices ont été aidées dans leurs tâches par des animateurs villageois appelés « **relais communautaires** ». Les relais sont souvent instables du fait de leur travail bénévole et donc précaire. D'où la tendance à relâcher ou à arrêter dès qu'ils ont une meilleure offre ou quand ils ont d'autres préoccupations. Dans le village de Sinthiane par exemple, 2 relais ne sont plus fonctionnels : un relais homme a abandonné parce qu'il travaille actuellement dans le centre de collecte de lait et une femme

relais parce qu'elle s'est mariée. Même si des dispositions sont souvent prises pour remplacer les départs, il s'agit d'un problème de « fuite de ressources » qu'il faut compenser à chaque fois.

Dans beaucoup de cas, le travail des relais hommes s'est limité à « accompagner » les animatrices pour la mobilisation des femmes car ils ne mènent pratiquement aucune activité en direction des hommes considérés par eux-mêmes comme une cible « pas facile à mobiliser ». Dans d'autres cas, les relais sont plus actifs, convaincus et montrent l'exemple :

> « Les *filles du relais de Diadiouméra ne sont pas excisées depuis qu'il a participé à la formation et accepté d'être un relais pour lutter contre la pratique*» Animatrice de AMSOPT

L'entrée par la **santé** a été l'approche principale du projet. Le sujet des droits humains a été en fait très peu abordé par les animatrices au cours des activités de sensibilisation. Elles ont néanmoins évoqué le thème de la violence basée sur le genre en lien avec la situation des femmes réfugiées (déplacées) venues du Nord en mettant l'accent sur la définition du genre, la définition de la violence basée sur le genre, la violence faite aux enfants et aux femmes dans la communauté et dans la famille, la violence sexuelle et les actes sexuels dangereux.

Les animatrices ont reçu une formation sur l'approche genre et, en début de projet, une formation sur les liens entre excision et violation des droits humains. Cependant cette formation sur excision / droits humains s'est révélée insuffisante (et les animatrices ont souligné leurs besoins de formation sur ces aspects, avec des applications et exemples plus concrets pour leur travail.

Les nombreuses activités d'IEC et CCC ont été réalisées mais certaines faiblesses peuvent être soulignées :

- La non-implication d'une partie de la population féminine dans les séances d'IEC (villages trop grands et peuplés comme Diacapandé, Koniakary, etc.)
- Une faible prise en compte des **jeunes** femmes et jeunes filles dans les séances d'IEC,
- Le manque de messages **spécifiques** suivant des cibles pour être plus efficace (même si il était prévu en théorie d'adapter les messages aux cibles). Dans la réalité, sur le plan qualitatif, l'équipe de l'évaluation a constaté que les mêmes messages sont diffusés au niveau des femmes, des hommes, des exciseuses, des leaders communautaires, religieux, des villages d'abandon, en voie d'abandon et réticents.
- Une certaine **insuffisance de matériels pédagogiques** de sensibilisation, notamment pour mieux adapter les messages à différentes cibles (hommes, jeunes, personnes âgées).
- La **difficulté d'adapter les messages** aux catégories de villages (abandon, voie d'abandon et réticents); même si cela avait été prévu et discuté dans les stratégies d'intervention du projet. En réalité, dans les anciens villages d'intervention, c'est la monotonie : les femmes viennent écouter les mêmes messages sur les conséquences sanitaires de l'excision. Il n'y a pas de renouvellement du contenu des messages d'IEC et seuls les arguments sanitaires sont développés. Cette homogénéité est due à une absence de stratégie et messages spécifiques suivant les villages et à quelques rigidités de fonctionnement de l'équipe, les animatrices ayant leur planification des thèmes à aborder chaque mois.
- Le manque de formation des animatrices en droits des enfants et des femmes afin d'utiliser d'autres arguments dans leurs messages d'IEC ;
- L'absence ou **insuffisance de messages valorisant la non-excision**
- Un manque de stratégie pour faire des femmes prises en charge et leurs conjoints des relais ou des agents qui militent pour l'abandon de l'excision.

- **L'insuffisante implication des migrants** dans la lutte contre l'excision aux côtés de l'AMSOPT.
- Une faible prise en compte des enseignants et élèves pour les actions d'IEC (sauf dans 10 villages ou des formations ont concernés des enseignants).

d. L'appui au système sanitaire et de référencement

Le PPG dans le cadre du renforcement du système sanitaire a mené diverses actions de renforcement du système sanitaire et d'organisation du système de prise en charge et référencement.

Au cours de la 2eme phase, une des actions marquantes a été la **diffusion de la circulaire sanitaire** pour que le personnel des CSCOM puisse connaître son contenu et s'engager à ne pas pratiquer l'excision dans les centres sanitaires.

Au cours des diverses phases le PPG a organisé des sessions de **formation** sur les conséquences sanitaires de l'excision pour renforcer les capacités des agents de terrain et des agents de santé de 16 CSCOM, 1 CSREF et de l'hôpital régional de Kayes. Les formations ont concerné à la fois la reconnaissance des symptômes et leurs soins. Du matériel a également été fourni pour équiper les CSCOM.

Un partenariat a été tissé avec un médecin gynécologique français, spécialiste des violences faites aux femmes et notamment l'excision (Dr P Foldes) et une sage-femme française (F. Francillon). Ces personnes ressources sont venues former des homologues maliens aux soins des complications graves, notamment des fistules. Le Docteur Foldes a travaillé ainsi avec le Docteur Touré à Bamako et avec 5 médecins de Kayes. Il a effectué 2 missions à Kayes en 2010 et 2011. En 2012, sa mission n'a pas pu se réaliser du fait de la situation de crise au Mali. Le docteur Foldes regrette ne pas avoir pu maintenir un contact et suivi du travail effectué.

Durant la 3eme phase du projet, le PPG a organisé une formation de tous les agents des CSCOM sur les complications de l'excision, la prise en charge chirurgicale et psychosociale. Cette formation a concerné une centaine d'agents en 2011 (60 matrones et aides-soignantes, 40 infirmiers, sages-femmes, infirmiers obstétriciens, personnel du service social).

Au niveau du suivi des cas détectés et soignés, le PPG a cherché à renforcer le système de référencement et contre référencement (proposé par les autorités) et un **schéma** a été élaboré en 2012 **en concertation avec les autorités sanitaires** au niveau local mais aussi national. Le système mobilise les animatrices de terrain et les assistants pour le recensement des différents cas pris en charge, le personnel des CSCOM, le personnel de l'hôpital de Kayes puis de Bamako si un transfert est effectué. L'information est communiquée au CSREF mais celui-ci n'a pas un rôle direct de référencement.

e. Une prise en charge des complications liées à l'excision

Depuis 2006, le PPG a cherché à améliorer la prise en charge des femmes victimes de complications dues à l'excision, par le renforcement des capacités des agents mais aussi par l'organisation de cette prise en charge et son financement.

Une **liste** de médicaments pour la PEC a été élaborée, en concertation et coordination avec les autorités sanitaires régionales et nationales. Ces médicaments sont ceux de référence pour les soins dispensés aux femmes souffrantes et aucun autre médicament ne doit être prescrit.

Le PPG est donc **directement impliqué** dans cette prise en charge en mobilisant ses animatrices et assistants pour la délivrance de tickets de consultations dans les CSCOM aux femmes qui souhaitent consulter pour des raisons liées à l'excision, et pour la délivrance de médicament et leurs distribution suite aux consultations des CSCOM. Le PPG finance également directement le coût du transport pour

les consultations aux CSCOM, le coût des consultations, et le coût des médicaments. En cas de besoin, un transfert a lieu à l'hôpital de Kayes ou de Bamako avec l'appui du projet. Les analyses et frais d'hospitalisation sont couverts par le PPG.

Les difficultés rencontrées sont :

- L'évolution des médicaments, de leur disponibilité ou présentation qui demande de pouvoir renouveler et actualiser la liste de médicaments autorisés pour les activités de CSCOM
- Une affluence de sollicitude pour des pathologies qui ne sont pas toujours liées directement à l'excision (mais de santé reproductive et sexuelle)
- Une restriction et suspension des ressources financières en 2012 (suite à la crise l'UNICEF a suspendu ses financements), qui a généré des retards et une liste d'attente
- Une insuffisance globale de ressources financières pour la prise en charge des femmes souffrant des complications de l'excision au regard des besoins.
- Une interrogation sur la pérennité des actions et leur financement, au-delà du PPG.

f. Les actions de communication

Dans le cadre de la CCC, il est prévu de mener **des actions de communication** pour diffuser rapidement et durablement les décisions d'abandon des villages et informer notamment les villages environnants reliés par des liens de mariage.

Le PPG a centré ses actions de communication sur la réalisation de cérémonies d'abandon, en mobilisant notamment pour cette occasion des représentants des migrants.

En France, lors des 2 premières phases du PPG, la FECODEV a permis de contacter diverses OSIM dont les représentants étaient issus des 20 puis 60 villages concernés par le travail de CCC et d'abandon. Après diverses actions de sensibilisation et formation, un groupe de migrants de diverses OSIM, issus des villages est venu à Kayes pour participer à une cérémonie d'abandon et montrer leur soutien à l'abandon de la pratique.

Au cours de la 3ème phase, un travail semblable a été initié et un nouveau groupe de migrants devait venir en 2012 pour une cérémonie d'abandon. Les évènements de mars 2012 ont cependant provoqué le report de la cérémonie et l'annulation du voyage des migrants. Ce travail de repérage des migrants issus des 99 villages, s'était révélé plus complexe du fait du nombre plus élevé de villages.

La cérémonie d'abandon a eu lieu en fin de 3ème phase (décembre 2012) avec la participation de 100 villages, de divers partenaires et autorités et de la presse. Cette action était d'une certaine ampleur et a permis de communiquer sur les résultats du projet. Diverses émissions radio ont rapporté les discours des participants à la cérémonie d'abandon et certains témoignages. Lors de la cérémonie, il y a eu une remise d'attestation de reconnaissance à des personnes qui se sont investies pour l'abandon dans leur village.

On peut souligner cependant qu'en dehors de la cérémonie d'abandon, il semble ne pas y avoir eu vraiment de stratégie pour diffuser les décisions d'abandon des villages concernés vers les autres villages. Ces décisions se sont certainement répandues par elles-mêmes, et directement par l'équipe du PPG mais d'autres activités de communication auraient pu renforcer le processus et des actions de communication auraient aussi pu être menées pour mieux valoriser les décisions d'abandon[2].

[2]Il faut noter que la cérémonie d'abandon s'est déroulée en fin de 3ème phase. Des activités de communication ont eu lieu en réalité après la présente évaluation, en Février à Mars 2013 : deux diffusions sur la cérémonie d'abandon à la télévision nationale, 5 diffusions d'un magazine sur l'abandon de l'excision par 5 radios communautaires de Kayes.

Lors de l'évaluation des villageois ont souligné que les lettres d'abandon avaient été signées uniquement par les leaders communautaires, et que parfois, dans certains villages (une minorité), une bonne partie de la communauté ne connaissait pas vraiment l'existence de ces lettres d'abandon. Des actions de communication interne au sein des villages auraient pu être utiles pour éviter ces situations.

g. Les activités génératrices de revenus

Dans le PPG, il était prévu de mener diverses activités auprès des femmes pour compléter le travail d'IEC et CCC et les renforcer avec un appui pour des Activités Génératrices de Revenus (AGR).

Lors des 2 premières phases du PPG, quelques essais ont été faits auprès de certains groupements de femmes et des fonds ont été remis pour appuyer des initiatives. Ainsi, à la fin de la première phase, 51 groupements avaient été appuyés (Source : rapport FNUAP de 2007).

Pour la 3ème phase, des activités d'AGR avaient été prévues, avec cependant des ressources financières limitées (de l'ordre de 200 euros par villages). Dans la réalité, cette activité a été **suspendue** pour diverses raisons :

- La crise de mars 2012 a entraîné des modifications de planification, l'arrêt du projet 3 semaines et un retard qui rendait difficile la réalisation de l'activité
- Divers questionnements sur comment mettre en œuvre ce volet tenant compte des difficultés passées. En effet lors de la phase précédente, certains groupements ou villages s'étaient rapprochés du projet essentiellement pour avoir accès aux financements pour des AGR.
- Un manque d'expérience sur cette thématique qui a amené EQUIPOP à se questionner sur la pertinence de la maintenir au regard des questionnements qu'elle soulevait.

L'AMSOPT ne possède en effet pas d'expérience spécifique sur les AGR, contrairement à certaines structures locales plus expérimentées sur l'appui économique à des groupements féminins. Pour l'AMSOPT cependant, ce volet reste prioritaire pour renforcer les processus, répondre à des besoins exprimés par les femmes et aussi apporter des éléments de pérennité et des possibilités d'autofinancement de certains processus. Les gains générés par les AGR pourraient contribuer localement à cofinancer la poursuite d'activités d'IEC ou de PEC.

Même si les activités AGR n'ont pas été réalisées, l'AMSOPT au niveau institutionnel souhaiterait acquérir des compétences sur des activités d'AGR, ce qui pourrait lui permettre aussi à termes de gérer des projets de microcrédit avec quelques retombées financières pour l'organisation.

h. L'annulation de certaines activités du fait de la crise au Mali

La crise politique de mars 2012 au Mali (coup d'Etat) a entraîné la suspension ou l'annulation de certaines activités. Pendant 3 semaines l'équipe a suspendu ses activités (l'équipe a pris ainsi ses congés durent cette période). Lorsque les activités ont repris dans les villages, les populations souhaitaient parler de la situation du pays et les animatrices ont mené des discussions sur la crise politique que vivait le Mali, avant de pouvoir reprendre par la suite les activités courantes du PPG.

Comme cité précédemment, certaines activités de la phase 3 ont été annulées :

- Les missions du Dr Foldes et de F Francillon
- La visite d'un groupe de migrants issus d'OSIM en France
- Les AGR

La crise a provoqué également une suspension des financements de l'UNICEF, ce qui a affecté le PPG sur le volet prise en charge des complications. Certaines femmes ont dû attendre la reprise du projet pour être soignées.

Tenant compte de ce retard et modifications liées aux circonstances exceptionnelles, fin juin 2012, les partenaires EQUIPOP et AMSOPT se sont accordés pour une prolongation du PPG jusqu'à fin janvier 2013, en réaffectant les ressources des activités non réalisées et d'activités ou les lignes budgétaires avaient un solde positif.

Cette prolongation a permis de poursuivre les animations, reprendre le travail de PEC et réaliser la cérémonie d'abandon.

II. A la recherche de l'efficience

a. Des budgets croissants, centrés sur l'animation et la prise en charge sanitaire

Le budget du PPG correspond en réalité à la **somme de divers budgets** des 3 phases, avec une hausse progressive liée à la fois à la croissance de la zone d'action (20 puis, 60 puis 100 villages), au nombre croissant d'animatrices et assistants (de 4 personnes en 1ere phase à 14 personnes sur la 3ème phase) et à un nombre croissant d'activités de prise en charge. Les budgets ont par ailleurs été **évolutifs** avec des modifications, des compléments, suivant les réalités de terrain et la mobilisation de partenaires financiers.

Cette présente évaluation n'englobe pas une analyse en détail de ces budgets (ce qui demanderait d'avoir accès à l'ensemble des budgets 2006-13 prévisionnels et des rapports financiers prévu / réalisé, éléments financiers qui n'ont pas été communiqués).

Sur la 3ème phase, le budget prévisionnel initial de juillet 2011-12 s'élève à 337 429 Euros (source : *MSF dossier technique complet, budget en annexe 3* – document projet phase 3) auquel il faut rajouter un budget complémentaire sur les villages et activités financés par l'UNICEF (environ 158 300 euros).

Le budget prévisionnel pour la phase de prolongation juillet 2012-février 2013 est de 62 925 (source : *PPG reporting de juillet janvier 2013*) mais il reprend les rubriques non dépensées des budgets initiaux avec quelques apports additionnels.

Le coût total du projet dans sa phase 3 sera connu réellement dans quelques semaines après finalisation des rapports financiers. A la date de l'évaluation, d'après les partenaires le budget a été consommé à 90%.

Si l'on se base sur une estimation globale d'un coût total de la phase 3 de 370 000 euros (337 429 + UNICEF + prolongement avec réaffectations 62. 925), la répartition des diverses rubriques seraient la suivante (estimation en % du cout réel total):

- 24% pour le salaire du personnel local, 7% pour la logistique de déplacement, 2% pour le fonctionnement de l'antenne locale,
- 10% pour la formation et le recyclage des relais,
- 4% pour la mobilisation de la diaspora, 3% pour la cérémonie d'abandon
- 9% pour le renforcement des structures sanitaires (3% + 6% en valorisation du bénévolat)
- 12% pour la prise en charge des cas de complication,
- 0% pour la mise en place des AGR (7 % prévus mais activité annulée),
- (1%) pour l'appui au cadre de concertation et CLAPN
- (17%) pour les activités de suivi, de gestion administrative et financière d'EQUIPOP, les audits et l'évaluation.

Ce budget montre que le poids du fonctionnement du projet reste le **premier poste** (salaires, déplacement, bureau de Kayes) ce qui est tout à fait **acceptable** sur un projet basé sur un travail d'animation, formation et sensibilisation.

Les frais d'équipements du bureau ou pour la logistique ont été **limités** ce qui peut se justifier sur une 3ème phase. Cependant, l'équipe s'étant amplifiée, la zone d'action s'étant agrandie, certains équipements étant déjà amortis (au niveau des motos), cette rubrique semble avoir été sous-estimée, ce qui est confirmé par les observations de l'équipe sur les difficultés rencontrées (manque de véhicule pour couvrir la zone, moto 80 pas assez puissante..). L'équipe d'évaluation a par ailleurs pu constater que le bureau de Kayes était assez sommaire, avec peu de chaises, pas de ventilation (ce

qui n'est pas un luxe dans la région de Kayes, une des plus chaude du Mali) et le matériel de sensibilisation et communication limité.

Lors de cette 3ème phase les actions de **formation** (des relais, des leaders) représentent 10% du budget (coût des séances, honoraires des consultants, mobilisation des formateurs depuis Bamako, etc..). Le projet a investi sur la formation et le recyclage de ces personnes : ce travail a permis ainsi de mener les actions d'IEC et CCC dans les villages. Il semble que ce potentiel reste encore à mieux **valoriser** (Par exemple : quels rôles des relais qui ont été formés, recyclés pour la suite ?)

Le budget sur la PEC a été renforcé au cours du temps et face aux demandes importantes. On peut noter cependant que l'équipe a ressenti des limites de budget pour la prise en charge des complications, avec un budget initial qui prévoyait de bénéficier que 200 patientes. Ce montant s'est révélé insuffisant pour couvrir tous les villages.

Des discussions et réflexions internes avaient amené les partenaires à décider de financer les frais de transport, consultations, médicaments, analyses et transferts pour PEC à Bamako si besoin de toutes les femmes prises en charge, quelles que soient leurs ressources, considérant qu'il était très difficile de définir quel était le niveau de vie et degré de pauvreté ou non des femmes.

Par ailleurs, la PEC se concentre sur les cas de complications dues à l'excision et le projet ne finance pas les pathologies et problèmes sanitaires qui ne sont pas causées directement ou indirectement par l'excision. La liste de médicaments financés par le PPG concerne uniquement l'excision. Dans les faits, le projet a financé quelques consultations ou le diagnostic s'est avéré « hors excision » et les femmes ont été orientées pour prendre en charge elles-mêmes les traitements ou soins. Les femmes n'ont pas toujours les moyens de ces soins et le problème plus global d'accès à la santé, et accès à la santé reproductive demeure.

Les activités de suivi et d'appui au cadre de concertation et CLAPN ne représentent que 1% du budget, mais il faut évidemment rajouter le temps que l'équipe a consacré à ces réunions (coûts inclus dans le fonctionnement du budget). On peut souligner cependant, que pour vraiment arriver à dynamiser des instances comme le CLAPN, une plus grande mobilisation des acteurs participants supposerait de compter sur un budget plus significatif pour cofinancer des activités sur lesquelles les membres du CLAPN peuvent s'impliquer (financer leur participation par exemple sur des actions de formations, sur le suivi du PPG, sur des actions communes de communication, etc.).

b. Une gestion et administration en voie de consolidation

Au démarrage de la 2ème phase du PPG, suite à quelques difficultés, EQUIPOP avait proposé à l'AMSOPT et financé un travail de **diagnostic institutionnel et organisationnel**, travail qui a été réalisé par un consultant français externe en 2008 (Source : Thomas Coss, *Rapport de diagnostic AMSOPT*). Ce diagnostic a permis de repérer divers atouts et faiblesses de l'AMSOPT et s'est révélé très utile. Il a permis de consolider la relation entre l'AMSOPT et EQUIPOP (renouveler la confiance, échanger sur les difficultés, permettre plus de transparence) et de mettre en place des appuis pour renforcer l'AMSOPT sur divers points comptables et administratifs.

