



## Sommaire

CIGLES ET ABREVIATIONS .....	4
REMERCIEMENTS .....	5
INTRODUCTION .....	6
RESUME .....	8
I. RAPPEL DU CONTEXTE ET DES OBJECTIFS DE L’EVALUATION .....	14
1.1 Contexte.....	14
1.2 Objectifs de l'évaluation .....	16
II. METHODOLOGIE .....	18
2.1 La phase préparatoire.....	18
2.2 La phase terrain (collecte des données).....	19
2.3 La phase de traitement des informations et production du rapport.....	19
III. LES LIMITES DE L’EVALUATION :.....	19
IV. ANALYSE DE LA PERTINENCE, L’IMPACT, L’EFFICIENCE, L’EFFICACITÉ, LA VIABILITE, LA VISIBILITE ET LA DURABILITÉ DES ACTIONS. ....	19
4.1 L’organisation de la gestion du projet .....	19
4.2 Analyse de la visibilité du projet .....	20
4.3 La Pertinence du projet.....	21
4.3.1 Pertinence des activités par rapport aux cibles touchées .....	21
4.3.2 La pertinence par rapport aux stratégies.....	22
4.3.3 La pertinence des supports utilisés .....	25
4.3.4 La pertinence du choix de l’ONG d’exécution.....	25
4.4 L’Efficience du projet.....	26
4.5 L’Efficacité du projet.....	26
4.5.1 Les résultats et les stratégies .....	26
4.5.2 Degré d’atteinte des objectifs du projet.....	30
4.5.3 Degré d’atteinte des résultats du projet :.....	30
4.6 L’Impact du projet .....	31
4.6.1 De la dynamique et des opportunités créées par le projet en matière de lutte contre l’excision .....	31
4.6.2 La Mise en place de concept « village model pour la défense des droits humains».....	31
4.6.3 Du changement de statut des villages .....	32
4.6.4 Autres impacts positifs du projet .....	33
4.6.5 Diminution des dépenses de santé sur les méfaits de l’excision.....	33
4.6.6 Réduction d’autres fléaux dans la localité.....	33
4.6.7 Changement négatif dû au programme .....	34
4.7 La Durabilité du projet .....	34
4.7.1 L’initiation de formation à l’intention des acteurs.....	34
4.7.2 L’utilisation de relais .....	35

4.7.3	L'approche communautaire (participation des différents acteurs impliqués dans le projet)	35
V.	LES FORCES ET FAIBLESSES .....	35
5.1	Forces.....	35
5.2	Faiblesses.....	36
VI.	LES LEÇONS APPRISES .....	36
VII.	LES BONNES PRATIQUES .....	37
7.1	L'utilisation de relais .....	37
7.2	La Mise en place de concept « village model pour la défense des droits humains».....	37
7.3	L'approche communautaire (participation des différents acteurs impliqués dans le projet)	37
VIII.	RECOMMANDATIONS .....	37
IX.	CONCLUSION.....	38

## CIGLES ET ABREVIATIONS

<b>CIGLE</b>	<b>SIGNIFICATIONS</b>
ARAFD	Association pour la Recherche Action Femme et Développement
AMPE	Association Malienne pour la Protection de l'Environnement
CADP	Cabinet d'Assistance pour le Développement Participatif
CAFO	Coordination des Associations et ONG Féminines
CCAPN	Comité Communal d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CE	Commission Européenne
CLAPN	Comité Local d'Action pour l'Abandon des Pratiques Néfastes
CSCOM	Centre de Santé communautaire
CS Réf	Centre de Santé de Référence
CVAPN	Comité villageois d'action pour l'Abandon des pratiques Néfastes
DRPFEF	Direction Régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ERAD	Equipe de Recherche Action pour le Développement
FGD	Focus Group Discussion
IEC	Information, Education, Communication
MARP	Méthode Accélérée de Recherche Participative
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MPDL	Mouvement pour la Paix et le Désarmement et la Liberté
OCB	Organisation Communautaire de Base
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PCC	Promotion du Changement Comportemental
PDSEC	Programme de Développement Economique Social et Culturel
PNLE	Programme national de Lutte contre la pratique de l'Excision
UE	Union Européenne
UGP	Unité de Gestion du Projet
TDR :	Termes de Références
VIH	Virus Imuno Humanitaire.

