A.M.S.O.P.T.

BUREAU D'ETUDE DE RECHERCHE, DE FORMATION ET D'APPUI –CONSEIL

POUR LE DEVELOPPEMENTSIEGE SOCIAL : YIRIMADIO ZRNY

DERRIERE COUR D'APPEL /TEL 76 37 57 26 /76 18 42 75

RAPPORT DE L'EVALUATION DU PROJET D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION CONTRE LA PRATIQUE DES MGF/E ET LE MARIAGE DES ENFANTS DANS 30 VILLAGES DU DISTRICT SANITAIRE DE KAYES
Mars 2017 à Février 2019

VERSION FINALE

Juin 2019

Ce rapport d'évaluation finale a été élaboré par des évaluateurs externes. Les opinions exprimées dans ce document représentent les points de vue des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'AMSOPT, de ses partenaires ou du Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies.

Table des matières

Liste des abréviations 4
Résumé 6
- Efficacité du projet 8
  - Résultats obtenus 8
- Efficience du projet 11
- Impact du projet 11
- Durabilité du projet 11
- Connaissances et pratiques prometteuses 11
- Egalité des sexes et droits humains 12
  - Recommandations générales 12
  - Recommandations spécifiques 12

I. Contexte de l'évaluation 16
1.1 Situation de l'excision et mariage des enfants au Mali 16
1.2 Contexte du projet 17
1.3 Présentation du projet dans le district sanitaire de Kayes 18
II. Objectifs du Mandat et résultats attendus 20
2.1 Objectif général de l'évaluation 20
2.2 Objectifs spécifiques 20
2.3 Résultats attendus 21
2.4 Contexte de l'évaluation 21
III. Démarche méthodologique 23
3.1 Méthodes et outils de collecte de données 23
3.1.1 Méthode quantitative 23
3.1.2 Les outils de collecte de données 23
3.1.3 Echantillonnage 24
3.1.4 Méthode qualitative 27
3.2 Sites et cibles de l'évaluation 28
3.3 Limites de la méthodologie d'évaluation 29
3.4 Les implications éthiques et règlementaires 30
3.5 Equipe de l'évaluation 31
3.6 Etapes de la mission 32
IV. Résultats de l'évaluation 34
4.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population des zones enquêtées 34
4.2 Pertinence du projet 36

4.3 Analyse de l'efficacité 42
4.3.1 Résultats obtenus 42
4.3.2Facteurs ayant favorisé les résultats positifs 56
4.3.3 Des insuffisances à prendre en compte pour plus d'efficacité 57
4.4 Efficience du projet 58
4.5 Impact du projet 60
4.6 Durabilité du projet 61
4.7 La production des connaissances et pratiques prometteuses 64
4.8 Egalité des sexes et droits humains 65
V. Conclusions et recommandations 66
5.1 Conclusions 66
5.2 Recommandations 68
5.2.1 Recommandations générales 68
5.2.2 Recommandations spécifiques 68
Annexes 71
Annexe A : Termes de Référence 71
Annexe B : Tableau sur les bénéficiaires touchés par le projet 87
Annexe C : Bibliographie 89
Annexe D : Liste des structures rencontrées 90
Annexe E : Cibles, méthodes de collecte et contenu du guide 91
Annexe F: Matrice de l'évaluation 97
Annexe G: Outils de collecte du volet quantitatif 101
Annexe H : Guides pour les entretiens individuels et FGD 89

Liste des abréviations

AE	Académie d'enseignement
AEN	Aide de l'Eglise Norvégienne
AMSOPT	Association Malienne pour le Suivi et Orientation des Pratiques Traditionnelles
APDF	Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes
ASACO	Association de Santé Communautaire
ASDAP	Association de Soutien au Développement des Activités de Population
BERFAD	Bureau d'Etudes, Recherche, Formation et Appui au Développement
CAP	Centre d'Animation Pédagogique
CDE	Convention sur les Droits des Enfants
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'égard des Femmes
DTC	Directeur Technique de Centre
CIP	Communication Inter Personnelle
C4D	Communication For Development
CLAPN	Comité Local contre les Pratiques Néfastes
CPN	Consultation Prénatale
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
DRPFEF	Direction Régionale de la Promotion de la Femme, Enfant et Famille
DRS	Direction Régionale de la Santé
EDSM	Enquête Démographique et de Santé du Mali
FGD	Focus Group Discussion
IAMANEH	International Association for Maternal and Neonatal Health/Mali
IEC	Information, Education et Communication
INSTAT	Institut National de la Statistique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ME	Mariage des Enfants
MGF/E	Mutilations Génitales Féminines
MICS	Multiple Cluster Indicators Survey
MSF	Mutilations Sexuelles Féminines
ONG	Organisation Non Gouvernementale

PDSEC	Programme de Développement Socio Economique de la Commune
PNLE	Programme National de Lutte contre l'Excision
SCOFI	Scolarisation des Filles
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNTF	United Nations Trust Fund to End Violence against Women
WILDAF	Women in Law and Development in Africa

Résumé

Sur un financement de UN TRUST FUND (Fonds d'Affectation Spéciale des Nations Unies pour la Femme),AMSOPT (Association Malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles néfastes) a commandité une évaluation externe finale du projet « *D'information et de sensibilisation contre la pratique des MGF/ E et les mariages d'enfants dans 30 villages du district sanitaires de Kaye*s». L'évaluation a été réalisée par le bureau d'études BERFAD basé à Bamako.

L'objectif global de l'évaluation externe du projet est de comprendre comment les changements intervenus dans la vie des filles et femmes se sont opérés et d'analyser la contribution du projet à ces changements. Il s'agit pour l'AMSOPT de comprendre dans quelle mesure les objectifs assignés au projet dès son départ ont été atteints.

Spécifiquement, il s'agit de répondre aux questions relatives aux principes ci-dessous énumérés.

- **Efficacité :** Dans quelle mesure le but, les réalisations et les produits attendus du projet (résultats du projet) ont-ils été atteints, et de quelle manière ?
- **Pertinence** : Dans quelle mesure les résultats atteints (but, réalisations et produits du projet) continuent-ils de répondre aux besoins des femmes et des filles ?
- Compte tenu du contexte des violences basées sur le genre au Mali, le projet tel qu'il est mis en œuvre est-il pertinent ?
- Compte tenu de la finalité, des objectifs du projet, des moyens disponibles, et du contexte sociopolitique existant, la stratégie globale et les approches utilisées par le projet étaient-elles appropriées ?
- **Efficience :** Dans quelle mesure le projet a-t-il été mis en œuvre de façon efficiente et rentable ?
- **Durabilité :** Dans quelle mesure les résultats obtenus, notamment les changements positifs apportés à la vie des femmes et des filles (au niveau du but du projet), se perpétueront-ils après l'achèvement du projet ?
- **Impact :** Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué à éliminer la violence à l'égard des femmes ou à favoriser l'égalité des sexes et/ou l'autonomisation des femmes (que l'impact soit intentionnel ou non) ?
- **Production de connaissances :** Dans quelle mesure le projet a-t-il généré des connaissances ou des pratiques prometteuses ou émergentes dans le champ des VBG susceptibles d'être répertoriées et partagées avec d'autres praticiens ?
- **Égalité des sexes et droits humains :** Critères transversaux : l'évaluation devra examiner dans quelle mesure des approches basées sur les droits humains et sensibles au genre ont été intégrées à l'ensemble du projet.
- **Recommandations**

En vue de répondre à hauteur de souhait aux attentes des commanditaires, la démarche méthodologique utilisée par les consultants a été participative grâce aux méthodes que sont : l'administration d'un questionnaire individuel (Méthode quantitative), l'Entretien Individuel Approfondi et la Discussion de Groupe Focalisée (Focus Group Discussion)

Après analyse des informations collectées auprès de toutes les parties prenantes, les évaluateurs sont parvenu aux constats suivants :

- **Pertinence du projet**

Les informations collectées auprès des personnes rencontrées et dans les documents mis à la disposition des consultants attestent toutes de la pertinence du projet.

- ***Par rapport aux contextes national et régional***

Le choix du Mali et de la région de Kayes comme lieux d'exécution du projet est réaliste et s'explique aisément par le fait que non seulement le Mali est parmi les pays africains où les taux de prévalence de l'excision et du mariage des enfants sont les plus élevés et la région de Kayes tenant la tête de peloton avec un taux d'excision de 90% et un taux de mariage des enfants de plus de 60%. L'approche du projet est conforme aux directives nationales du Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE) basée sur: une approche communautaire, dans une dynamique d'Information / Education / Communication (IEC) et avec un volet de Prise En Charge sanitaire (PEC) des complications dues à l'excision et au mariage des enfants ; ce qui ressort des entretiens avec les personnes rencontrées dans les 12 villages.

- ***Par rapport à la situation de la pratique de l'excision et du mariage des enfants dans la zone d'intervention***

Après analyse des diverses informations collectées auprès des femmes/filles, des représentants des structures étatiques, des chefs de village et relais communautaires rencontrés et tirées des documents exploités, l'équipe d'évaluation trouve que l'ONG AMSOPT a fait preuve de réalisme dans ce choix quand on mesure la véracité des raisons avancées à savoir : les taux de prévalence encore élevés des pratiques de l'excision et du mariage des enfants dans la région de Kayes (Selon MICS 2015, la région de Kayes maintient toujours la 1ère position en termes de prévalence de l'excision avec 90% et la pratique du mariage des enfants) la persistance chez les ethnies qui peuplent la zone et surtout des conséquences liées aux deux pratiques sur la santé de la femme/fille. En intensifiant la sensibilisation des populations de 10 ans et plus sur les conséquences néfastes de la pratique de l'excision afin qu'elles adoptent des comportements positifs et en prenant en charge le maximum de cas de complication identifiés, l'ONG réduirait considérablement les taux de prévalence dans les 30 villages d'intervention.

- **Pertinence des objectifs**

Les 3 objectifs spécifiques retenus à savoir:

Objectif spécifique 1 : « D'ici 2019, les jeunes de 16 à 24 ans (filles et garçons) dans les villages partenaires du projet sont mobilisé.e.s et engagé.e.s en faveur de l'abandon des MSF, des mariages d'enfants et dans la défense de leurs droits»

Objectif spécifique 2 : A la fin du projet, les acteurs clés des domaines éducatifs, sanitaires, sociaux et communautaires s'engagent à mettre fin aux pratiques de l'excision et du mariage d'enfants et améliorent la qualité de la prise en charge des survivantes

Objectif spécifique 3 : D'ici 2019, les communautés des villages ciblés par le projet ont abandonné la pratique de l'excision et du mariage des enfants.

ont été jugés pertinents par les personnes rencontrées dans la mesure où :

- l'implication et la responsabilisation des jeunes (10-24 ans) à travers l'éducation par les pairs est jugée réaliste dans la mesure où non seulement la mobilisation des jeunes est un moyen efficace de protection des futures génération dont ils sont les futurs

parents mais aussi un levier de changement durable permettant de réduire considérablement la prévalence de l'excision et du mariage des enfants en une génération ;

- les enseignants Impliqués comme acteurs du projet peuvent faciliter la transmission du message aux pairs (filles et garçons) et servir de référence pour les questions difficiles à trancher par les communautés ;
- les agents de santé sensibilisent les femmes et les hommes qui viennent en consultation au centre sur les conséquences de l'excision et du mariage des enfants. Ils assurent aussi la prise en charge médicale des victimes et peuvent convaincre les hommes et les femmes afin qu'ils adhèrent à l'abandon ;
- les leaders communautaires (chefs de village, imams, etc.) peuvent jouer un rôle important dans la prise de décision de l'abandon de l'excision et du mariage des mariages car ils sont concertés pour les questions concernant les membres de leurs communautés ;
- l'excision et le mariage des enfants étant des pratiques fortement enracinées dans les sociétés qui les pratiquent, seule une action concertée des acteurs sociaux pourra apporter des changements.

- **Pertinence de la stratégie d'intervention**

AMSOPT a développé un dispositif intégré de communication pour les changements de comportements dans le district sanitaire de Kayes autour des axes suivants :

- les causeries sur les thématiques de santé et droits humains comme porte d'entrée de la communication ;
- l'éducation par les pairs et l'implication des jeunes (10-24 ans)
- la sensibilisation des communautés à travers les actions de communication sur le terrain et les émissions sur les radios communautaires ;
- le renforcement des capacités, l'implication et l'engagement des acteurs stratégiques comme les enseignants, le personnel médical ou les autorités sanitaires et sociales ;
- la visite à domicile ;
- la prise en charge médicale et psycho-sociale des filles et des femmes souffrant de complications liées aux MGF, ME et autres VBG ;

Cette stratégie a été jugée pertinente car adaptée aux besoins d'information et aspirations de bien être des communautés concernées par le projet.

- **Pertinence des activités**

L'information/sensibilisation (causeries éducatives, émissions radios, confection et impression d'outils de sensibilisation, tournois sportifs, visites à domicile), le renforcement des capacités des pairs éducateurs, enseignants, agents de santé, la prise en charge des victimes et le renforcement du pouvoir des femmes (mise à disposition d'un fonds de crédit, formation à la prise de parole en public), ont été les principales activités mises en œuvre pour l'atteinte des objectifs visés. Selon la quasi-totalité des personnes rencontrées ces activités sont jugées pertinentes car répondant aux besoins prioritaires des communautés.

- ➢ **Efficacité du projet**

- **Résultats obtenus**

Ils sont à la fois quantitatifs et qualitatifs.

- ❖ **Les résultats quantitatifs**

Par rapport à l'Objectif spécifique 1 :

- 87% de jeunes (garçons et filles de la zone du projet) sur une prévision de 71% ont acquis des capacités de sensibiliser leurs pairs grâce aux sessions d'éducation par les pairs réalisées à leur intention. Ces jeunes formés (60/60) ont conduit 320 sessions de sensibilisation (sur une prévision de 240) sur l'excision, le mariage des enfants dans les familles, les lieux publics non seulement à l'intention de leurs pairs mais aussi des femmes et des hommes (chefs de familles).
- Les différentes cibles ont beaucoup apprécié les sessions de sensibilisation. C'est le cas des jeunes dont 85%/50% prévus estiment avoir beaucoup appris et avoir pris conscience et se sont engagés à ne pas exciser leurs filles et à refuser d'épouser des filles de moins de 18 ans. C'est le cas aussi des leaders communautaires et des responsables des services de santé et de la promotion de la femme qui ont tous salué l'implication des jeunes comme étant une stratégie efficace pour prévenir l'excision et le mariage précoce des filles ;
- L'établissement d'un dialogue entre adultes et jeunes sur la question de l'excision et du mariage des enfants a permis de lever le voile sur les thèmes de l'excision et du mariage des enfants dans les villages et donné l'occasion aux jeunes garçons scolarisés et informés d'interpeller leurs parents et de leur prodiguer des conseils.

Par rapport à l'objectif spécifique 2 :

- 100 enseignants formés sur l'excision et le mariage des enfants ont pu informer leurs élèves et détecter 38 filles à risque d'excision et de mariage précoce sur une prévision de 100 en milieu scolaire ;
- 3/4 sessions de plaidoyer appuyées par des statistiques sur la pratique de l'excision et mariage des enfants dans la région de Kayes ont été réalisées à l'intention des leaders communautaires;
- 618 femmes et filles victimes de l'excision et du mariage des enfants ont été prises en charge médicalement et psychologiquement par le projet ;
- Des services de qualité ont été offerts aux victimes de l'excision et du mariage des enfants grâce à la signature d'un contrat de partenariat avec l'Hôpital Régional de Kayes et à la formation des agents de santé des CSCOM sur l'identification et la prise en charge des victimes.
- La qualité des services de prise en charge médicale a amélioré la perception de 93%/90% des femmes et des hommes sur l'amélioration de la santé et du bien-être des victimes prises en charge et a motivé 138 filles et femmes sur une prévision de 50 à souhaiter témoigner de l'amélioration de leur santé ;
- La disponibilité des informations sur la prise en charge médicale et l'accessibilité aux services de santé ont été attestées par 70% des populations rencontrées. Grâce au projet, 62% ont facilement accès à l'information non seulement sur les conséquences de l'excision, et le mariage des enfants, mais aussi sur la promotion des droits des femmes.

Par rapport à l'Objectif spécifique 3 :

- 152 diffusions et rediffusions (dont des rediffusions gratuites à la demande des auditeurs) sur 80 prévues ont été réalisées par les animateurs formés de 8 radios communautaires partenaires de l'ONG sur l'excision et le mariage des enfants. Ces messages de qualité ayant atteint 55,3% de la population, ont renforcé leur niveau de mobilisation et d'engagement en faveur de l'abandon de l'excision, du mariage des enfants et autres Violences Basées sur le Genre ;
- L'acceptation du projet par les femmes et les hommes de 29 villages sur 30. Cette situation s'est traduite par l'absence d'attitude réticente lors des assemblées d'information organisées et conduites par l'équipe de terrain de Kayes dans les villages avant le démarrage des activités ;

- La forte participation des femmes et hommes aux activités du projet. 56,7% des répondants ont déclaré avoir assisté soit à une séance de sensibilisation ou à une causerie sur l'excision ;
- La forte présence des femmes, des hommes, garçons et filles aux causeries éducatives. 69297 personnes dont 9626 hommes, 23 059 femmes, 7896 garçons et 8716 filles ont participé aux séances de communication de masse et communication interpersonnelle. A ces personnes s'ajoutent les participantes et participants des séances de mobilisation sociale, des causeries éducatives organisées par les animatrices, les relais communautaires et les pairs éducateurs dans les villages ainsi que les agents de santé lors des consultations
- Au niveau des pratiques et Attitudes relatives à l'excision, le taux de prévalence a baissé (67,5% en 2019 contre 86% en 2017). La tendance a fortement baissé dans la tranche d'âge la plus vulnérable à l'excision (O-4 ans) avec 65,6% en 2019 contre 82% en 2017.
- Par rapport à la capacité de la population à discuter ou à refuser la pratique de l'excision : un changement de mentalité de la population vis-à-vis de la pratique de l'excision a été constaté dans les villages où 54,7% des répondants n'ont pas l'intention d'exciser leurs filles en 2019 contre 20% en 2017 et 82,8% des mêmes personnes interrogées se sentent capables de discuter avec des personnes âgées des conséquences néfastes de l'excision, à raison de 87,4% pour les mères et de 82,5% pour les pères. A ceci il faut ajouter des personnes interrogées capable de discuter de l'excision avec leurs partenaires, époux ou épouses ou simples conjoints ou conjointes, soit plus de 4 personnes sur 5 (88%), avec 100% chez les pairs éducateurs et 91,7% chez les mères. Ces résultats constituent une évolution par rapport à la situation de 2017 où 73,5% des enquêtés contestaient le pouvoir d'opposition de la mère contre 62,8% de celui du père de la fille. C'étaient seulement les personnes âgées qui décidaient de l'excision de la fille sans aucune discussion ;
- Le degré d'appréciation des perceptions de la communauté **:** Plus de la moitié des répondants ne sont plus d'accord que : *toute fille doit être excisée avant 5 ans (70%)* ; *quand une fille naît, la première des choses à faire c'est l'exciser (72%) ; c'est obligatoire qu'une femme soit excisée avant sa mort (68,8%) ; même quand une fille est hors du village, si elle revient c'est obligatoire qu'on la fasse exciser* (71,1%). Quant aux attitudes face à l'excision, beaucoup de gens n'adhèrent plus à des opinions telles que « Les filles non excisées aiment trop les rapports sexuels» (71,7% ne sont pas d'accord contre 28,3% qui sont d'accord), « Les filles non excisées sont faciles à draguer» (78,7% ne sont pas d'accord contre 21,3%), « Les filles non excisées se prostituent » (86,3% ne sont pas d'accord contre 13,7%) ;
- Perception par rapport à l'abandon de l'excision : Les tendances pour l'abandon de l'excision ont beaucoup amélioré en 2019 contrairement à la situation de 2017. Si en 2017, 57,6% des personnes enquêtées étaient favorables à la poursuite de la pratique, aujourd'hui cette tendance est revenue à 35,2%. Il en résulte que 64,8% des enquêtées sont favorables à l'abandon en 2019 contre 30,6% en 2017.

❖ **Résultats qualitatifs**

D'importants résultats qualitatifs ont été constatés. Au nombre de ceux-ci on peut noter :

- Des cas d'abandon de l'excision et du mariage des enfants notifiés publiquement et matérialisés par des lettres d'abandon émanant de 26 villages ;
- Dépôt du couteau par des exciseuses ;
- Mise en place de comités villageois de veille sur les engagements d'abandon et les statuts des villages.

L'atteinte des résultats positifs ci-dessus mentionnés a été favorisée par l'engagement des acteurs pour la réussite du projet.

Cependant, l'atteinte des objectifs ne doit pas nous faire occulter les insuffisances qui ont été notées à savoir :

- La faible implication des leaders religieux et chefs de village/conseillers ;
- La faible adhésion de certaines filles aux activités d'abandon de l'excision dans certains villages ;
- La faible fonctionnalité des comités locaux /groupe de veille.

➢ **Efficience du projet**

Le budget total du projet s'élevait à 279.095 dollars US (deux cent soixante-dix-neuf mille quatre-vingt-quinze dollars US), dont 246.188 dollars US de la part de UN TRUST FUND avec une contribution d'AMSOPT pour 32.907 dollars. L'utilisation du budget par AMSOPT a été faite selon un mode de financement et des procédures de décaissement convenu avec le partenaire financier.

Le décaissement (trimestriel) a été fait selon les modalités fixées par le partenaire UNTF. A cet effet les 02 assistants financiers (Contribution AMSOPT) ont été formés afin que les dépenses soient faites en respect du canevas donné.

➢ **Impact du projet**

Comme effet (prévu ou non prévu) au niveau des villages d'intervention, il a été constaté que le projet a contribué à l'acquisition de connaissances, l'implication des jeunes (Filles et garçons) comme acteurs et la prise en charge médicale des conséquences de l'excision et mariage des enfants. L'abandon a assuré le bien être des filles/femmes.

➢ **Durabilité du projet**

Durant la mise en œuvre du projet, beaucoup d'actes ont été posés par les parties prenantes afin de garantir la pérennité des résultats. Au nombre de ceux-ci on peut noter :

- L'implication des relais communautaires ;
- La mise en place des comités de suivi de l'abandon de l'excision et du mariage des enfants;
- L'engagement des maires à inscrire l'excision dans le PDSEC ;
- L'existence de groupements féminins fonctionnels ;
- La capacité accrue des agents de terrain de AMSOPT à conduire des séances d'IEC et à identifier des victimes ;
- L'engagement et la disponibilité des animateurs des radios communautaires formés à transmettre des messages de qualité à la population ;

Mais ces éléments de durabilités risquent d'être affectés par certaines insuffisances telles que:

- La mobilité des relais communautaires et pairs éducateurs ;
- La fermeture des écoles pour raison de grève ;
- L'insuffisant contenu des lettres d'abandon signées par les communautés ;
- La faible fonctionnalité des comités de veille pour le suivi de l'abandon ;
- La dépendance créée par la prise en charge médicale.

➢ **Connaissances et pratiques prometteuses**

Le projet dans sa mise en œuvre a mis l'accent sur des pratiques qui ont été efficaces et peuvent être recommandées à d'autres intervenants comme:

- L'utilisation des jeunes garçons et filles comme activistes ;
- L'identification et la prise en charge médicale des complications de l'excision ;
- L'organisation de cérémonie publique d'abandon ;
- La mise à la disposition de AMSOPT de lettres d'abandon signées par les autorités communautaires.

- **Egalité des sexes et droits humains**

Les questions relatives à l'égalité et à l'équité ont été abordées lors des formations à travers les thèmes sur les violences basées sur le Genre, la participation des femmes et des filles à la prise de décisions les concernant.

Quant aux droits humains, ils ont été présentés lors des séances de causeries mais aussi des formations. Les principaux aspects abordés sur les droits sont : le droit à l'intégrité, droit à la vie, droit au libre consentement et de choix, droit au plaisir, droit de donner son opinion sur toutes les décisions qui les concernent et droit de disposer et de gérer son corps.

Les groupes touchés sont tous unanimes sur le fait que l'excision et le mariage des enfants sont subis par les femmes et les filles du fait de leur sexe, et constituent à cet effet des inégalités de genre. On peut conclure que les formations et les causeries éducatives ont permis aux jeunes de percevoir et d'établir les relations qui peuvent exister entre les conséquences de l'excision et du mariage des enfants et les droits des enfants en général et ceux des filles en particulier.

- **Recommandations**

Pour améliorer les résultats, des recommandations ont été formulées à l'adresse de l'ONG AMSOPT et ses partenaires

- **Recommandations générales**

- La recherche de financement pour la poursuite du projet de sensibilisation et de prise en charge médicale pendant une année ou deux ans pour renforcer les acquis et corriger les insuffisances revélées par l'évaluation;
- Le recyclage des animatrices de AMSOPT Kayes en techniques de communication (la communication pour le Développement (C4D) et d'élaboration de messages pour les villages d'abandon et ceux qui sont réticents à toute activité relative à l'abandon de l'excision;
- La formation des animatrices de AMSOPT en égalité femmes hommes, droits humains des femmes et enfants et collecte de données désagrégées (hommes, femmes, filles et garçons) pour toutes les activités afin depouvoir mesurer l'implication des uns et des autres dans la mise en œuvre du projet.
- La production de matériels d'IEC pour tous les acteurs (Centre de santé, écoles, relais et pairs éducateurs, groupements de femmes et de jeunes, comités de veille et clubs des enfants).

- **Recommandations spécifiques**

Par rapport à l'Objectifs spécifique 1 : D'ici 2019, les jeunes sont mobilisés et engagés en faveur de l'abandon des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) Ils/elles connaissent mieux leurs droits et sont en mesure de les défendre pour améliorer leur bien-être et celui de leurs (futurs) enfants. Il a été recommandé de:

- Procéder au recyclage des relais communautaires et pairs éducateurs sur les techniques de communication sur l'excision, le mariage des enfants et autres VBG et à leur équipement en supports de communication ;
- Mettre à la disposition des jeunes activistes des textes sur les droits des enfants et des femmes, et des outils d'IEC en français ou langues locales de leurs pairs;
- Utiliser les jeunes activistes pour la diffusion de messages sur les radios communautaires afin de développer leur capacité de prise de parole en public (Pour l'après projet)

- Restructurer les comités de jeunes (filles et garçons) et clubs et d'enfants en choisissant des membres disponibles et convaincus de la nécessité de l'abandon de l'excision et du mariage des enfants;
- Mettre l'accent sur les évènements sportifs qui sont des occasions de sensibilisation de nombreux garçons et filles ;
- Former les membres des comités de veille aux rôles et responsabilités pour pouvoir mener des actions concrètes relevant de leurs tâches (IEC auprès des pairs et adultes, suivi du mouvement des exciseuses et de la déclaration d'abandon).

Par rapport à l'objectif spécifique 2 : D'ici 2019, les acteurs/ actrices clés des domaines éducatifs, sanitaires et sociaux de la zone du projet sont mobilisés et engagés pour protéger les filles et les femmes des risques de MSF et de mariage précoce et pour assurer la prise en charge de celles déjà victimes de ces pratiques.

- Renforcer d'avantage les compétences des agents de la santé, pour l'identification des complications de l'excision et du mariage des enfants d'une part mais aussi la prise en charge médicale des victimes ;
- Mettre à leur disposition des boites à images et diapositifs sur les conséquences de l'excision et du mariage des enfants à projeter pour convaincre les femmes et les hommes qui les contactent ou viennent en consultation au centre de santé de la nécessité de l'abandon de l'excision;
- Doter les enseignants des écoles partenaires de boites à images et d'outils de formation qui peuvent être utilisés pour la formation et l'information des élèves ;
- Faire connaitre la lettre circulaire du Ministère de la Santé de 1999 interdisant la pratique de l'excision par les agents de santé et au centre de santé dans les établissements scolaires et centres de santé ;
- Mener des activités conjointes avec les ressortissants vivant en Europe afin de faire d'eux des alliés pour la recherche de partenaires financiers et la sensibilisation de leurs parents au village ;
- Adopter une stratégie pour l'adhésion et la participation de tous les leaders religieux (Musulmans surtout) aux activités d'IEC (Pour un dialogue afin de convaincre les femmes et les hommes qui pensent que l'excision est une pratique recommandée par l'islam) car leur capacité de nuisance est grande à cause de la notoriété dont ils bénéficient dans les communautés ;
- Faire contribuer les familles des victimes aux frais de la prise en charge médicale (Afin d'éviter la dépendance totale du projet)

Par rapport à l'Objectif spécifique 3 : D'ici 2019, les communautés des villages ciblés par le projet ont abandonné la pratique de l'excision et des mariages d'enfants.

- Procéder au recyclage des relais communautaires et pairs éducateurs pour une mobilisation des hommes et femmes pour les causeries éducatives, les visites à domicile;
- Faire des animateurs des radios communautaires des acteurs qui contribueront au changement de comportement en faisant des reportages à la radio (Interview des femmes, hommes et jeunes). Il faut renforcer leurs compétences et niveau de connaissances sur l'excision et surtout sur la communication pour le changement de comportement ;
- Intégrer l'IEC sur l'excision et le mariage des enfants à une activité de développement communautaire (Education, alphabétisation, épargne crédit, des thèmes sur la citoyenneté etc.) pour que les femmes et les hommes qui participent aux causeries ne s'ennuient pas et boudent les séances de causerie; le partenariat avec des structures intervenant dans la zone est important ;

- Renforcer les campagnes de sensibilisation et organiser des dialogue communautaires avec les chefs coutumiers, les leaders religieux, les communicateurs traditionnels à la radio pour arriver à une décision collective ;
- Opter pour les cérémonies publiques d'abandon ;
- Elaborer d'avantage le contenu des lettres d'abandon (Plus d'engagement des femmes et hommes) et les faire connaitre.

En conclusion les consultants constatent qu'en deux ans d'intervention, les organisations partenaires et le personnel de l'AMSOPT ont déployé des efforts considérables dans la mobilisation sociale en faveur de l'abandon des pratiques de l'excision et du mariage des enfants. Ces efforts ont été couronnés par des résultats (quantitatifs et qualitatifs) qui sont aujourd'hui visibles. Cependant à côté de ces résultats importants enregistrés en termes d'efficacité, des faiblesses comme l'insuffisance de formation par manque de session de recyclage des relais et pairs éducateurs, la mobilité de ceux- ci, la gratuité de la prise en charge médicale des victimes (obstacle à la pérennisation) , l'insuffisante prise en compte de l'aspect droits par l'équipe du projet, la faible implication des hommes en général et des leaders religieux et jeunes filles en particulier, demeurent.

I. Contexte de l'évaluation

1.1 Situation de l'excision et mariage des enfants au Mali

Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM -V 2012-2013), 92% des femmes en âge de procréer au Mali ont subi l'excision qui concerne toutes les régions du pays même si celles du Nord affichent un taux relativement faible ; ce qui a été confirmé par Multiple Cluster Indicators Survey (MICS 2015)[1] qui a trouvé que le taux de prévalence est supérieur à 80 % dans toutes les régions du pays à l'exception de celles de Mopti (74 %), Tombouctou (33 %) et Gao (moins de 1 %).

Cette différence entre les régions s'explique par la présence d'ethnies comme les sonrhaïs, et les tamasheq (Gao et Mopti) au nord et centre qui ne pratiquent pas l'excision parce qu'elle ne fait pas partie de leurs coutumes. Il y a aussi la ville sainte de Tombouctou où l'excision n'est pas pratiquée[2].

La région de Kayes vient en tête en termes de prévalence avec 90%.Des études réalisées dans la région[3] ont montré que toutes les ethnies qui s'y trouvent (Soninké, peulh, Kashonké, Maures, Bambara) sont fortement attachées à la pratique de l'excision qui fait partie des normes sociales.

Quant au mariage des enfants, au niveau national selon toujours MICS 2015, 16 % des femmes de 15-49 ans se sont mariés avant l'âge de 15 ans, 17 % des femmes de 20-49 ans se sont mariés avant l'âge de 15 ans et 49 % de la même tranche d'âge avant l'âge de 18 ans. Ces pourcentages marquent l'ampleur du phénomène. Le mariage des enfants est plus fréquent en milieu rural (53 %) qu'en milieu urbain (36 %). Comme pour la pratique de l'excision, la région de Kayes détient toujours la 1ére position en termes de prévalence du taux de mariage des enfants avec 66%.

Des études réalisées sur les deux pratiques au Mali, ont montré qu'elles ont des conséquences (immédiates, à court, moyen et long termes) sur la santé de la fille/femme.

Par rapport à l'excision on peut citer : l'hémorragie pouvant aboutir à la mort, l'état de choc et le décès, les accouchements difficiles, provoquant souvent des fistules obstétricales, les lésions des organes génitaux, le tétanos et l'infection au VIH, à l'hépatite B et (dues à la non stérilisation, ou stérilisation inadéquate, du couteau ou lame utilisés), les kystesdermoïdes, la liste n'est pas exhaustive.

Aujourd'hui, il a été clairement établi par des études en santé maternelle que « chez les femmes ayant subi des mutilations génitales, la probabilité de complications à l'accouchement, à savoir : la césarienne, l'hémorragie du postpartum, l'épisiotomie, la réanimation du nouveau-né, le décès périnatal pendant l'hospitalisation de la mère, est significativement plus élevée que lorsque la femme n'a pas eu de mutilation » [4]

---

[1]Enquête réalisée par INSTAT

[2] Aide de l'Eglise Norvégienne, bureau du Sahel à Bamako: Etude de l'excision et du mariage précoce dans les régions du nord Mali, 2004L'histoire explique qu'à la suite de l'excision d'une centaine de filles, 98 sont décédées, une est devenue muette et une aveugle. Depuis cet évènement, la pratique aurait été interdite. Par contre les autres cercles de la région la pratique

[3]Etude sur l'excision et le mariage précoce dans les régions du nord Mali (Aide de l'Eglise Norvégienne en 2004) PNLE : Enquête nationale sur le phénomène de l'excision 2009 ; Etude sur l'excision dans la région de Kayes par Cooperacio (ONG espagnole) en octobre 2016

Selon MICS 2015

Quant aux mariages des enfants, les conséquences sont aussi nombreuses et dévastatrices : préjudices à la santé, l'éducation, la situation sociale, le bien-être physique, mental et social de l'adolescente compte tenu de son immaturité biologique. Il constitue un frein à la croissance physique et intellectuelle. Il provoque des grossesses précoces ou rapprochées, des risques de transmission des IST/VIH/SIDA, des avortements spontanés ou provoqués, l'infertilité, les accouchements difficiles, les naissances prématurées, le petits poids de naissance, voire des lésions cérébrales du nouveau-né, les décès maternels et néonatals et les dysfonctionnements sexuels (frigidité, vaginisme, dyspareunie)

1.2 Contexte du projet

Les conséquences comme la douleur, les complications à l'accouchement, la fistule, etc. ont été identifiées par les agents de santé et chercheurs et portées à la connaissance des communautés. Cependant des réticences face à l'abandon de ces pratiques néfastes existent. Donc c'est dans un contexte marqué par des taux de prévalence élevé de l'excision et du mariage des enfants et des conséquences que ces pratiques ont sur la santé des filles/femmes que l'ONG« Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles » (AMSOPT)depuis 2006 a sollicité plusieurs partenaires techniques et financiers pour mettre en place des activités de lutte contre la pratique de l'excision en vue de réduire le taux de prévalence voire arriver à son abandon dans la région de Kayes.

Au fil des années, le projet « ***Protéger la Prochaine Génération*** »mis en œuvre dans le district sanitaire de Kayes est passé de 50 villages à 152 villages couverts entre 2015 et 2016. Aujourd'hui AMSOPT a enregistré218 villages d'abandon[5].

Pour faire de la non excision et de l'élimination des mariages des enfants la nouvelle norme communautaire, AMSOPT a décidé de passer à l'échelle pour couvrir 100 autres nouveaux villages pendant une période de 18 mois (de Décembre 2016 à Mai 2018) ; ce qui porte le total des villages couverts à 252.

L'ONG AMSOPT a renforcé d'avantage sa contribution aux efforts de l'Etat et autres partenaires dans la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes à travers l'initiation en 2017 du projet « ***Information et de sensibilisation contre la pratique des MGF/E et les mariages des enfants dans 30 nouveaux villages du district sanitaire de Kayes*** » impliquant spécifiquement les jeunes (16-24 ans) dans les activités. Ce travail a été possible grâce à l'obtention du Fonds d'affection spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

[5]Entretien avec le chargé de programme 20 mars 2018

1.3 Présentation du projet dans le district sanitaire de Kayes

Le projet d'Information et de sensibilisation contre la pratique de l'excision et le mariage des enfants dans 30 villages du district sanitaire de Kayes a été financé par le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes (UN Trust Fund) pour un montant de 246.188 dollars US pour une durée de 2 ans (Mars 2017 à février 2019) avec une contribution financière de AMSOPT de 32.907 dollars US.