Au cours de la 3ème phase le fonctionnement semble ne pas poser de problèmes majeurs. La comptabilité est préparée à Kayes par la cheffe de projet qui remet les factures à la comptable responsable financière de l'AMSOPT à Bamako. La chargée de mission d'EQUIPOP suit les avancées et dépenses budgétaires, et la responsable financière d'EQUIPOP est en étroite relation avec la comptable de l'AMSOPT à la fois pour les aspects financiers comme administratifs (contrats de travail etc..). Les contacts par téléphone ou mails sont fréquents pour aider à élaborer les rapports financiers.

La comptable de l'AMSOPT souhaiterait cependant à l'avenir qu'il y ait un temps de travail en commun avec une mission sur place à Bamako de la responsable financière d'EQUIPOP (une mission avait été prévue mais a dû être annulée).

Le suivi budgétaire a donné lieu à des versements financiers mensuels entre Bamako et Kayes, (ou plus fréquents si besoin) et des versements semestriels d'EQUIPOP à AMSOPT Bamako. Aucun disfonctionnement n'a été signalé.

Au niveau administratif, les problèmes qui avaient pu avoir lieu sur la phase 1 (régularité des contrats de travail et retards de paiement de charges sociales) ont pu être résolus. Certaines difficultés demeurent dans la gestion des contrats (coûts financiers des fins de contrats à prévoir dès le début).

La gestion administrative et de la logistique s'est faite conformément au manuel de procédures administratives et comptables.

Cependant on peut souligner diverses difficultés en termes de fonctionnement, liées à quelques sous-estimations des besoins d'équipement et fonctionnement à Kayes:

- Le bureau de Kayes n'a pas de photocopieuse ni de rétroprojecteur (qu'il faut chercher avec des services en cas de besoin).
- La salle de réunion n'est pas équipée, et le bureau n'a pas suffisamment de chaises. Il n'y a pas d'affiches, pas de bibliothèques, pas de matériel pédagogique.
- D'après les animatrices, les motos Yamaha 80 ne sont pas adaptées aux pistes rurales de la zone d'intervention.
- Le manque de véhicule rend difficile le suivi étant données les distances.
- L'équipe de terrain ne dispose pas de caméra photo ni de dictaphones pour recueillir des témoignages.

La crise institutionnelle depuis 2012 a provoqué un report de certains financements de l'UNICEF et a amené les responsables de l'AMSOPT à avoir une gestion plus serré des dépenses (gestion stricte de l'électricité, etc.). Ceci a rendu plus difficile les conditions de travail de l'équipe.

Les faiblesses évoquées devraient être pris en compte lors de la programmation budgétaire de la prochaine phase, tenant compte de plus que l'équipe et la zone de travail seront plus importantes.

c. Des efforts de suivi, mais un suivi des résultats à améliorer

Plusieurs niveaux et outils de suivi ont été mis en place en interne. Le système de suivi et reporting de la phase 3 est le suivant:

- Les animatrices enregistrent les activités qu'elles réalisent dans les villages dans des cahiers et sur des fiches hebdomadaires qu'elles remettent aux assistants deux fois par mois. Au démarrage due la phase 3 du PPG, elles ont eu des difficultés à remplir ces fiches de reporting. Les assistants leurs sont venus en aide et désormais les fiches semblent remplies correctement. Elles suivent également les résultats dans les villages : elles vérifient l'évolution des mentalités (attitudes) en faveur de l'abandon de l'excision et le niveau de connaissance des hommes et des femmes sur les conséquences de l'excision. Elles suivent la prise en charge sanitaire des femmes. Elles discutent de ces résultats avec les assistants lors de réunions mensuelles individuelles.
- Les 2 assistants supervisent les animatrices sur le terrain toutes les deux semaines en moyenne. De temps en temps, ils font des supervisions non prévues afin de vérifier si les animatrices ont bien effectué leurs activités dans les villages. Les assistants remplissent une fiche de suivi des activités de terrain au cours de la supervision et annotent les cahiers de suivi dans les communautés. Ils formulent des constats et recommandations pour les animatrices. Ce suivi est apprécié par les animatrices. Chaque mois, les assistants rédigent un état des lieux global à partir de la synthèse des fiches des animatrices et un rapport mensuel par animatrice (suite aux réunions individuelles).

- Une réunion d'équipe mensuelle a lieu au bureau de AMSOPT pour partager une présentation des activités, élaborer un compte-rendu qui est envoyé aux parties-prenantes du projet. et organiser le travail du mois suivant (planification).
- Le chargé de programme de Bamako assiste aux réunions mensuelles de l'équipe à Kayes et réalise des visites de terrains. Il s'entretient avec la coordinatrice, les animatrices et les assistants et discutent des activités et difficultés rencontrées. Il se rend souvent dans des villages. Il profite des formations de l'UNICEF à Kayes pour un suivi plus rapproché. L'analyse des rapports d'activités qu'il reçoit est d'après lui une occasion de suivre ce qui a été fait.
- Un suivi à distance par téléphone est réalisé par EQUIPOP, notamment sur les activités de prise en charge sanitaires et de référencement (suivi par téléphone mis en place en 2012 suite aux difficultés du contexte). Des réunions téléphoniques ont lieu au moins 2 fois tous les 15 jours avec la responsable de projet, les assistants concernés et le chargé de programme à Bamako. Ils apprécient tous les conférences téléphoniques régulières qui leurs permettent de faire un point sur le projet et de partager tant les réussites que les difficultés.
- La supervision conjointe AMSOPT-PNLE-DRPFEF-UNICEF concerne l'ensemble des 30 villages du projet qui ont bénéficié du théâtre forum et du cinéma numérique ambulant avec un financement UNICEF. Cette supervision permet de visiter les communautés et de discuter des connaissances acquises et comprendre leur attitude face à l'abandon de l'excision.

Le suivi et reporting de la phase 3 du PPG est assez **complet** et occupe une **part importante du temps des assistants**. Il convient cependant de souligner certains aspects :

- Le système de suivi ne **prévoit pas d'espaces d'échanges** entre animatrices pour discuter des activités prévues, des avancées et des difficultés rencontrées. Le suivi doit pourtant permettre non seulement de contrôler la bonne réalisation des activités mais aussi d'améliorer les pratiques. Il doit être réalisé avec un objectif de formation de l'équipe en général et des agents de terrains en particulier, d'où l'importance de prévoir des moments d'échanges d'expériences. Ces aspects avaient été évoqués par EQUIPOP avec la cheffe de projet mais n'ont pas été mis en place. Les animatrices ont souligné cette insuffisance de communication entre elles et réclament des visites d'échanges.
- Le suivi réalisé ne **semble pas alimenter la réflexion sur la planification** des activités par village. En effet on constate qu'il y a eu, dans les faits, une planification unique des thèmes de sensibilisation pour l'ensemble des animatrices et villages (quelque soient leur statut vis-à-vis de l'abandon) alors que le suivi peut montrer des besoins différents suivant les villages. Une planification plus différentiée avait été évoquée et discutée mais n'a pas été mise en œuvre. Avec un suivi orienté plus sur les résultats (suivi des activités mais aussi des résultats), il serait possible de mieux suivre les avancées / difficultés et de proposer des activités plus ciblées. A partir d'un « menu à la carte » qui répertorie l'ensemble des thématiques à aborder dans les activités d'IEC, la planification pourrait avoir plus de flexibilité en laissant les animatrices organiser les séances en fonction du réalisé ou non, et des enseignements du suivi. Une distinction nette pourrait ainsi être faite entre anciens et nouveaux villages (thèmes déjà assimilés, autres réflexions à introduire).
- **L'efficience du système de suivi doit être questionnée** en lien avec le rapportage. Le suivi doit en effet pouvoir fournir simplement et avec fiabilité les éléments dont l'équipe aura besoin pour le rapportage (compte rendus des activités, suivi des avancées). Le suivi doit donc inclure la collecte d'informations en liens avec les Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) retenus pour le projet. Ces IOV qui sont proposés initialement dans le cadre logique d'un projet, doivent être précisés voir modifiés en début de projet puis régulièrement suivis et alimentés par le système de suivi. Il est plus efficient d'organiser cette collecte de ces IOV au fur et à mesure et responsabiliser les divers agents pour leur suivi et analyse. Chaque animatrice peut avoir un tableau de bord sur les villages qu'elle suit ou elle remplit les données non seulement d'activités mais aussi de résultats.

Dans les projets, le suivi des résultats et effets induits (ou impact) est trop souvent manquant dans les systèmes de Suivi Evaluation (S/E), Chercher à suivre et mesurer les résultats au fur et à mesure du projet est pourtant important en termes d'efficience : cela permet **une gestion axée sur les résultats** pour mieux adapter les activités et si besoin réorienter les stratégies. Par exemple, une gestion axée sur les résultats aurait permis de constater que les résultats de la phase 2 sur les 60 anciens villages n'étaient pas homogènes, et il aurait été possible de repartir dès le début de la phase 3 sur un nombre de « nouveaux villages à sensibiliser » et un nombre «d'anciens villages à suivre» plus proches de la réalité, en distinguant un travail différent suivant le statut du village (animation / suivi).

Le suivi régulier des résultats et effets **facilite aussi le travail d'évaluation** finale d'un projet en fournissant plus de données utiles, notamment sur les changements induits, effets visibles, impact. Ceci permet donc de mieux évaluer ce qu'un projet a pu apporter. Le suivi des résultats fournit des données quantitatives et qualitatives pour mieux valoriser le travail accompli, et institutionnellement, souligner le travail des partenaires impliqués ce qui les renforce et peut leur faciliter le cas échéant l'accès à des financements.

Un suivi des résultats est aussi **indispensable dans un projet pilote** comme le PPG qui a comme objectif de montrer ce qui peut être fait au niveau d'un district et doit s'appuyer sur des données précises pour des actions de plaidoyer.

Dans le cas du PPG, on peut noter quelques limites et imprécisions sur le Cadre Logique du projet qui a parfois des indicateurs qui ne sont pas assez précis :

- Par exemple, pour le résultat 1 (R1 : « *au moins 32 nouveaux villages ont abandonné l'excision et les anciens villages maintiennent leur position »*) l'IOV proposé (IOV 1 : *« nombre de villages signant une lettre d'abandon »)* n'est pas suffisant ni fiable. L'évaluation montre que la signature de la lettre est bien une avancée mais n'implique pas que la pratique soit abandonnée totalement dans le village. Dans certains villages, la lettre n'est pas signée mais une majorité de la population a évolué favorablement. Il aurait pu être proposé de mesurer:
    - L'évolution des positions des leaders religieux, parmi les leaders formés, % de personnes prêtes à témoigner, porter le message de la non excision
    - L'évolution de la position des hommes, des femmes, des jeunes dans les villages.
    - Le nombre de naissances de filles, et le pourcentage de ces naissances non excisées (au dire des personnes), pourcentage excisé, pourcentage inconnu
    - Le nombre d'exciseuses rendant leurs couteaux
- Autre exemple : le résultat 3 (R3 : « *Un comité de médecins et de techniciens de santé chargé du suivi des MSF est formalisé au niveau du district sanitaire. Le système de référencement et contre référencement est formalisé »*), et l'IOV proposé (IOV 4 : *« le système de référencement et contre référencement et le comité médical de suivi des MSF à Kayes sont formalisés)* » ne répondent que partiellement à l'objectif spécifique 4 (OS4 : *« Renforcer la réponse du district sanitaire aux complications »).* En effet le fait d'avoir formalisé un comité sanitaire et système de référencement, ne signifie pas que ceux-ci soit bien fonctionnels (dans la réalité le comité Ad Hoc semble encore faible). Par ailleurs, ces indicateurs ne traduisent pas les résultats des activités de formation du personnel sanitaire : des indicateurs sur le renforcement des capacités du personnel des CSCOM / CDSREF / hôpitaux locaux et leur implication dans la promotion de l'abandon auraient été utiles. Par exemple :
    - % du personnel des CSCOM pouvant diagnostiquer les complications de l'excision,
    - % des cas soignés qui ont eu un bon référencement / contre référencement suivant la procédure accordée.

  La question de la pérennité de la PEC devrait aussi se poser.

Pour suivre et évaluer les résultats et effets d'un projet, il convient d'avoir des données sur la **situation de base**, (ce qui est très peu présent dans le cadre logique du PPG en dehors des données globale de l'EADS IV sur l'excision). Pour cela il est en général nécessaire de mener un travail de recherche pour rassembler des informations précises à partir de données existantes (compiler des données sanitaires, démographiques,..) et souvent également mener quelques enquêtes (simples) en début de projet pour avoir les données jugées indispensables.

Le système de suivi doit ensuite être alimenté par le reporting des agents de terrains. Il est aussi utile de mener à mi-parcours ou juste avant la finalisation d'un projet, une **enquête spécifique** sur les résultats et effets pour compléter le suivi.

Pour renforcer le système de suivi du PPG pour la phase 4 notamment pour le suivi des résultats et effets, il serait utile de prévoir:

- Une **formation des agents** de l'AMSOPT en suivi-évaluation
- Un appui **spécifique** en début de projet (mission interne d'EQUIPOP ou appui externe) pour aider à préciser les IOV, définir une situation de base, concerter des mécanismes et outils (tableaux de bord à remplir) et préciser les responsabilités de chacun pour aboutir à une gestion par les résultats, processus qui améliore l'efficience des projets.

d. Une recherche d'effets levier encore timide

L'efficience d'un projet se mesure aussi en analysant si le projet a amorcé des processus qui peuvent se reproduire par eux-mêmes, s'il a eu des résultats qui auront un **effet levier** à plus long terme pour toucher plus de bénéficiaires, si la stratégie a cherché à avoir des éléments **multiplicateurs** (formation de formateurs, constitution de fonds de roulement pérennes etc..).

Dans le cas du PPG, certaines activités réalisées par le projet ont eu des effets et répercussions au-delà des villages concernés par les activités ce qui augmente l'efficience du projet.

- Par exemple, des émissions de radios et articles de presse ont pu atteindre un public plus large et contribué à diffuser les messages de sensibilisation sur plus de villages.
- La cérémonie d'abandon a été visible et a pu amener d'autres acteurs à se questionner sur l'excision.
- Grâce à la visibilité du projet, des communautés sont venues d'elles-mêmes vers l'AMSOPT pour demander une intervention dans leurs villages.
- Des outils pédagogiques et d'animation ont été réalisés, outils qui peuvent être reproduits, multipliés et partagés avec d'autres acteurs.

Cependant, il semble que la stratégie n'ait pas prévu de miser sur un **rôle plus actif** de certains acteurs pour qu'ils deviennent plus directement acteurs de la sensibilisation, du suivi, du référencement et permettre ainsi une des effets leviers / multiplicateurs. Par exemple :

- Les relais (2 hommes et 2 femmes) ont été sélectionnés dans les villages, formés et même à plusieurs reprises (recyclage des plus anciens relais) mais leur rôle s'est limité à une facilitation du travail des animatrices. Dans les villages anciens il aurait pu être envisagé de les impliquer et responsabiliser beaucoup plus pour le suivi, la diffusion d'IEC vers le reste de la communauté ou dans les activités de PEC, en définissant bien entendu des mécanismes pour compenser le travail fourni (en indemnités, en avantages).
- Les femmes victimes de complications et prises en charge et leurs conjoints n'ont pas été tellement mobilisées pour devenir plus directement elles-mêmes porteuses des messages et processus de changement.

- Il n'y a pas eu de stratégie de reconversion des ex exciseuses (du moins certaines, les plus convaincues) en acteurs de lutte contre la pratique de l'excision.
- Les activités réalisées au sein des instances de concertation (comité inter associatif et CLAPN) avaient comme objectifs l'échange d'information et une tentative de coordination pour une certaine répartition des villages entre acteurs. Le PPG n'a pas cherché à impliquer ces acteurs plus directement, de les former aux techniques de CCC et IEC, de les mobiliser pour qu'ils s'inspirent des actions menées ou y participent directement, en synergie. De telles activités auraient pu amener à proposer en 4ème phase de travailler ainsi avec d'autres associations formées pendant les phases précédentes, pour couvrir la zone d'action.
- On peut souligner également qu'aucun mécanisme n'ait été proposé, suggéré pour constituer un fonds local pour assurer le financement et la pérennité de la PEC après le projet. Divers acteurs auraient ou être approchés pour réfléchir à la pérennisation de la PEC à partir de divers cofinancements (acteurs publics locaux et nationaux, migrants issus de ces villages, populations locales, femmes concernées). De tels mécanismes de cofinancement apporteraient un effet multiplicateur et plus d'efficience aux actions menées (nombre croissant de bénéficiaires futurs).

Le PPG a donc eu une bonne gestion et quelques effets leviers, mais sa stratégie même pourrait être renforcée en recherchant plus d'effets levier et la pérennité des processus.

III. Un projet visible, des résultats cependant peu connus

a. Une structure projet bien connue au niveau local et régional

Le PPG est un **projet connu** dans la région de Kayes en général et dans les communes d'intervention en particulier. La cérémonie d'abandon à Gouméra en décembre 2012 a regroupé 100 villages qui ont tous entendu parler de l'AMSOPT, même si certains n'ont pas adhéré à l'abandon.

Au niveau des villages concernés par les activités, les femmes dans leur grande majorité connaissent le nom du projet et le nom de l'AMSOPT, et retiennent du PPG son approche de promotion de la santé de la petite fille et de la femme. Les hommes ne connaissent pas le nom du projet dans leur majorité. Toutes les animatrices et assistants sont connus. Au niveau des CSCOM, le PPG est connu comme un projet assurant la PEC médicale des complications.

Au niveau régional, le projet est connu pour ses actions à l'hôpital régional (référence et prise en charge), pour sa participation au CLAPN, et sa collaboration avec la DRS, la DRPFEF et la préfecture.

Le PPG est donc **visible** et connu de ses partenaires, mais l'évaluation a pu constater que les **résultats du PPG ne sont pas toujours connus** ni des acteurs externes, ni des propres bénéficiaires, ce qui montre une faiblesse des activités de suivi et de communication. Dans certains villages même, l'existence de lettres d'abandon n'est pas connue au niveau communautaire.

b. Un projet suivi au niveau national

Au niveau national, l'AMSOPT transmet son rapport d'activités du PPG au PNLE qui l'inclut dans son propre rapport annuel pour présenter les actions réalisées au Mali. Le PPG est donc connu du PNLE et des autres structures impliquées dans la lutte contre l'excision au Mali. Les membres du PNLE ont effectué par ailleurs des visites du PPG en profitant des visites de suivi organisées par l'UNICEF sur les 30 villages concernés par le financement UNICEF.

Le PPG est connu de la responsable en charge de l'UNICEF qui s'implique sur le suivi des 30 communautés et plus globalement échange avec l'équipe d'AMSOPT sur les avancées du projet.

La **visibilité du PPG au niveau national** s'étend aux personnes impliquées dans les activités de prise en charge des complications à Bamako (services de l'hôpital du Mali du Docteur Touré) et au niveau de la Direction Nationale de la Santé (DNS) qui a été mobilisée pour donner son aval sur le système de référencement / contre référencement et valide la liste des médicaments autorisés à délivrer par les CSCOM aux patientes victimes de complications.

c. Un projet pilote à mieux valoriser

Le PPG comme indiqué auparavant, est un projet de terrain qui n'était pas centré directement sur des actions de communication et de **plaidoyer** (même si un filma a été réalisé). Cependant, les partenaires (EQUIPOP et AMSOPT) ont leurs propres activités de plaidoyer et lobbying, en utilisant parfois des données du PPG.

Suite aux activités de plaidoyer de la présidente de l'AMSOPT et de membres de son conseil d'administration, on peut supposer que certaines cibles de ce plaidoyer (députés, parlementaires..) ont entendu parler du PPG. La diffusion de ses résultats vers ces cibles (apprentissages du PPG, effets et changements de comportement..) reste un **enjeu**.

Enfin, on peut noter que le PPG n'est pas très connu par le personnel technique de l'ambassade de France qui a cependant été sollicité pour avis par l'Agence Française de Développement (AFD) au sujet de la 4ème et prochaine phase. Le renforcement des liens entre l'AMSOPT et les partenaires techniques et financiers serait sans doute souhaitable pour des raisons également institutionnelles.

De nombreuses activités dont été menées depuis 2006 au cours des 3 phases du PPG pour inciter les villages à abandonner l'excision : formations des leaders villageois, des autorités locales et autorités locales religieuses, activités d'IEC dans les villages (focus groupes, visites à domiciles, entretiens individuels), ainsi que des émissions radiophoniques.

Pour informer les populations sur les décisions d'abandon de certains villages des cérémonies d'abandon ont été organisées avec une mobilisation de représentants de migrants en France issus de ces villages (en 2012 les migrants n'ont pas pu participer du fait du contexte et tensions au Mali).

Pour consolider le système sanitaire de prise en charge des complications, du personnel médical des CSCOM et de l'hôpital ont reçu des formations, la circulaire interdisant l'excision en milieu sanitaire a été diffusée, un système de référencement et contre référencement a été proposé, validé par les autorités sanitaires et mis en place, et une liste de médicaments a été élaborée pour soigner les cas de complications.