## **REMERCIEMENTS**

Au terme de cette évaluation, il nous plait d'adresser nos sincères remerciements à tous ceux qui, de près ou de loin, ont apporté leur précieuse collaboration et leur appui à sa réalisation. Il s'agit :

- Du personnel de MPDL à Bamako et à Kita;
- Du personnel des structures socio sanitaires dans les différentes localités ;
- Des agents des services techniques rencontrés ;
- Des agents de l'administration dans les différentes localités ;
- Des élus dans les différentes communes rurales de Kourounikoto, Séfeto Nord, Dindanko et de Séfeto Ouest;
- Des populations des villages cibles ;

**Les Consultants.**

## INTRODUCTION

Au Mali, les MGF/ Excision 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 la pratique et le changement de comportement souhaité se font attendre. A l'origine de cette situation on peut citer les raisons d'ordres mythiques, hygiéniques et esthétiques, religieux, sociologiques et psychosexuelles. Les MGF/Excision restent à présent 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. »

A cela s'ajoutent les complications psychosociales qui se 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.

L'excision se pratique dans toutes les régions du Mali et le milieu urbain est autant concerné que le milieu rural (89,5% et 92,5%). Cependant, la prévalence varie entre les régions et la région de Kayes fait partie des régions les plus touchées par cette pratique empirique. Par ailleurs, cette région réputée conservatrice, est la zone d'excellence d'immigration, notamment vers l'Europe.

Vue l'ampleur de la pratique, l'ONG Espagnole Mouvement pour la Paix qui intervient dans le cercle de Kita (Région des Kayes) a jugé nécessaire de réaliser des activités en faveur de la réduction de la pratique. Ce projet intitulé : « *Contribuer à la réduction de la pratique des*

*mutilations génitales féminines à travers la formation, le renforcement de capacités et la sensibilisation en faveur des acteurs directement impliqués et des populations en général de 04 communes du cercle de Kita, Région de Kayes, Mali » est financé par l'Union Européenne (UE) pour une durée de trente (30) mois (janvier 2011 à Juillet 2013).*

L'analyse du contexte montre que le thème de la lutte contre l'excision est pertinent dans la mesure où la pratique de l'excision touche 91,6 % des femmes en âge de procréer. Ce taux important mérite que des actions vigoureuses soient entreprises surtout si l'on perçoit l'excision qu'une violation des droits des personnes surtout les femmes et les filles. Pour cela, le risque peut être grand de voir de tels problèmes perdurer et affecter dangereusement la promotion des droits des femmes et des enfants.

L'engagement des autorités maliennes par la mise en place d'un programme national de lutte contre la pratique de l'excision, l'apport du budget national à la mise en œuvre des objectifs de ce programme sont des éléments qui favorisent la lutte contre l'excision. Ce projet mis en œuvre par l'ONG MPDL rend dans le cadre d'une lutte globale pour l'atteinte des objectifs fixés au plan national par l'Etat malien.

L'objectif général du projet est de Contribuer à la préservation des droits humains des femmes à travers la lutte contre les mutilations génitales féminines au Mali.

L'objectif spécifique est de Contribuer à la réduction de la pratique des mutilations génitales féminines, à travers la formation, le renforcement de capacités et la sensibilisation en faveur des acteurs directement impliqués dans la pratique et des populations de 4 communes du Cercle de Kita, Région de Kayes, Mali.