- **Objectif global**

Les filles et les femmes de la région de Kayes et la ville de Kayes améliorent leur santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits y afférant, à travers l'abandon de la pratique de l'excision (MGF/E) et du mariage des enfants.

Objectifs spécifiques

Trois (3) objectifs spécifiques ont été retenus à savoir :
Objectif spécifique 1 : D'ici 2019, les jeunes de 16 à 24 ans (filles et garçons) dans les villages partenaires du projet sont mobilisées et engagées en faveur de l'abandon des MSF, des mariages d'enfants et dans la défense de leurs droits.

Objectif spécifique 2 : A la fin du projet, les acteurs clés des domaines éducatifs, sanitaires, sociaux et communautaires s'engagent à mettre fin aux pratiques de l'excision et du mariage d'enfants et améliorent la qualité de la prise en charge des survivantes.

Objectif spécifique 3 : D'ici 2019, les communautés des villages ciblés par le projet ont abandonné la pratique de l'excision et des mariages d'enfants.

- **Les bénéficiaires du projet**

Le projet a projeté d'atteindre 50 000 personnes comme bénéficiaires primaires et secondaires. Ce sont :
Les cibles primaires :

- Les jeunes adolescents (es) (10-à 19 ans)
- Les jeunes femmes (19-24ans)
- Les femmes en général au niveau communautaires (Plus de 24 ans)

Les cibles secondaires :

- Les pairs éducateurs/ices (Des jeunes garçons et filles formées par le projet pour informer leurs pairs)
- Les hommes et les leaders communautaires,
- Les exciseuses,
- Les animateurs des radios communautaires partenaires,
- Les partenaires techniques au niveau de l'Etat: les structures de santé (Centre de Santé Communautaire, Centre de Santé de Référence, l'hôpital de Kayes), les écoles partenaires du projet (élèves et enseignants formés), les Centres d'Animation

Pédagogiques de Kayes (CAP), la Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (DRPFEF), la Direction Régionale de la Santé (DRS)
- Les mairies des communes d'intervention.

- **Les activités mises en œuvre**

Les principales activités mises en œuvre pour l'atteinte des objectifs visés sont :
- l'information/sensibilisation (causeries éducatives, émissions radios, confection et impression d'outils de sensibilisation, tournois sportifs, visites à domicile),
- le renforcement des capacités des paires éducateurs, et d'autres acteurs stratégiques ;
- la prise en charge médicale et psycho sociale des victimes de l'excision et du mariage des enfants ;
- le renforcement du pouvoir économique et de communication des femmes (mise à disposition d'un fonds de crédit, formation à la prise de parole en public)
- l'organisation d'une déclaration d'abandon pour rendre publics les engagements des communautés en faveur de l'abandon de l'excision et du mariage d'enfants.

- **Les stratégies de mise en œuvre**

Sur la base de l'approche globale développée depuis 2006 et des 5 principes de la théorie de la convention sociale de Thomas Schelling diffusée par l'UNICEF comme pouvant s'appliquer à la dynamique sociale des MGF/E, l'AMSOPT a développé un dispositif intégré de communication pour le changement de comportements dans le district sanitaire de Kayes qui a été aussi appliqué dans les 30 villages du projet. Ce sont :

- le renforcement des capacités des acteurs stratégiques en « excision, mariage des enfants et techniques de communication »,
- les causeries éducatives sur les thématiques de l'excision et du mariage des enfants par les animatrices, les relais communautaires,
- l'éducation par les paires avec l'implication des jeunes garçons et filles (10-24 ans),
- la sensibilisation des communautés à travers les émissions sur les radios communautaires,
- l'implication et l'engagement des enseignants, du personnel médical et des autorités sanitaires et sociales,
- la prise en charge médicale et psycho-sociale des filles et des femmes souffrant de complications liées aux MGF/E, Mariage des Enfants (ME) et autres Violences Basées sur le Genre (VBG).

En plus du financement octroyé par le UN Trust Fund et AMSOPT, UNICEF à la demande de l'ONG a :

- octroyé un fonds pour les Activités Génératrices de Revenus à 15 villages pour encourager les femmes à participer aux causeries éducatives ;
- formé les relais communautaires pour la pérennisation des activités ;
- autorisé ses superviseurs à sillonner les 30 villages dans le but de renforcer d'avantage les capacités des acteurs communautaires.

Aujourd'hui, après environ deux années d'intervention dans la zone et conformément à l'accord de partenariat signé, les deux parties (UNTrust Fund et AMSOPT) ont décidé de réaliser une évaluation externe afin de connaitre les changements apportés par le projet dans

les communautés d'intervention.

II. Objectifs du Mandat et résultats attendus

2.1 Objectif général de l'évaluation

L'objectif global de l'évaluation externe finale du projet est de comprendre comment les changements intervenus dans la vie des filles et femmes se sont opérés et d'analyser la contribution du projet à ces changements. Il s'agit pour l'AMSOPT de comprendre dans quelle mesure les objectifs assignés au projet dès son départ ont été atteints.

Les évaluateurs ont fait référence aux objectifs d'évaluation obligatoires selon les normes du Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies relatives à l'évaluation finale externe des projets. Il s'agit notamment des objectifs suivants :

- ***Évaluer le projet dans sa totalité*** (deux ans, du début jusqu'à la fin) selon les critères d'efficacité, de pertinence, d'efficience, de durabilité et d'impact, ainsi que des critères transversaux que sont l'égalité des sexes et les droits humains.
- ***Identifier les enseignements clés et les bonnes pratiques prometteuses ou émergentes*** dans le domaine de l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des filles, à des fins d'apprentissage ;
- ***Faire des recommandations*** pour la poursuite du projet (Objectifs révisés, durée, dispositifs de mise en œuvre, partenariats à établir ou à renforcer, couverture géographique et financements nécessaires).

2.2 Objectifs spécifiques

L'évaluation devra permettres selon les normes du Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies relatives à l'évaluation finale externe des projets de répondre aux questions suivantes :

- **Efficacité :** Dans quelle mesure le but, les réalisations et les produits attendus du projet (résultats du projet) ont-ils été atteints, et de quelle manière ?
- **Pertinence** : Dans quelle mesure les résultats atteints (but, réalisations et produits du projet) continuent-ils de répondre aux besoins des femmes et des filles ?
- Compte tenu du contexte des violences basées sur le genre au Mali, le projet tel qu'il est mis en œuvre est-il pertinent ?
- Compte tenu de la finalité, des objectifs du projet, des moyens disponibles, et du contexte sociopolitique existant, la stratégie globale et les approches utilisées par le projet étaient-elles appropriées ?
- **Efficience :** Dans quelle mesure le projet a-t-il été mis en œuvre de façon efficiente et rentable ?
- **Durabilité :** Dans quelle mesure les résultats obtenus, notamment les changements positifs apportés à la vie des femmes et des filles (au niveau du but du projet), se perpétueront-ils après l'achèvement du projet ?
- **Impact :** Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué à éliminer la violence à l'égard des femmes ou à favoriser l'égalité des sexes et/ou l'autonomisation des femmes (que l'impact soit intentionnel ou non) ?

- **Production de connaissances :** Dans quelle mesure le projet a-t-il généré des connaissances ou des pratiques prometteuses ou émergentes dans le champ des VBG susceptibles d'être répertoriées et partagées avec d'autres praticiens ?
- **Égalité des sexes et droits humains :** Critères transversaux : l'évaluation devra examiner dans quelle mesure des approches basées sur les droits humains et sensibles au genre ont été intégrées à l'ensemble du projet.

- **En termes de perspectives futures :**
  - Compte tenu des résultats atteints et des perspectives identifiables, y a-t-il lieu de poursuivre le projet après Février 2019 ?
  - Dans l'affirmative, faire des recommandations concernant l'adaptation du projet en termes de:
    - La finalité, de l'objectif principal et des objectifs spécifiques du projet (si nécessaire)
    - Les approches à mettre en œuvre (si différentes des approches existantes)
    - Les moyens nécessaires (ressources humaines, matérielles, durée, etc.)
    - La modification éventuelle du dispositif opérationnel.

2.3 Résultats attendus

Il est attendu de l'évaluation les livrables suivants :

- Un rapport provisoire complet contenant les résultats de l'analyse de la situation et les premières recommandations,
- Un rapport final prenant en compte les différents échanges et commentaires,
- Un document de synthèse de 10 pages maximum et une présentation PowerPoint (ou équivalent) accompagnant le rapport final.

2.4 Contexte de l'évaluation

La présente évaluation s'inscrit dans un contexte institutionnel, social et politiquefavorable aux activités de lutte contre la pratique de l'excision et le mariage des enfants au Mali.
Dans la perspective d'une réduction du taux de prévalence de l'excision et du mariage d'enfants, la région de Kayes comme les autres du sud, est dotée d'institutions décentralisées impliquées dans la promotion de la santé, des mariages d'enfants et l'abandon de l'excision. La Direction régionale de la Promotion de la Femme et de l'Enfant (DRPFEF) met en œuvre la politique nationale de lutte contre l'excision du Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE crée en 2002).
Le Comité Local d'Abandon des Pratiques Néfastes (CLAPN) qui est un démembrement du PNLE accompagne les organisations et associations dans leurs actions et coordonne toutes les activités des intervenants en faveur de l'abandon de l'excision au niveau de la région et du cercle.
Les services techniques étatiques comme la Direction Régionale de la Santé et l'Académie de l'Enseignement disposent de points focaux qui participent aux activités des ONG et associations qui luttent contre l'excision et le mariage des enfants dans la région de Kayes.

Le cadre institutionnel au niveau national est favorable aux activités de lutte pour l'abandon de l'excision parce que l'engagement du gouvernement s'est traduit par plusieurs décisions dont :

- La signature de la lettre du 16 janvier 1999 du Ministère de la Santé interdisant l'excision en milieu médical,
- L'adoption de la Loi du 24 juin 2002 sur la Santé de la Reproduction par l'Assemblée Nationale,
- La création du Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE) en 2002,
- L'introduction dans le curriculum d'enseignement des établissements scolaires et socio sanitaires d'un module de formation sur les problèmes causés par l'excision,
- La tenue d'un forum national sur l'excision en décembre 2003 qui a permis d'aboutir à un consensus de tous les acteurs de la lutte,
- L'adoption d'un plan d'action du PNLE pour 2003-2007,
- La célébration le 06 février de la journée "Tolérance zéro aux MGF" depuis 2004,
- La tenue d'un forum sous régional sur le Protocole additionnel de Maputo,
- L'existence d'un avant projet de loi contre les VBG qui est en phase d'examen au niveau du ministère de la justice depuis deux ans,
- L'identification de 1600 villages d'abandon et aussi de nombreuses familles et exciseuses qui ont déposé le couteau. ((PNLE 2019)[6]

A cela il faut ajouter l'existence de plus d'une centaine d'Associations et ONG intervenant dans toutes les régions du Mali et la présence de Partenaires Techniques et Financiers soutenant les actions de lutte contre l'excision et le mariage des enfants.

Sur le plan juridique, la mise en œuvre du projet s'est faite dans un climat de vide juridique par rapport à l'excision mais aussi par un climat d'ignorance et de suspicion de la part du législatif quant aux motivations et à la nécessité d'une loi contre la pratique des MGF/E.

Les tentatives de l'Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles (AMSOPT) de l'Association de Soutien au développement des Activités de Population (ASDAP), de l'Association pour la Promotion des Droits des Femmes (APDF) et du Centre Djoliba depuis 2004 pour arriver à une loi interdisant la pratique de l'excision ont échoué (Ignorance des députés sur le phénomène, attitude négative des leaders religieux, le manque de courage de l'Etat, etc.)

Malgré cette insuffisance, on peut conclure que l'évaluation du projet « ***d'Information et de sensibilisation contre la pratique de l'excision et le mariage des enfants dans 30 villages du district sanitaire de Kayes*** » intervient dans un contexte institutionnel, social et politique favorable à toutes les activités relatives aux violences basées sur le genre.

[6]Source : PNLE rapport2018

III. Démarche méthodologique

La démarche méthodologique utilisée a été participative grâce aux deux méthodes que sont : l'administration d'un questionnaire individuel (Méthode quantitative), l'Entretien Individuel Approfondi et la Discussion de Groupe Focalisée (Focus Group Discussion) (Méthode qualitative) et aussi l'implication des agents d'AMSOPT dans les échanges préliminaires.

3.1 Méthodes et outils de collecte de données

3.1.1 Méthode quantitative

A travers l'enquête quantitative, l'évaluation du projet a permis de :

- recueillir et d'analyser l'impact des campagnes de communication sur les populations soumises aux différents messages dans la zone du projet;
- identifier des cas de complications liés à l'excision et le nombre de cas de complication liés à l'excision et au mariage des enfants prise en charge par le projet;
- identifier les lieux où la prise en charge est réalisée.

Dans le but de collecter des informations pertinentes, il a été élaboré un questionnaire qui recueille des renseignements permettant le calcul des indicateurs du cadre logique du projet et autres indicateurs utiles pour mieux comprendre les pratiques de l'excision et du mariage des enfants.[7]

Pour ce faire un questionnaire a été élaboré et administré à un échantillon représentatif de ménages de la zone d'intervention du projet.

3.1.2 Les outils de collecte de données

Le questionnaire individuel

Il a permis de recueillir les informations sur les aspects suivants :

- *Caractéristiques sociodémographiques des enquêté(e)s*. Cette section a permis de rassembler, entre autres, des informations sur l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la religion et l'ethnie des enquêtés, la fréquence d'écoute des médias;
- *Attitudes face à la pratique de l'excision*. Ce volet a appréhendé les données relatives à la pratique de l'excision, les cas de complications, les prises en charge et les positions des différents groupes par rapport à la pratique ;
- *Connaissance sur les conséquences de la pratique de l'excision et du mariage des enfants*. Les questions de cette section ont permis de cerner le niveau de connaissance que les populations ont des conséquences néfastes de la pratique ;
- *Les opportunités*. Elles portent sur les données relatives aux canaux d'informations sur les questions de l'excision et le mariage des enfants

[7]Cf la matrice d'évaluation en annexe

- *Les motivations liées aux croyances ;*
- *L'exposition de la population aux activités du projet* : elle porte sur les canaux d'information utilisés par la population pour écouter les messages véhiculés par le projet, et la participation de la population aux activités du projet.
- *L'avenir de l'excision et du mariage des enfants* : elle porte sur comment va être le changement de comportement de la population face à la pratique de l'excision et le mariage des enfants.

En plus de ce questionnaire, il y a :

- une fiche de recensement des ménages du village à enquêter auprès des autorités villageoises a été utilisée pour dresser la liste exhaustive de l'ensemble des ménages dans la zone du projet avec la taille de chaque ménage et aussi le nombre de filles de 0 à 15 ans pour les ménages qui ont des filles;
- une fiche de recensement des données sanitaires et de la situation de l'excision et du mariage des enfants au niveau des centres de santé des communes et du cercle.

3.1.3 Echantillonnage

✓ **Champ de l'enquête**

Le champ de l'enquête a couvert l'ensemble des zones d'intervention du Projet. Les unités d'observation ont été:

- au niveau des ménages : les mères, les pères, les autres femmes de plus de 15 ans, les filles de 10 à 15 ans et les autres hommes de plus de 15 ans;
- au niveau village : les paires éducatrices et les pairs éducateurs.

Ce sont les cibles prédéfinies dans les Termes De Référence (TDR) élaborés par le commanditaire de l'évaluation.

✓ **Bases de sondage**

La base utilisée se limite à la zone d'intervention du projet (30 villages dans 8 communes du district sanitaire de Kayes), avec une population bénéficiaire estimée à 37237 habitants. Le fichier des villages a servi pour la constitution de l'échantillon des 12 villages proposés par les TDR. La liste des villages a été fournie par le projet AMSOPT incluant le statut. Il s'agit notamment des :

- villages ayant déclaré l'abandon et mis en place des mécanismes de contrôle / sanctions ;
- villages en phase d'abandon ;
- villages réticents ou mitigés.

L'échantillon des ménages a été calculé sur la base des éléments qui sont entre autre :

- le taux de prévalence de l'excision des filles de 0 à 15 ans de la zone d'intervention en 2017(86%) pour l'étude CAP du projet réalisée avant le démarrage du projet .
- Un effet de sondage égal à 1,5,
- Le taux de non réponse égal à 3%

- La taille moyenne des ménages (8,4) selon les résultats de l'enquête MICS5 réalisés en 2015,
- La proportion de la population des filles de 0 à 15 ans dans la zone du projet (36%)

Avec une erreur tolérable de 1,7% l'échantillon du volet quantitatif de la présente évaluation est constitué de 240 ménages.

Constitution de l'échantillon

L'échantillon du volet quantitatif a été construit à partir d'un sondage aréolaire stratifié, la strate étant constituée du district sanitaire du cercle de Kayes de la région, soit au total une strate. Au début du processus ce sont 12 villages sur 30 qui ont été prédéfinis dans les TDR par le commanditaire. Les 12 villages ont été sélectionnés avec une probabilité proportionnelle à leur taille (ici la population) et en tenant compte du statut de tous les villages (village ayant déclaré l'abandon, étant en phase d'abandon ou étant réticent ou mitigé). Cette méthode de tirage réduit la variance qui se trouve être liée à l'erreur d'échantillonnage.

Etant donné qu'on sélectionne 12 villages, donc on aura 240/12 qui correspond à 20 ménages pour chaque village. Ces 20 ménages ont été répartis en 15 ménages avec filles de 0 à 15 ans et 5 ménages sans filles dans chaque village. Ce choix a été fait pour donner la chance à tous les ménages de participer à cette évaluation, vu la complexité du thème. Dans chaque ménage tous les mères et pères des filles de 0 à 15 ans présents lors du passage des enquêteurs, une autre femme de plus de 15 ans , un autre hommes de plus de 15 ans et une fille de 10 à 15 ans sont enquêtés. Au niveau village tous les paires éducateurs/trices du village ont été enquêtées.

Méthode de tirage

- Au premier degré, les villages ont été tirés au hasard dans la liste des villages des zones couvertes (30 villages) par le projet en tenant compte de certains critères (l'accessibilité du village et la taille en nombre de ménages du village et le statut).
- Au deuxième degré, l'échantillon de ménage a été sélectionné à partir de la liste des ménages qui fut établie après le dénombrement des ménages dans les villages. 20 ménages sont tirés dans chaque village de façon aléatoire dans les zones couvertes.

Dans la pratique, un algorithme permettant de procéder à ces tirages est le suivant.

Nous utilisons les notations suivantes :

- ✓ Pour les ménages avec filles de 0 à 15 ans

Les villages sont notées h, h=1,……,k ;

N : taille de l'échantillon

M : taille de la population

Mh : Nombre total de ménages avec enfants de 0 à 15 ans dans le village h ;

NH : taille d'échantillon du village h :

Avec $N = \sum_{h=1}^{k} n_h$ et $M = \sum_{h=1}^{k} m_h$

Le tirage dans ce cas est à probabilité égale; il suffit de numéroter les ménages avec enfants par ordre séquentiel. Le pas de tirage pour chaque village est égal à mh/nh.

- La procédure reste la même pour le tirage des 5 ménages sans filles. Le tirage dans ce cas est à probabilité égale; il suffit de numéroter les ménages sans filles par ordre séquentiel. Le pas de tirage pour chaque village est égal à mh/nh.

- **Calcul des coefficients d'extrapolation**

Pj : Probabilité de tirer un ménage avec enfants j

Wj : Coefficient d'extrapolation, le poids à affecter à chaque ménage j

Chaque ménage échantillon est pondéré par un coefficient qui est l'inverse de la probabilité de tirer ce ménage, ***relatif à la strate à laquelle il appartient.***

$$P_j = \frac{n_j}{m_j} \text{ et } W_j = \frac{1}{P_j} = \frac{m_j}{n_j}$$

- **Sélection des ménages au niveau des villages**

Sur le terrain, les équipes d'enquête, surtout les superviseurs ont été chargés de la sélection aléatoire des ménages. Une fois dans le village, ils ont obtenu auprès du chef de village ou un de ses conseillers, la liste de tous les ménages[8]. Dès lors, le superviseur a procédé par tirage aléatoire à la sélection des ménages (préalablement numérotés) pour y envoyer directement ses enquêteurs. Pour se faire, il l'a réalisé en deux étapes :

- ✓ Pour le tirage des 15 ménages avec filles, il a divisé le nombre total de ménages avec filles par 15, tiré le premier ménage dans le premier lot de quotient et obtenu les ménages suivants par addition successive du quotient à ce premier tirage.
- ✓ Pour le tirage des 5 ménages sans filles, il a divisé le nombre total de ménages sans filles par 5, tiré le premier ménage dans le premier lot de quotient pour obtenir les ménages suivants par addition successive du quotient à ce premier tirage.

Pour les cas de refus, l'instruction a été donnée aux chefs d'équipe de substituer ce ménage par le ménage qui le suit sur la liste des ménages dénombrés.

- ***Choix des autres répondants (autres femmes et hommes de plus de 15 ans et les filles de 10 à 15 ans)***

Après le tirage des ménages, les enquêteurs ont fait la sélection aléatoire des répondants dans le ménage. Une fois la permission accordée par le chef de ménage, l'enquêteur a dressé la liste de toutes les cibles indiquées ci-dessus. Dès lors, qu'il y a plus d'un par exemple, pour les femmes de plus de 15 ans, les femmes ont été numérotées de 1 à n (n étant le nombre total de femmes). Pour ce faire, l'enquêteur a donné les cartes numérotées à un membre du ménage afin que ce dernier tire un numéro dans la liste des femmes. Le nom correspondant au numéro tiré a été la répondante. Cette procédure a été valable pour les autres cibles.

[8]Il n'y avait pas de liste de ménages dans certains villages.

Pour avoir la fille répondante après le tirage, l'enquêteur a demandé le consentement aux parents d'abord et après à la fille avant de commencer l'interview.

Par rapport à la couverture de l'échantillon, tous les villages sélectionnés ont été enquêtés au cours de l'évaluation. Le nombre de ménages sélectionnés dans chaque village était de 20 pour tous les 12 villages. Au total 240 ménages ont été sélectionnés dont 220 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 92%.

Dans les 220 ménages enquêtés avec succès, 414 filles de 0-15 ans ont été identifiées comme éligibles pour le module "excision". Le module excision a été correctement documenté pour les 414 soit une couverture de 100 %. Ensuite, sur 531 individus enquêtés pour le questionnaire individu, 505 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de remplissage de 95%.

3.1.4 Méthode qualitative

Les données qualitatives ont été collectées à partir des entretiens individuels et des Focus Group Discussion.

Tableau récapitulatif des entretiens individuels et Focus Group Discussion

Tableau 1 : Entretiens individuels réalisés
Les équipes ont réalisé 37 entretiens individuels.

Cibles interviewées	Nombre Réalisé[9]	Observation
CSCOM (DTC, infirmier)	**5**	
Mairie/ Conseillers	**4**	
Chefs de village/conseillers	**7**	
Focus groupe	**1**	
Leaders religieux	**5**	
Relais communautaire	**2**	
Pairs éducateurs	**5**	
Enseignants	**0**	Grève des enseignants
Exciseuses	**0**	Exciseuses ambulantes
Animateurs de radios communautaires	**4**	
Direction Régionale Santé	**1**	
Académie Enseignement	**1**	
Centre Apprentissage Pédagogique	**1**	
Chargée Scolarisation des Filles	**1**	
Direction Régionale promotion Femme	**1**	
Equipe Projet AMSOPT Kayes	**1**	
Chargé de programme AMSOPT Bamako	**1**	
Gestionnaire AMSOPT Bamako	**1**	
Total	**37**	

[9] Seules les personnes présentes et disponibles ont été interviewées

Tableau 2 : Focus Group Discussion réalisés

Cibles interviewées	Nombre Réalisé	Nombre de participants[10]	Villages
Femmes âgées	**1**	**6**	Soungalobala
Femmes adultes	**2**	**12**	LanyTakoulataKoumamadiya
Focus filles de 10 – 15 ans	**3**	**21**	Seoundé ; Kabou Embranchement
Focus Hommes âgés	**2**	**18**	Charaq et koumamadiya
Focus hommes adultes	**3**	**18**	Dikogory, CharackSambala
Focus Jeunes garçons	**4**	**24**	Bougoutourou (2), Dickogory et lanyMody
Total	**15**	99	Les jeunes garçons étaient plus disponibles

Enquête mars 2019

Les Quinze (15) Focus Group Discussion ont été organisés dans les communautés auprès des femmes, des hommes (Agés, adultes et jeunes) pour aborder chaque thème ou activité entreprise dans le cadre du projet séparément, et essayer d'avoir une image plus compréhensive de la manière dont ces activités ont été conduites et comment elles ont contribué aux changements de comportement tendant vers l'abandon de l'excision et du mariage des enfants dans les communautés.

L'enquête qualitative a mobilisé 136 personnes.

Dans l'ensemble, l'échantillon était représentatif parce que toutes les ethnies de la localité étaient présentes parmi les personnes rencontrées. Au démarrage, il a été proposé dans l'offre technique de rencontrer toutes les cibles présentes pour l'enquête qualitative. Mais pour plusieurs raisons des personnes ciblées étaient absentes ; celles qui ont été rencontrées venaient des catégories ciblées (cf tableau 1 et 2 ci-dessus présentés)

3.2 Sites et cibles de l'évaluation

- **Les sites de l'étude**

La collecte de données qualitatives a eu lieu dans les mêmes villages que l'enquête quantitative.

- **Les cibles de l'évaluation**

La collecte de données a été faite auprès des cibles ci-dessous présentées et qui ont été mentionnées dans les Termes De Référence.

Les cibles primaires

- Les jeunes adolescents(es) (10 à 19 ans)
- Les jeunes femmes (19-24ans)
- Les femmes en général au niveau communautaire (adultes au de-là de 24 ans)

Les cibles secondaires :

[10] Le nombre de participants par FGD varie de 6 à 8.

- Les pairs éducateurs/éducatrices (Des jeunes garçons et filles formés par le projet pour informer leurs pairs),
- Les exciseuses,
- Les hommes et les leaders communautaires,
- Les animateurs des radios communautaires,
- Les partenaires techniques au niveau du gouvernement : structures de santé (CSCOM, CSRéf, l'hôpital de Kayes), les écoles partenaires du projet (élèves et enseignants formés, bénéficiaires du projet), les Centres d'Animation Pédagogiques de Kayes, la Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, la Direction Régionale de la Santé)
- Les mairies des communes d'intervention.

3.3 Limites de la méthodologie d'évaluation

Dans l'ensemble, les activités de collecte de données se sont bien déroulées grâce à l'implication de l'équipe de AMSOPT, des relais communautaires, des chefs de villages et pairs éducateurs. Ils ont mobilisé les cibles à enquêter, contribué à l'hébergement des équipes. Cependant des insuffisances et difficultés ont été notées.

- L'absence de liste des ménages dans certains villages ; d'où un temps long consacré au dénombrement des ménages;
- L'absence de certains relais, pairs éducateurs et chefs de ménage dans la plupart des villages à cause de l'exode rural, la participation à des funérailles et mariage dans des villages voisins;
- Des cas de refus de certaines cibles (Chefs de village, conseillers et chefs de ménage) de répondre au questionnaire prétextant un manque de temps ;
- L'absence des exciseuses dans tous les villages visités;
- L'absence des enseignants, des élèveset clubs d'enfantsdans les villages pour raison de grève des enseignants (les écoles étaient fermées);
- Le refus de certains hommes leaders (Imam, chef de village, etc.)de participer à l'enquête prétextant qu'ils n'ont pas été associés aux activités du projet.

A toutes ces insuffisances, l'équipe a apporté des solutions. Le programme de travail a été adapté au calendrier journalier de certaines cibles. La sensibilisation des superviseurs a permis à certains chefs et conseillers réticents d'accepter l'interview. Des cibles comme les relais communautaires et pairs éducateurs absents, ont été remplacées par ceux qui étaient présents en des endroits non loin du village. Les équipes ont passé la nuit dans tous les villages pour se conformer à la disponibilité des cibles à enquêter.
Il serait dorénavant importantque AMSOPT prenne suffisamment de temps pour préparer la mission d'évaluation en sensibilisant les villages d'intervention avant l'arrivée de l'équipe de collecte de données.

3.4 Les implications éthiques et règlementaires

Le bureau BERFAD SARL a mis à profit son expertise et son savoir-faire en matière d'enquêtes qualitatives et quantitatives réalisées notamment sur la thématique de l'excision qui a permis de gagner la confiance des participants et participantes et d'accéder à des informations de qualité.

Les principes et approches en matière de recherche ont été pris en compte pendant toutes les étapes et dans le contenu de l'évaluation. La participation des différentes cibles à la présente collecte des données a été strictement volontaire et bénévole. La sensibilisation et l'implication des chefs de villages et relais ont servi de garant à la protection des répondants qui ont signé le protocole éthique.
Les équipes de collecte de données ont été hébergées par les chefs de village qui ont aussi contribué à la mobilisation des personnes à interviewer.Les enquêteurs et enquêtrices ont donné les contacts de AMSOPT et de la Direction Régionale de la Promotion de la Femme à toutes les personnes rencontrées pour un besoin d'information ou de prise en charge médicale.
Des mesures ont été prises pour assurer le respect de la dignité et la liberté de chaque individu invité à participer, à travers le consentement volontaire et en assurant la confidentialité.
En effet, les équipes ont mis l'accent sur :

- **L'Anonymat et la confidentialité**

L'équipe de collecte de données a respecté le droit des personnes et assuré l'anonymat des personnes impliquées dans l'enquête et la confidentialité de leurs points de vue. Un document a été produit et lu en introduction à l'entretien pour avoir l'autorisation de la personne à enquêter.

- **Le Protocole de recherche sur les enfants, le cas échéant**

Pour ce qui est des enfants de moins de 18 ans, l'autorisation de leur poser des questions a été demandée à leurs parents et à eux-mêmes.

- **L'Indépendance**

Plusieurs hommes et femmes ont été rencontrés au cours de l'évaluation. L'équipe de consultants a fait preuve d'indépendance pour ne pas biaiser les informations et afin de maximiser la qualité et fiabilité des résultats.

- **La validation de l'information**

La triangulation tant au niveau des acteurs et des documents du projet a été utilisée pour valider les informations collectées. Le croisement des sources d'information a été utile dans le contexte de cette évaluation pour faire ressortir les spécificités liées à la mise en œuvre du projet.

- **Le respect**

Les agents de collecte de données ont respecté les valeurs socioculturelles des zones de collecte d'information en utilisant les termes appropriés et en laissant le libre choix aux enquêtés de ne pas répondre aux questions qui leurs semblent embarrassantes.

3.5 Equipe de l'évaluation

Pour répondre aux enjeux de l'évaluation **une équipe expérimentée et complémentaire**, composée d'une consultante principale sociologue, d'une consultante associée, statisticienne démographe et un consultant associé, juriste a été constituée par le bureau d'études.

En plus des consultants, un personnel d'appui expérimenté composé de superviseurs (03), d'enquêteurs et enquêtrices (9) et d'agents de saisie (3) a été mobilisé.

- **Les consultants**

Ils sont au nombre de trois (3) dont une consultante principale et deux assistants (Une femme et un homme).

- **La consultante principale**

Sociologue avec plus de 20 ans d'expérience dans le domaine du genre, de la santé de la reproduction, des MGF/E et du mariage des enfants. Elle a réalisé plusieurs études et évaluations sur la pratique de l'excision et du mariage des enfants au Mali et en Afrique de l'Ouest.

- **La consultante associée**

Elle est une statisticienne experte en calcul de l'échantillonnage, élaboration des outils pour l'aspect quantitatif d'une évaluation et analyse des données quantitatives.

- **Le consultant associé**

Juriste de formation, il a aussi travaillé sur les questions de violence faites aux femmes et participé à plusieurs études et évaluations de projet de l'excision et mariage des enfants.

Tous ont une expérience en étude quantitative et qualitative sur la pratique des MGF/Excision et mariage des enfants. Ils sont en terrain connu pour avoir effectué plusieurs missions d'étude et d'évaluation de projets de santé de la reproduction spécifiquement les projets/programme de lutte contre la pratique des MGF/E et du mariage des enfants dans la région de Kayes et à travers le Mali.

Ils ont :

- Procédé à la revue documentaire ;
- Elaboré le questionnaire et les guides d'entretien ;
- Animé la rencontre de cadrage à AMSOPT ;
- Assuré la formation des superviseurs et enquêteurs sur la méthodologie de l'évaluation et les outils de collecte de données;
- Supervisé la phase terrain pour suivre l'état d'avancement du travail et répondu aux éventuelles préoccupations des agents de collecte de données ;
- Animé la journée bilan de la phase terrain au retour de l'équipe de collecte des données ;
- Elaboré les rapports provisoire et final de l'évaluation.

- **Les superviseurs**

Au nombre de trois (3) dont une femme, ils ont suivi le déroulement des entretiens individuels, l'organisation et déroulement des Focus Group Discussion, la gestion des questions techniques et difficultés rencontrées lors des entretiens et des FGD par les enquêteurs. Ils ont aussi animé des interviews avec les autorités communales et personnes ressources au niveau des services techniques au niveau régional, et organisé les séances de synthèse avec les enquêteurs sur le terrain.

Au retour du terrain, les superviseurs, ont fait une restitution de la synthèse de terrain aux consultants et produit un rapport qui fait ressortir les activités réalisées et les difficultés rencontrées.

- **Les enquêteurs et les enquêtrices**

Neuf (9) agents dont 5 femmes et 4 hommes avec des expériences en collecte de données quantitatives et qualitatives et une bonne connaissance de la région pour avoir travaillé avec Plan International Mali, IAMANEH Mali, AMSOPT et ASDAP sur les questions de l'excision et du mariage des enfants, ont administré le questionnaire individuel, réalisé les interviews approfondies et les focus-group discussion, sous la direction des trois (3) superviseurs et participé à la synthèse journalière.

3.6 Etapes de la mission

L'évaluation s'est déroulée en six (6) étapes, à savoir :

Etape 1 : la revue documentaire

La recherche et l'exploitation des documents disponibles concernant la thématique de l'abandon de la pratique de l'excision et du mariage des enfants au Mali en général et dans la Région de Kayes, ont constitué le point de départ du processus de l'évaluation.

Les rapports de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali (IV et V), les études du Programme Nationale de Lutte contre l'Excision, de Cooperacio, de AMSOPT, de l'Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN), etc. ont donné des informations générales sur l'excision et le mariage des enfants (Raisons, prévalence, conséquences, etc.)
Les documents du projet mis à la disposition des consultants comme :

- Le document de projet ;
- Les rapports d'activités semestriels,
- Le rapport de l'étude sur les Comportements, Attitudes et Pratiques de 2017.
- Les rapports de suivi (suivi de l'ONG, du partenaire financier)
- Les documents de planification ;
- Les rapports financiers ;
- Etc.

La revue documentaire a commencé avant la mission sur le terrain et s'est poursuivie jusqu'à l'élaboration du rapport final. L'exploitation des documents a permis de :

- comprendre les activités réalisées, les résultats enregistrés les changements perceptibles, les difficultés rencontrées et les solutions apportées ;

- favoriser la conception des outils de collecte de données ;

- utiliser les données secondaires pour la production des rapports.

Etape 2 : Elaboration des outils de collecte de données

Tenant compte des cibles à rencontrer, les consultants ont élaboré :

- Les outils du volet quantitatif qui sont les fiches de recensement de ménages et le questionnaire individuel ;
- Les outils du volet qualitatif qui sont les guides d'entretien individuel et de focus group.

Pour l'enquête qualitative, les guides d'entretien ont été élaborés pour les cibles précisées dans les Termes De Référence de l'évaluation.

Etape 3 : Réunion de cadrage de l'évaluation

La rencontre de cadrage a réuni les trois consultants et les responsables de AMSOPT (Chargé de projet, gestionnaire et coordinatrice du projet). Pendant une journée, ils ont échangé sur les Termes de Référence de l'évaluation, pour une compréhension commune. Les consultants ont présenté l'approche méthodologique de l'évaluation entre autres les champs, les cibles, les outils de collecte de données de terrain et le calendrier de travail. Après la prise en compte des amendements faits par AMSOPT, les outils de collecte de données ont été validés. Des dispositions nécessaires notamment la logistique et les dispositions administratives pour la conduite des activités de terrain ont été prises. AMSOPT s'est engagée à informer les villages du calendrier de visite.
La rencontre a permis aux consultants d'améliorer les outils de collecte des données avec les commentaires de l'équipe de AMSOPT.