Le dispositif de prise en charge a été mis en place, impliquant l'équipe projet, les CSCOM, le CSREF, l'hôpital régional de Kayes et les financements mobilisés pour pouvoir traiter les femmes victimes de complications.

Des actions ont été menées pour dynamiser les espaces de coordination et concertation avec les acteurs locaux (CLAPN, comité de concertation, comité Ad Hoc).

Le PPG a montré une bonne efficacité au cours de ces différentes phases en menant les activités prévues sur une thématique complexe, et dans un contexte difficile notamment depuis les évènements de mars 2012.

La planification des activités sur la phase 3 s'est montrée cependant trop globale, homogène sans tenir assez compte des spécificités des villages (anciens / nouveaux) et de leur statut (villages d'abandon / en voie d'abandon / en réticents) et des résultats des activités menées en termes de sensibilisation et communication pour le changement. Une pratique de « gestion par les résultats » aurait pu améliorer cette planification en adaptant mieux les activités aux besoins.

Le PPG dans sa 3ème phase semble montrer une bonne gestion et utilisation des ressources, et un respect des procédures administratives et comptables mises en place au cours des années et suite au renforcement de capacités de l'équipe comptable et de management (suite à un diagnostic organisationnel de l'AMSOPT mené en 2008). La gestion et administration ont été menées avec un partage des responsabilités entre l'équipe de Kayes / Bamako et l'appui du partenaire français EQUIPOP.

On peut souligner que certains coûts de fonctionnement du PPG ont été sous-estimés et les investissements (en matériel de bureau, d'animation, en logistique) ont été limités ce qui n'a pas facilité le travail de l'équipe.

Un système de suivi a été mis en place mais il reste accès sur le contrôle et le suivi des activités. Le suivi devrait servir non seulement au contrôle et rapportage mais aussi au renforcement de capacités des agents de terrains, avec notamment des temps et visites d'échanges entre animatrices, et aussi au pilotage du projet (« gestion par les résultats »). Il serait souhaitable de renforcer le dispositif global de Suivi / Evaluation pour mieux suivre et mesurer les résultats /effets / impact du PPG.

Le PPG a fait preuve d'une certaine efficience : certaines activités de communication et sensibilisation ont pu toucher un public plus nombreux au-delà des villages concernés (par exemple les émissions radiophoniques ont été entendues dans d'autres villages). Cependant, le PPG aurait gagné en efficience s'il avait prévu plus d'effets leviers / multiplicateurs en mobilisant notamment les relais communautaires ou leaders villageois pour qu'ils puissent continuer les actions, au-delà du projet même.

La mobilisation de divers acteurs pour former et cofinancer un fond pérenne pour le dispositif de PEC aurait aussi amené un effet multiplicateur et une certaine pérennité.

Partie 4 : Résultats

I. Des résultats encourageants

a. Rappel des résultats attendus

Les résultats attendus à la fin de la 3ème phase, suivant le document projet et cadre logique du PPG phase 3, sont présentés dans le tableau 4:

Objectifs spécifiques	IOV
OS1 : Amener les communautés de 40 nouveaux villages à abandonner la pratique de l'excision et favoriser le maintien de l'abandon dans les 60 anciens villages	**IOV1 :** 32 'nouveaux villages (80%) avec lettre d'abandon, maintien dans 60 villages avec abandon
OS2 : Amener les migrants issus de ces localités à adhérer au processus d'abandon et à en devenir des relais auprès de la communauté africaine vivant en France	**IOV2 :** migrants, 10 migrants relais
OS3 : Assurer la prise en charge médicale des cas de complications les plus graves dans les villages touchés par le projet	**IOV3 :** 200 femmes victimes de complications prises en charge
OS4 : Renforcer la réponse du district sanitaire aux complications de l'excision	**IOV4.1 :** Conformation d'un comité de médecins, **IOV4.2 :** Formation de personnel sanitaire (5 + 20)
OS5 : Renforcer les organes de concertation entre les acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision du cercle de Kayes	**IOV5 :** Plan d'action du CLAPN réunions trimestrielles, comité de concertation
OS6 : Renforcer la qualité des outils pédagogiques existant pour la sensibilisation aux risques des mutilations sexuelles.	**IOV6 :** Nouveaux outils pédagogiques créés : manuel formation animateur, éducation sexuelle, supports pédagogiques

Tableau 4 : Rappel des IOV du PPG, phase 3 (Source : cadre logique, annexe 1 du document projet de 2010)

b. Comment mesurer le changement ?

Comme cité précédemment, les IOV proposés ne sont **pas toujours assez précis ni fiables** notamment sur l'objectif 1 de changement de comportement. Lors de l'évaluation il a en effet été souligné que dans les villages dits « d'abandon », la lettre d'abandon a été signée par un groupe restreint de leaders (chef de village, présidente des femmes, relais et parfois conseillers ou élus locaux) et ne signifie pas toujours que l'ensemble du village y adhère. Parfois, l'existence de la lettre d'abandon et l'engagement de changement de pratiques ne sont pas connus par certaines personnes du village, notamment les hommes. Ces cas sont cependant rares. De plus, lors de la phase 2, des lettres ont été signées dans certains villages sans que les activités de sensibilisation n'aient eu lieu et sans aucun réel processus d'abandon (graves problèmes avec certaines animatrices).

Au niveau du suivi des résultats, sur la 3ème phase du projet l'équipe du PPG a classé les villages suivant les catégories suivantes :

- Villages d'abandon : villages avec la signature de lettres d'abandon (80 villages en fin de 3ème phase du PPG)

- Villages « en voie d'abandon » : villages ou la population semble souhaiter l'abandon de la pratique, les femmes participent aux cessions d'IEC mais les leaders hésitent encore à faire une lettre. (19 villages)
- Villages réticents : dans ces villages, la majorité de la population et les leaders ne souhaitent pas l'abandon et les activités n'ont pas pu se réaliser pleinement. (1)

Cette classification se montre **insuffisante** tenant compte du fait que l'IOV « villages avec lettres d'abandon » n'est pas suffisamment fiable pour assurer que le village a réellement abandonné la pratique. Les discussions avec le personnel du projet au cours de l'évaluation ont permis de proposer une autre classification pour préciser les résultats.

- Villages d'abandon : lettre rédigée et signée, preuves d'une adhésion majoritaire des hommes et des femmes, preuves de non excision des filles nées après l'arrivée du projet
- Villages d'abandon suspects : lettre rédigée et signée, mais des cas d'excision des filles nées après l'arrivée du projet
- Villages en voie d'abandon : pas encore de lettre d'abandon mais les femmes participent aux causeries et évoquent le sujet entre elles et avec leurs maris, preuves de non excision de filles nées après l'arrivée du projet,
- Villages réticents : réticence des chefs, des hommes et d'une majorité de femmes. Villages ou des activités de sensibilisation sur la santé ont pu être menées mais pas toutes les activités de sensibilisation pour l'abandon.

Cette classification est celle retenue pour présenter les résultats dans ce rapport (paragraphe suivant). Des éléments complémentaires seront donnés sur deux autres indicateurs ;

- le nombre d'exciseuses ayant remis leurs couteaux
- le nombre de familles annonçant ne plus exciser

On se doit de rappeler cependant qu'officiellement, sur le plan national, cinq indicateurs sont retenus par le Mali afin de s'assurer du statut du village. Ce sont :

- *Villages d'abandon* : villages ayant connu au moins trois cycles saisonniers sans excision (3 saisons froides, trois hivernages), déclaration publique d'abandon, mise en place de mesures d'accompagnement (comités de suivi)
- *Villages en voie d'abandon* : villages qui n'ont pas encore officialisé la décision d'abandon et où il existe encore quelques poches de résistance mais qui sont majoritairement favorables à l'abandon
- *Villages mitigés* : Villages plus ou moins favorables à l'excision, c'est-à-dire qu'il y a des familles « pour » et des familles « contre »
- *Villages partiellement réticents* : Villages où la mobilisation est difficile, les effectifs qui assistent aux séances d'animation sont peu élevés.
- *Villages réticents* : Il s'agit de villages qui ne veulent même pas recevoir les animateurs.

L'adoption de cette classification officielle serait utile pour présenter les résultats aux autres partenaires et pouvoir ainsi mieux valoriser au sein du PNLE, CNAPN les résultats de ce projet pilote.

c. Les avancées début 2013

Les résultats quantitatifs du PPG en fin de phase 3, sont présentés synthétiquement ainsi :

- tableaux 5 et 6 pour ce qui concerne les changements de comportement vers l'abandon,
- tableau 7 pour le renforcement de la réponse sanitaire pour les complications
- tableau 8 pour la prise en charge des complications

	1er phase 2006/7	2eme phase 2009	3eme phase 2011-13	Total
Nombre total de villages prévus dans le projet	20	40	40	100
Nouveaux villages incorporés réellement	20	28	51	99
Villages réticents ou les activités de CCC n'ont pas été vraiment menées (juste sensibilisation sur santé)		1	4	5
Villages opposés ou les activités n'ont pas été menées			1	1
Nombre de villages avec lettre d'abandon	20	10	50	80
Nombre de villages considérés vraiment d'abandon (lettre, non excision, adhésion des hommes et femmes)	35		26	61
Nombre de villages d'abandon suspects (lettre mais cas d'excision constatés)	15		4	19
Villages en voie d'abandon: pas de lettres, mais adhésion et pas d'excision	9		5	14
Villages réticents	1		5	6

Tableau 5 : Résultats du projet en termes de lettre d'abandon (Source : divers rapports, estimation des agents lors de l'atelier de restitution)

: Résultats marquants des anciennes phases

Nombre de villages avec abandon ou des familles osent dirent qu'elles ne font plus exciser leurs enfants :	80
Nombre de villages avec abandon ou des familles ont montré aux animatrices des bébés non excisés :	57
Nombre de villages ou des exciseuses ont rendu leurs couteaux publiquement	4

Tableau 6 : Indicateurs pour mesurer le changement de comportement et l'abandon de la pratique (Sources : enquêtes, estimation des agents lors de l'atelier de restitution)

	1er phase	2eme phase	3eme phase	Total	Remarques
Personnel CSCOM et CS Réf. formés			120		
Personnel CS REF et hôpital			0		
Personnel Hôpital Bamako			0		
Manuels de références édités			0		

Tableau 7 : Indicateurs pour mesurer le renforcement du système sanitaire pour la PEC (Source : divers rapports, estimation des agents lors de l'atelier de restitution)

	1er phase	2eme phase	3eme phase	Total	Remarques
Femmes consultées CSCOM et CSREF			704		Données de la phase 1 et 2 non disponibles à l'AMSOPT (perte des données sur le disque dur) ***Juin 2011 - mai 2012***: 98% pris en charge, les autres en attente
Femmes prises en charges			689		
Femmes transférées hôpital régional			47		***Juin 2011 - mai 2012 :*** 8 cas de prolapsus, 2 fistules, 4 infibulations, 1 kyste ovaire. 22 analyses et des échographies. 10 cas non pris en charge suite à la suspension du financement en juin 2012
Femmes transférées hôpital régional et prises en charges			37		
Femmes transférées hôpital Bamako et prises en charge			0		
Financement investi					

Tableau 8 : Indicateurs pour mesurer la prise en charge (Source : divers rapports, estimation des agents lors de l'atelier de restitution)

II. Le long chemin vers l'abandon

Les séances d'IEC menées dans les villages par les animatrices du projet ont permis **d'amorcer certains changements dans les villages**, avec cependant le maintien de certaines résistances.

Les résultats obtenus sont évoqués par les femmes notamment en termes de :

- Levée de tabou sur l'excision
- Acquisition de connaissance sur les conséquences de l'excision
- Remise en cause progressive des arguments religieux et de tradition
- Décision d'abandon et l'abandon de la pratique.

a. La levée du tabou sur l'excision

Dans tous les villages d'intervention (« d'abandon », « en voie d'abandon », « réticents ») la question de l'excision et surtout de son abandon a pu être abordée grâce à la persévérance des animatrices et le sujet peut aujourd'hui être discuté ouvertement par les femmes et aussi les hommes. Pour eux, cette **levée du tabou sur l'excision** est à l'actif du projet.

> « *Avant l'intervention de AMSOPT, personne ne parlait de l'excision dans le village ; on ne pouvait pas imaginer que l'excision pouvait être discutée. Aujourd'hui on en parle entre femmes et aussi avec nos maris* » Femmes de Gory Copéla

Le changement trouve une traduction à la fois dans les représentations et dans les pratiques. Au démarrage du projet, les animatrices ont eu d'énormes difficultés à se faire accepter du fait que les idées qu'ils défendaient allaient à contre-courant de l'opinion publique majoritairement favorable à la pratique de l'excision. Avec le temps, ce regard s'est recentré et est devenu plus approbateur.

> *« Quand l'animatrice est venue la toute première fois, elle a failli être frappée ; mais aujourd'hui quand elle arrive, elle rencontre beaucoup de gens. Cela montre que les choses ont changé. » Homme de 45 ans, village de Gory Gopela :*

L'adhésion à la lutte se manifeste par le nombre de personnes qui assistent aux séances d'IEC (60 à 80 femmes souvent dans les réunions), la sollicitation des animatrices pour avoir des explications complémentaires ou pour lui confier des problèmes gynécologiques que certaines femmes rencontrent. Les séances d'IEC sont aujourd'hui appréciées et sollicitées par les femmes et les ont amené à briser le silence sur les séquelles de l'excision dont elles sont victimes.

Le fait de briser le silence autour de l'excision est un changement très important : auparavant certains villages (Diacapandé) s'étaient sentis humiliés par les projections du cinéma numérique ambulant et le théâtre forum organisés sur cette thématique par UNICEF et la DRPFEF en 2008.

On peut souligner cependant certaines limites en termes de sensibilisation puisque les séances ne sont pas arrivées à impliquer toute la population des villages : au sein des communautés, il y a encore des hommes (surtout des jeunes), des leaders religieux, communautaires, des femmes âgées (et aussi des jeunes femmes de certains quartiers) qui ne participent pas.

b. L'acquisition de connaissance sur les conséquences de l'excision

Les séances d'IEC, visites à domicile et d'information dans certaines écoles ont permis aux femmes de toute catégories **d'acquérir des connaissances** sur la pratique de l'excision et ses **conséquences sanitaires**.

Les autorités villageoises sont en général bien informées des ambitions du PPG : la promotion de la non-excision pour une meilleure santé des femmes. D'ailleurs, les compte- rendus effectués par les

leaders et relais villageois de retour de formation se sont faits sous l'égide du chef de village qui convoque pour la circonstance l'ensemble des habitants. Les présidentes des associations féminines sont associées à la mobilisation des femmes pour la tenue des séances de sensibilisation. Tous ces leaders ont une connaissance accrue et sont en mesure de donner une liste de complications.

Les imams se distinguent généralement par une **connaissance moins étendue** de ce sujet et la plupart ne sont pas à mesure de rendre compte de l'incidence de la pratique de l'excision sur la santé de la femme. Ils se rallient simplement à l'opinion majoritaire sans être tout à fait convaincus:

> *« Je ne sais rien sur les conséquences de l'excision. Si les jeunes disent qu'ils ne font plus l'excision, je ne peux pas les forcer à changer leur décision ! Mon temps est fini. »* A.H., imam du village de Mamoudouya.

Les hommes (jeunes et vieux) interrogés lors de l'évaluation sont arrivés à citer les conséquences de l'excision, même si parfois de façon incomplète. En général, ils savent que c'est une pratique qui nuit à la santé de la femme. Quand on leur demande d'expliquer davantage, les réponses qui reviennent le plus souvent sont « les hémorragies », « des difficultés au moment de l'accouchement », « des difficultés pour uriner ». Ils arrivent à donner très peu de précisions sur les mécanismes en jeu dans ces processus physiologiques.

Les femmes rencontrées (jeunes et adultes) ont cité les complications chez la petite fille et la femme : hémorragies, douleur, IST, difficultés pour uriner ou fistule vésico-vaginale, difficultés lors de l'accouchement, stérilité, et rapports sexuels douloureux La perte de la libido chez la femme et son incapacité à satisfaire sexuellement son partenaire n'a été citée que par quelques femmes. Certaines femmes ont déclaré avoir été victimes de certaines conséquences ou bien les avoir observées chez une parente. Beaucoup ne les liaient pas à la pratique de l'excision.

Dans les villages, les jeunes femmes ont du mal à parler des connaissances acquises, mais avancent à chaque question posée que la pratique n'est plus d'actualité.

Les villages réclament des séances de sensibilisation. La sensibilisation a favorisé la conscientisation des communautés par rapport aux méfaits de l'excision.

Ces nouvelles connaissances sont à la base de l'abandon de la pratique par certaines mères et du dépôt de couteau des exciseuses.

> « *J'ai excisé ma fille de 2 mois à 4000F ; elle a fait une hémorragie du matin jusqu'à 16h. C'est au centre de santé qu'elle a été sauvé* » Jeune mère de Alahina.
>
> *« J'ai souffert d'une stérilité secondaire pendant six ans ; ici quand une femme fait un an après son mariage sans tombée enceinte, c'est une faute grave ; au centre de santé, on m'a dit que je souffre des séquelles de l'excision ; dieu merci avec le traitement j'ai eu une fille que je n'ai pas excisé* » Jeune femme d'Alahina.
>
> *« Quand j'ai vu les images sur les conséquences de l'excision, je n'ai pas compris pourquoi on faire souffrir nos fillettes ; j'étais enceinte et j'ai juré que ma fille ne sera pas excisée. J'ai eu une fille qui a aujourd'hui 1 an ; je ne l'ai pas excisée et mieux je sensibilise les autres femmes à ne pas faire l'excision. C'est pourquoi AMSOPT m'a donné une attestation de reconnaissance »* Relais femme d'Alahina.
>
> « *J'ai participé à une formation sur les conséquences de l'excision à Kayes ; les images présentées étaient dur à supporter ; je ne savais pas que l'opération que je faisais avait de telles conséquences. J'ai alors déposé le couteau de l'excision. Des femmes des villages environnants m'ont amené des fillettes ; j'ai refusé* » Ex exciseuse de Fenanou.
>
> « *J'ai hérité la pratique de ma mère ; je l'ai pratiqué pendant des années sans savoir qu'il y avait des conséquences ; j'ai eu un décès de fillette à cause de l'hémorragie que je liais au mauvais esprit ; quand le projet m'a contacté, je ne voulais pas arrêter parce que c'est une tradition dans le village. Après avoir participé à une formation, j'ai décidé de déposer le*

couteau à cause des images que j'ai vu et surtout les informations données par les formateurs. Les images présentées par l'animatrice sur les conséquences de l'excision m'ont fait réfléchir ; j'ai été exciseuse pendant plus de 20 ans ; je ne pensais pas que la pratique avait de telles conséquences ; aussi j'ai décidé de déposer mon couteau »» Ex exciseuse de Gory Gopela.

« *J'ai pratiqué l'excision pendant plus de 20 ans ; tous les villages environnants m'amenaient leurs fillettes ; la formation donnée par AMSOPT m'a fait comprendre que l'excision a des conséquences graves pour la femme et peut souvent conduire à la mort ; alors je me suis dit qu'il faut arrêter* » Ex exciseuse de Kanantaré.

Les arguments sanitaires évoqués lors des séances d'IEC n'ont cependant pas pu convaincre certains leaders religieux, communautaires et des hommes âgées qui sont réticents dans certains villages à l'abandon de la pratique et cela malgré l'engagement des femmes. On voit là que la décision de l'abandon ne peut pas se faire sans les hommes.

Pour renforcer la prise de conscience des conséquences néfastes, la « **persuasion par la preuve** » semble marcher plus particulièrement avec les hommes. En effet, assurer le traitement des femmes souffrant de complications semble avoir une plus grande influence sur les hommes que les séances de sensibilisation répétitives auxquelles ils s'intéressent peu.

« *J'ai jugé d'abandonner l'excision dans ma famille, parce que ma fillette de 7 ans avait un problème urinaire ; elle perdait un liquide blanchâtre qui sentait mauvais ; grâce au projet, j'ai su qu'elle souffrait de séquelle de l'excision ; elle a été traitée et est guérie grâce à AMSOPT* » Un père de Dramébougou lors du reportage du 6 février 2013.

Après de tels traitements, beaucoup d'hommes prennent conscience de l'effet de la maladie sur la santé de leurs femmes ou filles et du coût des dépenses que cela peut représenter pour eux. Une plus grande mobilisation des femmes soignées et de leurs conjoints pour apporter des témoignages sur ces réalités serait sans doute un élément important pour renforcer les séances d'IEC.

c. Une prise de distance face à l'argument religieux

Suite aux séances de formation et IEC, dans certains villages des leaders religieux ont annoncé ouvertement que l'excision n'est pas une pratique islamique ce qui a facilité l'adhésion des hommes à la lutte pour son abandon.

« On ne pouvait pas aborder le sujet de l'excision avec nos hommes parce que pour nous c'est une pratique liée à l'islam ; depuis que l'imam a dit qu'elle n'est pas une pratique islamique et que le Coran n'en parle pas, le chef de village à inviter les hommes et les femmes à abandonner la pratique » FGD de femmes de Bangassy Gopela.