A travers ce projet, l'ONG MPDL a contribué à la dissémination des actions de lutte contre l'excision dans le cercle de Kita, sa zone d'intervention. Cette intervention est positivement appréciée par les acteurs rencontrés car seul le projet de l'ONG MPDL intervient dans ces communes dans le domaine de l'excision. Sans ce programme, certains villages ciblés ne bénéficieraient pas pour l'instant de campagne de sensibilisation, d'information et de formation sur l'excision.

Le projet arrivant à terme, les différents acteurs impliqués dans sa mise en œuvre ont jugé de l'opportunité d'organiser une évaluation finale externe, objet de ce présent rapport.

## RESUME

Le projet intitulé « **Contribuer à la réduction de la pratique des mutilations génitales féminines à travers la formation, le renforcement de capacités et la sensibilisation en faveur des acteurs directement impliqués et des populations en général de 04 communes du cercle de Kita, Région de Kayes, Mali** », a débuté en janvier 2011. Il est basé sur la communication (interpersonnelle et de masse) portant sur les effets négatifs de la pratique de l'excision afin d'asseoir un dialogue communautaire de cette pratique culturelle. A travers ce dialogue, les communautés doivent questionner cette pratique, analyser la véracité des déterminants socio culturels, ses effets sur la santé et décider d'abandonner publiquement et de façon consensuelle la pratique de l'excision.

La stratégie du projet s'articule autour du renforcement des capacités des acteurs influents (relais communautaires, leaders communautaires et religieux, les exciseuses, les enseignants, les leaders femmes et jeunes, les agents de santé), lesquels acteurs constituent une base pour une sensibilisation graduelle dans le processus de mise en oeuvre du projet afin qu'une sensibilisation à long terme puisse être menée.

Dans la mise en oeuvre du projet, MPDL a procédé à la réalisation d'une étude CAP (Comportement Attitude Pratique ) portant sur la pratique de l'excision dans les 04 communes concernées par le projet. Cette étude a permis à MPDL de :

- Disposer d'une base de données fiables sur les actions à réaliser dans les 4 communes ;
- Connaitre le degré d'attachement, les aptitudes des communautés, par rapport à l'excision et peaufiner les stratégies en conséquence ;
- Ajuster certains objectifs et activités du projet par rapport à la réalité du terrain.

Les résultats de l'étude CAP ont permis d'ajuster les objectifs et la stratégie d'intervention du projet. Par exemple le résultat 3 du projet « les exciseuses traditionnelles des communes ciblées commencent à abandonner la pratique de l'excision et sont initiées à l'exercice d'activités génératrices de revenus » a été supprimé sur recommandation de l'étude CAP.

Le projet a démarré avec la communication de masse (théâtre forum), la sensibilisation, le conseling auprès des communautés. Ces activités étaient réalisées par les animateurs du projet. Cette stratégie a développé quelques réticences au niveau de certains villages car elle attaquait de façon frontale la question de l'excision, toute chose que des communautés ont trouvé choquante et inacceptée. Face à cette situation MPDL a repensé ses stratégies et a opté pour l'animation, la sensibilisation et la formation. Aussi MPDL a fait appel au service de l'ONG locale Sini Sanuman (qui semble posséder une bonne expérience de terrain) pour la réalisation des activités de communication interpersonnelle auprès des communautés, le renforcement de capacités des groupes cibles stratégiques (élus communaux, leaders communautaires, leaders de femmes, les points focaux villageois, les exciseuses, les enseignants).



L'intervention de Sini Sanuman dans le projet et la suppression du résultat 3 ont fait l'objet d'un avenant qui a été accepté par l'Union Européenne et les activités ont été réalisées en tenant compte du changement apporté au projet et à son montage institutionnel.