Etape 4 : la formation/orientation des superviseurs et enquêteurs

L'atelier de formation des trois superviseurs et des 9 agents de collecte des données a eu lieu du 19 au 23 Mars 2019 dans la salle de réunion de l'ONG IAMANEH Mali sis au quartier Niamakoro (et a duré trois (3) jours)

L'objectif était de familiariser les participants avec les Termes de Référence, la méthodologie et les outils de collecte de données. Elle a été animée par les trois consultants et le chargé de projet de AMSOPT. Les activités ont porté sur :

- La présentation des objectifs et résultats attendus de l'évaluation externe finale ;
- La présentation du projet (Par AMSOPT) et de la méthodologie ;
- La lecture et la traduction des outils de collecte des données en langue locale ;
- La simulation en salle des outils de collecte de données (Enquêteurs et enquêtés)
- La présentation des considérations éthiques et de sécurité et les protocoles à mettre en place lors de la phase terrain ;
- L'organisation matérielle de l'enquête (logistique, itinéraires, communication.)

Les insuffisances notées au cours de l'atelier de formation et la simulation ont été prises en compte pour finaliser les outils de collecte et les multiplier pour la phase terrain.

Etape 5 : La mission de terrain

La collecte des données s'est déroulée du 25 Mars au 01Avril 2019 dans le district sanitaire de Kayes. Trois équipes composées chacune de quatre personnes (trois enquêteurs/trices et un superviseur) ont travaillé concomitamment dans 4 villages chacune. Elles ont animé des focus groupe, eu des entretiens individuels approfondis et administré un questionnaire aux différentes cibles ci-dessus indiquées.

Une première restitution des résultats bruts de l'évaluation a été faite auprès de l'équipe du projet à Kayes pour corriger les insuffisances.

Tout au long de la phase de terrain, les consultants, les superviseurs et les enquêteurs et enquêtrices ont échangé par téléphone sur le déroulement de la collecte des données.

Etape 6 : Analyse des données et rédaction du rapport provisoire

Les données qualitatives collectées ont étésaisies et analysées selon la méthode d'analyse thématique par la consultante principale.

- ***Saisie et analyse des données quantitatives***

L'exploitation des données a débuté dès la fin de la collecte. Cette phase s'est déroulée en trois étapes :

- *La vérification* : elle a permis de contrôler l'exhaustivité de l'échantillon par rapport au nombre de ménages à enquêter, de vérifier l'exactitude des identifiants enregistrés sur les outils de collecte ;
- *La saisie des données* : une équipe de cinq agents a fait la saisie des données avec le logiciel CSPro sous la supervision permanente du statisticien. L'apurement a permis de vérifier la cohérence interne des données saisies ;
- *La tabulation* : les opérations de contrôle et de nettoyage des fichiers ainsi que la tabulation des données ont été réalisées au moyen du logiciel SPSS ;

A l'issue de l'analyse des données collectées sur le terrain, l'équipe d'évaluation a rédigé un rapport provisoire sur la situation du projet.

IV. Résultats de l'évaluation

Le rapport a été rédigé grâce aux données qualitatives et quantitatives collectées dans les villages et celles issues des rapports d'activités et études réalisée par AMSOPT en 2017 sur « Comportements, Attitudes et Pratiques » Leur analyse a permis de répondre aux questions de l'évaluation.

4.1 Caractéristiques sociodémographiques de la population des zones enquêtées

Dans l'ensemble des zones enquêtées, il y a au total 7708 personnes dont 1812 filles de 0 à 15 ans et 24 paires éducateurs dénombrés pour les 12 villages.

Le tableau 1indique que toutes les catégories sont représentées dans l'échantillon. Il ressort que les mères représentent plus de la moitié (54,1%) des enquêtés, tandis que la proportion des pères est de 24,4%. Les jeunes filles de 10-15 ans constituent 9,1%,les pairs éducateurs 2% et les autres femmes 5,7% de l'échantillon.

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon le statut, le sexe en %

Populations enquêtées	%
Statut de l'enquêté	
Mère	54.1
Père	24.4
Homme de plus de 15 ans	4.7
Fille de 10-15 ans	9.1
Pairs éducateur/ices village	2.0
Femme de plus de 15 ans	5.7
Total	100.0
Sexe	
Homme	37.4
Femme	62.6
Total	100.0

Source : Enquête de mars 2019

Tableau 2 : Répartition de la population enquêtée selon leurs caractéristiques socio-démographiques

	%
Niveau d'instruction le plus élevé que vous avez achevé ?	
Aucun	63.4
Fondamental 1 (Cycle 1)1	27.7
Fondamental 2 (Cycle 2)	4.2
Secondaire	4.1
Supérieur	.6
Total	100.0
Quelle religion pratiquez-vous ?	
Musulmane	95.7
Catholique	.7
Protestante	.6
Animisme	.4
Aucune	2.6
Total	100.0
Quel est votre groupe ethnique?	
Bambara	15.9
Peulh	7.4
Malinke/Kassonké	13.7
Dogon	.2
Soninké	53.0
Sonrhaï	1.5
Senoufo/Minianka	.3
Bobo	0.0
Bozo/Somono	1.3
Autre	6.7
Total	100.0

Source : Enquête de mars 2019

1

Au niveau du fondamental 1 les enfants sont entre 7 et 12 ans selon le système éducatif du Mali.

La répartition par groupe ethnique dénote une prédominance des soninkés (53%). Cette prédominance s'explique par sa présence dans toutes les aires du district sanitaire de Kayes.

Quant aux autres ethnies, on remarque une légère prédominance de l'ethnie Bambara (15,9%) et l'ethnie Malinké/Kassonké (13,7%) dans la zone du projet.

L'appartenance religieuse (Tableau 2) révèle une forte proportion de musulmans dans les zones enquêtées. Dans l'ensemble plus de neuf sur dix (95.7 %) de la population enquêtée est d'obédience musulmane. Ce faisant pour l'ensemble de l'échantillon, les autres confessions (Catholique, Protestant, animiste) ne sont pas suffisamment représentées, seulement 1,7%.Par contre 2,6% ne pratiquent aucune religion.

Le tableau 2, indique les pourcentages par rapport aux caractéristiques sociodémographiques des répondants. Dans l'ensemble, la majorité (63,4%) de la population, n'a aucun niveau ; 27,7% ont un niveau fondamental 1 (primaire) ; 4,2% ont le niveau fondamental 2. Seulement 4,1%ont fréquenté l'école jusqu'au niveau secondaire. Une telle configuration de l'échantillon ne permet pas d'appréhender de manière significative l'influence du niveau d'instruction sur les deux phénomènes que sont l'excision et le mariage des enfants.

4.2 Pertinence du projet

- ***Par rapport au contexte national et régional***

De toutes les études réalisées au niveau national et régional, il est ressorti que le Mali est un des pays africains qui a les taux de prévalence de l'excision et du mariage des enfants les plus élevés. Au niveau national, la région de Kayes tient la tête de peloton avec un taux d'excision de 90% et un taux de mariage des enfants de plus de 60%. Le projet apparait pertinent au regard des besoins d'information de la population sur 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 et au mariage des enfants.

Toutes les personnes rencontrées dans les 12 villages ont jugé le projet financé par UN Trust Fundpertinent parce qu'il s'inscrit dans la politique de l'Etat malien en matière de lutte contre l'excision et cadre avec le plan d'action 2015 -2019 du Programme National de Lutte contre l'Excision, (donc avec les priorités nationales) et répond au besoin d'information des communautés concernées.

A l'heure où le Mali est en voie de faire du PNLE, un Programme National de lutte contre les Violences Basées sur le Genre (PNVBG), un tel projet est pertinent car il brasse les deux pratiques les plus dangereuses et les plus répandues parmi les VBG au Mali.[11]

[11]Rapport 2018 du PNLE

- **Par rapport à la situation de la pratique de l'excision et du mariage des enfants dans la zone d'intervention**

Le projet «Protéger la Prochaine Génération » a été élaboré et exécuté dans 30 villages du cercle et la ville de Kayes par l'ONG AMSOPT à partir des données secondaires disponibles sur l'excision et le mariage des enfants.

Après analyse des diverses informations collectées auprès des femmes/filles, des représentants des structures étatiques, des chefs de villageet relais communautaires rencontrés et tirées des documents exploités, l'équipe d'évaluation trouve que l'ONG AMSOPT a fait preuve de réalisme dans ce choix quand on mesure la véracité des raisons avancées à savoir : les taux de prévalence encore élevés des pratiques de l'excision et du mariage des enfants dans la région de Kayes (Selon MICS 2015, la région de Kayes maintient toujours la 1ère position en termes de prévalence de l'excision avec 90% et la pratique du mariage des enfants) la persistance chez les ethnies qui peuplent la zone et surtout des conséquences liées aux pratiques sur la santé de la femme/fille.

Effet 2 : Les populations de 10 ans et plus sont sensibilisées sur les conséquences néfastes de la pratique de l'excision et adoptent des comportements positifs.

Le projet répond au besoin d'information des jeunes filles et garçons qui auparavant n'avaient pas d'informations précises sur les conséquences de la pratique de l'excision.

Les jeunes filles et garçons participent aux causeries éducatives et certains d'entre eux se sont engagés à œuvrer pour l'abandon de l'excision et du mariage des enfants. L'implication des jeunes est une pratique innovante dans la mesure où, les séances de sensibilisation ne s'adressaient qu'aux hommes et femmes adultes.

Effet 3: D'ici à 2019, 95% des cas de complications identifiées sont pris en charge.

AMSOPT a élaboré un système opérationnel d'identification des victimes de complications liées à la pratique de l'excision et du mariage des enfants qui a été expliqué aux femmes et hommes des communautés d'intervention par les animatrices du projet. Le personnel socio sanitaire des CSCOM a été formé en identification des IST et complications pour la prise en charge des victimes et aussi le référencement des cas compliqués.

Durant la phase du projet, tous les cas de complication identifiés ont été pris en charge au niveau CSCOM et à l'hôpital régional de Kayes.

En effet, malgré les efforts de sensibilisation déployés depuis 2006 par l'ONG AMSOPT (à travers son projet pilote de promotion de l'abandon des MSF) et plusieurs autres acteurs (étatiques, privés et ou communautaires) à travers des projets/programmes de lutte contre les pratiques néfastes (Excision et pratiques) l'abandon de celles-ci et le changement de comportement tant souhaité se font attendre. C'est pourquoi un projet pour la continuation des activités de formation, d'information sur l'excision et de prise en charge médicale des victimes de la pratique est pertinent.

Par rapport aux cibles

Pour ce qui est du choix des jeunes garçons et filles (10-24 ans) comme cibles et acteurs est pertinent parce qu'ils étaient peu pris en compte dans les phases précendantes par AMSOPT

Pour les personnes rencontrées à la Direction Régionale de la Promotion de la Femme et celle de la santé, le projet a renforcé les capacités des agents des services déconcentrés de l'Etat afin de les impliquer dans la protection des filles et des femmes ; ce qui est très pertinent pour la pérennité des actions en faveur de l'abandon des VBG dans la région de Kayes.

Pertinence des objectifs, activités et de la stratégie d'intervention du projet

- **Pertinence des objectifs**

Le projet « ***Protéger les Générations Futures*** » a comme but d'améliorer durablement la santé, les droits et le statut des filles et des femmes de la région de Kayes en développant une action pilote reproductible visant l'abandon de l'excision/MSF et du mariage précoce et en impliquant spécifiquement les jeunes (16-24 ans) dans les activités. Pour atteindre ce but 3 objectifs spécifiques ont été retenus.

Objectif spécifique 1 : « D'ici 2019, les jeunes de 16 à 24 ans (filles et garçons) dans les villages partenaires du projet sont mobilisé.e.s et engagé.e.s en faveur de l'abandon des MSF, des mariages d'enfants et dans la défense de leurs droits»

D'après les responsables rencontrés à la DRPFEF et la DRS, ***L'objectif 1***qui vise à mobiliser les jeunes pour qu'ils s'engagent en faveur de l'abandon des pratiques traditionnellesest noble et pertinent parce qu'ils ont été peu impliqués dans les intervenants. Leur ciblage à travers la présente intervention permettra de les préparer à épouser une fille non excisée et ne pas contracter un mariage avec une fille de moins de 18 ans.

«Le ciblage des jeunes permet aussi de favoriser un dialogue entre groupe d'âge (anciens et jeunes) sur des pratiques anciennes qui n'ont plus de valeur ajoutée au 21ème siècle»Agent de la DRPFEF

La pertinence du choix des jeunes résulte aussi des attentes du projet à leur endroit à savoir les amener à être des acteurs de changement de comportement face à la pratique de l'excision et du mariage des enfants.

« Pour mettre fin à des pratiques comme l'excision et le ME, il est nécessaire d'impliquer les jeunes garçons et filles, futurs adultes appelés à prendre des décisions pour leurs enfants. Nous sommes des hommes âgés qui n'ont plus de filles à exciser et à marier. Nous ne prennons plus de décisions pour ces jeunes hommes que vous voyez » Chef de village de Soungalobala

L'implication et la responsabilisation des jeunes (10-24 ans) à travers l'éducation par les pairs est jugée réaliste dans la mesure où non seulement la mobilisation des jeunes est un moyen efficace de protection des futures génération dont ils sont les futurs parents mais aussi un levier de changement durable permettant de réduire considérablement la prévalence de l'excision et du mariage des enfants en une génération.

Objectif spécifique 2 : A la fin du projet, les acteurs clés des domaines éducatifs, sanitaires, sociaux et communautaires s'engagent à mettre fin aux pratiques de l'excision et du mariage d'enfants et améliorent la qualité de la prise en charge des survivantes.La pertinence **de l'objectif 2** résulte du choix des cibles que le projet veut atteindre et leur engagement pour

protéger les filles et les femmes des risques de MSF et mariages des enfants. L'école est le lieu de formation des enfants par excellence et les enseignants occupent une place privilégiée dans leur éducation. Ils sont souvent consultés par les communautés pour des décisions importantes. Les avoir comme acteurs du projet revêt un double avantage à savoir : la transmission du message aux pairs (filles et garçons) et servir de référence pour les questions difficiles à trancher par les communautés.

Les agents de santé sensibilisent les femmes et les hommes qui viennent en consultation au centre sur les conséquences de l'excision et du mariage des enfants. Ils assurent aussi la prise en charge médicale des victimes et peuvent convaincre les hommes et les femmes afin qu'ils adhèrent à l'abandon.

Les leaders communautaires (chefs de village, imams, etc.) sont concertés pour les questions concernant les membres de leurs communautés. Donc ils peuvent jouer un rôle important dans la prise de décision de l'abandon de l'excision et du mariage des enfants.

Objectif spécifique 3 : D'ici 2019, les communautés des villages ciblés par le projet ont abandonné la pratique de l'excision et du mariage des enfants.

L'objectif 3 vise à mobiliser les acteurs clés et les femmes et hommes des villages d'intervention pour parvenir à l'abandon de l'excision et du mariage des enfants à la fin du projet. En effet, l'excision et le mariage des enfants sont des pratiques fortement enracinées dans les sociétés qui les pratiquent. Seule une action concertée des acteurs sociaux pourra apporter des changements.

En effet, l'excision et le mariage des enfants sont pratiqués dans toute la zone par tous les groupes ethniques, quels que soit les religions pratiquées. Comme partout ailleurs, les MSF et le mariage précoce représentent une violation fondamentale des droits des filles et des femmes tels qu'ils sont énoncés dans de nombreuses conventions internationales ratifiées par le Mali (Convention des Droits de l'Enfant, Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discriminations à l'Egard des Femmes, protocole de Maputo). Donc il est pertinent de travailler sur ces thématiques en respect des engagements pris par le Mali.

Cette situation aggravée par le faible niveau de mobilisation et d'engagement des jeunes (16-24 ans), des acteurs/ actrices clés des domaines éducatifs, sanitaires et sociaux et des communautés en faveur de l'abandon des MSF et des mariages des enfants a été prise en compte par le projet qui a fait des jeunes garçons et filles, des cibles et acteurs stratégiques.

En envisageant d'améliorer durablement la santé, et le statut des filles et des femmes et la protection de leurs droits dans la région de Kayes à travers une action pilote reproductible visant l'abandon des MGF et du mariage des enfants et en impliquant spécifiquement les jeunes (16-24 ans) dans les activités, l'AMSOPT a fait preuve de réalisme dans son choix. Ces stratégies pourront conduire à l'abandon de l'excision et du mariage des enfants.

- **Pertinence de la stratégie d'intervention**

Sur la base de l'approche globale développée depuis 2006 et des 5 principes de la théorie de la convention sociale de Thomas Schelling diffusée par l'UNICEF comme pouvant

s'appliquer à la dynamique sociale des MGF, l'AMSOPT a développé un dispositif intégré de communication pour les changements de comportements dans le district sanitaire de Kayes autour des axes suivants :

- Les causeries sur les thématiques de santé et droits humains comme porte d'entrée de la communication ;
- l'éducation par les pairs et l'implication des jeunes (10-24 ans)
- La sensibilisation des communautés à travers les actions de communication sur le terrain et les émissions sur les radios communautaires ;
- Le renforcement des capacités, l'implication et l'engagement des acteurs stratégiques comme les enseignants, le personnel médical ou les autorités sanitaires et sociales ;
- La visite à domicile ;
- la prise en charge médicale et psycho-sociale des filles et des femmes souffrant de complications liées aux MGF, ME et autres VBG.

Les animatrices du projet, les relais communautaires et les pairs éducateurs ont mis l'accent sur **la visite à domicile** afin de s'assurer que les hommes et les femmes de la communauté qui ne participent pas aux causeries publiques soient informés sur l'excision et le mariage des enfants au sein de leur famille.

Pour des femmes rencontrées au cours des FGD, la visite à domicile a été bénéfique pour les femmes adultes occupées par les travaux ménagers et les femmes âgées qui ont posé des questions à l'animatrice et reçu des réponses satisfaisantes relatives aux causes de l'excision et aux raisons de son abandon.

Elle a été aussi l'occasion pour les relais d'identifier des femmes et filles souffrant de séquelles de l'excision et qui n'en parlaient pas.

> « ***La visite à domicile permet à la femme de poser des questions sur la non excision et l'alliance d'un homme avec une fille non excisée, chose qu'elle n'oserait pas demander en public*** » Relais de Lany

Les émissions radiophoniques ont été un moyen efficace de diffusion de l'information sur les MGF et du mariage des enfants dans la zone d'intervention mais aussi dans les villages hors projet.

Les hommes lors des FGD et les agents des services techniques ont déclaré que l'implication et l'engagement de personnes clés comme les enseignants et enseignantes, le personnel médical ou les autorités sanitaires et sociales ont permis de créer un climat sociopolitique favorable à la défense des droits des filles et des femmes et de relayer les engagements pris au sein des communautés.

Enfin, la prise en charge médicale et psycho-sociale des filles et des femmes répondait à un besoin au sein de la communauté où il était difficile de connaitre les victimes parce que la question de l'excision est taboue. Entre outre cette stratégie a le mérite de rendre plus concrets les méfaits de la pratique de l'excision, dumariage des enfants et du coup, elle accélère la prise de conscience des communautés pour leur abandon.

Cette stratégie a été jugée pertinente car adaptée aux besoins et aspirations des communautés. En effet, l'excision et le mariage des enfants sont des pratiques dont l'arrêt ne peut être décrété car fortement enracinées et pratiquées par toutes les communautés. Seules

l'information et la sensibilisation à travers l'organisation des causeries éducatives au cours desquelles les communautés échangent sur les pratiques et les idées reçues peuvent les amener à prendre conscience des conséquences néfastes du fléau et à tendre vers l'abandon.

- **Pertinence des activités**

L'information/sensibilisation (causeries éducatives, émissions radios, confection et impression d'outils de sensibilisation, tournois sportifs, visites à domicile), le renforcement des capacités des pairs éducateurs et d'autres acteurs stratégiques, la prise en charge des victimes et le renforcement du pouvoir des femmes (mise à disposition d'un fonds de crédit, formation à la prise de parole en public), ont été les principales activités mises en œuvre pour l'atteinte des objectifs visés. Selon les participants au FGD de Soungalobala, ces activités sont jugées pertinentes car répondant aux besoins prioritaires des communautés.

> **« *Le projet d'AMSOPT nous a beaucoup édifié sur certains problèmes de santé que nous ignorons. Alors que la vie dépend de la santé. Dans le village, les femmes ne connaissaient pas la santé sexuelle et reproductive et ne savaient pas où aller en cas de difficultés liées à la pratique de l'excision. Le droit à la santé n'était pas du tout une réalité. Quant au mariage des enfants aussi qui n'est même pas pratiqué dans notre communauté, le projet a contribué à nous donner assez d'information sur ses conséquences*** » Chef de village de Soungalobala

> « ***Le projet de AMSOPT répond objectivement aux besoins d'information sur le mariage des enfants, parce que avant l'arrivée du projet dans mon village on donnait nos filles en mariage entre 13 et 14 ans ; mais avec la sensibilisation du projet, l'âge du mariage des filles oscille maintenant entre 16 et 18 ans »*** Chef de village de Charack

En conclusion, les acteurs et cibles communautaires rencontrés trouvent le projet pertinent car il répond à leurbesoin d'information sur l'excision et le mariage des enfants et leur préoccupation relative à l'accès aux soins des femmes et filles souffrant de séquelles liées à ces pratiques traditionnelles.

Pour les responsables de la DRPFEF, de la DRS et AMSOPT, les objectifs et les activités prévues sont pertinents et en cohérence avec la politique nationale de l'Etat en matière de lutte contre la pratique de l'excision et le mariage des enfants.

Le projet répond aux préoccupations et besoins des communautés en général et des groupes cibles que sont les femmes et les filles en particulier.

Les jeunes garçons ont apprécié les compétitions sportives comme un moyen efficace pour toucher les filles et garçons afin de recevoir les informations sur leur santé. Pour certains garçons rencontrés, les journées sportives et socio culturelles (Théâtre) attirent de plus en plus de jeunes qui écoutent attentivement les messages véhiculés par les animatrices du projet sur l'excision et le mariage des enfants.

> « ***Nous communauté de Sambala manquions d'information capitale sur notre santé/droits et le bien d'être de la personne en général et des femmes et filles en particulier ; mais grâce aux activités de AMSOPT nous avons été édifiés sur nos pratiques traditionnelles qui nuisent à la santé des petites filles et des femmes. Nous sommes conscients que tout ce que AMSOPT rapporte sont des faits réels et vérifiables ; c'est pourquoi notre engagement est sincère et nous sommes disposés à***

accompagner AMSOPT dans toutes ses activités parce qu'elle a pris en compte notre préoccupation qui est la santé des femmes et filles» Leader villageois de Sambala

C'est seulement à Charack, que les hommes malgré les activités de sensibilisation menées par les animatrices du projet n'ont pas trouvé pertinentes les activités sur l'excision car il s'agit d'après le chef de village d'une pratique ancestrale musulmane que le village n'est pas prêt à abandonner.

« ***Nous avons reçu des informations sur les conséquences de l'excision de la part des animatrices. Dans notre communauté de maures nous croyons et sommes attachés à la pratique de l'excision qui est une pratique musulmane*** » Chef de village de Charack

4.3 Analyse de l'efficacité

Dans le cadre de cette évaluation, l'efficacité du projet a été analysée à travers l'atteinte des objectifs spécifiques du projet et des indicateurs grâce aux activités menées. Il s'agit des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus et aussi des insuffisances constatées.

4.3.1 Résultats obtenus

De l'analyse des données secondaires et de celles collectées sur le terrain auprès des personnes rencontrées, il ressort que le projet a, à travers sa mise en œuvre, contribué de façon appréciable à l'atteinte de résultats relatifs aux objectifs spécifiques et indicateurs du projet.

Par rapport à l'Objectif spécifique 1 : D'ici 2019, les jeunes sont mobilisés et engagés en faveur de l'abandon des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) Ils/elles connaissent mieux leurs droits et sont en mesure de les défendre pour améliorer leur bien-être et celui de leurs (futurs) enfants.

L'analyse des indicateurs d'impact a donné 87% de jeunes (garçons et filles dans la zone du projet qui ont bénéficié des sessions d'éducation par les pairs sur une prévision de 71%.
Au total, 60 jeunes pairs éducateurs et éducatrices formés sont capables de sensibiliser leurs pairs sur une prévision de 60.

La sensibilisation des femmes et hommes par des jeunes relais et pairs éducateurs formés et outillés
Les relais villageois et les pairs éducateurs (garçons comme filles) identifiés dans les villages, après leur formation, ont conduit des causeries éducatives qui ont mobilisé plus d'un millier de jeunes (pour les séances d'IEC) Ils ont été sollicités par les femmes et les hommes, les filles et les garçons qui leur posent des questions sur l'excision et le mariage des enfants auxquelles ils donnent des réponses.
Un groupe restreint composé de 4 filles et 3 garçons a été mis en place dans certains villages pour sensibiliser les familles. Ils passent chaque mois dans les familles afin d'expliquer aux femmes, hommes et jeunes les conséquences de l'excision et du mariage des enfants.

Au total, les jeunes pairs éducateurs et éducatrices ont organisé 320 sessions de sensibilisation sur l'excision, le mariage des enfants sur une prévision de 240.

85% de jeunes de la zone du projet ont déclaré avoir amélioré leurs connaissances sur les MGF et Mariage des enfants sur une prévision de 50%. Il y a eu une prise de conscience chez eux et certains se sont engagés à ne pas exciser leurs filles et à ne pas accepter d'épouser des filles de moins de 18 ans.

Pour les leaders des villages visités,l'implication des jeunes et leur formation pour qu'ils deviennent des acteurs de changement est très efficace car c'est la génération montante et en plus les futurs parents. Leur action auprès de leurs pairs permet de prévenir le mariage précoce des filles.
Pour les responsables des services de santé et de la promotion de la femme, l'engagement des jeunes est primordial pour booster des pratiques comme l'excision et le mariage des enfants. En effet ce sont eux qui épousent les jeunes filles mineures ou qui refusent l'alliance avec les filles non excisées. Leur engagement en faveur du changement est matérialisé à travers les déclarations suivantes :

«**N*ous les jeunes, nous n'avons plus droit à l'erreur, du moment où nous savons que certaines pratiques de chez nous je veux dire l'excision et le mariage des enfants sont sources de problèmes et de souffrance ; nous devons faire de leur lutte une priorité afin que nos futurs enfants puissent échapper* à ces pratiques**» FGD garçons LanyMody

« Avant le projet, les filles et les garçons avaient des rapports sexuels précoces ; mais avec la sensibilisation du projet, nous les filles ont compris qu'il ne faut pas avoir les rapports sexuels avant 18 ans car ils ralentissent la croissance, entraine la grossesse qui peut être mortelle. Grâce au projet entant que filles, on est maintenant écoutées par des adultes quand on parle de nos droits. Nous pouvons aussi prendre des décisions qui nous concernent par exemple refuser les rapports sexuels quand les garçons nous font la demande ». FGD avec garçons et filles de Embranchement

Un dialogue entre adultes et jeunes sur la question de l'excision et du mariage des enfants

Les hommes et les femmes rencontrés ont déclaré que les thèmes de l'excision et du mariage des enfants ne sont plus tabous dans les villages. Au sein du couple et dans la famille, on en parle sans difficulté entre adultes et aussi avec les jeunes. Des jeunes garçons scolarisés et informés sur l'excision et le mariage des enfants interpellent leurs parents en leur rapportant ce qui leur a été dit à l'école et souvent leur prodiguent des conseils. Ce constat est vraiment une réussite du projet grâce aux activités menées dans les écoles.

« ***Grâce à la formation, nous jeunes garçons s'expriment facilement sur les questions de l'excision et du mariage des enfants. Tous les tabous qui entouraient la pratique de l'excision et du mariage des enfants sont levés. Aujourd'hui, on peut échanger avec les vieilles personnes, sans complexe sur les dangers de l'excision et du mariage des enfants. Maintenant avec le projet, les filles se marient entre 14 et 16 ans dans notre localité. Ce qui est déjà satisfaisant. Mais nous continueront à leurs parler jusqu'à ce que l'âge du mariage des filles soit à 18 ans*** » FGD Garçons LanyMody

Au regard des indicateurs d'impact mentionnés dans ce chapitre, et des déclarations faites par les personnes rencontrées, on peut dire que l'objectif spécifique 1 a été atteint parce que des jeunes filles et garçons formés se sont mobilisés pour informer les femmes, les hommes et leurs pairs. Ils défendent leurs droits en s'engageant à s'opposer à ces deux pratiques.

Par rapport à l'objectif spécifique 2 : A la fin du projet, les acteurs clés des domaines éducatifs, sanitaires, sociaux et communautaires s'engagent à mettre fin aux pratiques de l'excision et du mariage d'enfants et améliorent la qualité de la prise en charge des survivantes.

Des enseignants formés et capables de détecter les filles à risques de MGF et mariage des enfants.

Le projet a prévu et réalisé la formation de 100enseignants sur l'excision et le mariage précoce afin de pouvoir informer les élèves et détecter les filles à risque d'excision et de mariage précoce. Cet objectif a été atteint parce que les 100 enseignants ont participé à la formation et ils ont pu détecter 38 filles à risque de MGF et mariage précoce sur une prévision de 100 en milieu scolaire. Cette situation peut s'expliquer par la grève des enseignants qui a occasionné la fermeture des écoles pendant six mois. Cela a affecté les activités du projet au niveau des écoles.

Des sessions de plaidoyers en l'endroit des décideurs

Le projet a pu réaliser trois (3) sessions de plaidoyer en direction des décideurs politiques, sanitaires et sociaux sur une prévision de 4. Les institutions présentes étaient : la préfecture, le CAP, l'Académie d'Enseignement, la Direction Régionale de la Santé, la Direction Régionale de la Promotion de la Femme, la direction des Collectivités, les leaders communautaires de la ville de Kayes. Des informations appuyées par des statistiques sur la pratique de l'excision et mariage des enfants dans la région de Kayes ont été données aux leaders lors de la plaidoirie en faveur de l'abandon de l'excision.

Des victimes de l'excision et du mariage des enfants prises en charge médicalement et psychologiquement par le projet

D'après l'analyse des indicateurs d'impact, le nombre de filles et femmes victimes de violences basées sur le Genre ayant bénéficié d'une prise en charge médicale et psychosociale est de 618 femmes et filles (Entretien avec la coordinatrice du projet).

D'après les données quantitatives, les personnes rencontrées ont pu citer des complications de l'excision et du mariage des enfants.
Dans l'ensemble, 7,1% des personnes enquêtées affirment qu'il y a eu des complications suite à l'excision de leurs filles. Parmi les complications, 78,6% ont eu des difficultés d'uriner, 15,7% sont liées à l'excision et 5, 7% ont eu des problèmes d'infection.

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon les cas de complications provoqués par l'excision de leurs filles

		Village zones du projet
Cas de complications liées à l'excision	Oui	7.1
	Non	92.9
	Total	100.0
Problèmes survenus : Saignement excessif	Oui	15,7
	Non	84,3
	Total	100.0
Problèmes survenus : Difficulté	Oui	78,6

d'uriner	Non	21,4
	Total	100.0
Problèmes survenus : Infections	Oui	5,7
	Non	94,3
	Total	100.0

Source : Enquête de mars 2019

Concernant, la prise en charge médicale, nous avons collecté les données auprès des centres de santé partenaires de AMSOPT à travers une fiche qui a recensé les cas de complication suite à l'excision et au mariage des enfants pris en charge médicalement. Les centres de santé concernés sont : le CSCOM de Kayes Plateau, le CSCOM de Khasso, le CSCOM de Kayes N'Di, le CSRef de Kayes, et l'hôpital régional de Kayes. Le tableau ci-dessous totalise les cas de complications.

Tableau 10 : Répartition des prises en charge des complications par le projet selon le type par centre en 2019

Centres de santé	Nombre de prise en charge des complications de l'excision	Nombre de prise en charge des complications de mariage des enfants	Total de prise en charge
CSCOM de Plateau	210	1	211
CSCOM de Khasso	71	0	71
CSCOM de Kayes N'Di	47	9	56
Hôpital Régional de Kayes	12	2	14
CSCOM de Maréna	2	0	2
Total de cas de prises en charge des complications	**342**	**12**	**354**

Source : enquête de mars 2019

L'enquête qualitative a donné des résultats relatifs à la prise en charge médicale et psycho sociale qui sont ci-dessous présentés.

L'offre de services de qualité aux victimes de l'excision, du mariage des enfants et autres VBG

Les agents de santé des CSCOM partenaires ont été formés à l'identification et la prise en charge des victimes de l'excision, du mariage des enfants et autres VBG. Un contrat de partenariat a été signé avec l'Hôpital Régional de Kayes pour la prise en charge de cas ne pouvant pas être traités au CSCOM. Le budget de la rubrique « Prise en charge médicale et psychosociale » était important pour l'offre de soins médicaux adéquats aux victimes des séquelles de l'excision et du mariage des enfants.

> « ***J'ai eu 2 cas de complications de l'excision que j'ai envoyé à AMSOPT il y'a un gynéco qui travaille avec AMSOPT. Je suis natif de Kayes, donc les victimes viennent chez moi me parler de leur problème. Alors je les oriente vers AMSOPT pour la prise en charge médicale*** » Point focal du projet à la DRS

Les causeries éducatives sur l'excision et le mariage des enfants et les IST organisées au centre de santé ont été considérées comme des informations de prévention. Elles sont appréciées par les femmes des FGD qui ont déclaré qu'au retour du centre de santé, elles informent les maris et autres membres de la famille.

« ***Ma femme au retour de la visite médicale me rapporte tout ce qui a été dit sur l'excision et le mariage des enfants ; j'aime cela parce que ça permet d'éviter des problèmes de santé donc des dépenses pour la famille*** » FGD hommes Koumamadiya

La prise en charge médicale des victimes a fait l'unanimité en termes d'acceptation du projet. D'après la Chargée de SCOFI, Kayes à Kayes, les femmes et les jeunes filles n'hésitent plus à contacter l'animatrice pour lui expliquer les maux dont elles souffrent. « ***Au cours de nos missions de suivi du projet, avec les agents de AMSOPT, les familles de victimes prises en charge ne tarissent pas d'éloges en l'endroit de AMSOPT*** »

D'ailleurs 93% de femmes et hommes sur une prévision de 90% ont une bonne perception de l'amélioration de la santé et du Bien-être des femmes qui ont bénéficié de la prise en charge médicale et psychosociale. 138 filles et femmes sur une prévision de 50, ont souhaité témoigner de l'amélioration de leurs santé suite à la prise en charge médicale et psychologique ; ce qui est vraiment une réussite parce dans des cas similaires, les victimes prises en charge n'aiment pas témoigner à visage découvert.

- **Disponibilité des informations sur la prise en charge médicale et accessibilité aux services de santé**

Le tableau 11 indique que la majorité, environ 70% des populations de ces zones connaissent l'existence de l'ONG AMSOPT. Grâce au projet, 62% ont facilement accès à l'information non seulement sur les conséquences de l'excision, et le mariage des enfants, mais aussi sur la promotion des droits des femmes. Contrairement aux autres cibles, plus de la moitié des pères de fille (51,4%) ne sont pas suffisamment informés sur les conséquences de ces pratiques.
Le non accès à l'information pour la plupart des pères peut encore expliquer leur réticence par rapport à l'abandon de la pratique de l'excision.
Les informations obtenues par les enquêtés sur les conséquences de l'excision et du mariage des enfants proviennent de différentes sources qui sont principalement les médias (69,9%), les amis (67,3%), les animatrices du projet AMSOPT (64,7%), les leaders communautaires (53,2%), le personnel de santé (52,5%).

Tableau 11 : Accès à l'information : % des populations qui ont l'information sur les conséquences de l'excision et le mariage selon les sources et le statut

	Connaissance sur l'ONG AMSOPT dans votre localité	Avoir accès à l'information sur l'excision et le mariage des enfants	**Les sources d'information**				
			Le personnel de santé	Les animatrices du projet AMSOPT	Les amis	Les leaders communautaires	Les médias
Mère	74.2	66.6	54.6	71.6	70.8	59.7	72.8
Père	60.2	48.6	46.1	50.7	53.6	51.5	62.4
Homme de plus de 15 ans	55.1	65.3	59.0	55.1	85.4	50.3	74.0
Fille de 10-15 ans	57.1	53.8	47.5	46.7	70.8	32.3	62.4
Paires éducateur/trices village	100.0	100.0	77.9	100.0	93.8	75.3	93.8
Femme de plus de 15 ans	86.7	69.6	47.5	82.5	63.1	27.1	74.5

Ensemble	**69.6**	**61.8**	**52.2**	**64.7**	**67.3**	**53.2**	**69.9**

Source : enquête de mars 2019

On peut conclure ici que les activités d'information et de sensibilisation à travers les messages à la radio, les théâtres, les sketchs, les projections de films, les séances de causeries éducatives, les réunions, les ateliers de formation, les affiches ont permis à la population d'acquérir des connaissances sur différentes thématiques et aussi de savoir où a lieu la prise en charge médicale des femmes et filles victimes des conséquences de l'excision et du mariage des enfants.