« *Nous ne savions pas avant l'arrivée de l'animatrice que l'excision n'était pas une pratique musulmane et qu'elle avait des conséquences sur la santé des femmes et fillettes ; en tout cas les images nous ont fait réfléchir et penser à l'abandon de la pratique* » Bangassy Copela.

« J'ai participé à certaines activités de sensibilisation. J'ai coïncidé avec certaines chez le chef de village. A chaque fois, je suis informé. J'ai entendu qu'il y a eu des femmes prises en charge par le projet et je connais aussi les gens qui l'ont été. »

Dans certains villages d'abandon, **l'argument religieux a cessé** d'être une justification à la pratique de l'excision. La position des leaders religieux a évolué (Mamoudouya, Bangassy Gopela, etc.) et montre qu'il est possible d'avoir l'adhésion et l'implication de ce groupe en les sensibilisant et en renforçant leurs compétences sur la question au même titre que le reste de la communauté.

Dans certains villages comme Mouliné, Balandougou et Doudou Maure, la religion continue à être mise en avant : les hommes sont en effet encore opposés à l'IEC dans leurs villages parce qu'ils pensent que l'excision est une pratique islamique et une coutume à conserver. Les animatrices dans

ces villages n'ont pas eu assez d'arguments pour convaincre les leaders religieux dont certains ne veulent pas parler de la pratique et cela malgré les visites à domicile.

Le poids de la justification religieuse de la pratique de l'excision varie en fonction des appartenances communautaires. Il semble être beaucoup plus prononcé chez les Sarakolés et les Peulhs que chez les Khassonkés.

Pour assouplir la position des plus réticents parmi les leaders religieux, les animatrices et l'équipe du PPG ont tenté de citer en exemple des villages réputés pour leur ferveur religieuse mais qui ont fini par accepter le projet.

> *« J'ai été à Ségé Maure le mois dernier, là-bas, on a un village qui est réputé pour sa ferveur religieuse et où les deux imams sont contre le projet. J'essaye de sensibiliser les résistants à travers l'exemple de Mouliné qui est un village réputé des plus religieux et qui a fini par accepter le projet»* cheffe de projet, entretiens.

Les animatrices chargées de l'IEC pourraient être renforcées et outillées pour mieux convaincre les imams locaux, avec des messages adaptés spécifiquement à cette cible.

De plus, comme proposé par les agents du projet, il serait aussi pertinent de **mobiliser certains leaders religieux locaux** déjà **convaincus** en organisant des rencontres spécifiques entre imams sur cette thématique (formations, ateliers, débats..). Cette approche s'assimilerait à une forme d'éducation par les pairs.

d. Une remise en cause encore difficile de la tradition

En analysant le niveau des adhésions en fonction des âges, il apparait nettement que la mobilisation touche moins les extrêmes (les plus jeunes et les plus vieux) que les autres catégories, et ce constat est valable pour les deux sexes.

Même si les aînés continuent à jouer un rôle majeur dans les prises de décision, force est de constater que certains se sentent peu concernés et mettent en avant le fait générationnel.

> *« Le 'vieux' là, quand il dit qu'il sait peu de choses sur cette question, il faut comprendre, ce genre de choses, c'est une affaire des jeunes ici, les vieux ne sont pas tellement concernés dans ces genres de choses, on essaye de « gérer » ca entre nous jeunes, les ' vieux', ' ils sont dépassés' ».* N.H, homme 34 ans, village de Mamoudouya.

Pourtant, même si les plus anciens ne participent pas aux séances, ils continuent à avoir un poids important, dans un contexte social où la séniorité fait autorité et où la coutume a valeur de loi. Les jeunes ont alors souvent du mal à remettre en cause des traditions valorisées par les anciens.

> « *Ce sont les anciens qui décident et non pas les jeunes, pour pouvoir les sensibiliser afin que l'enfant ne soit pas excisée… ce n'est pas facile. »* H.T., homme 32 ans de Gory Gopela qui reconnait les conséquences néfastes de l'excision mais va exciser sa fille malgré tout.

Certains sont même fermement opposés à la pratique de l'excision, mais ne peuvent l'empêcher:

> *« Moi j'ai une fille d'environ 5 mois. Quand sa maman m'a posé la question de savoir si je ne vais pas l'exciser, j'ai répondu non mais mon père m'a appelé pour m'insulter, me maudire en disant que si je ne l'excise pas, il ne va jamais me le pardonner. Ma maman m'a dit la même chose. J'ai continué à protester mais ils ont profité de mon absence en brousse pour l'exciser. »* F.L, 38 ans, autre ressortissant de Gory Gopela.

Certes, une tendance majoritaire se dessine en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision dans la zone d'intervention du projet, mais certains faits peuvent être considérés comme des sources de résistance au changement. Le « reflexe de la tradition » qui fait que la tradition passe pour une justification en soi. Elle est invoquée comme contre argument à chaque fois qu'il s'agit de faire comprendre aux personnes réticentes que la pratique de l'excision nuit à la santé de la femme. Le

« temps long » qu'incarne la tradition est alors considéré comme le meilleur « test de qualité » prouvant que l'excision n'a jamais fait de mal à quelqu'un.

> *« Pour moi c'est une question de tradition, faire ce que les parents ont toujours fait. Ce n'est pas une question d'islam parce que dans les pays arabes, ça n'existe pas. »* Conseiller du chef de village de Diakadampé.

Certains accusent les ONG de lutte contre l'excision d'avoir pris de l'argent des blancs pour renier leur coutume séculaire.

L'analphabétisme est évoqué par certain comme facteur ne facilitant pas le changement

> *« Si les filles sont scolarisées, elles peuvent s'opposer à la pratique même si les parents y sont favorables »* Maire de Gory Gopela.

Cette relation entre analphabétisme et pratique de l'excision est cependant à analyser avec prudence puisque la pratique de l'excision est aussi présente dans les milieux urbains lettrés et intellectuels, et parallèlement des villages ruraux analphabètes ont choisi d'abandonner la pratique.

On peut noter cependant que, l'alphabétisation facilite quand même l'accès à l'information, et renforce les jeunes générations dans leur capacité d'autodétermination puisque en étant alphabétisés, les jeunes acquièrent aussi une certaine reconnaissance sociale et une plus grande aptitude personnelle pour remettre en question le bien fondé de certaines traditions.

e. L'évolution vers la déclaration d'abandon.

Au regard de la nouvelle classification discutée avec l'équipe sur les 100 villages ciblés, en fin de projet il y a 61 villages vraiment d'abandon, 19 suspects, 14 en voie d'abandon et 6 réticents.

La décision d'abandon dans un village est le résultat d'un processus au cours du temps.

> *« Dans le village d'Alahina, le chef de village avait clairement fait savoir qu'il préférait la mort à la signature d'une lettre d'abandon. Le village est classé aujourd'hui comme « village d'abandon »* Animatrice.

Comme indiqué précédemment, l'officialisation de l'abandon à travers la signature d'une lettre d'abandon ne signifie pas toujours que la pratique soit totalement absente. Le village de Gory Gopela en est un exemple. Ce village a signé la lettre d'abandon, mais au cours du focus groupe avec les hommes lors de l'évaluation, des cas récents d'excision ont été signalés (village d'abandon, suspect). Dans ce village il existe encore une forte résistance de la part des anciens.

L'autre exemple est le village de Kersigane qui a également signé une lettre d'abandon. Aucun cas d'excision n'a pas été signalé mais l'équipe d'évaluation a rencontré quelques difficultés dans ce village : aucun focus groupes n'a pu avoir lieu avec les hommes. Le conseiller du chef de village n'a pas facilité l'organisation des focus groupes avec les hommes et ceux-ci n'ont pas souhaité participer malgré une seconde visite de l'équipe d'évaluation.

Dans certains villages visités, comme par exemple Diacadanpé, toutes les femmes ne sont pas favorables à l'abandon de l'excision. Au cours des focus groupes, les femmes n'ont pas voulu s'exprimer sur la question de l'abandon, et certaines ont parlé du clitoris comme un organe maléfique.

Dans quelques cas, la déclaration d'abandon s'est aussi traduite par la mise en place de règles locales de sanctions en cas de pratique de l'excision

> « *En tant que chef de village de Dramébougou, j'ai décidé avec le reste de la communauté d'abandonner la pratique de l'excision dans ce village ; en tant que maitre d'école coranique je suis en mesure de dire que l'excision n'est pas une pratique islamique ; aussi nous avons pris des sanctions ; une amande de 50 000 F sera payée par les parents qui exciseraient leur fille ; l'exciseuse paiera 10 000 F* » Reportage du 6 février 2013.

L'exécution de sanctions n'a pas pu être vérifiée lors de l'évaluation (du fait d'abandon réel de la pratique qui n'a pas donné lieu à sanctions, et par manque d'informations disponibles).

f. L'abandon réelle de la pratique

D'après les différents témoignages récoltés au cours de l'évaluation, il semblerait que l'excision **ne soit presque plus pratiquée dans une bonne partie des villages** classés comme « villages d'abandon ». La plupart des personnes interrogées dans les villages de l'échantillon affirme n'avoir pas vu quelqu'un faire la pratique depuis que le projet a commencé à sensibiliser sur le sujet. Ils relient la cessation de la pratique à la prise de conscience suite aux messages de sensibilisation

> *'Depuis que le projet est venu, toutes les filles qui sont nées, elles n'ont pas été excisées ».* D.S. homme 42 ans, village de Fenanou.

D'autres indicateurs se situent au niveau des exciseuses et de leur baisse d'activités, ou remise de couteaux. Dans le village de Doussoukané par exemple, l'ex-exciseuse a refusé d'exciser une fille venant du village voisin. Certains évoquent même que la profession n'est désormais plus qu'un souvenir.

> *«Je suis un homme de caste, c'est dans notre famille qu'on excisait les gens du village. La vieille femme qui faisait cela, elle a arrêté. »* P.K., homme 58 ans, Fenanou.

La sortie de la profession peut s'accompagner d'une reconversion « militante ». Dans le village d'Alahina., l'ancienne exciseuse du village est devenue maintenant relais. Des exciseuses ont refusé la pratique en renvoyant les femmes d'autres villages qui demandent leurs services tout en leur demandant de ne pas faire l'excision (Mamoudouya)

> « *Les femmes des villages voisins me sollicitent pour exciser leurs fillettes ; mais je refuse en leurs disant que j'ai déposé le couteau ; les femmes du village aussi informent nos villages voisin de l'abandon de la pratique dans notre village* ». Exciseuse de Mamoudouya.

Il existe aussi des preuves « visuelles ». En effet, plusieurs animatrices ont été invitées par les femmes à observer de visu leurs petites filles non excisées.

> *« Dans les villages, on m'apporte des enfants pour que je regarde mais je ne le fais pas parce qu'à mon avis ca amène un manque de confiance. »*

Souvent la preuve prend la forme d'une preuve de récompense*:*

> *« J'ai eu un homonyme dans le village, un enfant qu'on a baptisé à mon nom, à Kanantaré. Ses parents ont promis de ne pas l'exciser. »* Autre animatrice*.*

g. Les droits des femmes encore peu considérés

Malgré les avancées, force est de constater que dans leurs discours sur l'excision et sur l'abandon, les populations se focalisent sur les méfaits de cette pratique sur le plan sanitaire et ne font pas spontanément le lien entre excision et droits humains, droits des femmes.

Si dans leur majorité les hommes (y compris les autorités coutumières) défendent la justesse d'un fonctionnement machiste du foyer conjugal et rejettent toute interprétation en termes de droits humains, certains, mais peu, perçoivent l'excision comme une forme d'atteinte à l'intégrité physique de la femme et une violation de ses droits

> *« Ca fait partie de leurs droits. On n'a pas dit que les hommes ne doivent pas être excisés ! Il s'agit des femmes, c'est le droit des femmes pour qu'elles puissent être protégées contre quelque chose ! »* H.F, homme de 38 ans.

Malgré ces changements positifs, des réticences existent et des hommes et femmes ne croient pas aux informations données sur la pratique de l'excision et restent attachés aux coutumes.

> *« Au Sénégal, les femmes en accouchant attachent le clitoris autour du rein afin qu'il ne touche pas la tête de l'enfant ; si le clitoris touche la tête de l'enfant il meurt ; pour éviter cela nous excisons nos filles* » Focus Groupe de Diacapandé.
>
> « *Le clitoris est un organe maléfique qu'il faut enlever ; si non la fille et la femme peuvent souffrir de sa présence* » Ex exciseuse de Kanantaré.

Ces résultats ne sont pas surprenant puisque l'approche par les droits humains et par les droits de la Femme est restée limitée dans le travail de sensibilisation des animatrices, elles-mêmes peu formées et outillées sur cette approche.

L'approche sanitaire reste **insuffisante**, et est peut-être trop mise en avant au détriment de celle sur les droits de la femme et de l'enfant. L'approche par les droits humains était cependant bien prévue dans les documents projets, mais peu mise en œuvre sur le terrain dans la réalité. Il serait sans doute important de reprendre certaines réflexions pour aller plus loin, sur le terrain de la lutte contre les violences faites aux femmes et contre les discriminations. Cette approche est plus sensible mais il semble nécessaire de rappeler, que même sans complications sanitaires, l'excision est un acte violent et douloureux, une pratique discriminatoire contre les femmes avec la négation du libre choix de disposer de leur corps, de leur épanouissement et sexualité, ce qui n'est par contre pas nié à l'homme.

III Le système sanitaire renforcé pour la prise en charge des complications

a. Le personnel médical mieux formé

En fin de 3ème phase, **16 CSCOM ont collaboré effectivement** avec le projet. En 2011 – 2012 plusieurs CSCOM se sont ajoutés pour atteindre ce nombre. Les agents sanitaires des 16 CSCOM ont reçu des formations leurs permettant de connaitre les séquelles de l'excision et d'identifier les femmes et les fillettes qui en souffrent. En 2009, certains médecins avaient reçu une formation sur le sujet, notamment sur les complications immédiates, et sur la PEC psychosociale et médicochirurgicale. La même formation a été faite en 2011 aux aides-soignants, matrones, et techniciens supérieurs.

Les connaissances acquises permettent au personnel soignant de **reconnaitre les complications** de l'excision. Les agents de santé rencontrés lors de l'évaluation ont en effet une bonne maitrise du sujet et sont en mesure d'expliquer les complications et les soins à apporter dans les moindres détails.

La formation leur permet également de **remplir les registres** et faire les référencements au CSRE.

> *« La formation nous a permis de bien maitriser le remplissage du registre, de maitriser l'ordonnancier. Elle nous a permis d'assurer une consultation gynécologique lors des consultations, voir si les séquelles existent, faire un classement des types de complications en vue d'une éventuelle référence. »* Dr H.F, responsable d'un CSCOM.

Cependant, le personnel des CSCOM rencontré lors de l'évaluation a exprimé son souhait d'avoir des formations complémentaires axées sur les thèmes suivants :

- La prise en charge des kystes,
- La désinfibulation
- Les complications prises en charge par le gynécologue.

Le point focal excision de la DRS est assez sceptique quant à la nécessité de former les médecins des CSCOM dans l'objectif d'augmenter la capacité technique des CSCOM. Elle trouve que ce travail doit être réservé aux spécialistes et qu'il faut travailler par étapes.

b. Un personnel médical plus mobilisé contre l'excision

D'après les agents rencontrés, la formation leur a permis de **s'engager aussi personnellement** dans la lutte contre la pratique de l'excision. Sur un plan privé, les agents des CSCOM n'ont pas manqué de souligner leur opposition à la pratique de l'excision en apportant parfois des preuves de leur engagement contre la pratique.

> *« J'ai des filles et elles n'ont pas été excisées jusqu'à présent. »* C.F, agent CSCOM.

> *« Ma fille n'a pas été excisée et elle a dix ans aujourd'hui. »* K.H., un autre agent de CSCOM.

Par ailleurs, la lettre circulaire interdisant la pratique de l'excision dans les centres de santé et par les agents de santé est **connue de tous**.

La formation des agents de santé leur a permis de maitriser les complications et les soins à apporter et un engagement contre l'excision est perceptible chez les agents de santé. Ces résultats sont encourageants mais il serait sans doute important de voir comment maintenant assurer leur pérennité, pour que les autorités sanitaires organisent par elles-mêmes les formations, les recyclages des agents, tenant compte aussi des mutations et changements de personnel.

c. Un système mieux articulé mais très lié au projet

L'objectif du référencement est d'assurer une prise en charge adéquate des complications liées à l'excision. Il existe deux niveaux de référencement dans les procédures du PPG :

- La première structure de PEC des cas référés est constituée par les CSCOM avec un plateau technique comprenant les consultations externes, les soins curatifs (pansements, injections, petites chirurgies), les soins préventifs (consultations pré et post natale, accouchements, surveillance préventive des enfants, vaccination, causeries éducatives, prise en charge des maladies ciblées par des programmes nationaux -tuberculose, etc.)
- la seconde structure de référence est l'hôpital dont la capacité technique dépasse celle du CSCOM et qui prend en charge les pathologies plus graves. Son plateau technique comprend notamment la PEC des cas référés nécessitant des interventions (désinfibulation, kystes, fistules, hémorragies, blessures de l'urètre, dyspareunies, problèmes de stérilité, prolapsus), les césariennes, les soins obstétricaux et néonataux d'urgence, la transfusion sanguine, l'imagerie médicale (radios, échographies), le laboratoire, les soins ophtalmologiques, ORL, dermato, traumatologie, etc.

Le processus débute par l'identification de cas suspects au sein de la communauté. C'est au cours des séances d'appui-conseil que l'animatrice détecte ces cas et remet alors aux femmes concernées des tickets de consultation pour le CSCOM. En l'absence de l'animatrice, le relais est habilité à remettre les tickets de consultation et ces cas sont notifiés à l'animatrice dès sa prochaine visite au village. L'animatrice vérifie alors la souche dans le carnet de tickets et passe au CSCOM pour voir s'il y a des ordonnances. Si tel est le cas, elle achemine ces ordonnances au siège du PPG.

Quand elle arrive au CSCOM, la patiente présente le ticket. En fonction du personnel disponible dans le centre mais aussi de leurs compétences, elle peut être consultée soit par un médecin soit par un infirmier (chefs de poste dans certains cas) ou une sage - femme. La tâche du médecin et de l'infirmier se résume à l'identification des cas de complication. La sage-femme fait également cette identification ainsi que le classement des cas. Le registre pour les enregistrements circule souvent entre la salle de consultations post natale et la salle de consultation. L'agent de santé délivre ensuite une ordonnance.

Pour les cas plus graves nécessitant une intervention, l'agent du CSCOM fait une fiche de référence pour l'hôpital. Les CSCOM ne disposaient pas initialement de fiches de référence et portaient les données sur un papier ordinaire. Dans le cadre du PPG, pour améliorer le système de référencement et contre référencement, une fiche a été élaborée et validée par la DRS mais elle n'est pas encore vraiment opérationnelle.

Le CSCOM informe l'animatrice et aussi la patiente pour leur faire part de la nécessité de référer celle –ci à l'hôpital de Kayes. Après avoir reçu cette information, l'animatrice informe à son tour en interne l'assistant chargé de la référence au sein de l'équipe PPG qui contacte la cheffe de projet pour prendre les dispositions financières nécessaires.

Une fois la prise en charge accordée, l'assistant prend rendez-vous avec la patiente qui vient le rejoindre dans son bureau et informe aussi le gynécologue de l'hôpital. Il accompagne ensuite la patiente à l'hôpital et reste souvent jusqu'à son réveil après l'intervention chirurgicale pour s'enquérir de son état de santé. S'il n y a pas de complications, il s'en va. Il rend visite aux patientes hospitalisées 2 fois par jour (matin et soir). A leur sortie de l'hôpital, certaines patientes ont l'habitude d'aller loger chez des parents résidents dans la ville de Kayes et l'assistant leur rend visite tous les deux ou trois jours pour s'enquérir de leur état. S'il n y a pas de problèmes ou s'il y a des ordonnances délivrées par le gynécologue, l'assistant achète les médicaments, il les suit jusqu'à ce qu'elles soient sorties de l'hôpital. Une fois qu'elles rentrent au village, c'est à l'animatrice de les visiter pour suivre l'évolution de leur santé. L'assistant dispose d'un cahier où il enregistre le nombre de cas, la nature des pathologies, le coût des analyses et les frais de PEC.

Le CSREF est la structure intermédiaire entre le CSCOM et l'hôpital. Il est censé recevoir les cas qui dépassent les compétences du CSCOM et référer à son tour vers l'hôpital les cas qui dépassent ses compétences. Dans la réalité, au cours de la 3ème phase du PPG, le CSREF n'est pas intervenu et n'a pas référé de patientes.