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

- Un travail au **niveau communautaire** (et non simplement familial) dans des villages qui sont unis par des liens de mariage ;
- Un **renforcement de capacité** des **acteurs clés** : relais communautaires, leaders communautaires et religieux, exciseuses, agents de santé, leaders femmes et jeunes, enseignants ;
- L'alphabétisation fonctionnelle (mais thématique c'est-à-dire axée sur la promotion de l'abandon de l'excision) ;
- La **Promotion du Changement Comportemental** (PCC) : la stratégie se base sur un travail d'Information / Education / Communication (IEC) pour diffuser des connaissances, stimuler le dialogue, influencer les leaders d'opinions, valoriser le changement de comportements et encourager le maintien des nouveaux comportements. Ce qui a été positif ;
- Une **approche par la santé** pour alerter sur les risques de complications et rendre plus visibles les méfaits de la pratique de l'excision ;
- Une approche par les **droits humains** : droits de l'enfant, droits de la femme ;
- Une approche **holistique qui s'appuie** sur les autres programmes ou projets développés par MPDL au niveau des villages partenaires.

Le projet « Contribuer à la réduction de la pratique des mutilations génitales féminines à travers la formation, le renforcement de capacités et la sensibilisation en faveur des acteurs directement impliqués et des populations en général de 04 communes du cercle de Kita, Région de Kayes, Mali », a pour objectif spécifique de : Contribuer à la réduction de la pratique des mutilations génitales féminines, à travers la formation, le renforcement de capacités et la sensibilisation en faveur des acteurs directement impliqués dans la pratique et des populations de 4 communes du Cercle de Kita, Région de Kayes, Mali.

Sa mise en œuvre concerne une localité où la pratique de l'excision est très répandue (si l'on se réfère à l'étude de base et à l'EDS IV où le taux concernant la région atteint 98%). La mise en œuvre du projet est assurée par l'ONG MPDL.

Pour l'atteinte des objectifs, le projet est passé par :

❖ ***Une approche pertinente mais à améliorer***

Le projet apparaît pertinent au regard des besoins et de la problématique. Son approche est conforme aux directives nationales du Programme National de Lutte contre l'Excision (PNLE), c'est à dire une approche communautaire, par la santé, dans une dynamique d'Information / Education / Communication (IEC) et avec un volet alphabétisation. L'approche par les Droits humains est inscrite également dans le projet. Il faut signaler que

la composante « Droits » n'a pas été bien maîtrisée par la communauté. Selon notre analyse, cela découle du fait que la problématique Droit est difficile à être cernée par des communautés où le niveau d'alphabétisation est faible. Les questions de conventions signées par l'Etat, de Droits des personnes ne peuvent pas être comprises par les populations aussi facilement que les conséquences visibles de l'excision. Pour cela, il faut du temps, de la persévérance et des messages appropriés.

Selon les informations recueillies auprès des personnes rencontrées, l'animation n'a pas développé à fonds cette dimension qui peut favoriser une prise de conscience chez les communautés. Les messages retenus par les populations sont surtout relatifs aux complications médicales de l'excision. L'approche dans le futur doit totalement incorporer la dimension Droit dans les causeries éducatives sur le terrain, pour questionner l'excision en termes de non-discrimination et de promotion de la femme.

#### ❖ *De nombreuses activités réalisées malgré un contexte difficile*

Le projet a montré une bonne efficacité en menant les activités prévues sur une thématique complexe, et dans un contexte difficile notamment depuis les événements de mars 2012. Les réalisations sont :

- ✓ La formation des leaders villageois, des autorités locales, des autorités religieuses, des enseignants, du personnel médical des CSCOM et du CS Réf ;
- ✓ L'organisation des sessions d'alphabétisation dans les villages ;
- ✓ La confection et diffusion d'un manuel sur la prise en charge et le référencement et contre référencement ;
- ✓ La mise en place du dispositif de prise en charge avec les CSCOM, le CSRéf, l'hôpital régional de Kayes et le financement pour traiter les femmes victimes de complications ;
- ✓ L'organisation des séances d'IEC dans les villages (en groupe et individuel), et des émissions radiophoniques ;
- ✓ L'organisation de cérémonies d'abandon pour informer les populations sur les décisions d'abandon de certains villages ;
- ✓ La confection des supports de CCC (Communiquer pour le Changement de Comportement).