Les indicateurs renseignés et les données quantitatives et qualitatives collectées permettent de dire que l'objectif 2 du projet a été atteint avec des résultats qui ont dépassé les prévisions. Les acteurs des domaines éducatif, sanitaire et social de la zone du projet ont été formés et se sont mobilisés et engagés pour la prise en charge médicale des filles et femmes des risques de MSF et de mariage des enfants. Des informations sur le lieu de la prise en charge médicale. Des femmes et des hommes lors des FGD ont déclaré que la prise en charge a assuré le bien être des filles et femmes victimes ayant bénéficié de soins médicaux.

Par rapport à l'Objectif spécifique 3 : D'ici 2019, les communautés des villages ciblés par le projet ont abandonné la pratique de l'excision et des mariages d'enfants.

Divers canaux de communication utilisés pour arriver à l'abandon

Le projet a utilisé différents canaux de communication pour faire passer les messages de sensibilisation des communautés sur l'excision et le mariage des enfants pour leur mobilisation et engagement en faveur de leur abandon.

Des animateurs de radios communautaires capables de diffuser des messages sur l'excision et le mariage des enfants

AMSOPT a signé un contrat avec 8 radios communautaires qui sont très écoutées dans la zone d'intervention du projet. Les animateurs ont reçu des formations sur les VBG en général et l'excision et le mariage des enfants et font des émissions sur les thématiques. Au cours de la collecte des données, des femmes hommes et jeunes ont cité la radio comme un des canaux qui leurs a permis d'avoir des informations. **Cela est la preuve que les 152 diffusions et rediffusions sur les 80 prévues ont été bénéfiques**(Les radios ont fait des rediffusions gratuites à la demande des auditeurs qui ont apprécié les informations données sur les deux thèmes) Même dans les villages réticents, ou non couverts par le projet, les femmes et les hommes ont reçu des informations sur l'excision et mariages d'enfants grâce aux radios. D'après les femmes qui ont participé aux FGD, les informations données par la radio leurs ont permis de savoir que des femmes ont été victimes de la pratique de l'excision. « ***Nous avons cru en ces informations qui avaient été données par les animatrices du projet lors des causeries éducatives. La radio a renforcé notre compréhension des conséquences ; c'est pourquoi nous avons décidé d'abandonner l'excision en signant la lettre d'abandon*** » Femmes de Koumamadiya

En effet selon les données quantitatives, 55,3% de la population des zones de l'enquête ont déclaré avoir reçu ces informations à travers la radio. Ce pourcentage est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (61% contre 39%).Cette information a été confirmée par les femmes lors des entretiens individuels et FGD.

Le rapport semestriel de l'AN 2 précise que 90% des hommes et femmes de la zone d'intervention ont été touchés par les émissions radiophoniques contre une prévision de 60% et cela à cause des rediffusions.

L'acceptation du projet par les femmes et les hommes des trente villages

De l'avis des animatrices, la présentation du projet dans les villages concernés a été un succès. Sur 30 villages, un seul a refusé le projet. Dans les 29 autres, aucune attitude réticente n'a été observée lors des assemblées d'information organisées et conduites par l'équipe de terrain de Kayes dans les villages avant le démarrage des activités. Cela a été confirmé par des chefs de village rencontrés lors de la collecte de données. « ***Après la présentation du projet dans mon village, mes conseillers et les femmes leaders sont allés me voir pour me dire que toute activité qui vise l'amélioration de la santé de la fille et femme et la défense de leurs droits doit être acceptée*** » Chef de village de Soungalobala

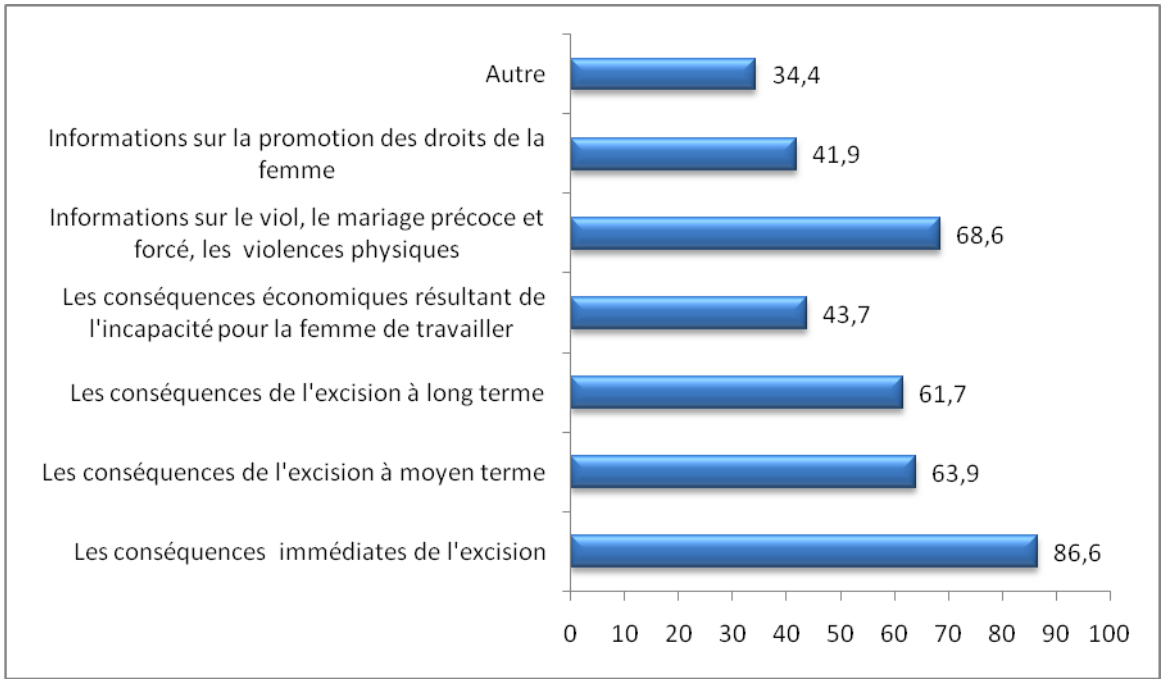
La forte participation des femmes et hommes aux activités du projet

Selon le volet quantitatif la participation de la population est appréhendée à travers la question « ***Avez-vous assisté à une séance de sensibilisation ou de causerie sur l'excision?*** ». Par rapport à cette question 56,7% des répondants disent avoir assisté soit à une séance de sensibilisation ou à une causerie sur l'excision. Parmi ceux-ci, 87,7% des répondants disent avoir mené ces activités avec les animatrices de AMSOPT contre 7,3% avec les relais.

Les répondants qui ont bénéficié des activités du projet sont surtout les pairs éducateurs (84,1%), les autres femmes de plus de 15 ans (66,8%) ensuite les mères (58,1%). Quant à la participation des hommes, elle est faible chez les pères (43,3%), encore plus faible chez les autres hommes de plus de 15 ans (26,7%). Par rapport aux filles de 10 à 15 ans, elles sont seulement 31,4% à avoir participé aux activités du projet.

Le graphique 2 montre que les thèmes des ateliers de formation portaient principalement sur les conséquences immédiates de l'excision (86,6%), les informations sur le viol, le mariage précoce et forcé, les violences physiques (68,6%), les conséquences de l'excision à moyen terme (63,9%) et les conséquences de l'excision à long terme (61,7%).

Graphique 1 : % des populations qui ont suivi des thèmes dans le cadre des activités offertes par le projet



Source : Enquête de mars 2019

La forte présence des femmes, des hommes, garçons et filles aux causeries éducatives

Dans le domaine de la mobilisation sociale, les activités d'IEC ont pu attirer des milliers de participantes et participants. Les rapports semestriels de l'AN 1 et 2 produits par AMSOPT ont donné 69297 participants décomposés comme suite : 9626 hommes, 23 059 femmes, 7896 garçons et 8716 filles lors de la communication de masse et communication interpersonnelle. Ces chiffres ont été confirmés par le chargé de programme lors de son entretien à Bamako.

Les animatrices du projet ont aussi organisé et animé des causeries éducatives au niveau village sur l'excision et le mariage des enfants qui ont attiré surtout les femmes et quelques hommes.

Des pairs éducateurs et relais communautaires ont aussi organisé des causeries avec les jeunes.

Les agents de santé formés ont profité des consultations au centre de santé pour donner des informations aux femmes et aux hommes qui viennent pour des consultations médicales sur les deux thèmes.

Le suivi des activités de terrain par les services de l'éducation et de la promotion de la femme a été aussi une occasion pour donner d'avantage d'informations aux femmes et hommes dans les villages. Ce qui est remarquable avec le projet, c'est la forte implication des jeunes garçons et filles qui auparavant n'assistaient pas aux causeries éducatives. (Cf. Rapports semestriels du projet de AN1 et An2)

> « ***L'animatrice organise des causeries-débats chaque semaine avec toutes les femmes du villages auxquelles nous participons très régulièrement. Ces échanges portent sur : le mariage précoce, l'excision et les droits des femmes et les violences physiques. Ces causeries attirent de plus en plus les femmes qui se disent intéressées par les thèmes. Je***

peux dire que chaque semaine le nombre de participants aux causeries augmente » FGD femmes Koumamadiya

- **Pratiques et Attitudes de l'excision**

Dans l'ensemble des zones enquêtées, de 2017 à 2019, le taux de prévalence a baissé(67,5% contre 86% en 2017). En 2017 avant le démarrage du projet, une étude CAP été réalisée par le même bureau, avec comme sources d'informations les entretiens individuels et les FDGs. La tendance a fortement baissé dans la tranche la plus vulnérable à l'excision (0-4 ans) avec 65,6% contre 82% en 2017. Ceci s'explique par les activités du projet qui ont eu un impact positif sur la pratique de l'excision au niveau de ces villages.

Tableau 3: Prévalence de l'excision des filles de 0-15 ans par groupe d'âge de la zone d'étude

	2017	**2019**
Tranches d'âges	**Zone projet**	**Zone projet**
0 - 4 ans	82	65.6
5 - 9 ans	88	69.8
10 - 15 ans	87	67.5
Ensemble	86	67.5

Source enquête mars 2019 et étude CAP de 2017 au démarrage du projet

La faible prévalence de l'excision dans les groupes d'âge les plus jeunes montre une tendance à la baisse de la pratique de l'excision chez les filles seulement en l'espace de 02 ans.
Cependant, avec les activités de sensibilisation (les émissions radiophoniques, les causeries éducatives et les spots sur les conséquences de l'excision et le mariage des enfants), la tendance à l'abandon de l'excision devient de plus en plus visible dans les localités enquêtées.
Au regard du tableau 4, on observe une amélioration significative de la baisse du taux de prévalence de l'excision surtout dans la tranche d'âge des filles de 0 à 4 ans.
Concernant les localités enquêtées, contrairement aux autres villages, dans le village de LanyTouka la prévalence est nulle dans cette tranche d'âge. Elle n'atteint pas 20% dans les villages de Kabou Mali, de LanyTakoutala, et de Soungalobala. Ceci confirme leurs déclarations d'abandon de la pratique de l'excision. Il y a aussi, des localités telles que Embranchement et Koumamadiya où plus de 90% voire même toutes les filles de la tranche de 10 à 15 ans sont excisées ; mais le taux a fortement baissé au niveau des 0 - 4 ans.
Par contre les taux restent toujours élevés et dépassent 70% au niveau des villages de Dikogory, de LanyModi , et de Bougoutourou.

Quant aux villages de Seoude et de Charack, malgré le taux très élevé plus que dans les autres villages, on constate une nette amélioration de la baisse de la prévalence chez les filles de 0 à 4 ans (de 100% chez les filles de 5 à 15 ans contre 83% et 89% chez les filles de 0 à 4 ans).

Tableau 4 : Evaluation de la pratique de l'excision au niveau des localités

	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 15 ans
	%	%	%
Kabou Mali	18,2	47,1	53,8
Dikogory-	87,5	89,5	70,0
LanyTouka-	0,0	40,0	15,4

LanyTakoutala-	11,1	42,9	31,6
LanyModi-	92,9	87,5	93,3
Embranchement	56,3	90,0	100,0
Koumamadiya	50,0	68,8	80,0
Sambala	40,0	71,4	62,5
Soungalobala	16,7	8,3	72,7
Seounde	83,3	100,0	100,0
Charack	88,9	100,0	100,0
Bougoutourou	71,4	75,0	75,0
Total	65,6	69,8	67,5

Source : Enquête mars 2019

- **Capacité de la population à discuter ou à refuser la pratique de l'excision**

Le tableau 6, indique les résultats qui approuvent un changement de mentalité de la population vis-à-vis de la pratique de l'excision. En effet contrairement en 2017 où 20% seulement étaient prêts à s'opposer à l'excision, en 2019 plus de la moitié (54,7%) des répondants n'ont pas l'intention d'exciser leurs filles. La tendance reste la même chez les mères, les filles, femmes de plus de 15 ans et les pairs éducateurs /trices.

Contrairement aux autres, le pourcentage est très faible chez les pères et les autres hommes de plus de 15 ans (38,3% et 45,4 contre 60,3% chez les mères). Cependant le changement peut être lié à la diffusion des messages du projet sur les conséquences néfastes de l'excision et le mariage des enfants au niveau des radios et causeries éducatives des animatrices du projet.

Tableau 6 : Pourcentage (%) des populations qui n'ont pas l'intention d'exciser leur fille et qui sont capables de convaincre ou s'opposer à la pratique

	N'a pas l'intention d'exciser sa fille	Capacité de convaincre les vielles personnes de votre famille de renoncer à l'excision de votre fille	Capacité de s'opposer à l'excision de votre fille	Capacité de résister à la pression des religieux pour ne pas exciser votre fille	Capacité de parler des dangers de l'excision à des gens qui veulent exciser leurs filles	Capacité de discuter de l'excision avec votre époux/épouse/partenaire	capable de discuter des conséquences néfastes de l'excision avec les vieilles personnes de la famille
Mère	60.3	50.2	86.8	76.8	90.4	91.7	87.4
Père	38.3	53.1	81.4	82.7	83.3	87.6	82.5
Homme de plus de 15 ans	45.4	27.0	98.5	95.4	81.3	93.4	71.6
Fille de 10-15 ans	69.1	36.2	68.4	57.1	65.9	67.6	67.1
Paires éducateur/ices village	51.1	38.0	95.1	83.6	95.1	100.0	83.6
Femme de plus de 15 ans	58.5	29.3	63.9	50.8	77.7	83.1	76.0
Ensemble	**54.7**	**46.6**	**82.8**	**74.7**	**85.3**	**88.0**	**82.8**

Source enquête mars 2019

Il est aussi réconfortant que 82,8% des mêmes personnes interrogées se sentent capables de discuter avec des personnes âgées des conséquences néfastes de l'excision, à raison de 87,4% pour les mères et de 82,5% pour les pères. Elles sont encore plus nombreuses, ces personnes interrogées à se sentir capables de discuter de l'excision avec leurs partenaires, époux ou

épouses ou simples conjoints ou conjointes, soit plus de 4 personnes sur 5 (88%), avec 100% chez les pairs éducateurs et 91,7% chez les mères. Ceci contrairement à 2017 où 73,5% des enquêtés contestaient le pouvoir d'opposition de la mère contre 62,8% de celui du père de la fille. C'étaient seulement les personnes âgées qui décidaient l'excision de la fille sans aucune discussion. Ces résultats confirment que dans les zones du projet, le tabou est en voie d'être levé.

L'analyse des indicateurs d'impact du projet a montré ***que 85% des membres des communautés concernées par le projet pensent qu'il est possible de dialoguer sur les questions de l'excision et du mariage précoce sur une prévision de 70%.***

Cependant, il faut noter que dans ces zones, il est difficile de convaincre les personnes âgées de la famille de renoncer à l'excision de la fille. Plus de la moitié (53,4%) des répondants pensent qu'ils n'ont pas la capacité de les convaincre. En outre, même s'il est difficile de convaincre les personnes âgées, une grande majorité de ces répondants (82,8%) est capablede s'opposer à l'excision de leurs filles.

Concernant la capacité à refuser l'excision (**Tableau 7**), une proportion importante des enquêtés est d'accord pour refuser l'excision de leurs filles même si les leaders religieux l'exigent (88,7%), même si les leaders coutumiers l'exigent (76,5%), même si la belle-mère décide de la faire (74,9%), même si les parents du père ou de la mère décident de la faire (54,2%).

Tableau7 : Pourcentage (%) des populations qui sont capables de refuser la pratique de l'excision

	Etre confiante de pouvoir refuser l'excision de votre fille	Pouvoir refuser l'excision de votre fille même si votre belle-mère décide de le faire	Capable de refuser l'excision de votre fille si vos parents décident de le faire	Capable de refuser l'excision de votre fille même si les leaders coutumiers l'exigent	Capable de refuser l'excision de votre fille même si les leaders religieux l'exigent	Etre sûr de vous que vous n'allez pas exciser vos filles	Votre époux/épouse/partenaire vous soutiendra si vous refusez d'exciser votre fille
Mère	89.6	75.7	53.0	79.2	92.6	92.6	84.8
Père	81.6	77.2	62.0	78.0	78.8	78.8	76.9
Homme de plus de 15 ans	93.4	72.5	35.1	82.2	93.4	93.4	75.6
Fille de 10-15 ans	79.7	75.1	49.1	67.3	85.1	85.1	80.0
Paires éducateur/ices village	95.1	95.1	79.1	95.1	95.1	95.1	83.6
Femme de plus de 15 ans	63.0	57.6	56.1	56.3	82.2	82.2	59.9
Ensemble	85.5	74.9	54.2	76.5	88.7	88.7	80.8

Source enquête mars 2019

- **Degré d'appréciation des perceptions de la communauté**

Les règles communautaires sont appréciées à travers des opinions que l'on entend très souvent sur la pratique de l'excision. Pour cela, des opinions ont été énumérées dans le questionnaire afin que le répondant donne son avis à travers des degrés d'appréciation (totalement d'accord, d'accord, pas d'accord et pas du tout d'accord). Des propos qui étaient jadis avancés en faveur de l'excision par la population ne sont plus appréciés dans ces zones.

En effet, plus de la moitié des répondants ne sont plus d'accord que : *toute fille doit être excisée avant 5 ans (70%)* ; *quand une fille naît, la première des choses à faire c'est l'exciser (72%) ; c'est obligatoire qu'une femme soit excisée avant sa mort (68,8%) ; même quand une fille est hors du village, si elle revient c'est obligatoire qu'on la fasse exciser* (71,1% des répondants ne sont pas d'accord). Ce point a été appréhendé en 2017 à travers les raisons de la pratique de l'excision. Ainsi la raison la plus fréquemment évoquée et considérée comme la plus importante par les enquêtés concerne les coutumes, la tradition et culture (78.7%), suivi des facteurs religieux (44%), l'hygiène pour la femme (11.8%) la préservation de la virginité jusqu'au mariage (10,9%) et la maîtrise de la sexualité féminine (10,5%).

A titre illustratif voici les propos d'une exciseuse en 2017 : « ***Nous pratiquons l'excision pour purifier la femme en la débarrassant de cet organe qui la rend impure car chez nous la femme non excisée est impure ; elle ne doit pas prendre la parole en public, elle est l'objet de critique et elle sera marginalisée ; elle est mise à l'écart et elle ne peut pas accéder à un poste de leader parce qu'elle n'est pas une vraie femme*** » Exciseuse de Bada

Quant à la pratique de l'excision, plus de la moitié des pairs éducateurs (55,8%) sont d'accord qu'il y a des gens qui ne pratiquent pas l'excision mais le cachent, 43,8% des filles de 10-15 ans sont d'accord, 42% des pères sont d'accord, 38,3% des mères sont d'accord 35,4% de hommes de plus de 15 ans sont d'accord et 15,2% des autres femmes de plus 15 ans sont d'accord. Cependant, avec le changement de mentalités, on déduit que les règles communautaires (Croyance aux avantages de l'excision, l'excision comme pratique

musulmane, etc.) ne constituent plus un obstacle à l'abandon de la pratique de l'excision dans certains villages.

Quant aux attitudes face à l'excision, beaucoup de gens n'adhèrent plus à des opinions telles que « Les filles non excisées aiment trop les rapports sexuels» (71,7% ne sont pas d'accord contre 28,3% qui sont d'accord), « Les filles non excisées sont faciles à draguer» (78,7% ne sont pas d'accord contre 21,3%), « Les filles non excisées se prostituent » (86,3% ne sont pas d'accord contre 13,7%).

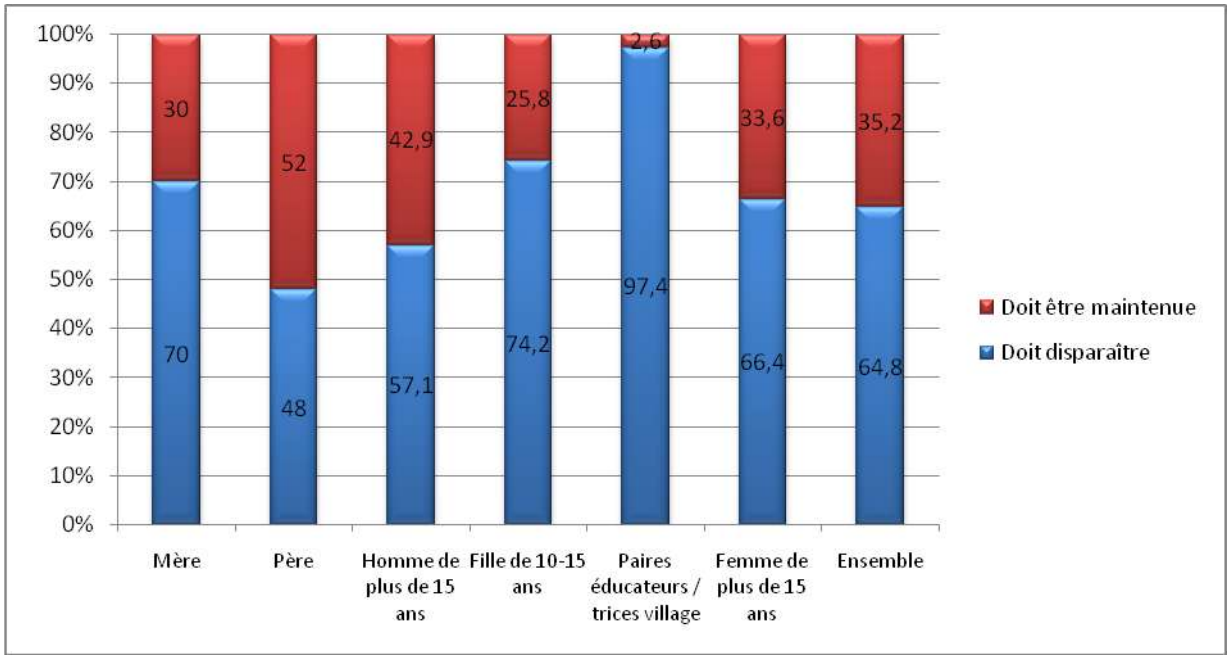
Cependant, il faut noter qu'il reste une faible proportion des personnes enquêtées (27,9%) qui trouve encore qu'il y a des avantages pour une fille d'être excisée.

- **Perception par rapport à l'abandon de l'excision**

Le graphique 2, montre que dans l'ensemble des zones, le pourcentage des personnes enquêtées se disant favorables à la poursuite de la pratique (35,2%) est plus faible qu'avant l'arrivée du projet dont le taux était à 57,6% en 2017. On constate aussi, que le pourcentage des enquêtés qui se sont prononcés pour l'abandon est passé de 30,6% à 64,8% en 2019.
Ainsi, l'augmentation de la tendance du taux d'abandon, peut s'expliquer par le fait que, les stratégies adoptées par l'ONG AMSOPT ont eu un impact positif sur les groupes de pression souvent composés de ceux qui prônent le maintien de la pratique.

Par rapport au statut des répondants, les réponses obtenues à cette question montrent qu'il y a eu un changement de mentalités contrairement au début du projet. Les tendances pour l'abandon de l'excision ont beaucoup amélioré. Mais parmi les cibles enquêtées, ce sont seulement les pères qui veulent toujours le maintien de l'excision contrairement aux autres, avec plus de la moitié (52%) parmi eux.

Graphique 2 : Répartition des enquêtés par Statut selon leur position vis-à-vis de l'excision



Source enquête de mars 2019

Dans les zones enquêtées, on constate un changement de mentalité de la population par rapport à la pratique de l'excision.

Ce changement positif en faveur l'abandon, se justifie par le fait que plus de la moitié des répondants sont d'accord que l'excision a plus de conséquences que d'avantages. En effet 57% des répondants sont d'accord que l'excision est une mauvaise pratique ; 59,4% sont unanimes que c'est mieux de l'abandonner et qu'elle n'empêche plus le vagabondage sexuel (62,3%). Seulement 30,4% sont d'accord que ce n'est pas bien qu'une fille ne soit pas excisée.

Tableau 8 : % des populations qui ont une perception positive de l'abandon de l'excision

	L'excision est une mauvaise chose.	La pratique de l'excision n'a pas d'avantage	C'est mieux d'abandonner l'excision	L'excision n'empêche pas le vagabondage sexuel	Vous respectez les femmes non excisées	Ce n'est pas bien qu'une fille ne soit pas excisée	Vous pensez que la valeur d'une femme ne dépend pas du fait qu'elle soit excisée ou non
Mère	63.9	66.3	68.1	64.2	81.6	31.1	75.5
Père	38.2	40.0	37.4	52.9	61.2	30.0	65.9
Homme de plus de 15 ans	39.4	37.6	41.7	63.0	71.6	22.3	58.2
Fille de 10-15 ans	68.4	68.4	69.9	67.6	77.2	21.2	68.9
Paires éducateur/ices village	97.4	97.4	97.4	95.7	100.0	15.9	100.0
Femme de plus de 15 ans	55.0	55.0	55.0	63.2	79.2	52.0	63.8
Ensemble	57.0	58.7	59.4	62.3	76.0	30.4	71.6

Source enquête de mars 2019

- **Les résultats qualitatifs**

Des cas d'abandon de l'excision et du mariage des enfants notifiés publiquement et matérialisés par des lettres d'abandon

A la cérémonie publique d'abandon du5 Décembre 2018 à Diamou, 26 villages sur un total de 30, ont fait la déclaration d'abandon avec des lettres signées par les autorités communautaires et dont les copies sont disponibles au bureau AMSOPT à Bamako. Cela est un véritable succès à saluer et à encourager.

« Notre commune a pratiquement abandonné ces pratiques car on entend plus parler d'excision ici ; les filles se marient souvent à 20 ans et plus. Nous avons abandonné ces pratiques car on a vu et observé les conséquences » 3ème adjoint au maire de LanyTouka

D'après l'entretien avec l'équipe du projet à Kayes, des intentions d'abandon des deux autres villages seraient aussi en voie d'être concrétisées.

« Oui les activités menées par le projet dans notre localité ont enregistré des résultats positifs qui sont à saluer et à encourager. Je peux dire que 40% des familles ont déjà abandonné l'excision. Pour moi pour plus de résultats, il faut encore et encore plus de sensibilisation des femmes, hommes et jeunes dans notre communauté afin que 100% abandonnent l'excision et le mariage des enfants» Conseiller villageois de Kabou

Les déclarations d'abandon publiques permettent à l'AMSOPT de diffuser ses résultats à grande échelle. Pour l'année 2018, elle est l'une des ONG malienne à avoir amené un nombre important de villages à déclarer l'abandon de l'excision dans la région de Kayes.

Par rapport au mariage des enfants, le pair éducateur de Koumamadiya, a témoigné *« **Dans mon village au cours de cette année 2018, quatre mariages des enfants ont été reportés grâce à la sensibilisation de l'animatrice du projet. Les parents ont suivi avec intérêt la causerie et ont décidé d'attendre que leurs filles soient majeures avant de les marier** »*

Le FGD des hommes du village de Charack ont renchéri dans le même sens en disant que les informations données par le projet ont permis de comprendre les conséquences du mariage des enfants et de renoncer à la pratique.

Dépôt du couteau par des exciseuses

Des exciseuses ont déposé le couteau et ont fait des déclarations d'abandon de la pratique au niveau village grâce aux activités du projet (Formation, information et prise en charge des cas de complication)

La cérémonie publique d'abandon de l'excision à Sabouciré n'di en Décembre 2016 a été aussi un facteur qui a poussé des exciseuses qui venaient exciser dans les villages du projet à déposer le couteau à l'arrivée du projet.

« ***J'ai participé à la cérémonie d'abandon à SabouciréNdi où il l y avait plus de 150 villages invités, cela m'a permis de mieux comprendre les conséquences de l'excision que je faisais dans les 4 villages. Au retour dans mon village, j'ai provoqué une réunion pour annoncer à tout le village, que j'abandonne la pratique, car je la faisais par ignorance des conséquences qu'elle pouvait engendrer. Avec la formation que j'ai eu avec le projet, j'ai demandé aux femmes et aux hommes de sensibiliser leurs proches afin que la pratique cesse dans le village*** » Ex exciseuse de LanyTounka

« ***Les activités menées ont permis à la population de prendre conscience des conséquences de l'excision et du mariage des enfants, qui ne sont plus pratiqués chez nous. L'exciseuse a abandonné son sale métier et par la suite a même abandonné le village*** » FGD femmes Koumamadiya

Mise en place de comités villageois de veille

Dans chaque village, des comités composés d'hommes et de femmes ont été mis en place, pas pour se substituer aux animatrices mais aussi pour veiller sur les engagements d'abandon déjà pris et sur les statuts des villages engagés.

Dans l'ensemble on peut dire que les objectifs du projet ont été atteints si on se réfère aux résultats de l'enquête quantitative et aux indicateurs d'impact renseignés. L'objectif final étant d'arriver à l'abandon de l'excision et du mariage des enfants, la mobilisation des jeunes, des services techniques de l'éducation, de la santé et de la Promotion de la femme, des hommes et femmes des communautés ont favorisé cela. Vingt six villages sur 30 ont déclaré l'abandon ; quatre ont l'intention de le faire et il n'y a plus d'exciseuse pratiquante dans la zone.

4.3.2Facteurs ayant favorisé les résultats positifs

L'atteinte des objectifs spécifiques du projet a été favorisée par la présence d'une équipe de terrain engagée, l'implication de la chargée de programme et des services étatiques.

- ***La présence d'une équipe de terrain formée, motivée et engagée***

Pour la mise en œuvre des activités de sensibilisation (Femmes, hommes et jeunes) de rapportage et d'identification et d'accompagnement des femmes/filles souffrant des complications de l'excision, AMSOPT a mis en place une équipe de 7 personnes (dont 4 agents de terrain). Elle a été formée sur les thématiques (Excision, mariage des enfants, droits des femmes et techniques de communication) et dotée de moyens de déplacement pour la sensibilisation dans les 30 villages. Les agents de terrain disposent d'outils d'animation et bénéficient des avantages (Salaire acceptable, frais de carburant, d'entretien des motos et perdiems)

- ***La forte implication du chargé de programme de AMSOPT (Bamako) et la coordinatrice de Kayes***

Le chargé de programme et la coordinatrice à Kayes ont travaillé pendant de longues années sur les VBG en général et l'excision en particulier et connaissent bien la région de Kayes. Ils font le suivi des activités et appuient techniquement les agents de terrain tout en assurant une bonne coordination entre Kayes et Bamako.

- ***L'implication des services techniques (DRS, DRPFEF, Académie d'enseignement et SCOFI)***

Les services techniques mentionnés ont été impliqués dans les formations, la mobilisation sociale, l'identification et l'orientation des victimes de l'excision et du mariage des enfants. Ils ont pu identifier des victimes de séquelles de l'excision et du mariage des enfants qui ont été prises en charge médicalement grâce à AMSOPT.

- ***L'implication des ressortissants des localités concernées vivant en Europe***

D'après le chargé de programme de AMSOPT et la coordinatrice du projet, Kayes dispose de ressortissants installés en Europe qui contribuent beaucoup au développement des villages à travers la réalisation des infrastructures (Centre de santé, écoles, points d'eau, piste, etc.) Ils sont bien écoutés et le projet a demandé leur appui pour convaincre les hommes et les femmes réticents à toute idée d'abandon de l'excision et du mariage des enfants.

« ***Avant l'arrivée du projet on avait arrêté l'excision et le mariage des enfants parce que nos pères et grand-pères ont tous séjourné en France. Donc de retour, ils ont sensibilisé leurs familles sur ces pratiques. Des familles avaient abandonné. Avec le projet, les autres familles aussi réticentes ont abandonné.*** » Relais de LanyTakoulata

4.3.3 Des insuffisances à prendre en compte pour plus d'efficacité

- **La faible implication des leaders religieux et chefs de village/conseillers**

« Le projet ne m'a pas impliqué dans aucune de leurs activités. L'animatrice vient au village mais elle ne m'a jamais abordé ou consulté par rapport aux activités menées avec les femmes dans le village » Entretien avec Imam de Babala

« ***Le projet ne répond aucunement aux besoins de notre village sur le plan de l'abandon de l'excision parce que nous sommes musulmans. C'est une pratique qui est recommandée par la religion musulmane ; moi personnellement je ne me marierai jamais à une femme non excisée car elle est sale. La religion musulmane condamne formellement de se marier avec une femme non excisée. Je suis persuadé aussi qu'aucun homme de ma communauté n'acceptera une femme non excisée en mariage parce qu'elle ne peut pas accomplir les devoirs religieux (prière, lecture du coran, etc.…) »*** Chef de village de Charack

- **La faible adhésion de certaines filles aux activités d'abandon de l'excision dans certains villages**

Contrairement aux garçons qui se disent engagés pour l'abandon de l'excision et du mariage des enfants, certaines filles rencontrées (une minorité) lors de la collecte de données avaient du mal à s'exprimer sur la question de l'excision prétextant qu'elles n'ont vraiment pas participé aux causeries éducatives et déclarent être en faveur de la pratique de l'excision parce que c'est une coutume ancestrale.

Les filles lors du FGD de Séoundé ont déclaré « ***Pour nous l'excision est une bonne pratique parce que nos parents l'ont fait et la font encore. Quand une fille n'est pas excisée, c'est difficile qu'elle se marie ici à cause de son statut. Chez nous, nous pensons qu'elle n'est pas propre. La collaboration avec les filles non excisées serait compliquée parce que l'excision est notre coutume*** »

L'attitude de cette minorité de jeunes filles rencontrées peut paraitre inquiétante (Si elle n'est pas prise en compte à temps) pour un projet qui a fait des jeunes des acteurs stratégiques pour parvenir à l'abandon de l'excision et du mariage des enfants.

- **La faible fonctionnalité des comités locaux /groupe de veille**

De l'analyse des informations collectées, les évaluations ont retenu que pour la mise en œuvre du projet, AMSOPT a développé une approche participative dans les communautés. Dans chaque communauté touchée, il existe un groupe de relais ou de pairs éducateurs qui joue un rôle incontournable et décisif dans l'appropriation des bénéfices du projet réalisés dans la communauté. L'efficacité de ces groupes est peu prouvée car il y en a qui ne sont pas outillés, ne disposent pas de plan d'action et n'ont pas reçu assez de formation pour jouer le rôle qu'on attend d'eux.

4.4 Efficience du projet

Le projet « ***d'information et de sensibilisation contre la pratique des MGF/E et les mariages des enfants dans 30 villages du district sanitaire de Kayes*** **» avait un budget** de 279.095 dollars US (deux cent soixante-dix-neuf mille quatre-vingt-quinze dollars US), dont 246.188 dollars US de la part de UN TRUST FUND avec une contribution d'AMSOPT pour 32.907 dollars.

L'analyse de l'efficience porte sur le mode de financement ainsi que les procédures de décaissement mis en place pour la mise en œuvre des activités et l'atteinte des résultats escomptés.