Le retour de l'information de la structure qui a assuré la PEC vers la structure qui a fait la référence (de l'hôpital vers le CSCOM par exemple) doit être assuré par un système de contre référencement impliquant les divers niveaux (hôpital, CSREF, CSCOM). Avant le début de la 3eme phase du PPG, un point focal excision au niveau du CSREF s'occupait de la gestion de la contre référence et recueillait les informations au niveau de l'hôpital pour les transmettre aux CSCOM référant. La point focale excision est partie et n'a pas été remplacée et le CSREF a cessé le contre-référencement. Le PPG a alors proposé un nouveau schéma lors de la 3eme phase, discuté et validé par le Ministère de la Santé, impliquant directement l'hôpital. Dans les faits ce système de contre référence ne fonctionne pas et c'est l'assistant du PPG chargé de la PEC qui va souvent recueillir les renseignements au niveau de l'hôpital sur les cas référés pour les transmettre ensuite aux CSCOM référant. Cette situation montre une faiblesse du système.

Deux pharmacies de Kayes sont partenaires du projet pour fournir les médicaments : la pharmacie de la Mission et la pharmacie Koukia. Elles disposent toutes les deux de la liste des produits pris en charge par le PPG. S'il arrive qu'il y ait sur l'ordonnance des produits ne figurant pas dans le répertoire des produits, la pharmacie ne les délivre pas. Si elle les délivre par erreur, les produits concernés sont retournés par le PPG et le montant correspondant est déduit de la facture. Au cas où aucun produit prescrit sur l'ordonnance ne soit conforme, les agents du PPG expliquent à la patiente que sa pathologie n'est pas liée à l'excision tout en lui laissant l'ordonnance. La liste des produits validés dans le cadre de la PEC se compose de produits de Dénomination Commune International (DCI) pour le niveau CSCOM et de spécialités pour le niveau hôpital.

Le PPG n' pas pris en charge généralement les coûts de transport des patientes (aller – retour) sauf à partir du mois de novembre 2012, date à partir de laquelle les frais ont pu être pris en charge grâce à l'accord d'EQUIPOP. Ils varient entre 3 et 11 euros. Même s'il est toujours exigé que la patiente soit accompagnée par un de ses proches à l'hôpital, les frais de transport de ce dernier ne sont pas remboursés par le projet. Par ailleurs, le coût de la communication téléphonique pour contacter l'hôpital représente aussi une difficulté que les agents des CSCOM ont tenu à signaler

Le coût de la PEC dépend de la nature de la pathologie mais en moyenne il varie entre 120 euros (analyses + frais d'intervention chirurgicale + échographie + analyse anesthésique + ticket de consultation) et 450 euros (cas de prolapsus et de fistules).

Le système mis en place, a été concerté avec la Direction Nationale de la Santé consultée en amont par le PPG, qui a validé le schéma de Référencement et contre Référencement. Il permet **d'organiser la prise en charge des complications** dues à l'excision au niveau des CSCOM pour les cas simples, et de faire un référencement à l'hôpital régional pour les cas plus graves nécessitant des examens complémentaires et une intervention. Le dispositif de contre référencement n'est par contre pas opérationnel.

Le dispositif de référencement et contre référencement repose encore beaucoup sur le PPG en termes de financement (des consultations, des médicaments, des analyses et opérations) et sur son équipe (assistant et animatrices) pour le lien direct avec les villages et les patientes, et pour le contre référencement. Il conviendrait de réfléchir à son autonomisation et sa pérennité.

IV Une meilleure prise en charge médicale

a. La fréquentation des centres en hausse

En l'absence de données statistiques, il est difficile de faire une appréciation objective de l'évolution du taux de fréquentation des centres de santé. Cependant, c'est à l'unanimité que les agents de santé rencontrés ont estimé que ce taux s'est nettement **amélioré** depuis l'arrivée du PPG. Les trois déclarations suivantes soulignent cette tendance :

> *« Oui, c'est évident. C'est à partir des taux de fréquentation qu'on le sait. Avant l'arrivée du projet, on avait des chiffres. Après la mise en place du projet, ces chiffres ont vite grimpé. L'animatrice a contribué à augmenter le taux de consultation des pathologies gynéco – obstétricales. »* R.K., responsable de CSCOM.

> *« Il y a des femmes qui quittent une autre aire de santé pour venir chez moi en disant que c'est moi seul qui peut les soigner et je comprends alors que c'est l'effet de ce que l'animatrice est en train de faire comme travail. »* F.N., responsable CSCOM.

> *« Il y a des cas de complications suspectés qui n'étaient pas venu faire la consultation au CSCOM et avaient disparu depuis 7 ans. C'est grâce au travail de l'animatrice qu'ils sont revenus. »* M.B., responsable CSCOM.

b. De nombreuses patientes prises en charges

Depuis le début de la 3ème phase du PPG en juin 2011, jusqu'à mai 2012 le nombre de cas de complications liés à l'excision identifiés s'est élevé à 704, dont 689 (soit 98%) ont été prises en charge (source : Synthèse générale des activités juin 2011-mai 2012). De janvier à mars 2011, il n y a pas eu de prise en charge en raison de l'indisponibilité du financement UNICEF. Pendant cette période, les patientes ont été néanmoins enregistrées et leur prise en charge a été effective en novembre 2012.

Le nombre total de femmes prises en charge depuis le début du PPG n'a pas pu être obtenue par l'équipe d'évaluation. En effet, la base de données des années antérieures n'est plus disponible suite à un problème de virus informatique, et l'équipe actuelle du PPG ne connaissait pas cette donnée.

Le nombre de cas pris en charge de la 3ème phase est très **élevé**, bien supérieur à ce qui était prévu (objectif de 200 cas pris en charge) ce qui montre les besoins de soins sanitaires et gynécologiques.

Les discussions menées avec les femmes et les hommes lors de l'évaluation montrent que l'activité de prise en charge est aujourd'hui bien appréciée et la liste d'attente est longue. Le taux de satisfaction semble être de 90%, certaines patientes étant encore en cours de traitement. Dans tous les villages des femmes prises en charge ont témoigné.

> « *Dans notre village, plus de 20 femmes ont été prises en charge et sont aujourd'hui guéries ; je rends grâce à dieu de nous avoir mis en contact avec AMSOPT* » Femme à Gory Copela.

> « *Je suis une jeune femme qui souffrait d'IST ; mon mari n'ayant pas de moyen financier, je suis allée voir l'animatrice qui m'a donné un ticket ; je suis allée au centre de santé de Ségala ; j'ai fait la visite et le médecin m'a donné des médicaments gratuitement. Je sais que c'est AMSOPT qui les a payés. Je suis guérie et c'est pourquoi j'incite les jeunes femmes qui me parlent de leur cas d'aller voir l'animatrice* » Femme prise en charge de Kanantaré

La prise en charge sanitaire des complications s'est révélé être également un facteur **positif** d'adhésion de certains hommes dont les femmes ont été traitées.

> « *Il y a beaucoup de femmes qui souffrent de séquelles de l'excision et d'IST. Je distribuais 10 à 30 tickets par semaine. J'encourage les femmes à venir me parler ; aujourd'hui les maris des femmes traitées m'écoutent et viennent m'encourager dans le travail* » Animatrice de Fénanou.

Quelques **difficultés** peuvent être cependant soulignées :

- Certaines femmes ont exprimé leur désir d'être référées à l'hôpital et non au CSCOM pour être à l'abri du dévoilement. Elles ne veulent pas que les agents du CSCOM soient informés de leur pathologie (encore tabou). Devant une telle demande, les agents du projet ont cependant insisté sur la nécessité de respecter les échelons de la pyramide sanitaire.
- Certaines femmes ayant reçu des tickets de consultation ont refusé de se rendre à l'hôpital. Dans ce cas, les animatrices ou l'assistant ont repris des discussions avec elles pour les sensibiliser.
- Les jeunes femmes souffrant des conséquences de l'excision semblent avoir moins participé dans certains villages (exemple village de Sinthiane), ce qui peut être dû à des difficultés à parler de leurs problèmes intimes (et de leur souhait également de garder l'anonymat).
- Il peut arriver aussi que les patientes se rendent à l'hôpital mais que la PEC soit compromise faute d'accord avec les parents. C'est le cas d'une patiente infibulée originaire de Gory qui avait déjà procédé aux examens médicaux à l'hôpital mais le jour de l'intervention, ses parents s'y sont opposés.

> *« C'est parce qu'on considère souvent que si la fille est désinfibulée, elle se livre à la fornication ».* Animatrice du projet

Ces situations amènent à se questionner et réfléchir aux besoins de mesures additionnelles pour assurer un certain anonymat lors des consultations des CSCOM ou du moins former les agents pour mieux garantir un respect du secret médical.

La cohérence du système et la gratuité des soins ont créé des conditions d'efficacité de la prise en charge. Les agents de santé reconnaissent qu'ils ne sont pas confrontés à des difficultés majeures dans ce domaine. Cependant, le PPG a souffert d'un manque de ressources financières passager qui a contraint à suspendre quelques mois la prise en charge. Cette situation montre la fragilité du système en termes de dépendance de financements externes. La réflexion sur la pérennité s'impose.

c. Des besoins plus vastes :

Les résultats du dispositif de PEC montrent également que certaines femmes ont déclaré des pathologies liées à l'excision pour bénéficier du ticket de consultation mais une fois arrivée au CSCOM, elles ont déclaré une pathologie différente. Dans ce cas le PPG n'a pas pu les prendre en charge :

- Les agents du CSCOM ayant été formés et informés des pathologies concernées par le système de PEC du PPG ont dû parfois alors refuser la prise en charge.
- Certains ont réalisé quand même le diagnostic de la consultation en laissant aux patientes une prescription de médicaments.
- d'autres ont parfois établi une ordonnance pour le PPG mais pour des médicaments qui ne rentraient pas dans le traitement de pathologies liées à l'excision. Si par erreur les pharmacies ont délivré ces médicaments, ils ont été retournés après vérification par les agents du projet.

Ces situations rappellent qu'il existe de **gros besoins sanitaires**, au-delà du problème des complications de l'excision, et que l'accès aux soins reste souvent difficile pour de nombreuses familles.

Les résultats du PPG sont **encourageants** et montrent une **évolution positive** au cours du temps, avec des processus engagés depuis parfois presque 7 ans, ou des évolutions plus récentes et moins consolidées.

Le PPG a permis déjà de sortir le thème de l'excision du silence et permettre un **débat public**, parfois difficile sur ce thème au sein des communautés. Les villageois ont pu accroître leurs **connaissances** sur les **conséquences** néfastes de l'excision au niveau sanitaire et prendre conscience que la pratique bien que traditionnelle, n'est pas souhaitable. Les villageois ont aussi pu être sensibilisés au fait que **l'excision n'est pas une pratique exigée par l'Islam** et constater que certains leaders religieux ont apporté leur soutien à l'abandon de la pratique.

Des **résistances** perdurent cependant, dans certains villages où les actions de sensibilisation ont eu moins d'effets, et ou certaines catégories (anciens, hommes), et leaders religieux ont montré leur opposition.

Parmi les 100 villages cibles, 80 ont signé des lettres d'abandon de la pratique. Parmi eux, on peut considérer cependant que 61 ont réellement abandonné l'excision, et 19 villages avec des lettres signées restent « suspects » avec des cas d'excision repérés. Cette situation montre que les lettres d'abandon ne sont pas un indicateur suffisant et que les processus peuvent être **réversibles**.

14 autres villages ont évolué positivement même si des lettres n'ont pas encore été signées.

6 villages sont restés réticents et ont acceptés des activités de sensibilisation sur la santé mais sans trop pouvoir aborder directement le thème de l'abandon de la pratique.

Le système sanitaire a par ailleurs été **amélioré** grâce au renforcement des connaissances et capacités du personnel des CSCOM, CSREF et de l'hôpital, une plus grande **articulation entre les divers niveaux** de la pyramide sanitaire et l'amélioration du système de référencement. Le projet a par ailleurs réussi à mobiliser le personnel sanitaire contre la pratique.

Les prises en charges de patientes ont été **nombreuses**, à divers niveaux suivant la gravité des pathologies. La demande élevée de consultation montre que les besoins sont importants, mais vont aussi au-delà des problèmes liés à l'excision pour englober diverses pathologies de santé reproductive et santé des femmes.

Les résultats du projet sont donc **satisfaisants** mais restent parfois peu précis et encore incertains. Une amélioration du système de suivi est nécessaire, avec une **attention particulière sur le suivi des résultats** et effets. Ceci est d'autant plus important pour un projet **pilote** comme le PPG, qui doit pouvoir annoncer et illustrer ses résultats.

Partie 5 : Effets et pérennité

I. Un changement social amorcé

a. Un premier pas : le débat public

Le discours sur l'abandon de l'excision est désormais un discours **public** et en général non réprimé. Selon les estimations sommaires des agents du projet, cette situation prévaut dans 90 villages sur les 100 couverts par les interventions. Comme indiqué précédemment, la persévérance des animatrices a permis de poser les jalons et amener les habitants des villages concernés, et leurs représentants, à aborder cette problématique, y réfléchir et débattre.

Grâce à la visibilité du projet, des communautés sont venues d'elles-mêmes vers l'AMSOPT pour demander une intervention dans leurs villages. Il y a désormais une communication inter-villageoise spontanée sur le thème de l'abandon de la pratique de l'excision (du moins d'après ce que les hommes ont affirmé).

Ces effets sont encore mitigés dans certains villages où le processus a connu quelques difficultés et ou le débat sur l'excision n'est pas encore libre, et encore conflictuel.

- Les animatrices ont signalé par exemple que dans les villages de Bangassy Liberté et de Bougoutinti, le projet a provoqué certains conflits. Il y a une discussion soutenue entre les hommes, les femmes et les chefs de village sur la question de la signature de la lettre d'abandon. D'un côté les chefs de village ne voulaient pas apposer leur signature sur une telle lettre, de l'autre les habitants y sont favorables.
- Certaines personnes tiennent des discours répressifs, majoritairement parmi les représentants de l'ancienne génération.

  « Quand tu veux expliquer cela aux anciens, ils disent que c'est des conneries. Ils disent que depuis le temps de leurs pères et grand pères, c'est une pratique qui se fait et que si c'était dommageable, est ce que nous nous allions naitre. C'est comme cela qu'il dénigre la chose. » K.L., homme 45 ans, village d'Alahina.

Les situations de conflit sont cependant aussi un indicateur de changement.

b. Vers un changement de valeurs ?

Depuis le démarrage du projet, dans beaucoup de villages d'abandon on assiste à ce qu'on pourrait appeler « un **renversement de valeurs** » face à la question de l'excision. Ce changement se traduit par le fait que d'une valorisation de l'excision, on en soit arrivé à une valorisation de la non-excision.

> *"La fille non-excisée peut bien trouver facilement un mari ; un ressortissant de notre village est retourné du Congo Brazza pour s'installer au village avec ses deux filles non excisées ; la première a été fiancée mais son fiancé a voulu renoncé prétextant que la fille n'est pas excisée ; le père a réagi pour dire qu'il n'excisera jamais sa fille. Le fiancé s'est résolu à la prendre et ils ont eu deux enfants ; c'est là où les villageois ont compris qu'une fille non excisée peut bien avoir des enfants; des familles ont suivi cet exemple en interdisant la pratique »* Focus groupe femmes de Gory Gopéla.

> « *Nous sommes sorties de l'obscurité grâce à l'animatrice de AMSOPT qui nous a fait comprendre que l'excision est une pratique néfaste avec des conséquences sur la santé de la femme. Nous avons compris que c'est une pratique ancienne qui ne se justifie pas et que le Coran ne prescrit pas* » Focus groupe femmes de Madinel.

« *L'abandon de l'excision est aujourd'hui l'économie des 2500 FCFA que le chef de famille donne à l'exciseuse ; le mariage des filles non excisées qui semblait être difficile, n'est plus un problème maintenant parce que tous les villages avec qui nous avons un lien de mariage savent que nos filles ne sont pas excisées ; nous saurons au moment venu quoi dire aux prétendants* » Focus groupe femmes de Kersigane.

Pour autant, il serait tendancieux de dire que la valorisation de la non-excision s'accompagne du rejet de la femme excisée. Même si dans l'ensemble des villages de l'échantillon de l'évaluation, les jeunes, dans leurs choix matrimoniaux disent avoir une nette préférence pour la femme non excisée, ils ne rejettent pas catégoriquement le mariage avec une femme excisée. Au sein des communautés, les « mariables » comprennent désormais les non-excisées.

La massification de la pratique dans ces communautés a fini par **changer le statut social** de la femme non-excisée qui n'est plus victime comme autrefois du stigmate social particulièrement choquant quand la femme mariée est traitée de « *bilakoro* » (garçon non circoncis) par ses coépouses. En l'assimilant à un *bilakoro*, on lui faisait épouser en même temps tous les attributs comportementaux de ce dernier : irresponsabilité, saleté, immaturité.

En termes économiques, l'abandon de la pratique signifie pour les familles une économie du coût de l'acte d'excision mais aussi, le cas échéant, du soin en cas de complication. Ces effets **positifs économiques sont parfois évoqués**, notamment par les **hommes**.

Par contre, pour les exciseuses l'abandon de la pratique signifie une perte de source de revenus.

c. Une pérennité du changement à renforcer

Les résultats du PPG sont **encourageants** en termes de villages ayant signé l'abandon, évolutions en court, abandon de la pratique, mais la question de la **pérennité** du changement se pose et reste primordiale pour pouvoir affirmer un impact certain à moyen terme du projet.

Certains gages de pérennité existent mais avec quelques fragilités soulignées précédemment :

- La bonne collaboration avec les autorités traditionnelles, les élus, les religieux et les centres de santé amène une légitimité et un ancrage institutionnel. Avec plus de 10 ans d'expérience dans la région, l'AMSOPT a su créer un climat de coopération avec les autorités et les former à la cause de l'abandon de l'excision. L'intervention cadre bien par ailleurs avec la politique de l'Etat en matière d'éducation pour l'abandon de l'excision. Il semble qu'un pourcentage élevé des autorités et leaders formés sont favorables à la mise en œuvre du projet et ont adopté des comportements positifs favorables en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision. Dans certains villages cependant, des leaders, notamment religieux, sont restés opposés. Par ailleurs, on peut souligner que l'appropriation des activités par certains leaders n'est pas totalement une réalité **s'ils ne deviennent pas des activistes** pouvant convaincre leurs pairs. Après la phase de sensibilisation / formation le PPG gagnerait à renforcer la mobilisation de ces leaders qui peuvent à leur tour à l'avenir perpétuer la sensibilisation.
- Les lettres de déclaration d'abandon permettent de concrétiser et officialiser une décision communautaire qui devient la « norme locale ». Le respect des villageois pour les autorités communautaires et les décisions des leaders, est un gage des effets positifs et durables probables des lettres. Cependant, dans certains villages, ces décisions communautaires ne semblent **pas toujours connues** (par exemple les hommes n'ont pas participé aux activités et ignorent le contenu de la lettre, ou les femmes ne sont pas informées des sanctions possibles) ce qui montre le besoin de renforcer le travail de communication sur le changement (en interne au village et vers les autres villages). La mobilisation des leaders serait un moyen.
- La présence de comités de suivi de l'abandon de l'excision est un autre élément positif pour inciter à maintenir l'abandon de la pratique à partir d'un control social communautaire. Il existe des comités de surveillance dans tous les villages d'abandon. Ces comités ont été mis en

place par les leaders communautaires, avec 2 à 10 membres Le chef de village, la présidente des femmes, les conseillers et les relais en sont généralement membres. Cependant ces comités n'ont pas toujours de contenu et les membres n'ont pas reçu de formation : le **suivi communautaire reste peu organisé**.

Deux sous-comités existent parfois : le sous-comité « surveillance » et le sous-comité « sanction ». La tâche du premier est de surveiller les naissances des enfants et celle du second de prendre des sanctions pour les familles qui exciseraient leurs filles. La sanction la plus souvent évoquée est le **payement d'une amende** dont le montant varie entre 2500 FCFA et 25 000 FCFA (4 à 40 euros) selon les villages. La **marginalisation sociale** est une autre forme de sanction prévue à l'encontre des contrevenants.

> *« Celui qui viole le règlement commun, on l'isole parce qu'il refuse d'appliquer la règlementation. S'il a une cérémonie et qu'il appelle les gens, on ne s'y rend pas et on lui explique pourquoi. A lui seul, il ne peut pas régler tous ses problèmes. Si on le fait une fois, deux fois, il va arrêter. »* G.R., homme 43 ans, village de Madinel

Jusqu'à présent aucune amende n'a été encaissée dans aucun village et aucun cas de marginalisation sociale n'a été notifié par les personnes interrogées.

Dans les villages d'abandon où il n'y a pas de sanctions, toute la communauté fait le suivi.

> *C'est toute la communauté qui surveille ; on se connait dans le village ; aucune femme ne peut aller contre la décision des hommes ; aussi l'autorité du chef de village est reconnue et personne ne met en cause la décision qu'il prend ; c'est pourquoi nous n'avons pas jugé opportun de fixer des amandes.* » Focus groupes des femmes

- La présence de relais villageois formés est un autre gage de pérennité et pression sociale positive. Dans chacun des villages couverts par le projet, il y a entre 2 et 4 relais ayant reçu une formation dans le domaine de l'excision. Selon le rapport de synthèse générale des activités 2011-2012, 100 % des relais communautaires maîtrisent les liens entre excision et santé de la reproduction, excision et religions. Cependant, les relais formés n'ont pas été tous recyclés (ceux des anciens villages ont été recyclés, les plus récents n'ont reçu que la formation initiale) et certains thèmes seraient sans doute à renforcer pour certains relais. La formation / sensibilisation sur les droits de l'homme, la non-discrimination des femmes, est une approche qui est restée timide au sein du PPG et peu maitrisée par les animatrices (à fortiori par les relais) : une **formation des relais** sur ces aspects serait utile.