La crise socio politique et sécuritaire connues par le Mali en 2012 a affecté le projet, puis qu'elle a engendré le départ du personnel expatrié non africain. Il en est de même du gel (suspension) de la coopération de l'Union Européenne au Mali qui ne permettait pas à MPDL de collaborer avec les services techniques dans la zone d'intervention.

#### ❖ *Des résultats encourageants mais des processus à consolider et pérenniser*

L'éducation en faveur de la réduction de la pratique de l'excision est un processus qui s'inscrit dans la durée. Son impact sur les communautés demande du temps, puisque qu'il s'agit d'éduquer les adultes, questionner une pratique millénaire portant sur le sexe (un sujet tabou),

changer les mœurs. Les résultats obtenus par le projet sont encourageants et montrent une évolution positive au cours du temps, avec des processus engagés depuis 2011.

En termes de promotion de la réduction des mutilations génitales féminines, le projet a permis déjà de sortir le thème de l'excision du silence et de permettre un débat public, parfois difficile au sein des communautés. Les villageois ont pu accroître leurs connaissances sur les conséquences néfastes de l'excision au niveau sanitaire et prendre conscience que la pratique bien que traditionnelle, n'est pas souhaitable. Les villageois ont aussi pu être sensibilisés au fait que l'excision n'est pas une pratique exigée par l'Islam et constater que certains leaders religieux ont apporté leur soutien à son abandon. Des résistances perdurent cependant, dans certains villages où les actions de sensibilisation ont eu moins d'effets, et où certaines catégories de cibles (personnes âgées des deux sexes, certains hommes), et leaders religieux ont montré leur opposition dans les villages de Blissibougou, Guesseou, Dalaba, Massala et Séfeto. A Néguebougou, cette opposition est marquée chez les hommes les plus âgés que nous avons rencontrés.

Parmi les 24 villages cibles, 02 ont publiquement signé l'acte d'abandon de la pratique (Madina et Maréna) et trois autres sont en voie d'abandon (Garango, Dalaba et Néguebougou) c'est-à-dire les discussions et les concertations sont très avancées pour l'abandon de la pratique. (*Liste des villages choisis en fonction de leur disponibilité pour l'abandon de la pratique de l'excision ainsi que les villages qui ont abandonné*).

La pérennité des activités menées et le processus engagés restent un défi car les dynamiques initiées sont encore fragiles. Dans les villages conquis ou engagés à l'abandon, cela ne sera pérenne que s'il existe une mobilisation plus importante et pérenne au-delà du projet, à la fois des autorités administratives, religieuses et traditionnelles, des leaders et relais communautaires et des comités de suivi qui sont encore peu fonctionnels. Pour garantir la pérennité de la réduction de la pratique, il est indispensable de continuer les efforts du projet à travers des actions de communication, de renforcement des capacités et de mise en confiance surtout à l'endroit des membres des comités de suivi. En plus des comités de suivi, des cibles stratégiques comme les religieux et les jeunes doivent être prises en compte dans cette démarche (Ces deux cibles sont stratégiques du fait que les religieux sont souvent beaucoup écoutés et consultés dans les villages, et les jeunes ont souvent une grande capacité de nuisance dans un village). Les relais communautaires ont été certes formés mais les formations reçues demeurent insuffisantes pour garantir leurs capacités à jouer les rôles qui sont les leurs au sein de la communauté. Ces relais ont encore besoin d'accompagnement pour les permettre de jouer pleinement leur rôle.

Le renforcement des capacités, l'alphabétisation thématique autour de la pratique de l'excision a permis aux femmes auditrices et à certains hommes d'apprendre à lire, écrire et compter et de comprendre davantage la problématique de la pratique de l'excision. Bien que l'évaluation n'avait pas pour but de mesurer les impacts de cette activité, n'empêche nous avons cherché à comprendre son impact sur l'atteinte des objectifs du projet, également dans une moindre mesure, ses limites.