- **Le mode de financement**

Les deux partenaires ont opté pour un financement direct à savoir la mise à disposition de AMSOPT du budget selon un mode de décaissement selon les lignes budgétaires (Selon le document de projet). Un compte a été ouvert à la Bank Of Africa à Bamako.

Le bureau de Kayes a également un compte bancaire exclusivement pour ce projet. Ce système selon la gestionnaire de AMSOPTresponsabilise et engage l'ONG pour une gestion saine.

A chaque décision de modification d'une rubrique, UNTF est informé et des justifications sont données par l'équipe AMSOPT parce que dans les clauses du partenariat, l'UNTF a un rôle d'autorisation par rapport aux changements demandés.

Ce mode a donné une plus grande implication de l'ONG dans la lutte contre l'excision et de responsabilités par rapport aux résultats atteints ou non. Aussi, il n'y a pas eu de retard dans la mise à disposition des fonds et toutes les activités programmées ont été réalisées.

L'utilisation des ressources financières par AMSOPT a été optimisée grâce à l'expérience de la gestionnaire et de la chargée de programme en la matière. Par exemple, l'ONG a pu mener des activités non prévues dans le budget mais qui étaient nécessaires. Elle a financé la cérémonie d'abandon, le matériel scolaire pour les élèves et les séances de travail avec le gestionnaire duportefeuille. Tout cela grâce à la bonne gestion du budget. L'excédent de certaines lignes budgétaires a été utilisé pour des activités non prévues mais importantes pour l'objectif final du projet. Par exemple les frais de déplacement et la rémunération des animatrices pour les causeries dans les villages étaient trop élevés. Le reliquat a été utilisé pour l'organisation de la cérémonie publique d'abandon.
Le projet a été bien géré pour utiliser au mieux les ressources humaines pour les animations dans les villages. Chaque animatrice s'occupait de 8 villages.
La supervision des animatrices n'était pas prise en compte dans le budget ; AMSOPT a utilisé les superviseurs payés par UNICEF pour faire ce travail ; ce qui a d'avantage renforcé les capacités de celles-ci et permis à l'ONG d'avoir des rapports de supervisions assez instructifs.

Pour ne pas décourager les femmes qui participent aux causeries éducatives, AMSOPT a mis à la disposition des groupements féminins un fonds octroyé par UNICEF pour les Activités Génératrices de Revenus. L'octroi et le remboursement ont été des occasions pour les animatrices du projet et les relais de faire l'animation sur l'excision et le mariage des enfants.

- **Le mode de décaissement**

Le décaissement est trimestriel et se fait selon les modalités fixés par le partenaire UNTF. Les 02 assistants financiers (Contribution AMSOPT) ont été formés aux normes et des procédures du partenaire afin que les dépenses soient faites en respect du canevas donné.

Les pièces justificatives sont gardées à AMSOPT.

Deux rapports sont produits par an. A la clôture du projet, trois rapports avaient été produits et le 4ème est en cours. AMSOPT a apprécié le système de gestion qui au départ leur paraissait très contraignant. Mais après un semestre, l'équipe AMSOPT a jugé le système performant et adapté à ce genre de projet.

La mise en œuvre du projet n'a pas souffert de retard de décaissement par le partenaire financier. Aussi, l'exécution des dépenses a été faite dans les limites budgétaires prévues. Il a bénéficié de ressources humaines suffisantes (sept agents) pour la mise en œuvre des activités.

- **Les résultats produits**

Le budget mis à la disposition de l'ONG, a été un facteur très important dans l'atteinte des résultats finaux. Il a permis de camper les efforts autour de l'essentiel qui est la lutte contre l'excision et le mariage des enfants.

4.5 Impact du projet

Ce chapitre analyse l'impact du projet sur la vie des femmes et filles dans la région de Kayes, la contribution du projet à l'élimination de la violence à l'égard des femmes, à l'égalité des sexes et/ou à l'autonomisation des femmes (impact attendu ou non).

- **Au niveau des villages d'intervention**

Dans tous les villages visités, le projet a mené des activités relatives aux objectifs spécifiques afin d'atteindre l'objectif final qui est l'abandon des pratiques traditionnelles que sont l'excision et le mariage des enfants. Les 30 villages du projet n'avaient pas connu d'intervention d'ONG sur les thématiques. L'intervention de AMSOPT a contribué à l'acquisition de connaissances, l'implication des jeunes (Filles et garçons) comme acteurs et la prise en charge médicale des conséquences de l'excision et mariage des enfants sur la santé et le bien être des filles/femmes.

Contribution à l'acquisition de connaissances

Les femmes, les hommes, les filles et garçons ont déclaré avoir acquis des connaissances sur la pratique de l'excision et du mariage des enfants grâce au projet; ce qui leur a permis d'adopter de nouvelles attitudes comme : l'acceptation des échanges sur les thèmes, le refus d'exciser sa fille, l'acceptation des filles non excisées, ne pas épouser des filles de moins de 18 ans, etc.Des garçons interviewés ont décidé de ne pas pratiquer l'excision, de protéger leurs sœurs contre le mariage des enfants et de s'allier avec des filles non excisées.

Contribution à l'implication des femmes dans la prise de décisions

Les impacts les plus remarquables grâce au projet est la présence de filles excisées et non excisées dans les mêmes communautés et la participation des femmes à la prise de décision engageant les communautés. Des femmes ont été à la base de l'abandon de l'excision dans certains villages où elles ont contacté les leaders communautaires afin d'aller vers l'abandon de l'excision.

Contribution à l'amélioration du bien- être et santé de la fille/femme

La révision de l'âge du mariage des filles qui est de 12 – 13 ans à 16 et 17 ans est à l'actif du projet.

La question de l'abandon de la pratique de l'excision appelle à un changement de comportement, donc à une remise en cause sans complaisance de pratiques coutumières souvent séculaires. ce changement s'est opéré au niveau individuel et communautaire dans les 24 villages qui ont déclaré l'abandon. Ainsi, la santé de la femme a été préservée des séquelles de l'excision se du mariage des enfants.

Les changements notés auxquels le projet a contribué pourront être durables s'ils sont observés après l'arrêt du projet. C'est en ce moment qu'on pourra surtout parler d'impact.

L'enquête quantitative confirme que dans l'ensemble, les activités conduites par les animatrices du projet ont été bien appréciées par les répondants qui les ont suivis. En effet, ces activités ont été appréciées très bien par 67,9% des répondants et bien par 22,8%. Ainsi, suite à ces ateliers de formation organisés par le projet, la question était de savoir quelles sont les décisions prises par les répondants après avoir suivi ces activités ? Il est important de signaler que les décisions prises sont entre autres : Aller vers l'abandon (68%), de ne plus exciser votre fille(63,9%) de discuter avec son entourage/famille (57,2%). Par contre 4,5% des répondants n'ont pas pris de décisions.

La durée du projet, deux ans, ne permet de mesurer l'impact du projet mais plutôt de connaitre les effets (prévus ou non) produits grâce aux activités menées.

4.6 Durabilité du projet

Durant la mise en œuvre du projet, des actes ont été posés par les parties prenantes afin de garantir la pérennité des résultats. Après deux ans de mise en œuvre quels sont les éléments qui présagent de la durabilité du projet?

4.6.1 Les éléments de durabilité

Implication des relais communautaires

Les relais communautaires ont été choisis par les leaders villageois en fonction de leur disponibilité pour le développement du village. Ils ont été formés et outillés ; c'est pourquoi ils animent des causeries éducatives, font le counseling à domicile et identifient les femmes et filles victimes de complication de l'excision et du mariage des enfants. Cependant le bénévolat est un obstacle à leur engagement.

Mise en place des comités de suivi

Les membres des comités de suivi sont les élèves, les enseignants, les filles et les garçons qui veillent sur la pratique de l'excision et du mariage des enfants au niveau du village.

La formation des enseignants et élèves, des jeunes garçons et filles est gage de pérennité parce qu'ils sont les futurs parents qui peuvent se battre pour protéger la prochaine génération contre l'excision et le mariage des enfants ; d'ailleurs des jeunes garçons l'ont confirmé lors des entretiens en déclarant qu'ils s'engagent à ne pas exciser leurs filles et à protéger leurs sœurs du mariage des enfants.

Engagement des maires à inscrire l'excision dans le PDSEC

Des maires se sont engagés à ne pas célébrer des mariages de filles de moins de seize ans (16 ans) est surtout une question de respect des textes. Le code de la famille de la personne a fixé l'âge du mariage de la fille à 16 ans.

> « ***Pour ce qui est du mariage des enfants ici dans ma commune, je ne célèbre plus aucun mariage si la mariée n'a pas 17 ou 18 ans*** » Maire de Sambala

> ***« La commune dispose d'une radio. Nous avons inséré dans le programme hebdomadaire une émission de sensibilisation sur l'excision et le mariage des enfants. Elle est faite par la Mairie une fois dans la semaine de 19h à 22h et est très écoutée. Cela va continuer après le projet*** » Maire de Koussané

Existence de groupements féminins fonctionnels

Des groupements féminins fonctionnels ont acquis des connaissances sur la santé de la reproduction, l'excision et le mariage des enfants qu'elles partagent avec leurs conjoints au sein du couple. Ce partage d'informations est aussi un élément de durabilité.

Les tontines sont des occasions d'échanges entre les femmes membres qui profitent de l'octroi de fonds pour AGR (Octroyé par UNICEF) pour discuter de l'excision et du mariage des enfants.

Capacité accrue des agents à conduire des séances d'IECet à identifier des victimes

Au niveau des CSCOM, des agents de santé formés par le projet ont déclaré être capables d'animer des séances d'IEC lors de la CPN et aussi d'identifier et de traiter certaines IST et des cas de complication de l'excision et du mariage des enfants même après le retrait du projet.

Des animateurs des radios communautairesformés et capables de transmettre des messages de qualité à la population

Les animateurs des radios partenaires formés par le projet disposent d'information et de documents sur l'excision et le mariage des enfants. Ils se disent assez outillés pour continuer le projet après le retrait de AMSOPT.

> « ***En dehors de l'émission radiophonique, nous pouvons donner des conseils aux femmes et hommes et aussi les orienter vers le centre de santé pour la prise en charge des victimes*** » Animateur de radio de Koussané

Disponibilité de données désagrégées

Les rapports semestriels produits par le projet donne le nombre de participants (Hommes, femmes, filles et garçons) aux causeries éducatives, le nombre de femmes victimes des complications et celles qui ont été prises en charge et le nombre de villages d'abandon.

Ces données servent aussi la cause du PNLE qui a besoin de statistiques pour d'avantage convaincre ses partenaires techniques et financiers et aussi le législateur pour le vote de Loi conte les VBG.

On peut dire aujourd'hui sans risque de se tromper que l'ONG AMSOPT détient le record en termes de nombre de villages d'abandon et de femmes prises en charge dans la région de Kayes.

Mais certaines insuffisances si elles ne sont pas corrigées peuvent affecter la durabilité

4.6.2 Les insuffisances pouvant affecter la durabilité

Malgré les résultats obtenus, les éléments de durabilité ci-dessus cités semblent **insuffisants**. Ils peuvent être affectés par des insuffisances telles que la mobilité des relais et pairs éducateurs, la fermeture des écoles, l'insuffisant contenu des lettres d'abandon et la non fonctionnalité des comités de veille et la dépendance créée par la prise en charge assurée exclusivement par le projet.

La mobilité des relais communautaires et pairs éducateurs

La région de Kayes est une zone de forte migration des jeunes garçons et filles vers les villes t les placers aurifères et zone de production de gomme arabique pour générer des ressources financières. Ils ont besoin d'argent pour assurer leur bien être et celui de leurs familles.
Les pairs éducateurs et les relais travaillent bénévolement pour leurs communautés.
Le bénévolat a aussi montré ses limites dans les communautés de forte migration des jeunes hommes.*« **Je me suis retiré du projet parce que je dois générer des ressources financières pour ma famille** » pair éducateur de LanyTounka »*

La mobilité des jeunes hommes est une difficulté pour le projet qui doit remplacer ceux qui partent.

> *« **Ceux qui partent doivent être remplacés. Il faut alors former les nouveaux ; ce qui est un problème étant donné que la planification ne prend que la formation du groupe initial ; le projet a déjà procédé au remplacement de 11 relais et pairs éducateurs qui sont partis** »* Chargé de programme de AMSOPT

La fermeture des écoles pour raison de grève

Les enseignants et les élèves ne sont pas suffisamment renforcés à cause de la grève qui a perturbé l'année scolaire et les formations prévues n'ont pas toutes été réalisées à cause de plus de 5 mois de grève des enseignants au Mali. Le matériel confectionné pour les élèves est encre stocké dans le bureau de AMSOPT à Bamako.

L'insuffisant contenu des lettres d'abandon

Les lettres de déclaration d'abandon déposées à AMSOPT ne donnent pas assez d'information sur le processus ayant entrainé son élaboration et sa signature. La question qu'on se pose est de savoir si le contenu a été diffusé auprès des femmes et hommes ou s'il y a eu un consensus pour une décision.

La faible fonctionnalité des comités de veille

Les comités de suivi de l'abandon de l'excision et du mariage des enfants ainsi que les comités de veille ne sont pas encore fonctionnels. Les membres n'ont reçu qu'une seule formation et tous les comités n'ont pas encore de plan d'action. Des membres rencontrés ne connaissent pas leurs rôles.

La dépendance créée par la prise en charge médicale

La prise en charge médicale et psychosociale des filles et femmes souffrant de séquelles de l'excision et du mariage des enfants est entièrement financée par le projet ; ce qui crée une dépendance parce que les familles des victimes ne payent pas de contribution. La mairie et les

services techniques et l'ASACO n'ont pris aucune disposition pour la pérennité de ce volet très prisé par les hommes et les femmes des villages.

> « ***Après le départ du projet nous allons continuer la sensibilisation pendant les cérémonies de mariage, baptême et circoncision parce qu'on constate que des femmes souffrant de complications ne viennent pas au centre de santé. Nous allons plaider auprès de l'ASACO pour qu'elle puisse prendre les victimes en charge en payant les frais. Mais vu l'importance du projet, surtout de la prise en charge médicale, il doit être renouvelé car sans ce projet nous structures de santé ne pourront pas faire la prise en charge médicale gratuite. L'ASACO aussi n'a pas beaucoup de moyens financiers***» DTC de Babala

> « ***Nous pensons que si le projet devrait être renouvelé les futures orientations doivent être la continuation de la prise en charge des victimes du mariage des enfants et de l'excision, la prise en charge des maris des victimes des IST. Les leaders communautaires peuvent jouer le rôle de mobilisation mais pas de financement*** » Leader communal de Sambala

Le projet a mis l'accent sur les activités de renforcement de capacités, d'IEC et de prise en charge des victimes de l'excision et du mariage des enfants. L'équipe n'a pas accordé assez d'attention aux **actions de plaidoyer** auprès des autorités régionales, locales, communales et sanitaires pour une contribution financière pour certaines activités comme la prise en charge médicale des victimes des conséquences de l'excision et du mariage des enfants.

.

Aussi deux ans ne paraissent pas suffisants pour un retrait de AMSOPT des 30 villages dans la mesure où il s'agit d'un projet visant le changement de comportement des hommes et des femmes relatif à des pratiques séculaires enracinées dans la culture.

Les services techniques de l'Etat disposent de compétences pour les activités de l'après projet mais n'ont pas suffisamment de moyens financiers et humains pour la continuation des activités.

Tous les leaders locaux comme les chefs de villages, les leaders religieux n'ont pas encore tous adhéré au projet.

4.7 La production des connaissances et pratiques prometteuses

Le projet dans sa mise en œuvre a mis l'accent sur des pratiques qui ont été efficaces et peuvent être recommandées à d'autres intervenants.

- **Des pratiques prometteuses pouvant être diffusées à grande échelle**

Utilisation des jeunes garçons et filles comme activistes

Cette pratique mérite d'être partagée car elle est propre à AMSOPT même si la stratégie a des faiblesses. Les jeunes formés surtout les garçons (pair éducateurs et relais) ont engagé les échanges avec les adultes femmes et hommes. Le sujet est devenu moins tabou ; les mères commencent à raconter à leurs pairs et maris ce qu'elles ont appris ; les hommes écoutent leurs conjointes et enfants, et les filles se sentent plus libres de prendre la parole en public pour aborder le sujet et témoigner de leur expérience.

Identification et la prise en charge médicale des complications de l'excision

Le projet a donné des informations aux femmes et hommes des communautés relatives aux complications de l'excision et du mariage des enfants et du lieu où les victimes peuvent accéder à la prise en charge médicale et psychologique. Les animatrices ont pu établir des rapports étroits avec les femmes qui n'hésitent pas à leurs expliquer les maux dont elles souffrent. L'expérience peut être partagée avec d'autres partenaires qui doivent l'intégrer aux activités de communication.

Organisation de cérémonie publique d'abandon

La déclaration publique d'abandon à travers une cérémonie malgré son cout élevéattire de plus en plus de villages mêmes ceux de zone hors projet. Elle peut être une incitation pour des personnes réticentes à réfléchir, prendre conscience et à abandonner la pratique de l'excision dans la famille.

Mise à la disposition de AMSOPT de lettres d'abandon signées par les autorités communautaires

La lettre d'abandon confirme ce qui a été déclaré verbalement par les communautés. Elle minimise le risque de retour à l'excision si elle est bien diffusée. Aucun leader ne pourra plus remettre cet engagement écrit en cause.

Les activités ci-dessus énumérées peuvent être conseillées à d'autres intervenants.

4.8 Egalité des sexes et droits humains

Les questions relatives à l'égalité et à l'équité ont été abordées lors des formations à travers les thèmes sur les violences basées sur le Genre, la participation des femmes et des filles à la prise de décisions les concernant. Certains groupes comme les enseignants, les élèves, et les relais communautaires ont été ciblés par ces différents thèmes. Quant aux droits humains, ils ont été présentés lors des séances de causeries mais aussi des formations. Les principaux aspects abordés sur les droits sont : le droità l'intégrité, droit à la vie, droit au libre consentement et de choix, droit au plaisir, droit de donner son opinion sur toutes les décisions qui les concernent et droit de disposer et de gérer son corps.

Les groupes touchés sont tous unanimes sur le fait que l'excision et le mariage des enfants sont subis par les femmes et les filles du fait de leur sexe, et constituent à cet effet des inégalités de genre.

Les principaux droits évoqués par les jeunes garçons et les pairs éducateurs rencontrés comme violés par l'excision et le mariage des enfants sont : le droit à la vie, à la survie et au développement (décès des bébés excisés, mort à la naissance, troubles psychologiques et physiques affectant le développement)

Le droit à la non-discrimination (réduction du plaisir sexuel pour contrôle la sexualité de la femme, exclusion des filles victimes de l'incontinence urinaire ou des femmes victimes de la fistule, la privation de plaisir est une source de discrimination).

Le droit à la participation : (l'enfant n'est pas consulté pour son excision et la fille pour son mariage)

Pour ce qui est du mariage des enfants les jeunes filles et garçons, les enseignants rencontrés ont reconnu que le fait de donner les filles sans tenir compte de leur avis est une violation de leurs droits au libre consentement et à la participation puisque tous les mariages précoces sont considérés comme des mariages forcés.

On peut conclure que les formations et les causeries éducatives ont permis aux jeunes de percevoir et d'établir les relations qui peuvent exister entre les conséquences de l'excision et du mariage des enfants et les droits des enfants en général et ceux des filles en particulier.

La faiblesse qui résulte des questions relatives aux droits humains est que ces aspects ne sont ressortis lors des entretiens avec les adultes.

Peut-on par-là déduire que les questions du Genre et droits Humains sont peu développées par le projet au près des adultes?

Les résultats acquis parlent surtout du dialogue que le projet a pu instaurer sur la question sont relevés surtoutauprès des jeunes scolaires et des enseignants ; cependant il est difficile que cela apporte une réelle transformation. En effet, les questions relatives au Genre et aux droits humains sont toujours perçues comme des sujets introduits par l'occident. La durée du projet (02 ans) ne pourra pas évidemment apporter un changement significatif à ce niveau en si peu de temps.

Les mesures favorables à un changement de relation femme-homme au sein du couple et de la communauté, passent par une prise de conscience par les décideurs, des inégalités de genre et des violations, une meilleure participation des femmes à la prise de décisionsrelatives à la santé, au bien-être et à l'éducation des filles et garçons.

L'excision et le mariage des enfants sont de plus en plus difficiles à combattre dans les communautés où ils sont pratiqués parce que fortement ancrés dans la tradition de ces dernières. C'est pourquoi, en plus des conséquences que ces pratiques entrainent (Question santé comme porte d'entrée) le projet doit mettre l'accent sur le genre et les droits humains.

V. Conclusions et recommandations

5.1 Conclusions

La pratique de l'excision et du mariage des enfants a été le cheval de bataille de AMSOPT dans le district sanitaire de Kayes; c'est pourquoi elle a tenté de résoudre le problème d'information des communautés sur les droits en mobilisant plus de femmes et d'hommes adultes, des jeunes garçons et filles autour du projet de lutte contre les violences basées sur le genre en général et la pratique de l'excision et du mariage des enfants.

Toutes les personnes rencontrées ont jugé le projet pertinant à travers ses objectifs, ses activités et sa stratégie d'intervention. La question de l'excision n'est plus tabou car discutée au sein du couple et dans la communauté.
Le projet a mis l'accent sur la mobilisation et l'engagement les jeunes (***Objectifs spécifique 1***) dont certains sont entrain de devenir des activistes pouvant prendre des décisions relatives à

l'excision future de leurs filles. Des jeunes garçons et pairs éducateurs se sont engagés en faveur de la défense de leurs droits et ceux de leurs futurs enfants

Cependant des insuffisances ont été notées. Ce sont entre autres: l'insuffisance de formation des relais et pairs éducateurs, la faible implication dans les activités et le manque d'outils de sensibilisation et plaidoyer au niveau des pairs éducateurs et relais.

Le projet a identifié les acteurs de l'éducation et de la santé comme acteurs clés pouvant protéger les femmes des risques de MSF et de mariage précoce et pour assurer la prise en charge de celles déjà victimes de ces pratiques. Lors des causeries éducatives, l'équipe de terrain de Kayes a donné des informations et formations aux agents de santé, aux enseignants et élèves sur les droits des filles/femmes et les risques auxquels elles sont exposées en cas d'excision et de mariage des enfants (***Objectif spécifique 2***). Les agents des structures sanitaires formés à l'identification des conséquences de l'excision ont assuré la prise en charge médicale des victimes et aussi donné des informations aux femmes et hommes qui viennent au centre de santé sur les conséquences de l'excision et l'opportunité de prise en charge médicale des victimes.

Des femmes et filles victimes des complications de l'excision et mariage des enfants ont été prises en charge gratuitement ; ce qui a convaincu des femmes et des hommes que les deux pratiques traditionnelles ont des conséquences et qu'il faut les abandonner.

Mais il y a encore des faiblesses relatives à la prise en charge médicale, l'insuffisante communication sur le système de prise en charge et le manque de matériels d'IEC au niveau des structures de santé et la dépendance crée par la prise en charge.

Pour l'atteinte de l'objectif spécifique 3:D'ici 2019, les communautés des villages ciblés par le projet ont abandonné la pratique de l'excision et des mariages d'enfants.

AMSOPT a utilisé plusieurs canaux (Causeries éducatives dans le village et au centre de santé, les animateurs des radios communautaires, les relais communautaires et pairs éducateurs, les élèves) pour diffuser des messages de sensibilisation sur l'excision, le mariage des enfants et les droits des filles/femmes. Ce qui a abouti à une prise de conscience chez des femmes et hommes (jeunes et adultes) des dangers que courent les femmes et filles avec l'excision et le mariage des enfants.
Grâce à cette approche, des villages se sont prononcés pour l'abandon de l'excision à travers des déclarations d'abandon (24 lettres d'abandon)

Malgré les résultats importants enregistrés en termes d'efficacité, des faiblesses comme l'insuffisance de formation par manque de session de recyclage des relais et pairs éducateurs, la mobilité de ceux ci, la gratuité de la prise en charge médicale des victimes (obstacle à la pérennisation) , l'insuffisante prise en compte de l'aspect droits par l'équipe du projet, la faible implication des hommes en général et des leaders religieux et jeunes filles en particulier, demeurent.

5.2 Recommandations

Des suggestions ont été faites à AMSOPT et ses partenaires après deux ans de mise en œuvre du projet. Elles sont relatives aux objectifs spécifiques en général et aux insuffisances décelées en particulier. Le changement de comportement des hommes et femmes relatif à des pratiques enracinées dans les coutumes repose sur un travail de longue haleine. Donc la mobilisation de fonds par AMSOPT et ses partenaires pour une nouvelle phase est nécessaire.

5.2.1 Recommandations générales

A AMSOPT ET SES PARTENAIRES

- La recherche de financement pour la poursuite du projet de sensibilisation et de prise en charge médicale pendant une année ou deux ans pour renforcer les acquis et corriger les insuffisances revélées par l'évaluation;

Le recyclage des animatrices de AMSOPT Kayes en techniques de communication (la communication pour le Développement (C4D) et d'élaboration de messages pour les villages d'abandon et ceux qui sont réticents à toute activité relative à l'abandon de l'excision;

La formation des animatrices de AMSOPT en égalité femmes hommes, droits humains des femmes et enfants et collecte de données désagrégées (hommes, femmes, filles et garçons) pour toutes les activités afin depouvoir mesurer l'implication des uns et des autres dans la mise en œuvre du projet.

La production de matériels d'IEC pour tous les acteurs (Centre de santé, écoles, relais et pairs éducateurs, groupements de femmes et de jeunes, comités de veille et clubs des enfants)

5.2.2 Recommandations spécifiques

A AMSOPT et ses partenaires communautaires

Par rapport à l'Objectifs spécifique 1 : D'ici 2019, les jeunes sont mobilisés et engagés en faveur de l'abandon des Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) Ils/elles connaissent mieux leurs droits et sont en mesure de les défendre pour améliorer leur bien-être et celui de leurs (futurs) enfants.

L'objectif de mobilisation des jeunes garçons et filles ne pourra être atteint que s'ils sont d'avantage renforcés et motivés en vue d'un véritable changement de comportement vis-à-vis de la pratique de l'excision et du mariage des enfants. Les formations offertes par le projet en deux ans ne sont pas suffisantes. AMSOPT et ses partenaires villageois doivent:

- Procéder au recyclage des relais communautaires et pairs éducateurs sur les techniques de communication sur l'excision, le mariage des enfants et autres VBG et à leur équipement en supports de communication ;
- Mettre à la disposition des jeunes activistes des textes sur les droits des enfants et des femmes, et des outils d'IEC en français ou langues locales de leurs pairs;

- Utiliser les jeunes activistes pour la diffusion de messages sur les radios communautaires afin de développer leur capacité de prise de parole en public (Pour l'après projet)

Il y a des comités de veille de jeunes et clubs d'enfants mis en place par le projet ; l'équipe du projet et les leaders communautaires partenaires du projet doivent:

- Restructurer les comités de jeunes (filles et garçons) et clubs et d'enfants en choisissant des membres disponibles et convaincus de la nécessité de l'abandon de l'excision et du mariage des enfants;
- Mettre l'accent sur les évènements sportifs qui sont des occasions de sensibilisation de nombreux garçons et filles ;
- Former les membres des comités de veille aux rôles et responsabilités pour pouvoir mener des actions concrètes relevant de leurs tâches (IEC auprès des pairs et adultes, suivi du mouvement des exciseuses et de la déclaration d'abandon)

Par rapport à l'objectif spécifique 2 : D'ici 2019, les acteurs/ actrices clés des domaines éducatifs, sanitaires et sociaux de la zone du projet sont mobilisés et engagés pour protéger les filles et les femmes des risques de MSF et de mariage précoce et pour assurer la prise en charge de celles déjà victimes de ces pratiques.

AMSOPT et son partenaire financier doivent:

- Renforcer d'avantage les compétences des agents de la santé, pour l'identification des complications de l'excision et du mariage des enfants d'une part mais aussi la prise en charge médicale des victimes ;
- Mettre à leur disposition des boites à images et diapositifs sur les conséquences de l'excision et du mariage des enfants à projeter pour convaincre les femmes et les hommes qui les contactent ou viennent en consultation au centre de santé de la nécessité de l'abandon de l'excision;
- Doter les enseignants des écoles partenaires de boites à images et d'outils de formation qui peuvent être utilisés pour la formation et l'information des élèves ;
- Faire connaitre la lettre circulaire du Ministère de la Santé de 1999 interdisant la pratique de l'excision par les agents de santé et au centre de santé dans les établissements scolaires et centres de santé ;
- Mener des activités conjointes avec les ressortissants vivant en Europe afin de faire d'eux des alliés pour la recherche de partenaires financiers et la sensibilisation de leurs parents au village ;
- Adopter une stratégie pour l'adhésion et la participation de tous les leaders religieux (Musulmans surtout) aux activités d'IEC (Pour un dialogue afin de convaincre les femmes et les hommes qui pensent que l'excision est une pratique recommandée par l'islam) car leur capacité de nuisance est grande à cause de la notoriété dont ils bénéficient dans les communautés ;
- Faire contribuer les familles des victimes aux frais de la prise en charge médicale (Afin d'éviter la dépendance totale du projet)

Par rapport à l'Objectif spécifique 3 : D'ici 2019, les communautés des villages ciblés par le projet ont abandonné la pratique de l'excision et des mariages d'enfants.

AMSOPT doit

- Procéder au recyclage des relais communautaires et pairs éducateurs pour une mobilisation des hommes et femmes pour les causeries éducatives, les visites à domicile;
- Faire des animateurs des radios communautaires des acteurs qui contribueront au changement de comportement en faisant des reportages à la radio (Interview des femmes, hommes et jeunes). Il faut renforcer leurs compétences et niveau de connaissances sur l'excision et surtout sur la communication pour le changement de comportement ;
- Intégrer l'IEC sur l'excision et le mariage des enfants à une activité de développement communautaire (Education, alphabétisation, épargne crédit, des thèmes sur la citoyenneté etc.) pour que les femmes et les hommes qui participent aux causeries ne s'ennuient pas et boudent les séances de causerie; le partenariat avec des structures intervenant dans la zone est important ;
- Renforcer les campagnes de sensibilisation et organiser des dialogue communautaires avec les chefs coutumiers, les leaders religieux, les communicateurs traditionnels à la radio pour arriver à une décision collective ;
- Opter pour les cérémonies publiques d'abandon ;
- Elaborer d'avantage le contenu des lettres d'abandon (Plus d'engagement des femmes et hommes) et les faire connaitre.

Annexes

Annexe A : Termes de Référence

A.M.S.O.P.T.

ASSOCIATION MALIENNE POUR LE SUIVI
ET L'ORIENTATION DES PRATIQUES TRADITIONNELLES

« Projet de prévention et de réponse aux Violences Basées sur le Genre (VBG) dans le district sanitaire de Kayes et la ville de Kayes.

Termes de référence de l'évaluation du projet d'information et de sensibilisation contre la pratique des MGF/ E et les mariages d'enfants dans 30 villages du district sanitaires de Kayes.

Contents

I. Historique et contexte du projet 74

1.1 Description du projet **Erreur ! Signet non défini.**

1.2 Théorie du changement et stratégies **Erreur ! Signet non défini.**

1.3 Contexte géographie (région, pays et paysage, ainsi que la couverture du projet) **Erreur ! Signet non défini.**

1.4 Ressources financières et humaines du projet 77

1.5 Partenaires stratégiques du projet et parties prenantes 77

II. But de l'évaluation 78

2.1 Objectif Général de l'évaluation 78

2.2 Comment les résultats de l'évaluation seront-ils utilisés, par qui et quand ? 79

2.3 Quelles décisions seront prises une fois que l'évaluation sera complétée 80

III. Objectifs et portée de l'évaluation 80

3.1 Portée de l'évaluation 80

3.2 Objectifs De l'évaluation 80

IV. Questions de l'évaluation 81

V. Méthodologie de l'évaluation 81

VI. Déontologie de l'évaluation 82

8.1 Composition de l'équipe d'évaluation, rôles et responsabilités 83

8.2 Compétences requises 84

IX. Modalité de gestion de l'évaluation 84

X. Calendrier de l'ensemble du processus d'évaluation ..... **Erreur ! Signet non défini.**

XI. Budget 86

Mode de payement 86

Présentation des offres 86

XII. Annexes ..... **Erreur ! Signet non défini.**

ACCROYMES :

AE : Académie d'Enseignement

AMSOPT : Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles

CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques

CAP : Centres d'Animation Pédagogique

CLAPN : Comité Local pour l'Abandon es Pratiques Néfastes

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

CRJ : Comité Régional de la Jeunesse

DRDSE : Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire

DRPFEF : Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille

DRS : Direction Régionale de la Santé

EDSMV : Enquête Démographique et de Santé, 5ème «édition

IEC :Information Education / Communication

IST/VIH/SIDA : Infections sexuellement Transmissibles/Virus Immino de Déficience Acquise

MGF/E : Mutilation Génitale Féminine

MICS : Multiple Indicators Cluster Survey (Etude à Indicateurs Multiples)

MSF/ Mutilations Sexuelles Féminines

ONU: Organisation des Nations Unies

PCC : Promotion du Changement Comportemental

PNLE : Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision

UNICEF: Fonds Des Nations Unies pour l'Enfance

UN TRUST FUND: Fonds d'Affectation Spéciale des Nations Unies pour la Femme

VBG : Violence Basée sur le Genre

Historique et contexte du projet

Au Mali, les MGF/Excision et le mariage des enfants demeurent une pratique encore courante dans les différentes communautés, qu'elles soient rurales ou urbaines. Malgré les efforts de sensibilisation déployés par les différents acteurs (étatiques, privés et ou communautaires) l'abandon de ces deux pratiques et le changement de comportement tant souhaité se font attendre.

A l'origine de cette situation on peut citer les raisons d'ordres mythiques, hygiéniques et esthétiques, religieuses, sociologiques et psycho-sexuellesconcernant les MGF/E. Les causes avancées pour justifier le maintien du mariage des enfants sont entre autres: (i) faible valeur accordée aux rôles des filles et dans la communauté, (ii) sauvegarde de l'honneur familial et de la virginité de la fille ; (iii) importance de sauvegarder les liens d'amitiés, (iv) puberté précoce chez la fille avec illusion de maturité, (v) cadre légal et politique qui ne protègent pas les filles et adolescentes, non application des textes, (vi) pauvreté, conflits, peu d'éducation sexuelle et de communication entre parents et adolescent(e)s sur la sexualité et peu de diffusion des textes qui protège contre le mariage des enfants.

Les MGF/Excision demeurent responsables de graves complications (immédiates, à court terme et/ou à long terme) chez les filles et les femmes. On ne connaît pas les taux de mortalité des filles et des femmes ayant subi cet acte car les décès consécutifs à cette pratique sont rarement notifiés. Parmi les complications immédiates et à court terme on peut citer :

- l'hémorragie ;
- les infections ;
- les risques de transmission du VIH ;
- les lésions des tissus adjacents ;
- la rétention d'urine aiguë ;
- l'incontinence urinaire.

Au nombre des complications tardives et à long terme on peut retenir :

- l'infection récurrente des voies urinaires ;
- les problèmes pendant la grossesse et l'accouchement et le décès maternel ;
- les fistules ;
- les difficultés menstruelles ;
- l'obstruction vaginale ;
- l'infécondité.

L'excision constitue un réel problème de santé publique. Aujourd'hui, il a été clairement établi que « chez les femmes ayant subi des mutilations génitales, la probabilité de complications à l'accouchement, à savoir : césarienne, hémorragie du postpartum, épisiotomie, hospitalisation prolongée, réanimation du nouveau-né, décès périnatal pendant l'hospitalisation de la mère, est significativement plus élevée que lorsque la femme n'a pas eu de mutilation. » [12]

A cela s'ajoutent les complications psychosociales quise manifestent sous forme d'anxiété chronique, de sentiments de peur, d'humiliation ou de trahison, de stress, de perte d'estime de soi, de dépression, de phobies et de crises de panique. Elles peuvent aussi se manifester sous forme de symptômes psychosomatiques par exemple les cauchemars, les troubles du sommeil et de l'appétit, les troubles d'humeur et de la cognition, la perte d'appétit, la perte de poids ou prise excessive de poids, l'image corporelle négative[13]

Quant aux mariages d'enfant les conséquences sont aussi nombreuses et dévastatrices : préjudices à la santé, l'éducation, la situation sociale, le bien-être physique, mental et social de l'adolescente compte tenu de son immaturité biologique. Il constitue un frein à la croissance physique et intellectuelle. Il provoque des grossesses précoces ou rapprochées, des risques de transmission des IST/VIH/SIDA, des avortements spontanés ou provoqués, l'infertilité, les accouchements difficiles, les naissances prématurées, le petits poids de naissance, voir même des lésions cérébrales du nouveau-né, les décès maternels et néonatals, les dysfonctionnements sexuels (frigidité, vaginisme, dyspareunie) en rapport avec la précocité de l'acte sexuel et les traumatismes de tout genre (lésions des parties molles des voies génitales, fistules urogénitales, troubles de l'humeur (troubles anxieux, troubles de la personnalité). [14]

Au plan de l'éducation, l'analphabétisme persistant lié aux déperditions scolaires, à la déscolarisation, voir même la non scolarisation des jeunes filles devant être données en mariage, constituent une véritable entrave à l'épanouissement de la jeune fille. Au plan social, les mariages précoces engendrent également des conséquences graves en termes de détérioration des rapports sociaux en cas d'échec du mariage, d'instabilité avec de multiples divorces, de fugue, d'exode, de mères seules chargées de familles, de stigmatisation, de rejet par le mari, par la famille, voir même quelque fois par la société. Dans les cas extrêmes ceci pourrait se solder par des tentatives de suicide.
Ces pratiques portent atteinte à de nombreuses priorités de développement, ce qui entrave notre avancée vers un monde plus équitable, plus propice et où tous jouissent d'une meilleure santé.