  Les relais établissent un dialogue social avec leur communauté villageoise pour l'abandon de la pratique de l'excision mais leur rôle n'est pas très défini (en dehors de l'appui aux animatrices dans le cadre du PPG pour la mobilisation et la distribution des tickets de consultation pour la prise en charge). Ils ne disposent pas d'outils pour des séances d'IEC en l'absence des animatrices ou pour l'après projet. Le problème de la **motivation** des relais reste posé pour qu'ils puissent éventuellement poursuivre également une action de sensibilisation au-delà du projet. Leur lien avec les comités de suivi, et le système de prise en charge et son financement reste **à réfléchir** en termes de pérennité.

- Le PPG a une certaine visibilité ce qui permet d'attirer de nouveaux villages et de renforcer les processus en cours. Cependant, il semble que les actions de communication aient été concentrées sur les cérémonies d'abandon et que les résultats du projet ne sont pas toujours bien mesurés, valorisés et diffusés. Le processus de changement en cours serait sans doute **renforcé** s'il pouvait compter sur **plus de communication** par radio, ou dans des occasions de rencontres inter-villages (témoignages de villages, de femmes soignées et leurs maris, de leaders religieux). Une communication sur les processus en cours plus ciblée vers certains groupes sociaux (jeunes, religieux) serait aussi un gage pour renforcer la pérennité du changement.

II. L'amélioration du système sanitaire

a. Un renforcement de capacités et de mobilisation

Les effets au niveau du système de prise en charge sont de l'ordre du renforcement de capacités, tant au niveau des ressources humaines (formation) qu'institutionnellement par l'articulation des divers niveaux de la pyramide sanitaire. Le système semble globalement **plus efficace** et son personnel plus motivé et mobilisé sur la prise en charge des complications de l'excision.

Le PPG a également comme effet une mobilisation des agents des CSCOM (du moins certains) contre l'excision ce qui est très positif et prometteur pour l'avenir.

Par ailleurs, les autorités ont été impliquées au niveau local, régional et dans une certaine mesure nationale (pour la validation du schéma directeur) ce qui renforce **l'effet structurant** du projet.

b. Un projet local pilote à diffuser

Les améliorations constatées au niveau du système sanitaire sont positives mais ponctuelles au niveau local (projet pilote) et limitée en temps. Le personnel des CSCOM aura besoin à moyen termes de recyclages, et de séances de formation des nouveaux personnels. Les résultats des opérations chirurgicales doivent être mieux connus, le travail du personnel formé plus suivi pour identifier les besoins de renforcement. La liste de médicaments devra être revue régulièrement. Le système de référencement devra aussi s'adapter. Par ailleurs, une mobilisation de financements (internes, externes) sera indispensable pour poursuivre l'action.

Il apparait donc que malgré les acquis et avancées au niveau local, le travail accompli dans le district **ne suffit pas**. Une mobilisation plus importante au niveau national s'impose, **vers les autorités sanitaires et politiques** et d'autres partenaires techniques et financiers. Un travail de diffusion des résultats et mobilisation doit être poursuivi au niveau national à la fois pour la promotion de l'abandon de l'excision (et éventuellement d'un cadre juridique contre l'excision) comme pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire des complications.

Des **actions de plaidoyer** pourraient aider à porter un message vers les autorités sanitaires et politiques de Bamako, tenant compte des acquis scientifiques, de la réputation et légitimité, et de l'expérience de terrain. Ces actions de plaidoyer renforceraient la pérennité des processus en cours.

III. L'amélioration de la prise en charge des conséquences de l'excision

a. Une amélioration de la santé reproductive des femmes

La formation des agents de santé des CSCOM partenaires a facilité l'identification des femmes victimes de complications liées à la pratique de l'excision et leur prise en charge au niveau du CSCOM, ou référencement au CSREF et hôpital. Le travail de sensibilisation des animatrices dans les villages et l'amélioration du système sanitaire ont contribué à une certaine hausse du taux de fréquentation des centres de santé même si il n'existe pas de chiffres pour mesurer cette évolution. Dans les prochaines phases, il serait important de mesurer cette contribution.

Globalement on peut supposer que le projet a contribué à **une amélioration de la santé** reproductive et gynécologique **des femmes** même s'il est difficile de mesurer les effets d'autant plus que plusieurs projets et interventions sanitaires visaient à améliorer le taux de consultation pré natale / post natale et globalement la santé reproductive. Il n y a pas par ailleurs de statistiques disponibles sur la baisse de la mortalité liée à l'excision.

Au-delà de la prise en charge des complications de l'excision, le PPG a contribué à une amélioration de la santé des femmes et un **renforcement de la préoccupation** et mobilisation **pour la santé :**

- Dans les différentes communautés, les femmes ont pu se familiariser avec divers thèmes de santé développés par les animatrices : choléra, paludisme (symptômes, manifestations, prévention), les soins prénataux (importance des visites, importance des soins, différents développements du bébé, l'accouchement,), soins postnataux et soins au nouveau-né (l'importance de l'allaitement, la récupération, conseils aux femmes accouchées, etc.). Ces différentes informations sont plus ou moins maitrisées par les femmes, beaucoup d'entre elles comprennent bien les enjeux des consultations pré et post natales.
- Les femmes ont approché de plus en plus l'animatrice pour des préoccupations d'ordre sanitaire. Les informations reçues au cours des séances d'animation sur les pathologies liées à l'excision ont poussé beaucoup de femmes à rencontrer l'animatrice en privée pour lui faire part des maladies dont elles souffrent. De plus, la prise en charge des conséquences de l'excision au centre de santé a été l'occasion pour les femmes de confier au personnel sanitaire d'autres préoccupations telles que les IST, la stérilité secondaire, la grossesse précoce ou non désirée, les accouchements difficiles, la dyspareunie, les grossesses rapprochées.

b. Des mécanismes à trouver pour la pérennité

Malgré les résultats intéressants d'amélioration de la santé, une inquiétude apparait : le financement de la prise en charge **n'est pas durable** et aucune source de financement n'a été encore recherchée ou concertée pour l'après projet. Le PPG ne dispose **pas encore de plan de désengagement** élaboré avec les communautés ; la pérennité des services reste un défi.

Le projet AMSOPT n'a en effet pas encore engagé de discussion avec la DRS ou la DRPFEF pour le financement de la prise en charge des femmes victimes de l'excision après son retrait. Une certaine continuité aurait pu être amorcée en cherchant à obtenir un engagement progressif des directions des services concernés pour cofinancer la prise en charge sur certains budgets publics, ou en mobilisant des partenaires financiers en appui. Le PNLE aurait pu être sollicité pour financer la prise en charge grâce à l'appui financier de l'UNICEF et autres partenaires.

Aucune concertation n'a été conduite non plus avec les autorités locales pour mettre en place des mécanismes de financement à l'avenir. Cependant certains maires pensent que la mairie peut jouer un rôle dans ce processus :

« C'est une question de concertation entre la communauté et la mairie. Il faudra certainement prévoir une ligne budgétaire dans le budget communal pour cela. » 2ème adjoint au maire de Bangassy Gopela.

Au niveau des communautés, les femmes n'ont pas de moyens financiers pour les traitements et elles **ne pourront assumer** entièrement leur prise en charge (sauf quelques familles plus aisées). Une réflexion aurait pu être menée au sein des villages pour concerter comment participer au cofinancement de la prise en charge des victimes de l'excision à partir d'apports locaux, de revenus d'AGR ou encore en mobilisant les migrants issus de ces communautés. Dans leurs réponses concernant ce sujet, de nombreux participants aux focus groupes ont particulièrement **insisté sur le rôle que pourraient jouer les migrants dans la PEC**. Cette participation des migrants au cofinancement peut être soit à partir de leurs propres apports financiers, soit par des partenaires et appuis qu'ils peuvent mobiliser. Cette réflexion peut concerner d'autres pathologies au-delà des conséquences de l'excision.

Une fois le financement assuré, il restera à repréciser **les rôles et responsabilités des relais** pour l'identification des cas, leur référence vers les centres de soins et leur implication pour la délivrance des médicaments. La question de leur **indemnisation reste à étudier** : elle peut être prévue comme indemnité dans le budget et soumise au financement, ou prévue au niveau communautaire en incitant le village à apporter aux relais une certaine rémunération ou une reconnaissance en avantages.

IV La promotion des droits des femmes

a. Les effets timides en termes de promotion des femmes et de leurs droits

Le sujet des droits des femmes n'a presque pas été abordé au cours des animations, les effets en termes de promotion des femmes et de leurs droits sont donc plus **limités**.

Cependant quelques personnes interrogées lors de l'évaluation ont analysé l'abandon de la pratique de l'excision sous l'angle du droit. Dans les commentaires recueillis, l'excision est qualifiée de « préjudice portée à la femme » et une forme d'atteinte à son intégrité physique :

« C'est leur droit parce que quelque chose qui porte préjudice à la vie, quand on demande d'arrêter avec ça, si tu n'arrêtes pas, c'est comme si tu n'as pas respecté les droits de la personne. » H.K., homme 37 ans, Bangassy Gopela.

Même si le PPG n'a pas eu d'activités directes en termes de promotion des droits de la femme, le projet a permis aux femmes de chercher à abandonner une pratique traditionnelle que beaucoup d'entre elles considèrent avant tout comme un risque pour leur santé. Dans les villages dits d'abandon, ce sont elles qui ont pris l'initiative de 'l'abandon et sont allées vers les hommes pour les convaincre du bien-fondé de cette action. Beaucoup de maris ont d'ailleurs appris les informations sur les conséquences sanitaires de l'excision à travers leurs femmes. La plupart des jeunes garçons ont appris eux aussi ces informations grâce aux femmes en écoutant les informations pendant les séances d'animation ou quand leurs mamans évoquent le sujet à la maison. Le PPG a donc **renforcé les femmes dans leur capacité d'analyses et de défense** de leurs droits face aux hommes, même si elles n'ont pas forcément pris conscience de ces droits en tant que tels.

Le droit à la santé a pu être abordé et défendu, mais le statut de la femme n'a pas fondamentalement changé suite aux actions du projet. Il semble que le regard des hommes sur les femmes ait peu évolué. Le droit à l'intégrité physique et à l'épanouissement des femmes dans leur sexualité reste un thème encore tabou et les rapports entre les sexes restent marqués par la domination de l'homme. Certains hommes continuent à penser, ou du moins à affirmer, que l'excision reste nécessaire pour contrôler la sexualité féminine et conserver la virginité, ils disent ne pas vouloir marier de femmes non excisées. Ces arguments sont repris par certaines femmes âgées dont la préoccupation est aussi de conserver la virginité des jeunes filles pour sauvegarder les possibilités de mariage (et donc une décharge au niveau économique, la fille non mariée restant une charge sinon pour la famille). Ces

relations restent sous l'emprise de la domination masculine avec dans la réalité une certaine hypocrisie puisque en même temps, malgré l'excision, les relations avant le mariage sont fréquentes. Les femmes n'en sont pas toujours les uniques coupables et initiatrices…

b. Un combat à poursuivre

Les thèmes de la promotion des droits de la femme, et de la non-discrimination restent **à développer** et consolider pour enrichir l'argumentaire contre la pratique de l'excision, au-delà des aspects sanitaires. Même sans complication, l'excision reste une pratique contraire aux droits de la femme et à son intégrité.

Le PPG a amorcé un certain **renforcement des femmes** (empowerment) dans les villages, et leur mobilisation. Cependant, dans les contextes villageois, la lecture machiste des rapports hommes – femmes est encore telle que le sujet de l'excision et de la sexualité féminine est très sensible et nécessite d'avoir recours à des approches spécifiques pour l'évoquer publiquement. Une de ces thématiques souples pourrait être « le droit à l'intégrité physique comme droit humain fondamental ».

Une autre approche serait celle de la lutte contre les violences faites aux femmes. Cette approche sera sans doute stratégique au regard des récents évènements : en effet, certains partenaires comme l'UNICEF vont concentrer leurs programmes et appuis financiers vers les victimes des évènements récents, et notamment vers les femmes qui ont subi ces derniers mois diverses violences (populations féminines du Nord victimes de punitions et obligations infligées par les islamistes, femmes déplacées dont certaines ont rejoint la région de Kayes et qui ont dû supporter des violences psychologiques ou physiques dans leur isolement, etc.).

La dynamique amorcée vers la défense des droits des femmes mériterait d'être poursuivie et amplifiée par des actions de sensibilisation des femmes et hommes sur les inégalités en termes d'accès aux ressources, et des mécanismes d'appui aux femmes pour la défense de leurs droits économiques. Les actions de formation et financement d'AGR y contribueraient directement.

Les effets du PPG sont divers et laissent prévoir un certain **impact positif** du projet au niveau social et sanitaire.

Les résultats des activités menées ont abouti à **l'ouverture du débat publique** sur l'excision, à une **baisse de la pratique**, et à une certaine **évolution de la norme sociale** vers la non-excision, dans une certaine mesure. Cependant il existe encore des réticences des anciens ou de certains chefs religieux et de villages.

Des effets positifs sont constatés également au niveau du système sanitaire avec un **renforcement de capacités** et de mobilisation de son personnel contre l'excision. Les résultats de la prise en charge sanitaire ont comme effet l'amélioration de la santé des femmes bénéficiaires et de la prise de conscience par les femmes et certains hommes, du besoin de se préoccuper de la santé des femmes (santé globale, santé reproductive, pré et post natale). Cependant la prise en charge est limitée aux cas de complications de l'excision et les **besoins sanitaires globaux** persistent.

De façon plus transversale, le PPG a permis un renforcement des capacités d'analyse et de revendication des femmes ce qui est positif en termes de promotion de la femme. Il n'il y a pas eu cependant d'effets très visibles en termes de prise de conscience du non-respect des droits de la femme ou de remise en cause des rapports inégalitaire hommes / femmes.

La **pérennité** des activités menées et processus engagés **reste un défi** et les dynamiques initiées sont encore fragiles. Dans les divers villages, l'abandon ne sera pérenne que s'il existe une mobilisation plus importante et pérenne au-delà du projet, à la fois des autorités administratives, religieuses et traditionnelles et des leaders et relais communautaires. Les comités de suivi sont encore peu fonctionnels et les mesures prévues non appliquées. Les lettres d'abandon sont un gage insuffisant de pérennité et des actions de communications sont à poursuivre en interne et aussi en externe pour diffuser des messages sur les décisions d'abandon, en choisissant aussi certaines cibles stratégiques (jeunes, religieux..).

Le renforcement des capacités sanitaires doit devenir une **préoccupation** des directions et autorités concernées. Un **plaidoyer** au niveau national s'impose.

La recherche de mécanismes pour assurer **la pérennité du financement** de la prise en charge est prioritaire. Une stratégie de retrait du PPG reste à élaborer. Une concertation et un plaidoyer au niveau local / régional / national sont à mener pour mobiliser des financements publiques (au niveau des directions sanitaires et de promotion de la femme, des mairies et autorités locales..). Une mobilisation au niveau des villages doit aussi être recherchée, en concertant également quel peut être le rôle des migrants et leurs appuis pour cofinancer la prise en charge à l'avenir.

La recherche de pérennité est nécessaire et cette réflexion sur l'après projet aurait été souhaitable dès le **démarrage** du projet (pistes à amorcer).

Partie 6 : Réflexions pour le futur et recommandations

I. Une stratégie d'intervention à poursuivre et élargir

a. Poursuivre le programme pilote à Kayes pour l'abandon

Les résultats constatés et effets amorcés du PPG ont montré, malgré les difficultés ou fragilités, tout **l'intérêt de mener un travail** de CCC, appui au système de santé et PEC des complications pour avancer progressivement vers l'abandon de pratique néfaste comme l'excision.

Tenant compte des dynamiques sociales et de liens entre villages pour les relations de mariage, l'approche communautaire se justifie et il semble **pertinent de couvrir une zone d'action** assez **large**. L'objectif de poursuivre les actions pour couvrir l'ensemble du district sanitaire semble **pertinent**, d'autant plus que le projet revendique de mener une action pilote. Cette action au niveau du district pourrait à termes inspirer les autorités sanitaires et acteurs de la lutte pour l'abandon de l'excision, au niveau plus global et dans les autres districts.

Le PPG est un projet sur une durée assez longue : initié depuis 2006, il prévoit de couvrir l'ensemble du district sur une dizaine d'années. Il semble là aussi pertinent de considérer que la lutte contre l'excision requière une durée assez **longue** étant donné la complexité de la thématique et des résistances face au changement. Poursuivre le PPG encore quelques années se justifie. Une approche programme et non projet (avec diverses phases) serait cependant préférable pour garder plus de continuité et cohérence au processus.

Même si poursuivre le PPG semble pertinent, des ajustements et questionnements sont à prévoir pour adapter les stratégies et en améliorer l'efficience et la pérennité.

b. Préparer et initier des actions de plaidoyer

Le PPG a été jusqu'à présent essentiellement un projet de terrain, avec des dynamiques initiées au niveau local / régional et quelques liens avec les autorités sanitaires au niveau national.

En tant que projet pilote, le PPG gagnerait cependant à préparer ou **amorcer des actions de plaidoyer.** Pour cela, il conviendrait de prévoir certains ajustements :

- Pour préparer un plaidoyer, il serait souhaitable **d'impliquer** plus systématiquement les **autorités / personnes clés** dans le suivi-évaluation des résultats du projet au niveau local mais aussi national. Une ligne de financement pourrait être prévue pour financer un comité de pilotage inter institutionnel et prévoir des actions de capitalisation qui permettront aux membres du comité de pilotage de mieux analyser collectivement les résultats du PPG et échanger en comparant avec d'autres expériences.
- Il serait souhaitable au niveau du terrain **de renforcer la collecte** des données sur la non-excision et l'évolution des pratiques au niveau des CSREF, CSCOM sur toute la population féminine et des fillettes qui fréquentent ces services de santé. L'évolution de la fréquentation des centres de santé pour des problèmes gynécologiques, et notamment liés à l'excision, doit être également mieux enregistrée pour enrichir les données sur les résultats en termes de prise en charge sanitaire. Ces résultats au niveau des centres de santé pourront servir comme arguments fiables et externes au PPG pour un plaidoyer.
- Il conviendrait **d'améliorer les outils** de suivi de résultats et effets du projet et prévoir des financements pour des actions de **communication** (évènements, publications, documentaires). Des cibles de plaidoyer doivent alors être repérées (autorités sanitaires, politiques) et les messages adaptés.

c. De la promotion de l'abandon à la promotion de la femme : vers une approche socio-économique du droit

Le PPG a privilégié dans un premier temps une approche par la santé pour amorcer le débat sur l'abandon souhaitable de l'excision, et a amorcé plus timidement une approche par les droits des femmes, approche qui **doit prendre de l'ampleur** dans la prochaine phase. Il semble en effet pertinent de compléter l'approche par la santé par celle sur le respect des droits des femmes et des enfants, de leur intégrité physique et épanouissement.

L'approche par la lutte contre les violences faites aux femmes semble aussi stratégique, notamment dans le contexte actuel et face aux priorités annoncées de certains partenaires financiers.

On peut rappeler cependant que **d'autres contraintes** limitent les possibilités pour les femmes de revendiquer et jouir de leurs droits. Ces contraintes sont celles de la pauvreté, du manque d'accès à la formation et à l'alphabétisation, du manque d'accès aux soins, du manque d'accès à du capital et au foncier, de l'absence de revenus propres etc. Dans quelle mesure les femmes peuvent alors vraiment défendre et réclamer leurs droits si leurs besoins de base ne sont pas satisfaits, si leur préoccupation journalière pour la survie de la famille occupe leur temps et énergie, ou encore si elles sont totalement dépendantes économiquement et donc sans liberté d'actions ? En Europe, les mouvements de revendication des droits des femmes se sont développés en même temps que le travail des femmes et leur autonomisation économique.

Pour ces raisons, il serait tout à fait cohérent **d'imaginer élargir** aussi les actions du PPG et prévoir :

- D'associer au travail de promotion des droits de la femme, des actions de **promotion des femmes** : formation, alphabétisation fonctionnelle, microcrédit, activités génératrices de revenus etc.… Ces actions ne sont pas forcément éligibles aux financements « droits de l'homme » mais d'autres lignes de financements peuvent être sollicitées (pour des actions de développement économique et social des femmes). Des **alliances sont également à trouver avec des organisations** qui peuvent travailler plus spécifiquement sur l'amélioration des conditions de vie des femmes en parallèle aux actions du PPG.
- Participer à des **échanges d'expériences** avec des programmes / projets de promotion de la femme (ou avec une approche genre développée) notamment dans autres pays africains voisins, et d'autres pays musulmans. A ce titre, on peut souligner le travail de capitalisation de la GIZ (en Guinée mais aussi en Mauritanie et autres pays d'Afrique) qui apporte des témoignages et apprentissages utiles à l'action:

Au regard de ces recommandations stratégiques, diverses recommandations opérationnelles peuvent être formulées pour la prochaine phase du PPG.