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

- Dans la réflexion stratégique globale des acteurs impliqués,
- Dans la réflexion opérationnelle sur le prochain projet,
- Dans la réflexion stratégique et opérationnelle pour consolider la relation partenariale entre MPDL et Sini Sanuman.

❖ ***L'équipe d'évaluation sur la base des constats recommande :***

- L'évaluation recommande à MPDL d'avoir une vision plus large et lointaine des questions liées à la lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF). Pour cela, il est indispensable de faire une autre phase du programme pour une durée de 3 à 5 ans afin d'avoir des résultats plus probants ;
- Elargir la zone du projet en couvrant tous les villages des communes d'intervention ;
- Organiser des échanges entre les villages encadrés surtout les villages en voie d'abandon et les villages réticents ;
- Le sujet de la lutte contre la pratique de l'excision étant très sensible, nous recommandons à l'ONG d'aborder cette question sous un angle holistique (Il s'agit de lier l'activité de l'excision avec d'autres activités qui intéressent les communautés: Sécurité alimentaires, l'environnement, la nutrition, pratiques néfastes etc.). L'excision abordée de façon isolée crée des résistances. C'est en l'abordant dans un contexte plus global que ces résistances peuvent être dissipées
- Collaborer avec les collectivités pour inscrire l'excision dans les actions de développement des Communes (PDSEC);
- Rendre opérationnel à travers les formations, le suivi, la mise en place d'un plan d'action des différents dispositifs communautaires (comité de surveillance, comité de gestion, groupes de relais.....) pour suivre la déclaration d'abandon ;
- Intégrer le plaidoyer dans l'approche d'intervention ;
- Adapter les messages aux cibles (les hommes, les femmes, les jeunes, les leaders communautaires, les leaders religieux, n'ont pas les mêmes besoins en matière d'information. Chaque catégorie sociale a une spécificité en termes de message à véhiculer) ;
- Impliquer d'avantage les hommes et les jeunes dans les causeries débats, car les hommes sont ceux qui prennent les décisions dans les familles par rapport à l'excision et les jeunes constituent des futurs mariés, chef de famille;
- Former les membres des comités de suivi à élaborer des plans d'action et leur mise en œuvre ;
- Organiser des sessions de recyclage à l'endroit des personnes formées (relais communautaires, leaders communautaires, leaders religieux, élus communaux, enseignants, agents de projet, agents de santé, etc.)
- Capitaliser et partager les leçons et les bonnes pratiques pour soutenir le processus d'abandon dans les autres villages ;

- Concevoir les outils de suivi évaluation et de collecte de données afin de pouvoir au mieux documenter et capitaliser le travail de l'ONG;
- Trouver les moyens de fidélisation des agents recrutés pour la mise en œuvre des activités du projet. Cela passera par la mise en place d'un mécanisme de traitement plus attrayant en termes de salaire et de conditions de travail.

## **I. RAPPEL DU CONTEXTE ET DES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION**

### **1.1 Contexte**

Le Mali est un pays de l'Afrique de l'Ouest avec une population estimée à 14.528.662 habitants dont 50.41% de femmes (RGPH, 2009). Caractérisé par sa diversité culturelle, le pays demeure sous l'emprise de certaines considérations traditionnelles qui portent atteinte aux Droits humains notamment de certaines couches vulnérables comme les femmes et les filles.

Depuis son accession à l'indépendance, le Mali a ratifié plusieurs Conventions internationales relatives aux Droits humains ou y a adhéré, parmi lesquelles on peut citer : (i) la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), (ii) la convention sur les Droits politiques de la femme (1952) et sur la nationalité de la femme mariée (1955), (iii) la convention relative aux Droits de l'enfant (1989), (iv) la convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984).