L'excision se pratique dans toutes les régions du Mali avec un taux de prévalence nationale de 83% selon MICS 2015. [15]Toujours selon MICS 2015, le milieu urbain (85%) est autant concerné que le milieu rural (82%). Cependant, le taux de prévalence est supérieur à 80 % dans toutes les régions à l'exception des régions de Mopti (74 %), Tombouctou (33 %) et Gao (moins de 1 %). La régionde Kayes maintient toujours la 1ere position en termes de prévalence avec 90% suivi de Koulikoro 78% et le District de Bamako (77%) qui arrache la 3eme position à la région de Sikasso (75%), suivie de la région de Ségou (72%). La région de

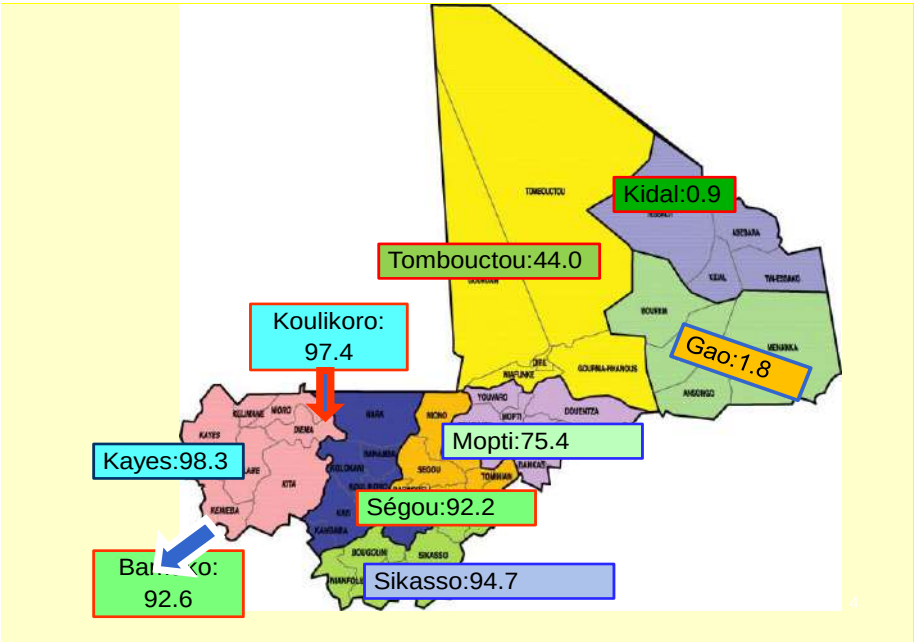
Selon MICS 2015
[13]Selon MICS 2015
[14] Selon MICS 2015
[15]Selon MICS 2015

Gao (moins de 1%) a le taux de prévalence le plus faible du pays et Kidal n'a pas fait l'objet d'enquête MICS à cause des problèmes sécuritaires. La prévalence de la mutilation génitale féminine/excision (MGF/E) chez les femmes de 0-14 ans est de 76% à l'échelle nationale.

Les résistances aux changements de cette norme sociale restent encore énormes puisque seulement 14% des femmes enquêtées estiment que cette pratique doit cesser contre 75% qui pensent qu'elle doit continuer. L'approbation de la pratique baisse avec le niveau d'instruction de la femme : 54 % des femmes instruites souhaitent la pérennisation de l'excision contre 79 % pour les femmes non instruites.

La région de Kayes, utilise la modalité la plus répandue de l'excision qui est l'infibulation ou circoncision pharaonique laquelle consiste à enlever complètement les organes génitaux-sexuels et coller le vagin, ce qui comporte une souffrance plus sévère en posant d'énormes complications médicales et séquelles psychosociales sur les filles et les femmes.

Quant au mariage des enfants, au niveau national selon MICS 2015, 16 % des femmes de 15-49ans se marient avant l'âge de 15 ans, 17 % des femmes de 20-49 ans se sont mariées avant l'âge de 15 ans et 49 % de la même tranche d'âge se sont mariées avant l'âge de 18 ans. Le mariage des enfants est plus fréquent en milieu rural (53 %) qu'en milieu urbain (36 *%). Comme pour la pratique de l'excision, la région de Kayes détient toujours la 1ére position en termes de prévalence de cette pratique avec (66%), suivie de Koulikoro (58%), Gao (56%), Tombouctou (49%), Ségou (48%), Sikasso (47%), Mopti (41%) et Bamako (33%). La région de Kidal n'a pas été enquêtée. En ce qui concerne le mariage des femmes de 15-49 ans avant 15ans, Kayes détient toujours la 1ere position et dépasse de loin le taux national avec 29% des femmes de 15-49 ans mariées avant l'âge de 15ans suivi de Koulikoro (20%) et Tombouctou (20%), Gao (18%), Sikasso (14%), Mopti (13%), Ségou (12%), Bamako (10%). La région de Kidal n'a pas été enquêtée.*Le pourcentage de femmes mariées/union polygamique de 15-49 ans est de 40 % pour l'ensemble du pays. Il est plus élevé à Sikasso (51 %) et plus faible à Gao (23 %). Il est de 28 % en milieu urbain contre 43 % en milieu rural.



Source : EDS IV (2006) Cartographie des MGF/Excision

La région de Kayes constitue la localité géographique où le taux de la pratique de l'excision est le plus élevé au Mali avec un taux de 98%.
La région de Kayes fait partie des régions les plus touchées par la pratique de l'excision au Mali.
Les différents groupes ethniques qui composent le district sanitaire de Kayes sont : les Soninkés, les Peuls, les Maures, les Khassonkés, les Bambaras, les Malinké ou Mandingue. Ils sont très attachés à la pratique de l'excision.
La région de Kayes est dotée des institutions décentralisées impliquées dans la promotion de la santé et l'abandon de l'excision. La Direction régionale de la Promotion de la Femme et de l'Enfant (DRPEF) met en œuvre la politique nationale de lutte contre l'excision du Programme Nationale de Lutte contre l'Excision (PNLE). Kayes dispose également d'un Comité Local d'Abandon des Pratiques Néfastes (CLAPN) qui accompagne les organisations et associations dans leurs actions et coordonne toutes les activités en faveur de I 'abandon de I 'excision au niveau du cercle.

Ressources financières et humaines du projet :

Le présent projet est financé par UN TRUST FUND à hauteur de 279. 095 dollars US (deux cent soixante-dix-neuf mille quatre-vingt-quinze dollars US), dont 246. 188 dollars US de la part de UN TRUST FUND et 32. 907 dollars US comme contribution de l'AMSOPT. Les personnes qui travaillent sur le projet sont :

03 animatrices (temps plein)

01 chef de projet (temps partiel)

01 assistant de projet (contribution AMSOPT)

Chargé de programme AMSOPT (contribution AMSOPT)

02 assistants financiers (Contribution AMSOPT)

Partenaires stratégiques du projet et parties prenantes :

Le Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE). L'AMSOPT développe ses actions en cohérence avec les lignes directrices du plan d'action du PNLE e l'associe systématiquement aux événements, supervisions et actions spécifiques. Le PNLE appuie l'AMSOPT dans le choix des consultant.e.s et contribue à la formation de ressources humaines du projet.

Les institutions politiques déconcentrées sont également partenaires du projet. Il s'agit des Directions régionales de la Santé et de la Promotion de la Femme et de l'Enfant, du préfet et du maire de Kayes

- L'AMSOPT est partenaire du CAP de Kayes (Centre d'animation pédagogique) qui apporte des conseils dans la mise en œuvre des actions en direction des jeunes L'AMSOPT a également développé un partenariat avec les écoles dans lesquelles les enseignant.e.s seront formé.e.s. L'AMSOPT s'assurera du consentement de chaque directeur d'école avant d'entreprendre les activités.
- L'AMSOPT a développé un partenariat avec 10 radios communautaires de la région de Kayes avec lesquelles sont produites et diffusées les émissions radiophoniques.
- L'AMSOPT a développé des partenariats avec les centres de santé de la zone du projet, le centre de santé de référence de Kayes et l'hôpital régional Fousseyni Daou dans le cadre de la prise en charge des MSF. Des ordonnanciers, tickets de consulta on spécifiques au projet ont été distribués et les personnels de santé ont été formés à leur utilisation.
- Enfin, l'AMSOPT est partenaire de l'ONG française Equilibres & Populations et UNICEF, avec lesquelles elle met en œuvre le projet « Protéger la Prochaine Génération » dans la région de Kayes. Equilibres & Populations apporte un appui technique au niveau de la gestion opérationnelle et financière des projets développés par l'AMSOPT.

2. But de l'évaluation :

Après deux ans de mise en œuvre du projet, l'AMSOPT et son partenaire, UN TRUST FUND ont prévu de faire une évaluation du projet afin de tirer des leçons pour l'avenir. Il est important pour l'AMSOPT de connaitre ce qui a marché et comment ; mais aussi ce qui a moins marché et pourquoi. La réponse au comment et au pourquoi devra permettre à l'AMSOPT et à ses partenaires de tirer des leçons et conclusions afin de performer les futures interventions dans le cadre d'un projet similaire.

Objectif Général de l'évaluation

L'objectif global de l'évaluation externe finale du projet est de comprendre comment les changements se sont opérés et d'analyser la contribution du projet à ces changements. Il s'agit pour l'AMSOPT de comprendre dans quelle mesure les objectifs assignés au projet dès son départ ont été atteints. En d'autres termes l'évaluation externe doit permettre de :

+ Faire le point sur les objectifs atteints par le projet pendant sa mise en œuvre de Mars 2017 à Février 2019 sur leur pertinence.

+ Si jugé approprié, faire des recommandations pour la poursuite du projet (objectifs révisés, durée, dispositifs de mise en œuvre, partenariats à établir ou à renforcer, couverture géographique et financements nécessaires)

En particulier, l'évaluation devra répondre aux questions suivantes :

En termes de stratégie et d'atteinte des résultats, et de mise en œuvre du projet :

+ compte du contexte des violences basées sur le genre au du Mali, le projet tel qu'il est mis en œuvre est-il pertinent ?

+ Compte tenu de la finalité, des objectifs du projet, des moyens disponibles, et du contexte socio-politique existant16, la stratégie globale et les approches utilisées par le projet au cours de la seconde phase étaient-elles appropriées ?

+Dans quelle mesure les résultats attendus ont-ils été atteints (efficacité) ?

+ Les résultats atteints sont-ils en ligne avec les ressources engagées (efficience) ?

+ Le dispositif opérationnel était-il adapté ?

En termes de perspectives futures :

+ Compte tenu des résultats atteints et des perspectives identifiables, y a-t-il lieu de poursuivre le projet après Février 2019 ?

+ Dans l'affirmative, faire des recommandations concernant l'adaptation du projet en termes de:

- la finalité, de l'objectif principal et des objectifs spécifiques du projet (si nécessaire)
- les approches à mettre en œuvre (si différentes des approches existantes)
- les moyens nécessaires (ressources humaines, matérielles, durée, etc.)

La modification éventuelle du dispositif opérationnel

Comment les résultats de l'évaluation seront-ils utilisés, par qui et quand ?

Les résultats et autres livrables de l'évaluation seront exploités par l'AMSOPT en vue de maximiser les résultats pendant ses futures interventions, car cette évaluation devra permettre à l'AMSOPT d'apprendre de ces erreurs, insuffisances mais aussi de ses succès. Les produits de l'évaluation seront partagés au Mali avec le Programme National de Lutte Contre l'Excision car elle permettra d'alimenter les données de base au Mali et aussi de baliser les autres acteurs qui voudront permettre en œuvre un projet similaire. L'AMSOPT doit aussi restituer les résultats de cette évaluation aux bénéficiaires du projet afin qu'ils/elles puissent être imprégné.e.s des succès, échecs et perspectives du projet.

Enfin les résultats de l'évaluation seront partagés avec UN TRUST FUND car ce sera comme une sorte de capitalisation d'expériences dans le cadre d'une intervention de lutte contre les MGF/E au Mali et mariages d'enfants

Quelles décisions seront prises une fois que l'évaluation sera complétée

Une fois l'évaluation terminée, les différentes parties prenantes doivent communiquer sur les succès, les échecs et les potentialités. L'évaluation doit permettre à l'AMSOPT et UN TRUST FUND de capitaliser leurs expériences au Mali afin qu'elles puissent servir et être exploitées par les autres acteurs qui travaillent dans le domaine des violences basées sur le genre.

Objectifs et portée de l'évaluation

Portée de l'évaluation

L'évaluation doit porter sur la durée d'intervention du projet (Mars 2017 à Février 2019) dans 30 villages dans le district sanitaires de Kayes. Les groupes cibles devant participer à cette évaluation sont :

Les cibles primaires

- Les jeunes adolescent.e.s (10_à 19)
- Les jeunes femmes (19-24ans)
- Les femmes en général au niveau communautaires (adultes au de-là de 24 ans)

Les cibles secondaires :

- Les pair.e.s éducateurs/ices
- Les hommes, les femmes, les leaders communautaires, la communauté en général
- Les médias locaux
- Les partenaires techniques au niveau du gouvernement : structures de santé (CSCOM, CSRéf, l'hôpital de Kayes), les écoles partenaires du projet (élèves et enseignants formés, bénéficiaires du projet), les Centres d'Animation Pédagogiques de Kayes, la Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille)
- Les autres acteurs/partenaires travaillant sur la question des MGF/E à Kayes : UNICEF, coopération espagnole, AJM, etc…
- Les mairies des communes d'intervention

Objectifs De l'évaluation

L'évaluation devra permettre de mesurer :

(i) Le nombre de villages d'abandon de la pratique de l'excision et des mariages d'enfants parmi les 30 villages

(ii) le nombre d'individus qui ont des connaissances sur les MGF/E et mariages des enfants,

(iii) le nombre d'individus qui ont des attitudes positives en matière d'abandon des pratiques MGF/E et Mariage des Enfants (ME),

(iv) le nombre d'individus qui soutiennent le maintien des pratiques des MGF/E et Mariage des Enfants (ME),

(v) la proportion de jeunes favorables ou non favorables à l'abandon des pratiques des MGF/E et le ME,

(vi) le nombre de ménages qui soutiennent le maintien des pratiques des MGF/ E et

(vii) le nombre de ménages qui sont favorables à l'abandon des pratiques des MGF/E

(viii) Formuler des recommandations pour l'adoption de stratégie de communication en lien avec les CAP des communautés ayant fait l'objet de l'étude.

Questions de l'évaluation

L'évaluation doit tenir compte des critères suivants :

1. L'efficacité (Quantitative et qualitative)
2. L'efficience (Qualitative et quantitative
3. La pertinence
4. L'impact
5. La durabilité
6. Production des connaissances (
7. Égalité des sexes et droits humains

Méthodologie de l'évaluation

L'évaluation doit assurer l'utilisation de méthodologies et de contenus qui répondront aux réalités et contextes sociaux des zones ciblées. Les consultant(e)s doivent d'utiliser une méthodologie qualitative qui permettra identifier et analyser les connaissances, attitudes et pratiques des communautés face à la MGF/E et le mariage des enfants.

Lieu de l'étude : l'étude sera réalisée parmi un échantillonnage tiré des 30 villages du district sanitaire de Kayes et dans d'autres villages témoins.

Echantillonnage et populations cibles: La procédure à suivre pour l'échantillonnage devra être celle-ci-dessous annoncée et qui consiste à :

- Sélectionner au hasard dans les 30 villages cibles de l'évaluation au moins 12 villages à évaluer avant après la mise en œuvre du projet soit 36 % ou plus du total des villages retenus par le projet et non encore couverts par le projet VBG AMSOPT.
- Choisir par hasard dans chacun des villages de l'échantillon, des ménages ayant des fillettes, jeunes filles et jeunes femmes de 0 à 18 ans pour les enquêtes proprement dites ;
- Identifier dans chacun des ménages choisis les mères et les pères de fillettes, d'autres femmes et des hommes de 10 ans et plus à enquêter aussi, (**QUANTITATIVE)**
- Enquêter au près des pair.e.s éducateurs/ices leur implication dans la mise en œuvre du projet et aussi sur leurs valeurs ajoutées par rapport aux résultats obtenus
- Enquêter par choix raisonné des personnes faisant partie du réseau social, des élus, des leaders religieux, des représentants des jeunes et des femmes, des exciseuses, des agents et responsables services de santé et des agents et responsables d'organismes de développement évoluant dans le domaine de la lutte contre l'excision et le mariage des enfants au niveau du district sanitaire de Kayes, le Réseau des communicateurs traditionnels pour le Développement de Kayes , la coordination des ONG et associations féminines de Kayes, les radios et organes de presses partenaires de Kayes.
- Enquêter les services de l'Etat au niveau décentralisée, impliqué dans la lutte contre les VBG : Direction Régionale de la Santé, Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, l'Académie d'Enseignement de Kayes, le Centre d'Animation Pédagogique de Kayes, les médecins des structures de santé. (**QUALITATIVE)**

Outils et supports de collecte de données utilisées (e)s

Les outils de travail à utiliser pour cette évaluation seront les enquêtes, les interviews en profondeur, les "focus group" et d'autres outils participatifs pertinents pour le développement correct de l'étude. Les données devront être collectées sur la base de fiche d'enquête, de guides et de questionnaires mais sans s'y limiter:

- une fiche de recensement des ménages du village à enquêter auprès des autorités villageoises
- une fiche de recensement des données sanitaires et de la situation de l'excision et du mariage des enfants au niveau des centres de santé des communes et des cercles
- un guide d'entretien avec les responsables de chacun des ménages échantillon,
- un guide d'entretien avec les responsables des organismes en charge de projet ou programme portant sur l'excision et le mariage des enfants;
- un guide d'entretien avec les responsables régionaux : DRPFEF, DRS, DRDSES, AE, CAP, CRJ, … ;
- un questionnaire CAP sur l'excision et le mariage des enfants adressé aux mères et aux pères de fillette/fille de 0 à 15 ans, aux autres femmes, hommes de plus de 15 ans et aux jeunes garçons de 10 à 15 ans, aux fillettes/filles de 10 à 15 ans, du ménage échantillon ;
- un guide d'entretien individuel d'approfondissement adressé aux mêmes catégories ci-dessus citées ;
- un guide d'entretien en focus groupe à des Responsables des services de santé (CSCOM/CSREF), des exciseuses, des leaders religieux, des leaders communautaires et communaux, des représentants des jeunes et des représentantes des femmes ;
- un questionnaire adressé aux mêmes cibles dans les villages témoins retenus.

Déontologie de l'évaluation

Les violences basées sur le genre demeurent une thématique très sensible et en conséquence, les enquêteurs et superviseurs qui doivent se rendre sur le terrain pour la récolte des données doivent être formés à priori sur cette thématique, en particulier l'excision et les mariages d'enfants. (L'équipe d'enquête doit avoir des connaissances assez solide sur les déterminants socio-culturels, les conséquences de ces pratiques mais également sur la gestion des cas, comment apporter une aide concrète à une survivante de VBG)

L'équipe d'enquête dans la collecte des données doit tenir compte des 04 principes dans le traitement de l'information sur les survivantes de VBG, à savoir le principe de :

1. Sécurité
2. Confidentialité
3. Non-discrimination
4. Respect du choix de la personne

L'équipe d'enquête doit se prémunir d'une fiche de consentement (pour la personne majeure) et autre fiche d'assentiment (pour la personne)

Pour garantir l'éthique pendant l'enquête, les outils de collecte de données doivent être partagés avec l'AMSOPT et UN TRUST FUND pour leur appréciation. (Nous devons veiller à la protection les droits des répondants, y compris leur vie privée et la confidentialité des

informations qu'ils fournissent.) Les outils de collecte des données doivent être conçus d'une manière culturellement acceptable et ne peuvent pas être source de détresse pour les répondants ou ne doit pas provoquer une réminiscence de souvenirs douloureux pour les répondant.e.s.

Principaux produits livrables de l'évaluateur et calendrier

A l'issue de la mission de terrain, l'équipe d'évaluation rédigera un rapport provisoire complet qu'il transmettra au comité de pilotage de l'évaluation. Le rapport provisoire devra analyser la situation et présenter les premières recommandations.

La restitution du rapport provisoire se fera à distance avec l'AMSOPT UN TRUST FUND (selon les possibilités) et sera animée par l'équipe d'évaluation à l'aide d'une présentation de type PowerPoint (ou équivalent) pouvant être partagé à distance.

A l'issue de la restitution du rapport provisoire, l'équipe d'évaluation rédigera le rapport final en tenant compte des différents échanges et commentaires. Le document final sera accompagné d'une synthèse de 10 pages maximum et d'une présentation PowerPoint (ou équivalent).

Le rapport final, validé par les partenaires et UN TRUST FUND, sera restitué à distance ou à Bamako (selon les possibilités) par l'équipe d'évaluation.

Les propositions méthodologiques présentées ci-dessus sont indicatives. Il est attendu des consultant-e-s de nouvelles propositions et/ou compléments.

Les offres devront être détaillées en ce qui concerne la méthodologie (étapes, outils utilisés, calendrier, articulation entre les membres de l'équipe, etc.).

Les consultant-e-s porteront une attention particulière à la dimension participative et d'apprentissage de cette évaluation. Il est donc attendu dans les offres méthodologiques des propositions précises dans ce sens.

L'évaluation doit être conduite selon le calendrier ci-dessous :

Calendrier de l'ensemble du processus d'évaluation

Décembre/ Janvier 2019	Sélection de l'offre
Janvier/Février 2019	Réunion de cadrage
Février 2019	Réalisation des entretiens avec UN TRUS FUND
Mars 2019	Réalisation de l'évaluation à Kayes
Mars 2019	Restitution à chaud à Kayes
Mars 2019	Remise du rapport provisoire
Mars 2019	Restitution provisoire
Avril 2019	Remise du rapport final
Avril 2019	Restitution finale de l'évaluation

Composition de l'équipe d'évaluation

Composition de l'équipe d'évaluation, rôles et responsabilités

- ⇨ La mission d'évaluation sera constituée de trois personnes à plein temps :

- ⇨ Un expert national, expérimenté en matière de lutte contre l'excision et connaissant bien la zone du projet. Cet expert jouera le rôle de chef de mission et sera, à ce titre, responsable de la préparation / finalisation du rapport de mission.

- ⇨ Une conseillère malienne, expérimentée en matière de MGF, qui s'occupera plus particulièrement des aspects information / éducation / communication

- ⇨ Un expert en genre (analyse genre), disposant d'une expérience approfondie en matière de développement en général, et - idéalement - de lutte contre les MGF/E, mariages d'enfants et violences basées sur le genre au Mali ou dans la sous-région qui s'occupera de l'analyse avec « une loupe de genre », des aspects égalités des sexes et droits humains.

8.2 Compétences requises/ Profils Equipe de consultants :

L'évaluation sera menée par une équipe, constituée de femmes et d'hommes. La personne ou les membres de l'équipe doivent avoir :

- Connaissance de la thématique des violences faites aux femmes et de l'approche genre et développement
- Connaissances en sociologie (compréhension des processus de changement social et des approches orientées changement) et en technique d'évaluation ;
- Expériences en Afrique subsaharienne, de préférence au Mali ;
- Connaissance du système de santé publique malien ;
- Etre prête à se déplacer en zone rurale.
- Une formation en socio anthropologie ou sociologie (niveau master ou +) ;
- Une expertise avérée en matière de recherche social et/ou anthropologique, ainsi que dans le genre, le développement et les droits des femmes
- Une connaissance de la thématique des mutilations sexuelles féminines, des mariages d'enfants et des violences basées sur le genre ;
- Une connaissance du fonctionnement des projets de développement ;
- Une expérience significative en matière d'enquête sociologique ;
- Des compétences avérées dans la conduite des enquêtes CAP, d'entretiens et d'observations, dans l'évaluation des projets axés sur les violences basées sur le genre;
- Des compétences solides en rédaction de documents et rapports.
- Les connaissances, compétences et expériences devront être démontrées à travers les Curriculum Vitae du staff proposé
- Elles/il/s doit/doivent parler Bambara et avoir une bonne maîtrise du Français écrit et parlé.
- La connaissance de la région et la maîtrise des langues locales parlées dans la zone (Sarakolé, Peuhl, Khasonké) sera un atout.

Modalité de gestion de l'évaluation

1.1 Rôle du commanditaire et de son partenaire

Un comité de pilotage sera constitué de deux salarié-é-s de l'AMSOPT et un-e représentant-e d'UN TRUST FUND

Le comité de pilotage a pour mission de valider les termes de référence, de donner son avis sur le choix de l'équipe d'évaluation, valider la note de cadrage, de participer aux réunions de restitution (à chaud, intermédiaire et finale), de commenter le rapport provisoire, de valider le rapport final, de participer à la réflexion sur la suite donnée aux recommandations.

AMSOPT veillera à ce que cette évaluation soit la plus participative possible et que chaque partie prenante soit informée des avancées et sollicitée quand cela sera nécessaire.

1.2. Grandes étapes de la mission

Etape 1 : Le cadrage de l'évaluation

A cette étape, il est attendu de l'équipe d'évaluation :

- Un échange avec l'AMSOPT et UN TRUST FUND (à distance) pour la prise de contact, la présentation du programme et la transmission de documents ;
- Une réunion de cadrage avec UN TRUST FUND et l'AMSOPT (à distance) qui permettra, entre autres, la présentation d'une note de cadrage ;
- La finalisation et le partage de la note de cadrage, celle-ci sera ensuite validée par UN TRUST FUND et l'AMSOPT.

La note de cadrage précisera la méthodologie et les questionnements évaluatifs proposés par l'équipe d'évaluation sur la base des termes de référence de l'évaluation, de leur offre, des échanges avec UN TRUST FUND et l'AMSOPT et de la lecture de documents. La note de cadrage sera présentée à l'équipe de l'AMSOPT à Kayes en début de mission.

Etape 2 : La mission de terrain

Afin de réaliser sa mission, l'équipe d'évaluation procédera à :

- la collecte d'informations à Bamako à partir de documents transmis et d'entretiens collectifs et individuels avec les parties-prenantes ;
- l'organisation de temps de réflexion collectifs à Kayes ;
- l'organisation de réunions d'étape avec l'équipe de l'AMSOPT et UN TRUST FUND

Une première restitution des résultats bruts de l'évaluation sera présentée auprès des partenaires du projet à Kayes, puis une deuxième à distance, avec UN TRUST FUND.

Propriété intellectuelle et confidentialité

Toutes les données et rapports (brouillons inclus) sont propriété exclusive de l'AMSOPT et ses partenaires. Les données ne peuvent pas être reproduites partialement ou totalement sans la permission expresse et par écrit des organisations partenaires.

Toutes les données devront être anonymes, elles devront être codifiées pour prévenir la possible identification des personnes participantes dans la recherche, sauf celles des leaders et autorités.

Mission/Taches du consultant

Les équipes de consultants retenues, doivent élaborer de manière détaillée, un protocole pour cette étude qui donne une idée claire de la manière dont l'intervention est stratégiquement pensée et mise œuvre afin de permettre d'obtenir les livrables attendus. Cette étape est essentielle dans le travail.La composition et le montage de l'équipe d'évaluation devront permettre de répondre aux besoins spécifiques du contexte malien. L'équipe devra comprendre un homme et une femme afin de faciliter le dialogue avec une diversité large

d'acteurs. Le montage de l'équipe d'évaluation devra permettre des compositions sur mesure lors de la mission, au gré des personnes à rencontrer et de leurs contextes d'interventions.

Budget

Mode de payement

Le montant total de la consultation sera versé de la façon suivante :

- 70% à la signature du contrat et proposition du protocole de l'évaluation
- 30% à la livraison du rapport final.

Présentation des offres

L'offre technique et financière doit être soumise avec votre CV (avec justification d'expériences similaires), proposition de plan de travail et offre financière pour la réalisation de l'évaluation à l'AMSOPT à l'adresse : ballomali@yahoo.fr ou aminta60@yahoo.fr

Date limite de réception des offres **: Le 20 Février 2019**

Annexe B : Tableau sur les bénéficiaires touchés par le projet

Type de bénéficiaires	Nombre	Observations
Bénéficiaires primaires	50 000	Les prévisions en termes de cibles primaires et secondaires ont été dépassées.
Femmes et filles en général - Adolescentes âgées de 10 à 19 ans : - Femmes âgées de 25 à 59 ans :	**50 275** 12 216 38 059	
Femmes/filles victimes de violence	406	
Type de bénéficiaire secondaire		
Hommes et garçons mobilisés - Hommes âgés de 25 à 59 ans : - Adolescents et jeunes	**19 022** 5021 14 001	
Professionnels de l'éducation (enseignants, éducateurs) - Enseignants - Décideurs de l'Education	**104** 100 4	
- Centres de Santé Communautaire - Professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier)	4 38	
Journalistes / Médias - Animateurs et responsables de radios communautaires	8	
Partenaires techniques (Santé, Education et promotion de la femme et enfant et conseil régional)	4	
TOTAL CIBLES MOBILISEES	**170 187**	

Source : Analyse des rapports en lignes et interview de l'équipe du projet

Annexe C : Bibliographie

Agence Malienne de Publicité : Le Soir de Bamako : Diéma : le mariage précoce en rebond, numéro du 17 Décembre 2013

Aide de l'Eglise Norvégienne : Rapport de l'atelier national de restitution des résultats des études sur les mariages précoces, la santé de la reproduction et les droits humains dans les régions de Mopti, Gao et Tombouctou » Bamako, mars 2009

AMSOPT : Résumé exécutif UNWOMEN : AN2 – mars 2019

AMSOPT : Rapport d'activités 2017

AMSOPT : Rapport d'activités 2018

AMSOPT/WILDAF Mali : Analyse des coutumes qui influent sur la pratique des mariages des enfants et approches d'évolution dans la région de Kayes : janvier 2019

AMSOPT : Rapport final de l'enquête sur « Connaissances, Attitudes et Pratiques sur les MGF/E et le mariage des enfants dans 100 villages du district sanitaire de Kayes : Juillet 2017

C20-Mali-AMSOPT-RRF : Results chain, Goal, Outcomes, Outputs, Monitoring and Evaluation ; 2018

Cooperaccio : Etude « Connaissances, Attitudes et Pratiques sur l'excision dans les communes urbaines du cercle de Kayes et les communes rurales du cercle de Diéma, région de Kayes, octobre 2016

EDSM V : Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé du Mali, 2012-2013

Equilibre ET Populations/AMSOPT : « Protéger la Prochains Génération 2010 »
Dossier technique 2010

Essor Mali actualités : Mariage précoce des jeunes filles – la palme à la région de Kayes. Numéro du 21 juin 2018
Mali : Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali-V. Bamako, 2012-2013

Ministère de la Promotion de la Femme de l'Enfant et de la Famille : Stratégie Nationale Holistique pour mettre fin aux Violences Basées sur le Genre 2019-2030. Bamako, mars 2018

Annexe D : Liste des structures rencontrées

- Direction Régionale de la Promotion de la Femme, Enfant et Famille
- Direction Régionale de la Santé
- Académie de l'Enseignement
- Centre d'animation Pédagogique
- Division Scolarisation des Filles
- Direction de AMSOPT à Bamako
- Coordination AMSOPT à Kayes

Annexe E : Cibles, méthodes de collecte et contenu du guide

Cibles de l'évaluation	Informations recherchées relatives aux questions d'évaluation	Technique de collecte	Outils utilisés	Observations
ONG AMSOPT chargée de la mise en œuvre du projet.	✓ Pertinence du projet, ✓ Partenariat/Collaboration avec les acteurs stratégiques, ✓ Résultats enregistrés, ✓ Efficience : jugement des moyens mis à la disposition de l'ONG pour le projet, ✓ Système de suivi des activités, ✓ Système de pérennisation des acquis mis en place et éléments de durabilité, ✓ Effets immédiats/impacts du projet, ✓ Forces/faiblesses du projet, ✓ Bonnes pratiques observées ✓ Recommandations pour le futur.	Entretien avec l'équipe du projet à Kayes et Bamako	Guide d'entretien	Les personnes disponibles au passage de l'équipe seront interviewées.
Structures de l'État intervenant dans le domaine de l'excision et du mariage des enfants (Services techniques de santé, Education, et Promotion de la femme)	✓ Situation de l'excision et du mariage des enfants dans la région de Kayes, ✓ la Pertinence du projet de lutte contre l'excision et le mariage des enfants, ✓ Partenariat/Collaboration avec l'ONG AMSOPT, ✓ Résultats enregistrés, ✓ Implication dans le système de suivi e du projet, ✓ Système de pérennisation des acquis mis en place et éléments de durabilité, ✓ Application des conventions signées (Village d'abandon) ✓ Forces/faiblesses du projet, ✓ Bonnes pratiques observées, ✓ Recommandations	Entretien semi-structuré individuel	Guide d'entretien	Au niveau du service les points focaux excision et mariage des enfants et d'autres responsables
Mairies des communes concernées par l'évaluation	- La situation de l'excision dans la commune, - la pertinence d'un projet de lutte contre l'excision dans la commune,	Entretien semi-structuré individuel	Guide d'entretien	

	- le partenariat avec AMSOPT pour la mise en œuvre du projet (Implication de la mairie) - la situation des conventions d'abandon signées (villages d'abandon) Quelle implication de la mairie ? - les résultats obtenus par le projet, - les forces et les faiblesses, - les éléments de durabilité ? - les recommandations. -			
Leaders communautaires (religieux, notables, chef de villages et conseillers, présidente de femmes et président des jeunes)	✓ Situation de l'excision dans le village, ✓ Implication dans la mise en œuvre du projet, ✓ Résultats enregistrés, ✓ Durabilité des acquis ✓ Application de la convention signée (village d'abandon) ✓ Question du vote d'une loi, ✓ Forces/faiblesses ✓ Bonnes pratiques observées, ✓ Recommandations	Entretien semi-structuré individuel		
Partenaire Financier	✓ Intervention dans le domaine de l'excision (quel appui et pourquoi), ✓ Collaboration avec AMSOPT (Degré de satisfaction) ✓ les résultats obtenus (Appréciation), ✓ Système de gestion (Satisfaction avec les rapports financiers) ✓ Faiblesses relevées dans la collaboration, ✓ Recommandations pour le Futur.	Entretien semi-structuré individuel	Guide d'entretien	
Hommes et Femmes	✓ Situation de la pratique de l'excision dans le village, ✓ Pertinence du projet de l'ONG, ✓ Résultats du projet (Efficacité) ✓ Participation des hommes	Focus hommes	Guide Focus group	

	et femmes dans la mise en œuvre du projet, ✓ Décision de l'abandon (Comment a t'elle été prise ?) ✓ Est-ce que tous les hommes et femmes sont informés ? ✓ Forces faiblesses du projet ✓ Recommandations pour le futur			
Jeunes Garçons et jeunes filles	✓ Connaissance de la situation de l'excision dans le village ✓ Pertinence du projet de lutte contre l'excision, ✓ Implication des jeunes garçons et filles dans la mise en œuvre du projet (Comment s'est elle manifestée ?) ✓ Connaissances acquises avec le projet ? ✓ Utilisation des connaissances acquises ✓ Attitudes et perception de l'excision et du mariage des enfants après deux ans de mise en œuvre du projet ? ✓ Forces et faiblesses du projet	Focus hommes		