II. Recommandations sur le projet 2013-2016

Au niveau des activités

1. Repenser la stratégie du passage de 100 à 250 villages

Au regard des résultats du PPG jusqu'à présent et de certaines difficultés rencontrées dans des villages dits « suspects » qui montrent le besoin de continuer un suivi intensif, il sera difficile d'étendre les activités du PPG à 250 villages avec la même stratégie. L'équipe actuelle a déjà souligné des problèmes de surcharge de travail sur les 100 villages concernés. Etendre le projet au district avec la même stratégie nécessiterait de doubler au minimum le personnel ce qui s'avère impossible au niveau du budget et alourdirait la gestion de l'équipe

Le rôle des 15 animatrices prévues dans la prochaine phase du PPG doit donc être revu et d'autres acteurs devraient être mobilisés.

- Les animatrices pourraient se charger des activités d'IEC dans les nouveaux villages dans un premier temps mais former aussi des relais pour qu'ils assument la suite des animations afin de pouvoir intégrer 50 nouveaux villages par an. La formation des relais doit alors être conçue comme une formation d'animateurs, et des outils d'IEC doivent être disponibles. Leur prise en charge ou indemnisation doit être réfléchie. Les animatrices auraient alors un rôle de suivi des relais. Il serait aussi souhaitable de prévoir une dynamique d'échanges entre villages, pour profiter des avancées des anciens villages en mobilisant des personnes clés (relais, imams, enseignants, autres structures).
- Le PPG pourrait aussi modifier radicalement la stratégie et miser sur un travail depuis les villages déjà acquis qui serait en charge de sensibiliser 1 à 2 autres villages autour, par des animations qui peuvent prendre des formes très diverses : concours sportifs ou culturels entre jeunes, échanges entre groupements de femmes, causeries entre leaders. Le projet pourrait mettre à disposition des moyens financiers pour appuyer des animations et les animatrices seraient en charge d'accompagner les initiatives des villages avec les relais.
- Le PPG pourrait aussi choisir de mobiliser d'autres structures locales membres du CLAPN qui peuvent intervenir. Mais un budget devra être disponible ou renforcé pour assurer à la fois la formation de ces nouveaux partenaires, les activités et leur coût de fonctionnement en personnel, et le suivi. Cette option qui peut être pertinente au niveau stratégique est cependant difficilement réalisable si les autres structures n'ont pas de capacités installées pour mener les activités et des financements qu'elles peuvent mobiliser. Une analyse plus détaillée du contexte institutionnelle doit être menées car d'après l'AMSOPT, peu de structures sont opérationnelles à Kayes dans le domaine des MGF et pourront mobiliser des ressources pour les activités.

2. Définir des cibles prioritaires et adapter les messages et stratégies

Pour plus d'efficacité et d'efficience, le PPG gagnerait à définir des groupes cibles prioritaires et adapter à la fois ses stratégies et messages en fonction des cibles. Par exemple :

- ***Les femmes :*** le PPG pourrait chercher à mobiliser prioritairement les présidentes des femmes et faire des groupements féminins sa porte d'entrée dans la communauté. Les thèmes à aborder pourrait continuer à être l'approche par la santé mais en intégrant peu à peu des sensibilisations sur les droits de la femme et la non-discrimination des femmes, et des actions transversales de renforcement de capacités des groupements féminins. Des

femmes prises en charges et ex exciseuses pourraient venir témoigner et des « success story » pourraient être diffusées pour montrer que la non –excision est acceptée également par certains hommes (et laisse possible le mariage).

- **Les hommes** : le PPG pourrait accentuer ses actions d'IEC spécifiquement vers les hommes en adaptant les actions d'IEC pour mieux tenir compte des disponibilités des hommes et diversifier les approches. La sensibilisation peut être menée avec une approche par la santé mais aussi sur des aspects économiques : coût de l'excision, coût des complications, importance du travail de la femme et apports économiques à préserver. Ces aspects doivent contribuer à la reconnaissance du rôle économique de la femme et sont importants en termes d'empowerment des femmes. Des témoignages de maris de femmes prises en charges et d'hommes acceptant la non-excision seraient à encourager. Les animations avec les hommes pourraient être testées avec du personnel masculin.
- **Les jeunes :** Le PPG devrait encourager des actions vers les jeunes (filles et garçons, scolarisés ou non) en développant des messages répondant à leur besoin d'information Il serait pertinent vers ce public d'utiliser non seulement des animations orales mais aussi des outils visuels et développer des actions de sensibilisation par le théâtre, des jeux de rôle, la musique, des petits concours. La mobilisation des enseignants serait à poursuivre.

3. Développer des activités spécifiques suivant le statut des villages

Le suivi des villages reste une activité importante pour consolider les processus en renforçant peu à peu les dynamiques de changements avec une adhésion croissante de la population. Il apparait donc stratégique de différentier les activités d'IEC dans les « nouveaux » villages des activités de suivi dans les « anciens » villages pour éviter toute monotonie et gagner en efficience.

Les activités de la prochaine phase du PPG dans chaque village doivent être prévues en fonction du statut du village (abandon, suspects, en voie d'abandon et réticents) et des besoins d'animation ou de renforcement. Le nombre de visites de l'équipe et leur fréquence doit aussi être défini en fonction de la catégorisation des villages.

Pour le suivi des villages d'abandon, il peut être suggérer de miser sur des actions de communication en interne pour rappeler le débat public sur l'excision et les décisions prises. Une stratégie de sensibilisation / mobilisation des jeunes peut être prévue à cet effet dans les villages ou des activités d'IEC ont déjà été menées, par le biais de concours. Les jeunes pourraient par exemple être incités à devenir eux-mêmes porteurs du message vers les autres habitants du village (ou d'autres villages aussi) en organisant un concours entre eux pour primer les actions les plus performantes, visibles, originales en termes de sensibilisation. Les migrants pourraient être mobilisés pour aider à financer le concours (petits lots par villages) en mobilisant leurs partenaires ou réseaux. Les migrants seraient aussi impliqués dans le jury du concours.

Les exciseuses ayant déposé le couteau doivent être impliquées si possible dans des activités de communication (en valorisant leur décision d'abandon) mais aussi si possible dans des actions de développement pour qu'elles ne soient pas tentées de reprendre le couteau.

4. Développer les échanges entre villages et témoignages

Pour consolider les processus d'abandon de l'excision au niveau communautaire il serait souhaitable de renforcer les échanges de bonnes pratiques et expériences entre les villages acquis à la cause et ceux qui sont encore réticents et de renforcer la diffusion des résultats et des échanges entre les villages. Le partage des leçons apprises et des bonnes pratiques décelées jusqu'à présent serait utile.

Des journées d'échange peuvent être organisées entre leaders communautaires, religieux, ou entre certaines catégories (femmes de plusieurs villages, jeunes..).

Afin d'encourager l'abandon de l'excision, la stratégie de communication de masse initiée en 2008 (théâtre forum, Cinéma Numérique Ambulant, stations de radio locales et télévision nationale) est à poursuivre en communiquant non seulement sur les conséquences de l'excision mais en cherchant aussi à diffuser les résultats obtenus et en les valorisant (témoignages).

5. Former et mobiliser plus les autorités religieuses

L'argument religieux restant encore très présent, le travail de formation et mobilisation des leaders religieux semble devoir être renforcé. Des actions spécifiques devraient être menées vers les Imams en mobilisant d'autres Imams et en organisant une rencontre ou un atelier entre responsables religieux. Des échanges et débats peuvent être facilités au, niveau local / régional mais en mobilisant aussi si possible d'autres leaders connus au niveau national ou plus régional (Afrique de l'Ouest).

Des échanges entre des religieux chrétiens et musulmans peuvent être facilités.

L'analyse des livres saints par les leaders religieux afin de s'interroger sur l'existence de sourates très clairs sur la pratique ou non pratique de l'excision que l'ONG pourra utiliser pour convaincre les réticents au nom de l'islam ;

6. Former et mobiliser les enseignants

Un travail spécifique vers les enseignants devrait être poursuivi et développé pour toucher la cible des jeunes. Les enseignants sont des personnes ressources stratégiques, qui ont une légitimité et capacité d'influence des jeunes.

Divers outils existent sur l'excision, ils pourraient être facilités aux enseignants pour les former, puis les mobiliser et appuyer leur travail auprès des jeunes.

Le Docteur Touré a récemment élaboré un jeu pédagogique sur l'excision comme support de sensibilisation des jeunes. Ce jeu une fois finalisé, pourrait être testé dans certaines écoles, avec la participation d'enseignants pour animer le débat. Le docteur Touré a pris des contacts avec certaines autorités de l'enseignement à Bamako pour discuter de cet outil et des possibilités de l'utiliser dans de écoles. Cette initiative pourrait être soutenue dans le cadre du PPG et le jeu testé dans quelques écoles du district en poursuivant ainsi la mobilisation de certains enseignants qui ont été formés lors de la phase 3.

7. Dynamiser les relais communautaires

Pour renforcer la pérennité des processus de changement en cours, pour perpétuer la prise en charge sanitaire, et pour arriver à atteindre l'ensemble des villages des districts, il semble important de renforcer le rôle des relais communautaires.

Les relais devraient être considérés dans l'avenir comme des personnes clés pour réaliser les actions d'IEC, dynamiser le suivi, organiser le prise en charge, mobiliser les diverses personnes ressources, communiquer sur les résultats au sein du village. Leur indemnisation peut être prévue soit à partir des mécanismes futurs de financement de la prise en charge, soit à partir d'apports communautaires en lien avec les habitudes locales à Kayes (par exemple mise à disposition de parcelles, etc.).

Une évaluation devrait être menées également dans les villages déjà concernés pour identifier à la fois quelle est la légitimité et le niveau d'implication des relais actuels, et quels sont leurs besoins de renforcement / formation. Les relais doivent être formés et outillés en matériel d'IEC. Si cela semble nécessaire, une discussion peut être menée au sien des villages pour analyser s'il serait souhaitable de changer le relais (si inactif).

8. Mobiliser les acteurs pour cofinancer la PEC

Dans un souci de pérennité, la prochaine phase du PPG devra concentrer ses efforts sur la recherche de mécanismes durables pour cofinancer la poursuite de la prise en charge et définir une stratégie de retrait du projet. Pour cela un travail de valorisation des résultats, communication, plaidoyer sera nécessaire autant au niveau régional que national. Ce travail de plaidoyer devra être mené autant sur le volet « promotion de l'abandon de l'excision » comme sur celui de la PEC.

Il sera donc important de dynamiser et renforcer la collaboration avec les autorités sanitaires, de la promotion de la femme, du PNLE, les autorités politiques et la collaboration avec d'autres acteurs (Croix rouge, Enda Tiers monde, Stop Sahel). Le travail au sien du CLAPN doit viser une action de plaidoyer de plus grande ampleur et plus grande portée.

9. Associer les migrants sur diverses activités

Le travail avec les migrants doit être poursuivi et le PPG pourrait rechercher leur implication à divers niveaux :

- Pour appuyer le travail d'IEC notamment dans les villages ou des dynamiques sont initiées et ou des actions de communication, témoignages, mobilisation de personnes ressources sont à prévoir pour renforcer les processus
- Auprès de la cible des jeunes, en finançant par exemple des actions de concours par la mobilisation de jeunes et leur accompagnement par leurs professeurs.
- Pour les cérémonies d'abandon mais aussi en participant à des émissions radiophoniques, des outils audiovisuels.
- En apportant des appuis financiers pour cofinancer des actions de PEC des femmes victimes de complications dans les villages d'origine
- En soutenant et renforçant les actions de plaidoyer menées localement et nationalement.

Sur l'organisation de l'équipe

10. Faire évoluer le rôle de l'équipe

L'organisation de l'équipe du PPG pourrait être revue au regard des objectifs et stratégies privilégiées. Une montée progressive de 3 à 5 assistants et 10 à 15 animatrices comme proposé dans le document projet ne semble pas forcément logique puisque la charge de travail sera intense dès le démarrage du projet. Par ailleurs cette dernière phase du PPG suppose aussi de mettre en place une stratégie de retrait progressif ce qui est contraire à l'augmentation du nombre de personnel au cours des années.

Il semblerait préférable de prévoir dès le démarrage de mobiliser l'ensemble de l'équipe (suivant le budget disponible environ 4 assistants et 13 animatrices) et former les nouveaux membres dès la première année pour qu'ils puissent rapidement être opérationnels et couvrir un maximum de villages. Idéalement, au cours du temps, cette équipe devrait se retirer progressivement des actions de terrain et mener plus d'actions de suivi et capitalisation, selon une stratégie de retrait progressif.

L'organisation de l'équipe est à revoir en fonction des stratégies choisies pour atteindre les 250 villages. Le rôle des animatrices ne peut rester identique : elles devront en plus des activités d'IEC, encadrer soit les relais soit d'autres partenaires, ou suivre et appuyer les actions de mobilisation menées par des villages vers d'autres villages. Elles devront donc être formées et appuyées dans ces nouvelles responsabilités.

Des échanges entre animatrices doivent être prévus.

Le rôle des 4 assistants doit aussi être revu et précisé suivant les activités et stratégies privilégiées. Il doit aller au-delà du suivi des animatrices, pour assurer :

- Un bon suivi des nouveaux villages (50 par an). L'encadrement des nouvelles animatrices est à prévoir également.
- Les assistants devront appuyer le suivi des anciens villages avec abandon / en voie d'abandon / réticents (les 100 actuels + 50 nouveaux par an) et la mobilisation des relais communautaires, des religieux, des enseignants.
- Les assistants devront aussi revoir avec les animatrices les outils d'IEC pour les améliorer, définir des messages ciblés, et multipliés pour être transmis aux relais. Ils devront prévoir et valider de nouveaux mécanismes de planification des activités pour que les activités soient adaptées selon le statut des villages.
- Les assistants devront assurer le suivi du travail de renforcement du système sanitaire et de la PEC, et animer les concertations sur le financement de la PEC et du rôle futur des relais pour cette PEC. Ils devront mobiliser les acteurs locaux, communautaires, migrants pour rechercher des mécanismes de financements

Une division des responsabilités entre assistants devra être prévue.

11. Améliorer les conditions matérielles de travail de l'équipe

La prochaine phase du PPG doit tenir compte des besoins logistiques et matériels des agents de terrain et du personnel du bureau de Kayes et Bamako, en prévoyant notamment:

- un local à Kayes plus adapté au nombre d'agent (plus grand et climatisé) avec de l'espace sécurisé pour la logistique de déplacement,
- une salle de réunion équipée en chaises, tables, vidéo projecteur et réfrigérateur pour les besoins d'eau, et avec du matériel de communication / sensibilisation sur l'excision (affiches, bibliothèque);
- des moyens logistiques adaptés aux conditions pour le suivi des activités. La présence d'une voiture sera sans doute nécessaire.

12. Renforcer les mécanismes et outils de suivi internes

L'équipe projet de la prochaine phase du PPG devrait revoir ses activités et son organisation pour renforcer le système de collecte des données pour assurer une meilleur suivi des activités mais aussi des résultats et effets. L'équipe de l'AMSOPT devrait privilégier une approche de « gestion par les résultats ». Cela est important pour la mise en œuvre du PPG, et tenant compte de son objectif de projet pilote.

Il serait utile de revoir les indicateurs du cadre logique, les discuter, les préciser au regard des faiblesses et limites soulignées dans cette évaluation (par exemple préciser les indicateurs et critères de classification des villages, la signature de lettres d'abandon n'étant pas un indicateur assez fiable).

Des efforts doivent être faits pour préciser quelle est la situation de départ (cette présente évaluation donne de nombreuses données pour cela) et définir quels seront les mécanismes pour suivre les résultats et effets d'ici la fin du PPG (enquêtes qualitatives, fiche de suivi à diffuser, évaluation mi-parcours etc.

Le rôle d'Equilibres et Populations

13. Appuyer le renforcement de capacités et discuter du modèle économique de l'AMSOPT

Le rôle d'Equilibres et Populations jusqu'à présent s'est concentré principalement sur une mission de coordination du projet, liens avec les partenaires financiers, mobilisation d'appuis, appui technique sur les aspects administratifs et financiers, et communication. Ce rôle répond aux attentes de l'AMSOPT et le partage des responsabilités semble clair.

Certaines attentes ont cependant été formulées par l'AMSOPT en termes de renforcement de capacités au niveau institutionnel, et pour ses ressources humaines (formation en formulation de projet par exemple). Le diagnostic organisationnel proposé et financé par EQUIPOP en 2008 a été riche d'enseignements et réflexions et a été jugé très utile par l'AMSOPT. A l'avenir, EQUIPOP pourrait donc intervenir de façon plus structurée sur du renforcement de capacités en définissant des objectifs de renforcements institutionnels à partir d'une demande de l'AMSOP, sur la base de l'analyse concertée de ses forces et faiblesses, au regard des besoins du PPG mais aussi des besoins plus globaux de l'AMSOPT.

- La mise en place de dynamique de « Gestion par les résultats » pourrait par exemple être l'objet d'un appui d'EQUIPOP pour renforcer son partenaire dans ses pratiques de suivi / évaluation. Cet appui peut prendre la forme d'une missions d'appui spécifique sur ce thème (mission interne par une chargée de mission d'EQUIPOP ou externe en mobilisant une ressource compétente). EQUIPOP pourrait ensuite suivre la mise en pratique des enseignements en vérifiant la logique et efficience des outils proposés.
- EQUIPOP pourrait aussi appuyer un travail de capitalisation et des études sur les processus en cours pour permettre à l'AMSOPT d'avoir un peu de recul et mettre en avant des apprentissages méthodologiques.

Enfin, EQUIPOP pourrait accompagner l'AMSOPT dans sa réflexion en cours sur sa pérennité institutionnel : quelles forces et faiblesses ? Quel modèle économique ? Quelle stratégie ? Comment mobiliser des appuis financiers ? Comment stabiliser la structure ?

- Dans cette optique de pérennité institutionnelle, l'AMSOPT souhaite aujourd'hui développer des activités dans le domaine des AGR (pour répondre également bien sûr à des besoins réels des populations). Il convient cependant d'étudier et discuter de cette possibilité plus en détails, en termes de compétences nécessaires (présentes ou à acquérir), forme juridique et contraintes légales des institutions qui gèrent des crédits, étude de marché face à la concurrence d'autres structures, marges possibles et risques économiques, etc.
- D'autres pistes sont à étudier pour la vente de services au niveau institutionnel, en valorisant le savoir-faire de l'AMSOPT. Un processus de capitalisation pourrait aussi permettre de mieux communiquer sur les expériences et compétences
- Les besoins de l'équipe en renforcement de capacités pour répondre à des appels d'offres sont également à analyser, afin de faciliter leur accès à des financements (de projets, programmes ou de participation ponctuelle à des programmes) ainsi que leur besoin de mise en réseau avec les divers partenaires financiers.

14. Renforcer l'approche genre

En tant que partenaire de confiance et structure avec une large expérience en termes de promotion des femmes et défense de leurs droits, EQUIPOP a un rôle à jouer auprès de l'AMSOPT, et en particulier dans le cadre de la dernière phase du PPG pour renforcer « l'approche genre » et celle de la défense des droits des femmes.

Il conviendrait de prévoir des formations, animations, réflexions internes pour amener les animatrices à comprendre et percevoir l'excision comme une violation des droits de la petite fille et de la femme afin qu'elles puissent développer d'autres arguments relatifs à la défense des droits de la femme.

EQUIPOP, qui appuie des processus de promotion des femmes et renforcement de leurs capacités dans divers pays, peut faire un lien entre ses divers terrains et sera en position clé pour proposer des échanges d'expériences (sous une forme à définir). Même si les contextes sont différents, des échanges sur diverses expériences de promotion des droits des femmes seraient très enrichissants.

Les recommandations formulées dans cette évaluation sont **complémentaires** et doivent être prises en compte à divers niveaux de réflexion :

- Dans la réflexion **stratégique globale** des acteurs impliqués,
- Dans la réflexion **opérationnelle** sur le **prochain projet**,
- Dans la réflexion stratégique et opérationnelle pour consolider **la relation partenariale** entre EQUIPOP et AMSOPT.

Au regard des divers enjeux, les **recommandations prioritaires à court terme** sont celles concernant le prochain projet en phase de démarrage, afin de chercher la **pérennité des processus et les consolider pour préparer le retrait du projet**, et la diffusion de ses résultats.