Annexe F: Matrice de l'évaluation

Questions de l'évaluation	Que devons-nous savoir?	Quels indicateurs répondront à la question?	Qui devons-nous contacter pour avoir cette information?	Quelles méthodes de collecte de données devons nous utiliser?
Pertinence	Dans quelle mesure les résultats atteints (but, réalisations et produits du projet) continuent-ils de répondre aux besoins des femmes et des filles ?	- La prévalence de l'excision chez les filles de 0 à 4ans, - La prévalence de l'excision chez les filles de 5 à 9 ans; - La prévalence de l'excision chez les filles de 10 à 15 ans; - % de filles qui ont eu des cas de complications liés à l'excision; - % d'individus qui connaissent l'existence du projet AMSOPT. - % de cibles qui participent aux activités du projet;	- Les leaders communautaires, - Les femmes et les hommes adultes, - Les jeunes filles et garcons, - Les agents de santé et enseignants de la communauté, - Les services techniques de la région, - Les élus de la commune, - Les exciseuses; - Les agents de santé, - Les relais communautaires, - Les pairs éducateurs.	Entretiens individuels, Focus Groupe Discussion, Revue documentaire.
Efficacité	Dans quelle mesure le but, les réalisations et les produits attendus du projet (résultats du projet) ont-ils été atteints, et de quelle manière ?	- % d'individus qui ont des connaissances sur les conséquences de l'excision; - Au % d'individus qui ont des connaissances sur les conséquences du mariage des enfants; % d'individus qui ont des attitudes	- Les leaders communautaires, - Les femmes et les hommes adultes, - Les jeunes filles et garçons, - Les agents de santé et enseignants de la communauté, - Les services techniques de la région, - Les élus de la commune; - Les exciseuses; - Les animateurs des radios communautaires.	Entretiens individuels, Focus Groupe Discussion, Revue documentaire (productions semestrielles de AMSOPT)

		positives en matière d'abandon des pratiques des MGF/E; - Au % d'individus qui ont des attitudes positives en matière d'abandon des pratiques du mariage des enfants; - % d'individus qui sont favorable à l'abandon des pratiques des MGF/ E - % d'individus qui ont l'intention de ne pas exciser leurs filles; - % d'individus qui ont accès à l'information sur les conséquences de l'excision et du mariage des enfants.		
Efficience	Dans quelle mesure le projet a-t-il été mis en œuvre de façon efficiente et rentable ?	- Les ressources mises à disposition, - Utilisation efficiente des ressources selon les rubriques, - La consommation du budget à temps. - La prise en charge des complications de l'excision par le projet;	- La gestionnaire du projet, - L'équipe de la coordination à Kayes, -Le chargé de Programme de AMSOPT, - Les rapports financiers semestriels	Entretien individuel Analyse des rapports financiers et budget

Durabilité	Dans quelle mesure les résultats obtenus, notamment les changements positifs apportés à la vie des femmes et des filles (au niveau du but du projet), se perpétueront-ils après l'achèvement du projet ?	- Existence d'une stratégie de durabilité, - Les éléments de durabilité; - durabilité des changements positifs observés, - Les insuffisances pouvant affecter la durabilité,	- Les leaders communautaires, - Les femmes et les hommes adultes, - Les jeunes filles et garçons, - Les agents de santé et enseignants de la communauté, - Les services techniques de la région, - Les élus de la commune, - Les exciseuses; - Les agents de santé, - Les relais communautaires, - Les pairs éducateurs.	Entretien individuel, Focus Group Discussion Revue documentaire
Impact	Dans quelle mesure le projet a-t-il contribué à éliminer la violence à l'égard des femmes ou à favoriser l'égalité des sexes et/ou l'autonomisation des femmes (que l'impact soit intentionnel ou non) ?		- Les leaders communautaires, - Les femmes et les hommes adultes, - Les jeunes filles et garçons, - Les agents de santé et enseignants de la communauté, - Les services techniques de la région, - Les élus de la commune, - Les exciseuses; - Les agents de santé, - Les relais communautaires, - Les pairs éducateurs.	Entretiens individuels, Focus Groupe Discussion, Revue documentaire
Production de connaissances	Dans quelle mesure le projet a-t-il généré des connaissances ou des pratiques prometteuses ou émergentes dans le champ des VBG susceptibles d'être répertoriées et partagées avec		- Les leaders communautaires, - Les femmes et les hommes adultes, - Les jeunes filles et garçons, - Les agents de santé et enseignants de la communauté, - Les services	Entretiens individuels, Focus Groupe Discussion, Revue documentaire

	d'autres praticiens ?		techniques de la région, - Les élus de la commune, - Les exciseuses; - Les agents de santé, - Les relais communautaires, - Les pairs éducateurs.	
Égalité des sexes et droits humains	Critères transversaux : l'évaluation devra examiner dans quelle mesure des approches basées sur les droits humains et sensibles au genre ont été intégrées à l'ensemble du projet.		- Les leaders communautaires, - Les femmes et les hommes adultes, - Les jeunes filles et garçons, - Les agents de santé et enseignants de la communauté, - Les services techniques de la région, - Les élus de la commune, - Les exciseuses; - Les agents de santé, - Les relais communautaires, - Les pairs éducateurs.	Entretiens individuels, Focus Groupe Discussion, Revue documentaire
Recommandations pour le futur	Compte tenu des résultats atteints et des perspectives identifiables, y a-t-il lieu de poursuivre le projet après Février 2019 ?	- La finalité, de l'objectif principal et des objectifs spécifiques du projet (si nécessaire) - Les approches à mettre en œuvre (si différentes des approches existantes) - Les moyens nécessaires (ressources humaines, matérielles, durée, etc.) -La modification éventuelle du dispositif opérationnel	- Les leaders communautaires, - Les femmes et les hommes adultes, - Les jeunes filles et garçons, - Les agents de santé et enseignants de la communauté, - Les services techniques de la région, - Les élus de la commune, - Les exciseuses, - Les agents de santé, - Les relais communautaires, - Les pairs éducateurs.	Entretiens individuels, Focus Groupe Discussion, Revue documentaire

Annexe G: Outils de collecte du volet quantitatif

L'évaluation externe finale du projet d'information et de sensibilisation contre la pratique des MGF/ E et les mariages d'enfants dans 30 villages du district sanitaires de Kayes

Questionnaire Individuel

SECTION 0: Identification		
N°	Questions	CODES
A	Région…….	/___/
B	Cercle……..	/___/___/
C	Date de l'enquête : /___/___/ /___/___/2019	
D	Nom de l'enquêteur/trice _____	/___/___/
E Commune :_____ /___//__/ F Village/ Quartier : _____/___/___/		

Nousfaisons partie du bureau d'étude BERFAD. Nous ·availlons sur un projet concernant l'excision des filles de -14 ans du projet d'information et de sensibilisation ɔntre la pratique des MGF/ E et le mariage des enfants. 'interview devrait prendre environ 40 minutes. toutes les ıinformations que nous recueillons resteront strictement ɔnfidentielles et anonymes.	Maintenant, je voudrais vous parler de l'excision et d'autres sujets

PPuis-je commencer maintenant?

ooui permission accordée ⇨*continuerpour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.*

Nnon, permission non accordée ⇨*Encercler '03'à 005. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.*

G		Nom du chef de ménage …… Numéro de l'individu dans le ménage ……	/___/___//___/ /____/____/
		Statut du répondant(te) :*mère =1 ; Père=2 ; Homme de plus de 15 ans =3 ; Fille de 10-15 ans = 4 ;* Pair.e.s éducateurs/ices*village = 5; Femme de plus de 15 ans=6.*	/_____/
001	Combien de filles âgées de 0 à 15 ans avez-vous ? (filles vivantes)	/____/____/	
002	Combien de filles âgées de moins de 4 ans avez-vous ? (filles vivantes)	/____/____/	
003	Parmi tes filles de moins de 4 ans combien sont excisées ?	/____/____/ NSP = 99	
	Questionnaire vérifié par :_____		

005. Résultat de l'enquête	Rempli ..... 01 Pas à la maison..... 02 Refusé ..... 03 Partiellement rempli ..... 04 Incapacité ..... 05 Autre (*préciser*) _____ 96
006. Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____ ___ __	

Heure de début de l'interview _____ /__ /__/__/__/

SECTION 1 : Caractéristiques Sociodémographiques			
N°	Questions et filtres	**CODES**	**Renvois**
101	Sexe	Homme……1 Femme……2	
102	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?	Age en années révolues /_____/_____/ NSP……99	
103	Quel est votre statut matrimonial ?	Célibataire……1 Fiancé(e) ……2 Marié(e) Monogame ……3 Marié(e) Polygame ……4 Divorcé(e)/Séparé(e) ……5 Veuve/Veuf ……6	
104	Avez-vous fréquenté l'école ? **(formelle, y compris medersa moderne)**	Oui……1 Non……0	**0 → 106**
105	Quel est le niveau le plus élevé que vous avez atteint ?	Fondamental 1 (Cycle 1) ……1 Fondamental 2 (Cycle 2) ……2 Secondaire ……3 Supérieur……4	
106	Quel est votre groupe ethnique ?	Bambara……1 Peulh……2 Malinké/Kassonké……3 Dogon……4 Soninké……5 Sonrhaï……6 Senoufo/Minianka……7 Bobo……8 Bozo/Somono……9	

		Autre (préciser) _____10	
107	Quelle religion pratiquez-vous ?	Musulmane .....1 Catholique .....2 Protestante .....3 Animisme .....4 Aucune 5	
108	Ecoutez-vous la radio ?	Chaque jour.....1 Au moins une fois/ semaine.....2 Moins d'une fois/ semaine.....3 Pas du tout.....4	
109	Regardez-vous la télévision ?	Chaque jour.....1 Au moins une fois/ semaine.....2 Moins d'une fois/ semaine.....3 Pas du tout.....4	
110	Lisez-vous les journaux ? (**Vérifier la Q104=0 ne pas poser la question)**	Chaque jour.....1 Au moins une fois/ semaine.....2 Moins d'une fois/ semaine.....3 Pas du tout.....4	

SECTION 2 : Connaissances sur les avantages et les conséquences de la pratique de l'excision

N°	Questions et filtres	**CODES**	**Renvois**
201	Je voudrais maintenant vous entretenir sur un sujet relatif à la santé de la femme. Avez-vous entendu parler de l'excision ?	Oui.....1 Non.....0	
202	Est-ce que la pratique de l'excision existe dans votre localité ?	Oui.....1 Non.....0 Ne sait pas.....9	

203	Selon vous, y a-t-il des avantages pour une fille d'être excisée ?	Oui……1 Non……0 Ne sait pas……9	**0 & 9 → 206**
204	Pouvez-vous me citer ces avantages? **Ne pas lire** **Laisser la personne citer librement** **ENCERCLER TOUTES LES REPONSES POSSIBLES.** **INSISTER : sur Autre ?**	Reconnaissance sociale……A Meilleure chance de mariage……B Préservation de la virginité avant mariage....C Reconnaissance religieuse……D Plus de plaisir sexuel pour l'homme……E Meilleure hygiène…… ……F Fidélité……G Facilite les accouchements……H Respect de la tradition ……I Autre (préciser) _____ X	
205	SI UNE SEULE REPONSE CITEE A Q204, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT A Q205 SI PLUS D'UNE REPONSE : Parmi ces avantages, selon vous, lequel est le plus important ?	Reconnaissance sociale……1 Meilleure chance de mariage……2 Préservation de la virginité avant mariage.....3 Reconnaissance religieuse……4 Plus de plaisir sexuel pour l'homme……5 Meilleure hygiène……6 Fidélité……7 Facilite les accouchements……8 Respect de la tradition ……9 Autre (préciser) _____ 10	
206	Selon vous, y a-t-il des avantages pour une fille de ne pas être excisée ?	Oui……1 Non……0 Ne sait pas……9	**0 & 9 →208**
207	Pouvez-vous me citer ces avantages? Ne pas lire Laisser la personne citer librement ENCERCLER TOUTES LES REPONSES POSSIBLES. INSISTER : sur Autre ?	Moins de problème de santé……A Moins de problème de santé à l'accouchement……B Evite la souffrance……C Plus de plaisir sexuel pour la femme……D Plus de plaisir sexuel pour l'homme……E En accord avec la religion……F Aucun avantage……G Autre (préciser) _____ X	

208	Savez-vous que lors de l'excision d'une fille/femme des problèmes peuvent lui arriver ?	Oui……1 Non……0 Ne sait pas……9	**0 & 9 → 210**
209	Quels types de problèmes peuvent-ils lui arriver au moment de l'excision et après? Ne pas lire Laisser la personne citer librement ENCERCLER TOUTES LES REPONSES POSSIBLES. INSISTER : sur Autre ?	Douleurs ..... ….A Hémorragie .....B Perte de connaissance ..... C Décès ..... D Autre (préciser) _____ X	
210	Selon vous est-ce que le mariage précoce peut avoir des conséquences sur la santé d'une fille/femme	Oui ..... 1 Non ..... 0 Ne sait pas …… 9	**0 & 9 → 212**
211	Quelles sont les conséquences que vous connaissez? ***INSISTER : Un autre ?*** ***ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DIT EN REPONSE***	Violence et abus sexuels du mari……A Risque pour la santé/grossesses précoces……..B Déscolarisation de la fille ……C Maltraitance des parents vis-à-vis de la fille……D Retard dans la croissance et le développement physique de la fille----------E Tâches domestiques excessives dépassant les capacités de la fille ----------F Mésentente au sein du couple----------G Violation des droits reproductifs et sexuels de la fille----H Autre _____ X (Préciser)	

	Voici quelques conséquences relatives à l'excision, ENQUETEUR Répéter à chaque fois : ***Dites-nous si la phrase suivante est vraie ou fausse pour vous.***	Vrai	Faux
212	L'excision peut entrainer des saignements excessifs chez la fille.	1	0
213	L'excision peut entrainer des difficultés liées aux règles.	1	0
214	L'excision peut entrainer des difficultés d'uriner chez la fille.	1	0
215	L'excision peut entrainer des infections des organes génitaux chez la fille	1	0
216	L'excision peut diminuer le plaisir sexuel de la femme.	1	0
217	L'excision peut rendre l'accouchement plus dangereux.	1	0
218	L'excision peut augmenter le risque de transmission du VIH/SIDA.	1	0
219	L'excision peut entrainer des troubles psychologiques chez la fille.	1	0
220	L'excision n'est pas une obligation religieuse.	1	0
221	L'excision est une violence contre les femmes.	1	0
222	L'excision est une violation des droits des femmes.	1	0

SECTION 3 : Pratiques de l'excision chez les filles de l'enquêtée ATTENTION :Questions 301 à 310 seulement réservées aux femmes.			
301 F	**Vérifier le nombre de filles âgées de moins de 15 ans(filles vivantes)avec la page de garde (Q001)**	/_____/_____/	

Merci de me donner les prénoms, âges de vos filles, **commencer par la plus jeune**, y compris les bébés.

(Enregistrer «00» si l'enfant à moins d'un an)

	Fille #1	Fille #2	Fille #3	Fille #4	Fille #5	Fille #6	Fille #7
301. *Nom de la fille*	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
302. QUEL AGE A (*nom)*? Moins d'un an = 00	Age..... ___ ___ NSP = 98	Age..... ___ ___ NSP = 98	Age..... ___ ___ NSP = 98	Age ..... ___ ___ NSP = 98	Age ..... ___ ___ NSP = 98	Age ..... ___ ___ NSP = 98	Age ..... ___ ___ NSP = 98
303. EST-CE QUE *(nom)* EST EXCISEE ?	Oui ..... 1 Non ……..0→***continuer avec laprochainefille***	Oui ..... 1 Non ……..0→***continuer avec laprochainefille***	Oui ..... 1 Non ……..0→***continuer avec laprochainefille***	Oui ..... 1 Non ……..0→***continuer avec laprochainefille***	Oui ..... 1 Non ……..0→***continuer avec laprochainefille***	Oui ..... 1 Non ……..0→***continuer avec laprochainefille***	Oui ..... 1 Non ……..0→***continuer avec laprochainefille***

304. QUEL AGE AVAIT *(nom)* QUAND CELA EST ARRIVE ? *Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.* *Moins d'un an = 00*	Age..... ___ ___ NSP..... 98	Age..... ___ ___ NSP 98	Age ..... ___ ___ NSP 98	Age ..... ___ ___ NSP..... 98	Age..... ___ ___ NSP 98	Age..... ___ ___ NSP 98	Age ..... ___ ___ NSP..... 98
305. Qui a procédé à l'excision ?	Exciseuse traditionnelle = 1 Agent de santé = 2 Ne sait pas = 9	Exciseuse traditionnelle = 1 Agent de santé = 2 Ne sait pas = 9	Exciseuse traditionnelle = 1 Agent de santé = 2 Ne sait pas = 9	Exciseuse traditionnelle = 1 Agent de santé = 2 Ne sait pas = 9	Exciseuse traditionnelle = 1 Agent de santé = 2 Ne sait pas = 9	Exciseuse traditionnelle = 1 Agent de santé = 2 Ne sait pas = 9	Exciseuse traditionnelle = 1 Agent de santé = 2 Ne sait pas = 9
306. Est-ce qu'il y a eu des complications suite à l'excision ?	Oui……1 Non……..0 **Si non aller à la fille suivante**	Oui……1 Non……..0 **Si non aller à la fille suivante**	Oui……1 Non……..0 **Si non aller à la fille suivante**	Oui……1 Non……..0 **Si non aller à la fille suivante**	Oui……1 Non……..0 **Si non aller à la fille suivante**	Oui……1 Non……..0 **Si non aller à la fille suivante**	Oui……1 Non……..0 **Si non aller à la fille suivante**

307. Problèmes survenus suite à l'excision? (plusieurs réponses possibles)	Saignement excessif ……..A Difficulté d'uriner…….B Gonflement organes génitaux ……..C Cicatrisation……D Infections……EAucunproblème..F Autre (Préciser) _____X NSP = Y	Saignement excessif ……..A Difficulté d'uriner…….B Gonflement organes génitaux ……..C Cicatrisation……D Infections……EAucunproblème..F Autre (Préciser) _____X NSP = Y	Saignement excessif ……..A Difficulté d'uriner…….B Gonflement organes génitaux ……..C Cicatrisation……D Infections……EAucunproblème..F Autre (Préciser) _____X NSP = Y	Saignement excessif ……..A Difficulté d'uriner…….B Gonflement organes génitaux ……..C Cicatrisation……D Infections……EAucunproblème..F Autre (Préciser) _____X NSP = Y	Saignement excessif ……..A Difficulté d'uriner…….B Gonflement organes génitaux ……..C Cicatrisation……D Infections……EAucunproblème..F Autre (Préciser) _____X NSP = Y	Saignement excessif ……..A Difficulté d'uriner…….B Gonflement organes génitaux ……..C Cicatrisation……D Infections……EAucunproblème..F Autre (Préciser) _____X NSP = Y	Saignement excessif ……..A Difficulté d'uriner…….B Gonflement organes génitaux ……..C Cicatrisation……D Infections……EAucunproblème..F Autre (Préciser) _____X NSP = Y
308. Avec le problème de (nom),est-ce-qu' il ya eu une prise en charge médicale ?	Oui……1 Non……..0	Oui……1 Non……..0	Oui……1 Non……..0	Oui……1 Non……..0	Oui……1 Non……..0	Oui……1 Non……..0	Oui……1 Non……..0

309. La prise en charge médicale de (nom) a été effectuée par qui en ce moment-la ?	Père/Mère de la fille……..1 Autres parents……2 Le projet AMSOPT……3 Autres ONGs…..4 Le centre de santé……..5 Autre (Préciser) _____6	Père/Mère de la fille……..1 Autres parents……2 Le projet AMSOPT……3 Autres ONGs…..4 Le centre de santé……..5 Autre (Préciser) _____6	Père/Mère de la fille……..1 Autres parents……2 Le projet AMSOPT……3 Autres ONGs…..4 Le centre de santé……..5 Autre (Préciser) _____6	Père/Mère de la fille……..1 Autres parents……2 Le projet AMSOPT……3 Autres ONGs…..4 Le centre de santé……..5 Autre (Préciser) _____6	Père/Mère de la fille……..1 Autres parents……2 Le projet AMSOPT……3 Autres ONGs…..4 Le centre de santé……..5 Autre (Préciser) _____6	Père/Mère de la fille……..1 Autres parents……2 Le projet AMSOPT……3 Autres ONGs…..4 Le centre de santé……..5 Autre (Préciser) _____6	Père/Mère de la fille……..1 Autres parents……2 Le projet AMSOPT……3 Autres ONGs…..4 Le centre de santé……..5 Autre (Préciser) _____6
310. Où a eu lieu cette prise en charge médicale ?	Domicile……1 Centre de Santé de Référence (CSRef)……..2 Centre de Santé communautaire (CSCOM)……..3 Dispensaire/Maternité ……4 Autre (Préciser) _____5	Domicile……1 Centre de Santé de Référence (CSRef)……..2 Centre de Santé communautaire (CSCOM)……..3 Dispensaire/Maternité ……4 Autre (Préciser) _____5	Domicile……1 Centre de Santé de Référence (CSRef)……..2 Centre de Santé communautaire (CSCOM)……..3 Dispensaire/Maternité ……4 Autre (Préciser) _____5	Domicile……1 Centre de Santé de Référence (CSRef)……..2 Centre de Santé communautaire (CSCOM)……..3 Dispensaire/Maternité ……4 Autre (Préciser) _____5	Domicile……1 Centre de Santé de Référence (CSRef)……..2 Centre de Santé communautaire (CSCOM)……..3 Dispensaire/Maternité ……4 Autre (Préciser) _____5	Domicile……1 Centre de Santé de Référence (CSRef)……..2 Centre de Santé communautaire (CSCOM)……..3 Dispensaire/Maternité ……4 Autre (Préciser) _____5	Domicile……1 Centre de Santé de Référence (CSRef)……..2 Centre de Santé communautaire (CSCOM)……..3 Dispensaire/Maternité ……4 Autre (Préciser) _____5

	Questions clés à poser à tous les répondants – hommes et femmes !		
311	Avez-vous l'intention de faire exciser votre / vos fille(s) ?	Oui……1 Non……0	**0 → 313**
312	Pourquoi avez-vous l'intention d'exciser votre / vos fille(s) ? **Ne pas lire** **Laisser la personne citer librement.**	Reconnaissance sociale……..A Meilleure chance de mariage……B Préservation de la virginité avant mariage...C Reconnaissance religieuse.....D Plus de plaisir sexuel pour l'homme…….E Meilleure hygiène…… ……..F Fidélité……G Autre (préciser) _____ X NSP ……Y	**PASSER A LA SECTION 4**
313	Pourquoi n'avez-vous pas l'intention d'exciser votre fille/vos filles ? **Ne pas lire** **Laisser la personne citer librement.**	Moins de problème de santé……A Moins de problème à l'accouchement.....B Evite la souffrance……C Plus de plaisir sexuel pour la femme.....D Plus de plaisir sexuel pour l'homme……E En accord avec la religion……F Aucun avantage……G Autre (préciser) _____X NSP……Y	

Capacité à discuter ou à refuser la pratique de l'excision chez les filles					
Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune d'elles, vous me direz si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
314	Il est difficile pour vous de parler des sujets de sexualité dans la famille	4	3	2	1
315	Il est difficile pour vous de convaincre les vielles personnes de votre famille de renoncer à l'excision de votre fille	4	3	2	1
316	Vous êtes capable de vous opposer à l'excision de votre fille	4	3	2	1
317	Vous êtes capable de résister à la pression des religieux pour ne pas exciser votre fille.	4	3	2	1

318	Dans votre communauté, vous êtes capable de parler des dangers de l'excision à des gens qui veulent exciser leurs filles	4	3	2	1
319	Vous êtes capable de discuter de l'excision avec votre époux/épouse/partenaire	4	3	2	1
320	Vous êtes capable de discuter des conséquences néfastes de l'excision avec les vielles personnes de la famille	4	3	2	1
321	Vous pouvez refuser l'excision de votre fille	4	3	2	1
322	Vous pouvez refuser l'excision de votre fille lorsque les gens de la communauté décident de le faire	4	3	2	1
323	Vous pouvez refuser l'excision de votre fille lorsque son père/sa mère décide de le faire.	4	3	2	1
324	Vous êtes confiante que vous pouvez refuser l'excision de votre fille.	4	3	2	1
325	Vous pouvez refuser l'excision de votre fille même si votre belle-mère décide de le faire.	4	3	2	1
326	Il vous est très difficile de refuser l'excision de votre fille si vos parents décident de le faire.	4	3	2	1
		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
327	Vous pouvez refuser l'excision de votre fille même si les leaders coutumiers l'exigent.	4	3	2	1
328	Vous pouvez refuser l'excision de votre fille même si les leaders religieux l'exigent	4	3	2	1
329	Vous êtes sûr de vous que vous n'allez pas exciser vos filles.	4	3	2	1
330	Votre époux/épouse/partenaire vous soutiendra si vous refusez d'exciser votre fille	4	3	2	1

SECTION 4 : OPPORTUNITE

A) Disponibilité des infos et accessibilité aux services

Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune d'elles, vous confirmer si Oui ou Non. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Oui	Non
401	Tu sais où trouver des informations sur l'excision.	1	2

402	Tu as suffisamment d'informations sur l'excision.	1	2
403	Le personnel de santé vous parle des conséquences néfastes de l'excision.	1	2
404	Avez-vous entendu parler de l'ONG AMSOPT dans votre localité	1	2
405	Les animatrices du projet AMSOPT vous parle des conséquences néfastes de l'excision et du mariage des enfants.	1	2
406	Vos amis vous parlent des conséquences néfastes de l'excision et du mariage des enfants	1	2
407	Les leaders communautaires vous parlent des méfaits de l'excision et du mariage des enfants	1	2
408	Les médias vous informent qu'il ne faut pas exciser les filles	1	2
409	Les médias vous informent que le mariage précoce des enfants à des conséquences néfastes	1	2
410	Les animatrices du projet AMSOPT vous parle des conséquences néfastes sur le viol, le mariage précoce et forcé, les violences physiques et émotionnelles	1	2
411	Les animatrices du projet AMSOPT vous informe sur la promotion des droits de la femme (droit à la santé, l'expression, la vie, l'information, la participation, au travail, à l'éducation et formation, de choisir son conjoint)	1	2

B)Règles communautaires					
Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune d'elles, vous me direz si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
412	Dans ta communauté, toutes les filles doivent être excisées.	4	3	2	1
413	Dans ta communauté, les hommes aiment marier les filles excisées.	4	3	2	1
414	Dans ta communauté, les filles non excisées ne sont pas respectées.	4	3	2	1
415	Ton époux/épouse/partenaire approuve l'excision.	4	3	2	1

416	Dans ta communauté, il y a des gens qui ne pratiquent pas l'excision mais ils le cachent.	4	3	2	1
Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
417	C'est obligé qu'on excise une fille, parce que sa maman est excisée	4	3	2	1
418	L'excision est un devoir pour les anciens	4	3	2	1
419	Chaque parent est obligé d'exciser sa fille	4	3	2	1
420	L'excision est une coutume que tout le monde doit suivre	4	3	2	1
421	Toute fille doit être excisée avant 5 ans	4	3	2	1
422	Quand une fille naît, la première des choses à faire c'est l'exciser	4	3	2	1
423	C'est obligé qu'une femme soit excisée avant sa mort	4	3	2	1
424	Même quand une fille est hors du village, si elle revient, c'est obligé qu'on la fasse exciser	4	3	2	1
425	Dans votre communauté, une fille doit être excisée avant le mariage	4	3	2	1
426	Une femme doit être excisée avant la première grossesse	4	3	2	1
427	Les leaders coutumiers interdisent la pratique de l'excision	4	3	2	1
428	Dans votre communauté, tous les parents excisent leurs filles	4	3	2	1
429	Dans votre communauté, il y a des gens qui n'excisent plus leurs filles	4	3	2	1
430	Les vieilles personnes continuent de pratiquer l'excision.	4	3	2	1
431	Les hommes n'aiment pas les filles non excisées	4	3	2	1
432	Les gens refusent d'exciser leurs filles	4	3	2	1
433	La population a pris conscience que l'excision n'est pas une bonne chose	4	3	2	1
434	Dans votre communauté, aucune femme n'est excisée	4	3	2	1

SECTION 5 : MOTIVATION					
A) Perception dans la persistance de l'excision					
Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune d'elles, vous me direz si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
501	L'excision n'est pas aussi grave qu'on nous fait croire	4	3	2	1
502	L'excision peut entraîner la mort d'une fille	4	3	2	1
503	L'excision peut rendre une femme stérile	4	3	2	1
504	L'excision augmente le risque que le bébé meurt lors de l'accouchement	4	3	2	1
505	Une fille excisée en milieu médical n'aura pas de problème de santé	4	3	2	1

B)Attitudes					
Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune d'elles, vous me direz si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
506	L'excision est une mauvaise chose.	4	3	2	1
507	La pratique de l'excision n'a pas d'avantage	4	3	2	1
508	C'est mieux d'abandonner l'excision	4	3	2	1
509	Ce n'est pas bien qu'une fille ne soit pas excisée	4	3	2	1
510	L'excision n'empêche pas le vagabondage sexuel	4	3	2	1
511	Il n'est pas du tout nécessaire d'exciser une fille	4	3	2	1
512	L'excision est une pratique dépassée	4	3	2	1
513	Vous respectez les femmes non excisées	4	3	2	1

514	Vous pensez que la valeur d'une femme ne dépend pas du fait qu'elle soit excisée ou non	4	3	2	1

C) Motivation religieuses					
Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune d'elles, vous me direz si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
515	On ne doit pas se marier à une fille non excisée dans certains milieux religieux	4	3	2	1
516	Une fille non excisée ne bénéficie pas de cérémonies religieuses à sa mort	4	3	2	1
517	Une fille non excisée ne doit pas toucher les livres saints	4	3	2	1
518	Une fille non excisée reste païenne	4	3	2	1

D) Motivation par rapport aux croyances sur la sexualité					
Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune d'elles, vous me direz si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
519	Les filles non excisées aiment trop les rapports sexuels	4	3	2	1
520	Les filles non excisées sont faciles à draguer	4	3	2	1
521	Les filles non excisées ne sont pas fidèles	4	3	2	1
522	Les filles non excisées se prostituent	4	3	2	1
523	Une femme **non excisée** est fidèle à son partenaire	4	3	2	1
524	L'excision évite le vagabondage sexuel	4	3	2	1
525	L'excision diminue le plaisir sexuel	4	3	2	1
526	L'excision est un moyen d'éviter les rapports sexuels avant le mariage.	4	3	2	1

E) Motivation par rapport aux croyances sur le mariage					
Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune, vous me diriez si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
527	Les filles excisées se marient très vite	4	3	2	1
528	Les filles non excisées n'ont pas de mari dans leur vie	4	3	2	1

529	L'excision permet la réussite de la vie au foyer	4	3	2	1
530	Le mariage des filles excisées fait honneur aux parents	4	3	2	1

F) Motivation par rapport aux croyances sur la santé					
Je vais vous citer quelques opinions que l'on entend souvent sur l'excision. Pour chacune d'elles, vous me direz si vous êtes totalement d'accord, d'accord, pas d'accord ou pas du tout d'accord. ***Enquêteur: à chaque fois, insister pour obtenir la précision***		Totalement d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
531	Les femmes non excisées font beaucoup d'enfants	4	3	2	1
532	Les femmes excisées accouchent facilement	4	3	2	1
533	Les nouveaux nés des femmes non excisées meurent à l'accouchement	4	3	2	1
534	Les femmes non excisées accouchent difficilement	4	3	2	1
535	Les filles non excisées ont moins de problèmes de santé	4	3	2	1
536	Une fille non excisée peut mourir pour peu de chose	4	3	2	1

G) - Motivation à la prise de décision			
537	**Dans votre famille, quelle est la personne la plus influente qui décide de l'excision de vos filles ?**	Ma mère……1 La mère de mon Époux/épouse/partenaire……2 Mon Epoux/épouse/partenaire……3 Moi-même……4 Pratique abandonnée……5 Autres (préciser) _____6	

SECTION 6 : EXPOSITION DES PERSONNES AUX MEDIAS ET AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'EXCISION ET DU MARIAGE DES ENFANTSDU PROJET AMSOPT					
N°	**Questions et filtres**	**Réponse**	**Code**		**Renvois**
601	Au cours des douze (12) derniers mois avez-vous entendu parler ou vu des messages sur la lutte contre l'excision et le Mariage des enfants ?		Oui Non	1 0	**Si 0 ➔ Q607**

SECTION 6 : EXPOSITION DES PERSONNES AUX MEDIAS ET AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'EXCISION ET DU MARIAGE DES ENFANTSDU PROJET AMSOPT					
N°	**Questions et filtres**	**Réponse**	**Code**		**Renvois**
			Oui	Non	
602	Par quel canal ? **(*Plusieurs réponses possibles)***	A. Radio	1	0	
		B. Relais communautaire	1	0	
		C. Animatrices de AMSOPT	1	0	
		D. Affiche	1	0	
		E. Dépliant	1	0	
		F. Famille/ Ami (e)	1	0	
		G. Sage-femme	1	0	
		H. Agent de santé	1	0	
		K. Autre (préciser) _____	1	0	
603	En moyenne (au cours des douze (12) derniers mois) combien de fois avez-vous entendu parler des messages sur la lutte contre l'excision pour chaque canal/structure que vous avez indiqué ? **POUR CHAQUE CANAL MENTIONNÉ, À LA QUESTION PRÉCÉDENTE, POSER LA QUESTION CI-DESSUS.**	A. Radio	/__ /__/__/fois		**NSP=999**
		B. Relais communautaire	/__ /__/__/fois		
		C. Animatrices de AMSOPT	/__ /__/__/fois		
		D. Affiche	/__ /__/__/fois		
		E. Dépliant	/__ /__/__/fois		
		F. Famille/ Ami (e)	/__ /__/__/fois		
		G. Sage femme	/__ /__/__/fois		
		H. Agent santé	/__ /__/__/fois		
		K. Autre (préciser) _____	/__ /__/__/fois		
604	**Vérifiez si radio à Q602** Qu'avez-vous précisément entendu, à la radio, sur l'excision et le mariage	a) **Habi**(la fille) échange avec sa mère **Mâh**. Celle-ci lui demande **d'exciser** ses petites filles et **Habi**n'est pas de cet avis à cause des difficultés rencontrées lors de son accouchement (hémorragie/Travail prolongé). Est-ce que nous parlons des conséquences néfastes de l'excision dans notre entourage.	Oui 1	Non 0	

SECTION 6 : EXPOSITION DES PERSONNES AUX MEDIAS ET AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'EXCISION ET DU MARIAGE DES ENFANTSDU PROJET AMSOPT					
N°	**Questions et filtres**	**Réponse**	**Code**	**Renvois**	
	forcé?	b) Les propos de **Dr Boureima MAIGA** sur les conséquences économiques (prise en charge), médicales (hémorragie, incontinence urinaire, rétention des règles etc.) et psychosociales (exclusion de la femme en cas de Fistule et de la petite fille en cas d'incontinence urinaire, trouble psychique). Ces conséquences de l'excision peuvent provoquer le divorce, la marginalisation, les troubles psychiques chez la femme dans notre société.		1	0
		c) **Les propos de DrDIARRA**sur les conséquences du mariage forcé qui peuvent être : l'abandon scolaire, l'exode, les naissances rapprochées, la marginalisation, l'abandon du foyer conjugal, les troubles psychique.		1	0
		d) Autre (préciser) _____ _____		1	0
		e) Ne se rappelle pas***(si la réponse est ne se rappelle pas aller à Q607)***		1	0
605	Quel est le spot que vous préférez ?	___			
606	Quel est le spot que vous avez bien compris ?	_____ /___/ [a = 1 ; b = 2; c = 3; d = 4; e = 5]			

SECTION 6 : EXPOSITION DES PERSONNES AUX MEDIAS ET AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'EXCISION ET DU MARIAGE DES ENFANTSDU PROJET AMSOPT				
N°	**Questions et filtres**	**Réponse**	**Code**	**Renvois**
607	Avez-vous assisté à une séance de sensibilisation ou de causerie sur l'excision et le mariage des enfants ?	Oui Non	1 0	 **0 ➔Section 7**
608	Avec qui avez-vous eu cette séance/ causerie ?	Animatrices AMSOPT Relais Autre (préciser) _____ Ne se rappelle pas	1 2 8 9	

SECTION 6 : EXPOSITION DES PERSONNES AUX MEDIAS ET AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'EXCISION ET DU MARIAGE DES ENFANTSDU PROJET AMSOPT					
N°	**Questions et filtres**	**Réponse**	**Code**	**Renvois**	
				Oui	Non
609	Quels sont les thèmes que vous avez suivis ? *(Réponses multiples possibles)*	A. Les conséquences immédiates de l'excision (hémorragies, risque d'infection, choc, tétanos, mort)		1	0
		B. Les conséquences de l'excision à moyen terme (rétention urinaire, incontinence urinaire)		1	0
		C. Les conséquences de l'excision à long terme (hématocolpos, difficultés d'accouchement, stérilité, divorce, règles douloureuses, déscolarisation, traumatisme frigidité, marginalisation)		1	0
		D. Les conséquences économiques résultant de l'incapacité pour la femme de travailler à cause des affections telles la fistuleuse		1	0
		E. Informations sur le viol, le mariage précoce et forcé, les violences physiques et émotionnelles		1	0
		F. Informations sur la promotion des droits de la femme		1	0
		G. Autre (préciser)_____		1	0
				1	0

SECTION 6 : EXPOSITION DES PERSONNES AUX MEDIAS ET AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'EXCISION ET DU MARIAGE DES ENFANTSDU PROJET AMSOPT					
N°	**Questions et filtres**	**Réponse**	**Code**	**Renvois**	
				Oui	Non
610	Quels sont les thèmes que vous avez retenus ? *(Réponses multiples possibles)*	A. Les conséquences immédiates de l'excision		1	0
		B. Les conséquences de l'excision à moyen terme		1	0
		C. Les conséquences de l'excision à long terme		1	0
		D. Les conséquences économiques		1	0
		E. Informations sur le viol, le mariage précoce et forcé, les violences physiques et émotionnelles		1	0
		F. Informations sur la promotion des droits de la femme		1	0
		G. Autre(préciser)_____		1	0

SECTION 6 : EXPOSITION DES PERSONNES AUX MEDIAS ET AUX ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'EXCISION ET DU MARIAGE DES ENFANTSDU PROJET AMSOPT							
N°	**Questions et filtres**	**Réponse**			**Code**		**Renvois**
611	Après avoir suivi cette/ces activités avez-vous pris une décision ? *(Réponses multiples possibles)*					Oui	Non
		A. De ne plus exciser votre fille				1	0
		B. Aller vers l'abandon de l'excision				1	0
		C. Discuter avec son entourage/famille				1	0
		D. Continuer à exciser				1	0
		E. Continuer à sensibiliser votre communauté pour l'abandon de l'excision et le mariage des enfants				1	0
		E. Autres (à préciser)_____				1	0
		F. N'a pas pris de décision				1	0
612	Comment appréciez-vous les activités faites par ?		Très bien	Bien	Passable	Mauvais	Pas de contact
		A. Animatrice de AMSOPT	1	2	3	4	9
		B. Relais	1	2	3	4	9
613	Quelles suggestions pouvez-vous faire pour améliorer le travail des animatrices/relais	_____ _____					

SECTION 7 : AVENIR DE L'EXCISION ET LE MARIAGE DES ENFANTS			
N°	Questions et filtres	CODES	Renvois
701	Pensez vous que la pratique de l'excision doit disparaître ou être maintenue ?	Disparaître……..1 Maintenue……..2	**2→701b**
701a	Pourquoi pensez-vous que l'excision doit disparaître ?	_____ _____	
701b	Pourquoi pensez-vous que l'excision doit être maintenue ?	_____ _____	
702	Dans l'avenir, vous avez l'intention de parler des conséquences de l'excision sur la santé aux membres de votre famille	Oui……1 Non……0	
703	Seriez-vous prêt à vous engager contre l'excision de votre fille ?	Oui……1 Non……0	**FEMMES:** **Fin de l'entretien !**
704 **H**	Seriez-vous disposé à épouser une femme non excisée ?	Oui……1 Non……0	**0 →706 H**
705 **H**	Pourquoi seriez vous disposé à épouser une femme non excisée ? **Ne pas lire** **Laisser la personne citer librement.**	L'excision n'est pas nécessaire/n'est pas important pour moi……1 L'excision est dépassée……2 Pas d'exigence de la religion……3 Plus de plaisir sexuel……4 Autre (préciser) _____5	
706**H**	Pourquoi ne seriez vous pas disposé à épouser une femme non excisée ? **Ne pas lire** **Laisser la personne citer librement.**	La femme est sale……1 La religion l'interdit……2 La femme ne sera pas fidèle……3 La femme ne sera pas respectueuse……4 Mes parents ne vont pas l'approuver ……5 Ca va déstabiliser le ménage……6 Autre (préciser) _____7	

FIN DU QUESTIONNAIRE

JE VOUS REMERCIE

Heure de fin de l'interview _____ /__ /__/__/__/

Annexe H : Guides pour les entretiens individuels et FGD

Guide d'entretien avec l'équipe du projet à Kayes et Bamako
Partie I : Présentation du projet UN TRUST
Partie II : Résultats obtenus par le projet

- **Résultats quantitatifs**
- **Résultats qualitatifs**

Partie III : Le système de prise en charge des complications liées à l'excision

- Quels sont les résultats quantitatifs et qualitatifs du système de prise en charge des complications liées à l'excision et mariage d'enfant que vous avez obtenu?
- Est-ce que la prise en charge des complications a amélioré la santé des femmes et des filles ?
- Quel a été le rôle de la prise en charge dans l'abandon de l'excision et du mariage d'enfant?
- Est-ce que la prise en charge des complications a favorisé la prise de conscience chez les femmes et les hommes?
- Le dispositif de prise en charge, tel qu'il est mis en place dans le projet, répond t-il aux besoins des femmes dans les communautés ?
- Quel a été l'impact du projet sur l'implication des autorités sanitaires et sociales et du personnel de santé sur la thématique de l'excision et du mariage d'enfant?
- Quelles sont les faiblesses du système de référencement/contre référencement ?
- Que faut-il améliorer dans ce système ?
- Connaissez-vous d'autres initiatives, projets dans la zone d'intervention qui ont contribué à améliorer la santé des femmes et filles?

Partie IV : Forces et faiblesses du projet

Partie V : Eléments de durabilité du Projet

- Quelles sont les perspectives locales, ou régionales déjà initiées pour la durabilité du projet ?
- Y a-t-il des éléments du programme qui sont pris en charge par les autorités locales,?
- Quels sont les éléments probants illustrant des transformations durables à l'initiative du projet, au niveau local? *(Donnez des exemples concrets)*

Partie VI : Recommandations

- Comment faudrait-il (ré) orienter la stratégie pour pérenniser les résultats et élargir le champ d'intervention géographique du projet ?
- Pensez vous qu'après deux ans de mise en œuvre, il ya des domaines d'action prioritaires pour continuer le projet? Justifiez votre réponse
- Quelles sont les recommandations à prendre en compte dans un futur projet ? (Durée, activités, acteurs stratégiques, moyens humains et matériels, extension des activités à d'autres villages, etc.)

Je vous remercie

Guide d'entretien avec les représentants des services techniques (Direction Régionale de la Santé, Education (Académie, CAP et Scolarisation des Filles) et Promotion de la femme)

Identification de l'enquêté

Service technique…….
Agents……Fonction :…….....

Partie I : Pertinence du projet UN TRUST

- Connaissez vous le projet UN TRUST mis en œuvre par AMSOPT ? (Objectifs, activités)?
- Le projet répond-t-il aux préoccupations des communautés en termes de protection des droits des femmes et des filles et protection contre les pratiques néfastes à la santé de la femme? Justifiez votre réponse
- Comment appréciez-vousla pertinence des objectifs et activités du projet (En rapport avec l'excision et le mariage des enfants) ?

Partie II : Participation des services techniques et résultats atteints

- Comment avez vous été impliqués dans la mise en œuvre du projet ?(Quels sont les moyens humains, financiers et matériels mis à disposition pour réaliser les activités)
- Quels ont été les rôles et responsabilités de votre service dans le cadre de la mise en oeuvre du projet?
- Quels sont aujourd'hui les résultats obtenus dans la lutte contre l'excision et le mariage d'enfant dans la région? Pouvez-vous dire quelque chose sur la contribution du Projet UN TRUST dans ces résultats?
- Quel a été l'apport de votre service dans l'atteinte des résultats mentionnés?

- Le projet a-t-il crée des dépendances dans les villages où il intervient: Justifiez vos réponses.

Partie III : Prise en charge des complications de l'excision et mariage des enfants

- Savez-vous que l'excision, a des complications/conséquences ? Si oui lesquelles ?
- Comment avez-vous été informé sur les complications de l'excision ?
- En cas de complication liée à l'excision, et mariage d'enfant savez-vous comment la prise en charge est faite dans votre localité? Comment l'avez vous su ?
- Connaissez-vous le système de référencement/contre référencement du projet ?
- Quel a été votre apport dans l'identification et la prise en charge des victimes ?
- Quelle appréciation faites-vous du volet prise en charge des victimes ?
- Quelles sont les difficultés liées à la prise en charge des complications de l'excision et au mariage d'enfant dans la localité?
- Comment faire pour améliorer la question de la prise en charge des victimes des complications liées à l'excision et au mariage d'enfant?

Partie IV: Eléments de durabilité

- Y-a-t-il des éléments du projet qui sont pris en charge par les services techniques ? Si oui lesquels ?
- Quelles sont les bonnes pratiques que vous avez apprises en termes de promotion de l'abandon de l'excision, du mariage d'enfant et d'amélioration de la santé de la femme et fille ? qui peuvent continuer après le projet?
- Le projet après deux ans de mise en œuvre doit il continuer ou pas ? Justifiez votre réponse
- Si non, quels sont les éléments de durabilité que vous avez constaté ?
- Quels sont les mécanismes locaux mis en place pour assurer la consolidation/pérennisation des acquis du projet?
- Quelle est l'attitude des jeunes vis-à-vis de l'excisionde leurs filles et leur alliance avec des filles non excisées ?

Partie V : Forces, faiblesses et perspectives

- Quelles ont été les forces et faiblesses de l'intervention du projet dans les localités d'intervention?
- Quelles sont les opportunités que le projet peut saisir avec ton service dans le cadre d'une intervention future?
- Quels sont les besoins prioritaires dans votre service pour l'abandon de la pratique de l'excision, mariage d'enfant?
- Quels sont les défis qu'il faut encore relever pour plus de durabilité des effets du projet UN TRUST?
- Comment voyez-vous l'extension du Projet à de nouveaux villages ? (Activités, villages et stratégies)

Je vous remercie

Guide d'entretien avec enseignants

Partie I : Pertinence du projet

- Quelles connaissances avez-vous du projet ? (Objectifs et résultats attendus)
- Quelles ont été les activités réalisées par le projet dans votre communauté ?
- En quoi le projet répondait-il aux préoccupations de la communauté en termes de protection des droits des femmes et des filles (A travers l'abandon de l'excision et mariage précoce)?
- Comment vous appréciez la pertinence des activités de lutte contre l'excision et le mariage d'enfant menées par le projet?
- Les stratégies et les activités du projet étaient elles pertinentes et appropriées aux besoins des femmes et des filles de votre localité ?

Partie II : Participation des enseignants et résultats

- Comment vous avez été impliqués en tant qu'enseignants dans la mise en œuvre du projet ?
- Quels ont été les rôles et responsabilités des enseignants dans le cadre de la mise en œuvre du projet?
- Quel a été l'apport des enseignants dans l'atteinte des objectifs du projet?
- En quoi votre implication a –t- elle apporté des changements dans la communauté?
- Quelles sont les stratégies du projet que les enseignants apprécient ?
- Quelles sont les forces/faiblesses liées à votre participation aux activités du projet ?

Partie III: Attitudes, Connaissances et pratiques

✓ **<u>Attitudes</u>**

- Quelles sont les connaissances que vous avez acquises sur l'excision et le mariage des enfants grâce au projet?
- Quelles sont vos connaissances sur les conséquences de l'excision et autres pratiques traditionnelles néfastes (Mariage précoce, violences conjugales) grâce au projet?
- Par quels canaux avez vousreçu ces connaissances ?
- En quoi ces connaissances vous sont-elles permis de contribuer davantage à la protection des droits des femmes et filles ? Donnez des exemples !
- A votre avis, quels sont les changements induits que le projet a apporté dans la localité (Abandon de la pratique de l'excision et du mariage des enfants, défense des droits de la fille/femme, etc.)
- Quels sont les facteurs qui ont favorisé l'adoption de ces nouveaux comportements chez la population?
- Comment vous évaluez la relation homme/femme dans votre communauté par rapport à la pratique de l'excision et du mariage d'enfant?

Partie IV : Prise en charge des complications de l'excision et mariage d'enfant

- Savez-vous que l'excision a des complications/conséquences sur la santé de la fille/femme? Si oui lesquelles ?
- Comment avez-vous été informé sur complications/conséquences de l'excision, le mariage d'enfant, etc. (Canaux d'information) ?

- Avez-vous vu ou entendu parler de cas de complications liées à l'excision, mariage d'enfant, etc. ?
- En cas de complication liée à l'excision, mariage d'enfant, etc. comment se fait la prise en charge dans la communauté?
- Quelles sont les difficultés liées à la prise en charge des complications de l'excision, du mariage d'enfant, etc.?
- Comment faire pour améliorer la question de la prise en charge des victimes des complications de l'excision, du mariage d'enfant?

Partie V : Forces, faiblesses et perspectives

- Quelles ont été les forces et faiblesses de l'intervention du projet dans votre localité ?
- Le projet doit il continué ou pas ? Pourquoi ?
- Si le projet doit continuer, quelles doivent être les futures orientations ? (Objectifs, activités et stratégies)
- Quels sont vos besoins prioritaires dans le cadre de l'abandon de la pratique de l'excision, mariage précoce et violences physiques à l'école, etc.
- Quelles sont les opportunités que le projet peut saisir dans le cadre d'une intervention future avec les enseignants et les élèves?

Partie VI : Eléments de durabilité

- Y-a-t-il des éléments du projet qui sont pris en charge par les enseignants sans l'apport du projet? Si oui lesquels ? Si non pourquoi ?
- Quelles sont les bonnes pratiques que vous avez appris en termes de promotion de l'abandon de l'excision, du mariage d'enfant et d'amélioration de la santé de la femme et fille ?
- Quels sont les mécanismes locaux pour assurer la consolidation des acquis ? (Sans le projet)

MERCI

GUIDE D'ENTRETIN INDIVIDUEL ADRESSE AU PERSONNEL DE SANTE (DTC, Sage-femme, matrone, Infirmière, membres de l'ASACO)

<u>Identification des participants</u>

Commune :……Village :…….....

Centre de Santé de…….

Personnes rencontrées……

Partie I : Pertinence du projet

- Quelles connaissances avez-vous du projet UN TRUST de AMSOPT? (Objectifs et résultats attendus)

- Quelles ont été les activités réalisées par le projet dans votre communauté ?
- En quoi le projet répondait-il aux préoccupations de la communauté en termes de protection des droits des femmes et des filles (A travers l'abandon de l'excision et mariage précoce)?
- Comment vous appréciez la pertinence des activités de lutte contre l'excision et le mariage précoce menées par le projet? (Pertinent ou pas pertinent)
- Les stratégies et les activités du projet étaient pertinentes et pour répondre aux besoins des femmes et des filles ?

Thème 1 : Renforcement des capacités des agents des services techniques

- Quelles sont les formations auxquelles vous avez participé durant les 2 ans du projet ? (thème, quand et où)
- Qu'est ce que ces formations vont elles apporté? (Connaissances, changement d'attitude, etc.)
- En quoi ces formations vous ont permis d'améliorer vos pratiques de prévention et de prise en charge des cas de complication de l'excision et du marriage d'enfant dans la localit?

Thème 2 : Dispositif de prévention des complications liées à l'excision (Agent de santé seulement)

- Comment vous faites la prévention des complications liées à l'excision, au mariage d'enfant ?
- Quelles sont les cibles qui sont visées par les activités de prévention dans votre structure?
- Quels sont les moyens (humains et matériels mis à votre disposition pour mener les activités de prévention ?
- Comment vous appréciez les moyens mis à votre disposition par le projet ?
- Comment la population respecte les conseils donnés par le personnel de santé par rapport à l'excision?
- Quels sont les résultats aujourd'hui perceptibles des activités que vous avez menées ?
- Comment faites-vous le suivi-évaluation des activités de prévention que vous menez?
- Disposez vous de chiffres sur la prise en charge médicale des complications ? (Vérifier si possible le cahier de prise en charge)

Thème 3 : Dispositif de prise en charge des complications liées à l'excision (Agent de santé seulement)

- Quelles sont les complications qui vous sont présentées ? Citez-les
- Quelle est la fréquence des cas de complications de l'excision présentés à votre structure ?
- Qui sont les plus confrontés à ces complications ? (Femmes jeunes, adultes, jeunes filles ou fillettes) et pourquoi ?
- Comment se passe concrètement la prise en charge des cas de complications de l'excision ?
- Quels sont les résultats de la prise en charge ? (Nombre de cas)
- Comment vous évaluez la situation des femmes ou filles ayant bénéficié d'une prise en charge ?
- Comment se passe en réalité le référencement/contre référencement des cas de complications de l'excision?
- Le système est ilconnu et apprécié au sein de la communauté ? (femmes et leurs ménages)
- Avez-vous des difficultés à appliquer le système ? Si oui lesquelles ?
- Quelles sont les forces et les faiblesses du système de référencement/contre référencement ?

- Que faut-il faire pour améliorer le système ?

Thème 4 : Participation /collaboration (Agent de santé seulement)

- Comment dans le système de référencement/contre référencement travaillez-vous avec l'hôpital régional ?
- Quelles sont les forces/faiblesses liées à collaboration avec l'équipe du projet et celle de l'hôpital ?
- Quelles sont vos propositions d'amélioration de cette collaboration pour plus d'efficacité ? (Avec l'équipe du projet et celle de l'hôpital)

Thème 5: Durabilité:

- Quelles sont les bonnes pratiques que vous avez apprises en termes de promotion de l'abandon de l'excision et du mariage d'enfant durant ces deux ans?
- Après le départ du projet, comment vous allez faire pour assurer la continuité des activités de prévention et de prise en charge des cas de complication de l'excision et du mariage d'enfants?
- A votre avis le projet doit il est renouvelé ? Justifiez votre réponse

Thèmes 6: perspectives

- Quels sont vos besoins prioritaires pour une contribution à l'abandon de la pratique de l'excision et du mariage d'enfant? Si le projet doit être renouvelé
- Quelles doivent être les futures orientations du projet s'il est renouvelé ?

MERCI

Guide d'entretien avec les élus communaux (Maire et conseillers)

Partie I : Les stratégies d'intervention

1)-Connaissez-vous le projet de l'ONG AMSOPT ?

2)- Quels sont les acteurs pris en compte par le projet dans sa stratégie d'intervention ? (Pourquoi ceux-ci ?)

3)- Avez-vous été impliqué dans la mise en œuvre des activités du projet ? Si oui à quel niveau ? Si non pourquoi ?

3)- Y a-t-il eu des acteurs stratégiques qui n'ont pas été pris en compte ? Si oui Pourquoi ?

4) est ce que le projet a été intégré dans votre PDSEC ?

5)-La stratégie a-t-elle contribué à opérer des changements significatifs au niveau de :

- la santé,

- des droits et du statut des femmes et des filles ?

- Comment expliquez-vous ces changements ? Qu'est ce qui les a favorisés ?

- L'approche intégrée du projet alliant sensibilisation,prévention et prise en charge a-t-elle facilité ces changements ?

6)-L'approche genre développée à travers le projet est-elle pertinente avec le contexte ? A-t-elle eu un impact sur la santé, les droits et le statut des femmes ?

7)- Quel est aujourd'hui le statut des villages de votre commune par rapport à l'excision et au mariage des enfants ? Pourquoi ?

8)- Quelle est la contribution du Projet aux changements observés ?

9)-Quelle est votre perception du projet ?
10)- Comment améliorer votre partenariat avec AMSOPT

Partie II : Développement et suivi de la Communication pour un Changement de Comportement (CCC) dans les villages

1)-Durant les 2 ans qu'avez-vous appris du Projet:

- Sur l'excision ?
- Le mariage d'enfant?
- Les droits de la femme ?

2)-Quels sont les canaux d'information à travers lesquels vous avez reçu les informations sur l'excision et autres pratiques néfastes ?

3)- En quoi, ces acquisitions sur les mutilations sexuelles féminines et le mariage d'enfant ont servi : au niveau des individus et des familles, au sein de la communauté ?

4)- Quelles appréciations faites-vous des changements opérés en termes :
- d'attitudes
- connaissances
- en termes de pratiques

5)-Avez-vous participé à des cadres sur l'excision, le mariage des enfants ?
6)- Quel a été l'impact des cadres sur l'abandon des pratiques néfastes ?

Partie III : « Renforcement du système de santé » et « prise en charge des complications liées àl'excision »

1)-Avez-vous reçu des informations sur la prise en charge des complications de l'excision et le mariage d'enfant ?

2)- Y a-t-il eu la prise en charge des complications de l'excision dans votre commune ?

3) -Quel a été l'impact de ce volet sur la santé des femmes et des filles de votre commune?

4)-Quel a été le rôle des élus communaux dans la prise en charge des complications et du mariage d'enfant Et dans la prise de consciencede l'existence de comportements néfastes à la santé ?

5)-D'autres initiatives, projets dans la zone ont-ils contribué à améliorer la santé des populations ? Si oui, citez-les.

Partie IV : Suggestions/ Recommandations

1) Quelles recommandations faites-vous pour la continuation des activités et l'amélioration de la stratégie adoptée.

Je vous remercie

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL ADRESSE AUX LEADERS COMMUNAUTAIRES (Chef du village, Chef religieux, Conseiller villageois)

Thème 1 : Identification de l'enquêté

Région :……Cercle :…….

Commune :……Village :…….....

Statut de l'enquêté……..

Partie I : Pertinence du projet UN TRUST

- Connaissez vous le projet de AMSOPT qui a travaillé pendant deux ans dans votre localité ?
- Quelles ont été les activités réalisées par le projet UN TRUST dans votre localité pendant ces 2 ans?
- Est-ce que ce projet répondait à des besoins des femmes, filles et hommes de votre localité ? Justifiez votre réponse
- Comment appréciez-vous la pertinence de ces activités ?
- En quoi le projet répondait-il aux préoccupations de la communauté en termes de protection des droits des femmes et des filles et autres formes de violences basées sur le genre?

Partie II : Participation et Apports spécifiques des leaders communautaires

- Comment vous avez été impliqués dans la mise en œuvre du projet pendant ces deux ans?
- Quels ont été les rôles et responsabilités des leaders communautaires (chefs de village, chefs de quartiers, chefs religieux, chefs coutumiers…) dans la mise en oeuvre du projet?
- En quoi votre implication a –t-elle apporté des changements dans la communauté?
- Quelles sont les forces/faiblesses liées à votre participation au projet pendant ces deux ans?

Partie III: Attitudes, Connaissances et pratiques

✓ **Connaissances, Attitudes**

- Quels sont les nouvelles connaissances que vous avez acquises sur l'excision et le mariage d'enfant avec le projet?
- Comment vous avez été informés sur ces conséquences ? (Canaux d'information)
- Comment vous évaluez la qualité des informations reçues à travers les messages diffusés ?
- En quoi ces connaissances vous ont-elles permis de contribuer davantage à la protection des droits des femmes et filles ? donnez des exemples

- Quels sont les changements induits par le projet en termes de l'abandon de la pratique de l'excision et du mariage d'enfant dans votre localité ?
- Quels sont les facteurs qui ont favorisé l'adoption de ces nouveaux comportements ?
- Quelles sont les insuffisances ?

Partie IV : Prise en charge des complications de l'excision

- Savez-vous que les complications liées à l'excision et mariage d'enfant sont prises en charge au centre de santé ?
- Comment avez-vous été informé de cela ?
- Savez vous s'il y a des difficultés liées à la prise en charge des complications de l'excision et du mariage d'enfant?
- Comment les leaders communautaires que vous êtes peuvent contribuer à la prise en charge des victimes des complications?

Partie V : Forces, faiblesses et perspectives pour la mise en œuvre du projet

- Quelles ont été les forces de l'intervention du projet UN TRUST dans votre communauté ?
- Quelles ont été les forces et faiblesses de l'intervention du projet UN TRUST dans votre communauté ?
- Quelles doivent être les futures orientations du projet s'il doit être renouvelé?
- Quels rôles peuvent jouer les leaders communautaires dans un nouveau projet ?
- Comment voyez-vous l'extension du projet à de nouveaux villages ?

Partie V : Eléments de durabilité

- Quelles sont les bonnes pratiques que vous avez apprises en termes d'amélioration de la santé de la femme et fille ?
- Y-a-t-il des éléments de durabilité du projet que vous voyez ?Si oui lesquels ?
- Quels sont les mécanismes locaux pour assurer la consolidation des acquis du projet s'il n'est pas renouvelé?

Je vous remercie

Guide d'entretien avec les relais communautaires et pairs éducateurs

<u>Identification de l'enquêté</u>

Commune :……Village :…….....

Statut de relais ou pair éducateur depuis

Partie I : Pertinence du projet UN TRUST

- Quelles ont été les activités réalisées par le projet dans votre localité ?
- En quoi le projet répondait-il aux préoccupations de la communauté en termes de protection des droits des femmes et des filles et autres formes de violences basées sur le genre?
- Comment vous appréciez la pertinence de ces activités ?

Partie II : Les stratégies d'intervention

1)-Quelle a été la stratégie d'intervention du Projet UN TRUST dans votre communauté pendant les 2 ans?

2) Quels sont les acteurs pris en compte par le projet dans sa stratégie d'intervention ? (Pourquoi ceux-ci ?)

3) Y a-t-il eu des acteurs stratégiques qui n'ont pas été pris en compte ? Si oui Pourquoi ?

4**)** La stratégie a-t-elle contribué à opérer des changements significatifs au niveau de :

- la santé,

- des droits et du statut des femmes et des filles ?

- Comment expliquez-vous ces changements ? Qu'est ce qui les a favorisés ?

6) Quel est aujourd'hui le statut de votre village ? Pourquoi ?

7)-Le projet a-t-il mené à un abandon réel mais aussi durable de la pratique de l'excision?

8)-Quels autres projets, autres initiatives (Que vous connaissez) ont aussi contribué aux changements opérés ?

Partie III :Activités, résultats et perspectives

1)Durant ces 2 années du projet, qu'est-ce que vous avez appris du Projet sur l'excision et le mariage d'enfant sur:

- Les raisons ?
- Les conséquences ?
- La capacité à déconstruire l'argumentaire traditionnel en faveur de l'excision ?

2)Quels sont les canaux d'information à travers lesquels vous avez reçu les informations sur l'excision et le mariage des enfants ?

3)Avez-vous participé à des formations sur l'excision et le mariage d'enfant ?

4) Avez-vous participé à des rencontres inter-villageoises sur l'abandon des mutilations sexuelles féminines ?

5) Quelle utilisation avez-vous fait des informations reçues sur l'excision et le mariage d'enfant?

6) Quelles sont les résultats obtenus par le projet dans votre localité ?

7) Quelles sont les activités que vous avez mené dans votre localité après les formations ?

8) Avec qui travaillez vous dans la localité ?

9) Quels sont les moyens mis à votre disposition pour mener les activités ?

10) Quels sont les résultats obtenus par les relais et pairs éducateurs dans votre localité ?

Partie IV : « Prise en charge des complications liées à l'excision et mariage d'enfant»

1) Avez-vous reçu des informations sur la prise en charge des complications de l'excision dans votre communauté ?

2)Y a-t-il eu la prise en charge des complications de l'excision dans votre communauté ?

3)Quel a été le rôle des relais communautaires dans l'identification des victimes et la prise en charge des complications?

4) Les relais ont-ils contribué à la prise de conscience de l'existence de complications liées à l'excision et mariage d'enfant au sein de la localité?

5)-Le dispositif de prise en charge, tel qu'il est mis en place dans le projet, répond-il aux besoins des femmes de la localité?

6)-Que faut-il améliorer dans le dispositif de prise en charge des complications?

Partie IV : Suggestions/ Recommandations

1)- Quels sont les aspects que le « Projet » doit améliorer? Pour quoi?

2)- Vous sentez-vous capables de poursuivre les activités du projet sans l'appui d'AMSOPT? Pour quoi?

3) Quels sont les éléments de durabilité que vous pouvez mentionner?

4) Que faut il faire pour:

- pérenniser les résultats acquis,
- élargir le champ d'intervention géographique du projet ? (Augmenter le nombre de village d'intervention au sein de la commune)

5)Quels domaines d'action prioritaires pourraient-être envisagés pour continuer le projet avec vous les relais et pairs éducateurs?

Je vous remercie

Guide d'entretien avec les animateurs de radios communautaires

<u>Identification de l'enquêté</u>

Commune :……Village :…….....

Nom de la radio

Partenariat depuis quand

Partie I : Pertinence du projet UN TRUST

- Quelles ont été les activités réalisées par le projet dans votre localité ?
- Comment avez-vous été impliqué dans les activités du projet ?
- Quelle est votre appréciation du projet (Activités en général et celles qui se font avec vous?

Partie II : Les stratégies d'intervention

1)-Quelle a été la stratégie d'intervention du Projet UN TRUST dans votre communauté pendant les 2 ans?

2) Quels sont les acteurs pris en compte par le projet dans sa stratégie d'intervention ? (Pourquoi ceux-ci ?)

3) Y a-t-il eu des acteurs stratégiques qui n'ont pas été pris en compte ? Si oui Pourquoi ?

4) Que faut il améliorer dans votre collaboration avec le Projet

5) Avez-vous des recommandations à faire au projet par rapport à l'abandon de l'excision et du mariage des enfants.

6) En tant qu'animateur de radio que pouvez vous faire pour atteindre l'objectif final du projet ?

Je vous remercie

Guide d'entretien avec exciseuses

Partie I : La pratique de l'excision

1) Depuis quand êtes-vous devenue exciseuse ?
2) Où avez-vous pratiqué l'excision (Village ou ailleurs)
3) Que signifie l'excision pour vous ?
4) Connaissez-vous le projet mis en œuvre par l'ONG AMSOPT ?
5) Avez-vous travaillé avec le projet ?
6) Quelles ont les activités dans lesquelles vous avez été impliquée en tant qu'exciseuse ?
7) Qu'avez-vous tiré comme profit du Projet?

8) Est-ce que les activités auxquelles vous avez participé ont contribué à opérer des changements significatifs chez les exciseuses comme vous ? Si oui lesquels et si non pourquoi ?

9) Comment appréciez-vous les stratégies de formation et d'information du projet ?

10) Quels sont les messages diffusés sur l'excision que vous avez entendu ? Quelle est votre appréciation de ces messages ?

11) Le projet a-t-il amené les exciseuses à renoncer à la pratique de l'excision? Si oui, que font-elles pour maintenir leur statut ?

12) Le projet a-t-il contribué à l'abandon réel de l'excision par certaines personnes, ménages, etc. dans votre localité ?

13) Continue t- on dans la communauté à demander les services des exciseuses ?Quelle attitude avez-vous adopté face à ces demandes en tant qu'exciseuse?

14)- Quelles appréciations faites-vous des changements opérés dans votre village?

Partie II« Renforcement du système de santé » et « prise en charge des complications liées à l'excision »

15) Que saviez-vous sur les complications de l'excision avant le travail avec le Projet ?

16) En tant que pratiquante avez-vous constaté des conséquences lors de vos années de pratique de l'excision ?

17) Savez-vous que le projet prend en charge les femmes et les filles victimes de la pratique de l'excision et du mariage d'enfant? Si oui comment l'avez-vous su ?

18) Comment collaborez-vous avec le projet pour l'identification et la prise en charge des victimes de l'excision et du mariage d'enfant?

Partie III : Suggestions/ Recommandations

19) Quels domaines d'action prioritaires pourraient-être envisagés pour continuer le projet ?

20) Comment les exciseuses peuvent contribuer à la durabilité des changements constatés ?

Quelles actions menez-vous en tant qu'anciennes exciseuses pour favoriser ou consolider l'abandon de l'excision ?

21) Comment mieux prendre en compte les exciseuses dans le processus d'éducation pour l'abandon de l'excision et de l'excision et du mariage d'enfant ?

MERCI

Guide focus group pour femmes, hommes, adultes et jeunes

Partie I : Connaissances acquises, stratégies d'intervention et changements observés

1) Connaissance du projet (Objectifs, activités et acteurs) Etait-il pertinent pour votre communauté ? Justifier

Approfondir *pour avoir leur perception de la pertinence d'un projet de lutte contre l'excision et le mariage des enfants dans leur village*

2) Comment ce projet a-t-il travaillé dans votre communauté ?)

Approfondir *pour connaitre toutes les stratégies utilisées dans la mise en œuvre du dans la communauté*

3)-Quelles sont les connaissances acquises sur la santé de la reproduction en général, l'excision, le mariage des enfants ?

Approfondir *pour comprendre leur perception des informations données sur l'excision,* **le mariage des enfants ;**

4) En quoi, les informations reçues ont-elles servi : au niveau des individus et des familles, au sein de la communauté?

Approfondir *pour comprendre si les connaissances acquises ont entrainé un changement au sein des familles, dans la communauté vis-à-vis de l'excision et du mariage précoce.*

5)-Quels sont les changements significatifs observés au niveau de la santé, des droits et du statut des femmes et des filles grâce aux activités menées par l'équipe du projet?

Approfondir *pour comprendre les changements cités et les raisons de ces changements constatés*

6) Le projet a-t-il mené à un changement au sein de la communauté ?

Approfondir *pour comprendre le processus qui a conduit à l'abandon et s'il est réel au niveau famille et ou communauté et comment se manifeste cet abandon.*

Partie II: Renforcement du système de santé » et « prise en charge des complications liées à l'excision »

1) Comment se fait la prise en charge des femmes et fillettes souffrant des conséquences de l'excision ?

Approfondir *pour savoir si le système de référencement/contre référencement est connu par les participants et participantes.*

2) Quel a été l'impact de ce volet sur la santé des femmes et des filles ?

Approfondir *pour comprendre si la prise en charge médicale a eu des effets sur la santé de la femme et de la fille (Amélioration)*

3) **Quel a été le rôle de la prise en charge dans l'abandon de l'excision? Et dans la prise de conscience de l'existence de comportements néfastes à la santé ?**

Approfondir *pour savoir si les participants connaissent les cas pris en charge et si la communauté en a profité pour déclarer l'abandon ou compris que l'excision a des conséquences néfastes sur la santé*

Partie IV : Suggestions/ Recommandations

1) Quels sont les aspects que le Projet doit améliorer? Pour quoi?

Approfondir *pour savoir les insuffisances du Projet et les propositions d'amélioration*

2) Vous sentez-vous capables de poursuivre les activités menées avec vous (les femmes et les hommes et les jeunes) sans l'appui de l'équipe du projet? Pour quoi?

Approfondir *pour connaitre les éléments de durabilité que le projet a entrainé.*

3) Comment faudrait-il (ré) orienter la stratégie pour pérenniser les résultats et élargir le champ d'intervention géographique du projet ?

Approfondir *pour comprendre leur avis sur l'extension du projet et aussi les zones où le Projet doit intervenir*

4) Quels domaines d'action prioritaires pourraient-être envisagés si le projet doit continuer?

Approfondir pour connaitre les actions prioritaires qu'ils ont apprécié et qui peuvent dupliquer dans la zone d'extension pour plus de résultats.

Clôture : Remercier les participants au FGD pour le temps consacré et l'effort fourni.

Guide de Focus Group avec les jeunes garçons et filles

Identification des participants

Commune……Village/ville…… Sexe et Nombre de participants …… Tranche d'Age ……..

Partie I : Connaissances/attitude/perception

- Participation aux formations (thème, où) ou causeries sur l'excision et le marriage des enfants
- Connaissances acquises pendant la mise en œuvre du projet ;
- Attitude/perception par rapport à l'excision et au marriage des enfants;
- Quels sont les droits des enfants que le projet vous a permis de connaitre ?
- Quel est le lien entre l'excision et les droits de l'enfant ? la scolarisation des filles.

Partie II : Résultats obtenus

- Les changements les plus significatifs observés chez les enfants et les jeunes de votre communauté par rapport à la pratique de l'excision et du mariage des enfants;
- Les changements sont intervenus dans les relations filles/garçons grâce à ce projet ;
- Les besoins stratégiques des jeunes que vous êtes, que le projet a pu satisfaire (Participation à la prise de décisions, leadership au sein du groupe et de la communauté, confiance en soi, prise de parole en public sur l'excision et le mariage des enfants, etc.)

Partie III : Durabilité des résultats du projet

- Votre point de vue sur l'excision future de vos filles ;
- Opinion sur l'alliance avec une fille non excisée (**Garçons seulement**)

Je vous remercie