Plus particulièrement :

- ✓ Repenser la stratégie du passage de 100 à 250 villages
- ✓ Dynamiser les relais communautaires
- ✓ Définir des cibles prioritaires et adapter les messages et stratégies
- ✓ Former et mobiliser les enseignants
- ✓ Mobiliser les acteurs pour cofinancer la PEC
- ✓ Associer les migrants sur diverses activités

L'appui d'EQUIPOP doit permettre :

- ✓ De renforcer les mécanismes et outils de suivi internes du projet
- ✓ Renforcer l'approche genre (échanges, outils genrés)

Parallèlement, à court et moyen terme il apparait opportun de préparer également l'après projet, l'évolution de la relation partenariale ente EQUIPOP et AMSOPT (après plus de 10 ans). Pour cela :

- ✓ appuyer le renforcement de capacités de l'AMSOPT
- ✓ discuter de son modèle économique.

ANNEXE 1 : Cadre logique du PPG, phase 3

OBJECTIF GENERAL	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VERIFIABLES	SOURCES DE VERIFICATION	HYPOTHESES DE RISQUES
Contribuer à l'abandon des mutilations sexuelles féminines et plus globalement à la promotion de la santé dans le district sanitaire de Kayes.	**Incidence de l'excision dans le district de Kayes**	Evaluation ad hoc	Mobilisation des décideurs

Objectif spécifique 1 : Amener les communautés de 40 nouveaux villages à abandonner la pratique de l'excision et favoriser le maintien de l'abandon dans les 60 anciens villages déjà couverts par le projet.	**R1: Au moins 32 (80%) des villages touchés par le projet ont abandonné la pratique de l'excision et l'ensemble des anciens villages maintient sa position**	**IOV1 : nombre de villages signant une lettre d'abandon**	Comptabilisation des lettres d'abandon	Stabilité du contexte politique malien / Mobilisation des communautés
	↳ **A1.1** : Identification des nouveaux villages et réalisation d'un document de cartographie socio-sanitaire	**IOV1.1** : le document de cartographie socio-sanitaire est rédigé	Existence des documents de cartographie socio-sanitaire des villages touchés	
	↳ **A1.2** : Prise de contact avec les nouveaux villages	**IOV1.2** : nombre de villages inscrits au projet	Emargement des rencontres initiales et accord écrit des leaders	Acceptation par les communautés
	↳ **A1.3** : Organisation des formations des animateurs, des relais, des groupements de femmes et des leaders communautaires	**IOV1.3** : nombre de participants aux formations	Emargement des formations	
	↳ **A1.4** : Développement et suivi du plan d'action de chaque village	**IOV1.4** : nombre de plans d'action élaborés	Rapports des animatrices, de l'assistant, du chargé de projet	Mobilisation des communautés
	↳ **A1.5** : Organisation d'une cérémonie commune d'abandon de l'excision	**IOV1.5** : déroulement de la cérémonie d'abandon	Rapport du déroulé de la cérémonie	Mobilisation des communautés
	↳ **A1.6** : Mise en place des AGR	**IOV1.6** : taux de remboursements des AGR	Rapports comptables des caisses des groupements	Mobilisation des communautés

Objectif spécifique 2 : Amener les migrants issus de ces localités à adhérer au processus d'abandon et à en devenir des relais auprès de la communauté africaine vivant en France.	R2 : 90% des migrants mobilisés (individus et organisations) signent une lettre de soutien de l'abandon des MSF	**IOV2 : nombre de migrants signataires d'une lettre de soutien de l'abandon des MSF.**	Rapport de mission	Mobilisation des migrants
	↳ A2.1 : Identification et mobilisation des associations de ressortissants des villages du projet	**IOV2.1** : nombre d'associations mobilisées	Emargement des réunions et engagement écrit des associations	Mobilisation des associations de migrants
	↳ A2.2 : Formation d'un groupe de migrants relais aux risques sanitaires des MSF	**IOV2.2** : nombre de séances de formations suivies par les migrants	Emargement des séances de formation et rapport qualitatif de l'activité	
	↳ A2.3 : Participation d'une délégation de 10 migrants relais à la cérémonie d'abandon	**IOV2.3** : nombre de migrants participant à la cérémonie d'abandon	Rapport de mission	Mobilisation des migrants
	↳ A2.4 : Investissement des 10 migrants relais dans la sensibilisation de leurs pairs	**IOV2.4** : nombre de migrants investis dans les restitutions	Comptes rendus des restitutions, émargement des séances	Mobilisation des migrants
	↳ A2.5 : Investissement des anciens migrants relais dans la préparation des nouveaux	**IOV2.5** : Les anciens migrants relais participent aux activités de sensibilisation en France	Emargement des séances de sensibilisation, des causeries et rapports d'activité	Mobilisation des migrants

Objectif spécifique 3 : Assurer la prise en charge médicale des cas de complications les plus graves dans les villages touchés par le projet.	R3: 200 nouveaux cas sont identifiés et traités	**IOV3 : nombre de cas de complications pris en charge**	Facturation des kits de soins, rapports de suivi des animateurs	La relation de confiance se renforce entre les communautés et le projet
	↳ A3.1 : Identification et traitement de 200 cas de séquelles d'excision	**IOV3.1** : nombre de cas de complications pris en charge	Facturation des kits de soins, rapports de suivi des animateurs	La relation de confiance se renforce entre les communautés et le projet

Objectif spécifique 4 : Renforcer la réponse du district sanitaire aux complications de l'excision.	**R4 : Un comité de médecins et de techniciens de santé chargé du suivi des MSF est formalisé au niveau du district sanitaire. Le système de référencement et de contre référencement est formalisé.**	**IOV4 : le SR/CR et le comité médical de suivi des MSF à Kayes sont formalisés**	Circulaires administratives instituant comité et SR/CR	Mobilisation des autorités sanitaires, des médecins et des techniciens de santé
	↳ A4. 1 Formation de cinq médecins référents à la prise en charge des séquelles de l'excision	IOV4.1 : nombre de médecins bénéficiant de l formation	Rapport des formateurs, évaluation par les bénéficiaires	Mobilisation des autorités sanitaires et des médecins
	↳ A4.2 Formation de 20 techniciens de santé à la prise en charge des MSF	IOV4.2 : nombre de techniciens bénéficiant de la formation	Rapport des formateurs, évaluation par les bénéficiaires	Mobilisation des autorités sanitaires et des techniciens de santé
	↳ A4.3 : formalisation d'un cadre de référencement et de contre référencement des cas au sein du district sanitaire de Kayes	IOV4.3 : existence d'une circulaire administrative définissant le SR/CR	Constatation ad hoc	Mobilisation des autorités sanitaires, des médecins et des techniciens de santé
Objectif spécifique 5 : Renforcer les organes de concertation entre les acteurs de la promotion de l'abandon de l'excision du cercle de Kayes.	R5 : Un plan d'action jusqu'à 2012, commun avec l'ensemble des acteurs investis dans la promotion de l'abandon des MSF dans le district sanitaire de Kayes est conçu.	IOV5 : existence et qualité des documents stratégiques communs	documents de stratégie partagés	Mobilisation des acteurs de la prévention aux MSF de Kayes.
	↳ A5.1 : Réunions trimestrielles du CLAPN	IOV5.1: nombre d'organisations participant au CLAPN	Emargement des réunions et comptes rendus des réunions	Mobilisation de l'ensemble des organisations présentes à Kayes
	↳ A5.2 : Réunions trimestrielles du groupe de concertation inter associatif et définition d'une stratégie commune 2010 - 2012	IOV5.2 : nombre d'organisation participant aux concertations, existence d'un document stratégique commun	Emargement et comptes rendus des réunions, document de stratégie commune validée par les participants	Mobilisation de l'ensemble des organisations présentes à Kayes
Objectif spécifique 6 : Renforcer la qualité des outils pédagogiques existant pour la sensibilisation aux risques des mutilations sexuelles.	R6: De nouveaux outils de prévention sont publiés et accessibles aux acteurs de la promotion de l'abandon des MSF.	IOV6 : existence des outils pédagogiques	Constatation ad hoc	
	↳ A6.1 : Réalisation d'un manuel de formation d'animateur	IOV6.1 : existence d'un manuel de formation	Publication du manuel, nombre de diffusions	Mobilisation des partenaires pour la conception
	↳ A6.2 : Réalisation de supports pédagogiques pour les activités de terrain	IOV6.2 : existence de nouveaux supports pédagogiques	Publication des supports, nombre de diffusions	Mobilisation des partenaires pour la conception
	↳ A6.3 : Insertion d'un curriculum d'éducation sexuelle dans la formation des animateurs	IOV6.3 : existence d'un volet d'éducation sexuelle dans les formations	Contenu des supports publiés	Mobilisation des partenaires pour la conception et la formation

ANNEXE 2 : Formation à l'évaluation

Notions abordées :

Les divers types d'évaluation :

Nature et caractère de l'évaluation	Objectifs	Moyens à mobiliser
Evaluation « ante »	Définir et analyser la faisabilité d'une action prévue Réfléchir à la pertinence cohérence d'une proposition de projet / programme Repérer les conditions de mise en œuvre et risques Faire un état des lieux de la situation initiale (base ligne) pour mieux définir les résultats et changements attendus.	Ressource humaine interne d'une structure, et / ou appui externe spécialisé sur une région ou thématique Moyens logistiques pour des visites aux acteurs de la région. Revue documentaire thématique, sociale, historique et économique
Evaluation intermédiaire	Dresser un bilan des actions réalisées et repérer les difficultés de mise en œuvre opérationnelle. Vérifier la cohérence, pertinence de la proposition au regard des résultats atteints ou non atteints. Proposer si besoin des réorientations stratégiques et / ou opérationnelles. Vérifier le respect des calendriers (repérer des retards) pour anticiper sur des demandes de prolongation du projet. Vérifier l'exécution budgétaire pour proposer d'éventuels réajustements au cours du projet Vérifier la bonne mise en œuvre des outils de suivi / évaluation et capitalisation.	Ressource humaine interne d'une structure, et / ou appui externe spécialisé Moyens logistiques pour des visites aux acteurs de la région et bénéficiaires. Revue des documents projets, rapports d'activités, rapports financiers. Analyse du système de Suivi évaluation.
Evaluation post	Dresser un bilan du projet (redevabilité pour les partenaires techniques et financiers) sur les actions réalisées, les résultats et effets (ou impact). Capitaliser l'expérience en prenant du recul sur sa mise en œuvre et ses résultats. Partager les informations (trace écrite du projet) Souligner les apprentissages méthodologiques et réflexions stratégiques utiles à l'action pour d'autres interventions futures (dans la même zone ou sur la même thématique ou par les mêmes acteurs..). Aider à la définition d'une nouvelle phase Montrer la crédibilité des intervenants, la qualité de l'action, son utilité, son besoin d'être encore soutenu ou multiplié. Souligner ses faiblesses pour améliorer l'action et l'utilité de l'aide	Ressource humaine externe spécialisé, avec un regard neutre distancié. Moyens logistiques pour des visites aux acteurs de la région et bénéficiaires. Revue des documents projets, rapports d'activités, rapports financiers. Analyse du système de Suivi évaluation. Analyse d'autres projets en cours
Evaluation interne :	Pour le pilotage d'une action	Interne avec parfois un appui externe
Evaluation externe	Pour un bilan objectif (plus neutre) et des réflexions utiles à l'action	Externe avec une mobilisation interne.

i

Les critères d'évaluation (retenus OCDE / UE)

1. pertinence
2. cohérence
3. efficacité (effectivité des actions)
4. efficience
5. résultats (efficacité de l'action)
6. pérennité
7. effets / impact

Et parfois aussi :

8. visibilité
9. innovation

La démarche

- ✓ Elaborer les questionnements (« questions évaluatives » au regard des enjeux, objectifs, résultats attendus, du contexte…)
- ✓ Repérer des critères de jugement et indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) pour répondre à ces questionnements
- ✓ Croiser divers outils de collecte de l'information pour mieux appréhender les situations

Les outils

- ✓ Revue documentaire
- ✓ Entretiens individuels avec des personnes ressources. Entretiens semi directifs sur la base de grille d'entretiens
- ✓ Entretiens collectifs avec des groupes de personnes. « Focus groupe » : groupes formés suivant des critères pertinents (suivant les cas) pour permettre une certaine homogénéité dans le groupe et l'expression des personnes qui sont moins audibles parfois lorsque présentes dans un groupe hétérogène. Entretiens semi directifs sur la base de grille d'entretiens
- ✓ Questionnaire (par écrit, mail et Internet, ou oral). Questions fermées adressées à un nombre important de personnes ou un échantillon plus restreint précis représentatif.
- ✓ Observations en direct (d'activités)
- ✓ Atelier de discussion
- ✓ Atelier avec des groupes de travail

Les outils doivent permettre de récupérer de l'information quantitative et qualitative.

L'échantillonnage

- ✓ Il peut être aléatoire (mais doit être représentatif ce qui impose un échantillon vaste suivant la variabilité de situations envisagées). Une analyse statistique de la variabilité (test du K2 etc..) doit aider à définir la taille de l'échantillon.

- ✓ Il peut être raisonné en cherchant à prendre en compte l'hétérogénéité des situations. L'échantillon se construit sur la base des critères de différentiation qui semblent les plus pertinents et peuvent influencer les résultats du projet. Les constats de l'échantillon ne seront pas statistiquement représentatifs (et ne peuvent pas être généralisés automatiquement). Ils doivent être présentés et discutés avec les acteurs locaux pour vérifier dans quelle mesure ils sont extrapolables et renseignent significativement et fidèlement la situation.

Les limites de l'évaluation

- ✓ En temps (peu de temps en général pour prendre en compte toute la zone d'action)
- ✓ En ressources financières et humaines (besoin de temps et ressources)
- ✓ Une certaine dépendance de la qualité des systèmes de suivi / évaluation (situation initiale pour comparer, information disponible facilement sur les activités / résultats, enquêtes menées en cours de projet sur les effets / impacts)
- ✓ En fiabilité des interlocuteurs et franchise face à l'évaluateur (« jeu » de l'évaluation)
- ✓ En formulation de recommandations qui peuvent sembler trop tardives sur des projets finalisés (elles doivent être proposées en termes de capitalisation et perspectives

ANNEXE 3 : Détail de l’agenda de terrain

	Activités	Horaires	Participants (responsabilités)	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Observations : difficultés, présence du chef de village / Imam / différentes communautés
Lundi 21						
	Voyage Bamako - Kayes					
	Réunion avec AMSOPT	8H00	Coordinatrice, assist & animatrices	**2**	**10**	
Mardi 22						
	Réunion AMSOPT	7H30	chef de projet, assistants, animatrices	**2**	**10**	les discussions ont porté sur la note de cadrage mais la réunion a été interrompue pour permettre aux évaluateurs de visiter le premier
	Village Mamoudouya	10H	Chef village, présidente des femmes, relais, imam, hommes et femmes du villages, exciseuse			Le chef de village était présent ainsi que l'imam et la présidente des femmes
	Entretiens individuels			**2**	**2**	
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**13**	
	Focus groupe femmes agées		femmes âgées		**11**	
	Focus groupe hommes jeunes					Les jeunes étaient allés travailler dans un autre lieu pour la journée et n'ont pas pu être mobilisés pour le focus
	Focus groupe hommes agés		hommes âgés	**7**		
	Réunions institutionnelles:					
	DRPFEF	14H30	Directrice		**1**	
			Point focal		**1**	
	Préfécture	15H30	Sous Prefet	**1**		
Mercredi 23						
	Village Bangassi Gopela	8H00				
	Entretiens individuels		chef de village, maire adjoint, relais, présidente femmes, imam	**3**	**2**	Le chef de village, l'adjoint au maire, l'imam étaient sur place. Il a fallu effectuer un second passage dans ce village pour réaliser le focus avec les hommes jeunes qui étaient allés à l'école pendant la matinée
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**20**	
	Focus groupe femmes agées				**45**	
	Focus groupe hommes jeunes			**7**		
	Focus groupe hommes agés			**6**		
	Village Madinel	12H00				
	Entretiens individuels		chef de village, imam, relais	**2**	**2**	Le chef de village, l'imam étaient présents. Le chef de village s'est particulièrement investi pour la mobilisation
	Focus groupe femmes jeunes				**15**	
	Focus groupe femmes agées				**17**	
	Focus groupe hommes jeunes			**10**		
	Focus groupe hommes agés			**8**		

	Activités	Horaires	Participants (responsabilités)	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Observations : difficultés, présence du chef de village / Imam / différentes communautés
Jeudi 24						
	Village Kersigani	10H				
	Entretiens individuels		relais		**1**	
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**10**	
	Focus groupe femmes agées		feemmes âgées		**17**	
	Focus groupe hommes jeunes			**0**		Les hommes n'ont pas pu être rencontrés car ont des occupations hors du village. A notre seconde visite ce même jour, ils n'ont tout simplement pas voulu. Le conseiller s'est dérobé. pariticper aux causeries. Apparamment ils n'ont pas été beaucoup sensibilisés sur la question
	Focus groupe hommes agés			**0**		
	Village Sithiane					En raison de l'intensité des cérémonies de mariage pendant le maouloud, la rencontre n'a pas pu se tenir à la date prévue et a été reportée au lundi 28
	Réunion AMSOPT	15H00	chef de projet, assistants, animatrices	**2**	**10**	
Vendredi 25						
	Village Gori Gopella	9H00				
	Entretiens individuels		chef de village, maire, relais	**2**	**1**	
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**7**	
	Focus groupe femmes agées		femmes âgées		**10**	
	Focus groupe hommes jeunes		hommes jeunes	**8**		
	Focus groupe hommes agés		hommes âgés	**7**		
	Réunion avec CSCOM	15H	médecins, infirmiers, matrone	**12**	**1**	
	Focus groupe		médecins, informiers12		**1**	
Samedi 26						
	Village Diacandanpé	9H000				La mobilisation a été difficile car il s'agit d'un village réticent. L'imam a été interviewé sur son lieu de travail, le mari de la présidente des femmes n'est pas favorable à ce que fait son épouse
	Entretiens individuels		Conseiller chef de village, forgeron, 2 jeunes hommes du vilage, présidente des femmes	**4**	**1**	
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**6**	
	Focus groupe femmes agées		femmes âgées		**14**	
	Focus groupe hommes jeunes		hommes jeunes	**0**		les hommes étaient partis travailler en brousse et n'étaient donc pas disponibles pour les focus
	Focus groupe hommes agés		hommes âgés	**0**		Idem
	Village Allihina	14H30				
	Entretiens individuels		Conseiller chef de village, relais, 2 jeunes hommes du village, présidente femmes	**4**	**2**	le chef de village qui est en même temps l'imam était absent du village,
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**7**	la mobilisation des femmes (jeunes et âgées) a été difficile à cause de la préparation du déjeuner. Certaines ont manifesté leur impatience parce qu'elles devaient aller piler et préparer
	Focus groupe femmes agées		femmes âgées		**14**	
	Focus groupe hommes jeunes			**0**		Les jeunes hommes étaient parti travailler en dehors du village et n'étaient donc pas disponibles pour les focus
	Focus groupe hommes agés			**6**		

	Activités	Horaires	Participants (responsabilités)	Nombre d'hommes	Nombre de femmes	Observations : difficultés, présence du chef de village / Imam / différentes communautés
Dimanche 27						
	Village Kanantaré	9H30				Il y a eu une forte mobilisation de la population pour accueillir la mission
	Entretiens individuels		Chef de village, relais, imam, présidente femmes, ex exciseuse	**3**	**2**	Le chef de village, l'imam étaient présents
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**13**	
	Focus groupe femmes agées		femmes âgées		**17**	
	Focus groupe hommes jeunes		hommes jeunes	**7**		
	Focus groupe hommes agés		hommes âgés	**6**		
	Village Fenanou	14H30				
	Entretiens individuels		chef de village, imam, présidente femmes, ex exciseuse	**2**	**2**	
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**17**	
	Focus groupe femmes agées		femmes âgées		**12**	
	Focus groupe hommes jeunes		hommes jeunes	**6**		
	Focus groupe hommes agés		hommes âgés	**6**		
Lundi 28						
	Village Sithiane	9H				Il s'agit d'un village peul,. Après 2 reports pour raison de mariage, les entretiens ont été conduits avec les cibles retenus. Le chef de village était présent mais pas l'imam qui préparait des funérailles. La mobilisation a été assez rapide tant en ce qui concerne les hommes que les femmes
	Entretiens individuels		Chef de village, présidente femmes, femmes prises en charge	**1**	**3**	
	Focus groupe femmes jeunes		femmes jeunes		**15**	
	Focus groupe femmes agées		femmes âgées		**18**	
	Focus groupe hommes jeunes		hommes jeunes	**7**		
	Focus groupe hommes agés		hommes âgés	**6**		
Mardi 29						
	Restitution	15	chef de projet, assistants, animatrices	**2**	**10**	

	Hommes	Femmes	Total
TOTAL participants AMSOPT (3 réunions: initiale, intermediaire, restitution)	**2**	**10**	**12**
TOTAL partenaires externes (autorités, CSCOM)	**13**	**4**	**17**
TOTAL bénéficiaires (dans 10 villages visités)	**120**	**316**	**436**
TOTAL (nombre de personne ayant participé à l'évaluation de terrain)	**135**	**330**	**465**