Le Mali a mis en place le Programme National de la lutte contre l'excision (PNLE) depuis l'année 2002. Le pays a adhéré au protocole de Maputo, son Assemblée Nationale a adopté la loi relative à la santé de la reproduction qui intègre l'excision comme une composante. En plus on note l'existence d'une lettre circulaire du ministre de la santé interdisant la pratique de l'excision en milieu médical et l'adoption du protocole facultatif à la charte africaine aux Droits des femmes. De nos jours, une avancée est notée dans la lutte contre l'excision avec l'acceptation de certains leaders religieux musulmans de s'impliquer dans la lutte contre cette pratique socioculturelle.

Malgré toutes ces dispositions, il y a une persistance de divers obstacles tant à la jouissance effective des Droits humains qu'au fonctionnement des institutions œuvrant dans ce domaine. Du point de vue structurel, la jouissance effective des Droits humains se heurte à plusieurs facteurs dont les plus importants sont les pesanteurs socioculturelles, l'analphabétisme et la pauvreté qui mettent en difficulté les Droits économiques, sociaux et culturels. Il y a aussi, des obstacles de nature normative, institutionnelle et opérationnelle.

Au Mali la pratique de l'excision est très répandue nonobstant que cela soit une violation pure et simple des Droits humains avec atteinte à l'intégrité physique et psychologique des femmes et filles. Deux types de mutilation sont pratiqués dans le pays: le type I, qui est une excision partielle ou totale du clitoris et le type II, qui est une excision du clitoris avec excision partielle ou totale des petites lèvres. La pratique se fait dans toutes les régions du pays. Elle est estimée à 85% selon l'Enquête Démographique et de Santé IV . Ce taux varie d'une ethnie à une autre entre 33,6% et 92,8% et entre 90% en milieu urbain et 96% en milieu rural. Par son ampleur et ses conséquences graves sur la santé (l'augmentation des taux de mortalité et de la morbidité maternelle et infantile, les difficultés d'accouchement et souvent des handicaps irréversibles comme la contamination par le sida, les fistules vésico vaginales ou vésico anales), l'excision au Mali constitue un réel problème de santé publique. Si les

conséquences d'ordre sanitaire sont nombreuses, elles peuvent aussi l'être, de type social et économique.

Nonobstant les données alarmantes sur l'excision, les conséquences incommensurables et le fait qu'au Mali des mécanismes ont été mis en place en faveur de la lutte contre la pratique de la mutilation génitale féminine, il existe de nos jours encore dans le pays de nombreuses poches de résistance pour la dénonciation ou l'abandon de la pratique soutenues par des considérations peu fondées comme la tradition, la culture (80 % des femmes en 2001 pensaient que l'excision devait être maintenue contre le 76 % en 2006). Le récent mouvement populaire de certains religieux contre le code de la personne et de la famille qui était adopté par l'assemblée nationale en août 2009 en est aussi un témoignage.

C'est dans ce contexte qu'en 2009, la Commission de l'Union Européenne a lancé un appel à proposition (Référence: EuropeAid/128770/L/ACT/ML) dans le secteur de la Démocratie et des droits humains (DDH). Dans le cadre de la promotion des Droits humains, le Mouvement pour la Paix (MPDL) a sollicité et obtenu de l'Union Européenne le financement d'un projet allant dans le sens de la réduction de la pratique des mutilations génitales féminines dans 4 Communes du cercle de Kita, à savoir la commune urbaine de Kourounikoto et les communes rurales de Dindanko, Sefeto Nord et Sefeto Ouest, regroupant 6 aires de santé et 5 dispensaires et maternités (les aires de santé de Kourounikoto, Kagaro Mountan, Niagané, Sefeto, Djougounté et Kéniédifé ; les maternités de Farena, Guetala, Damina et les dispensaires de Dindanko, Siramissè et Nafadji).

Le projet, qui a débuté en janvier 2011, s'est basé sur la mise en œuvre d'une stratégie de communication sur les effets négatifs de la MGF au niveau communautaire afin que les communautés réagissent à ces informations et décident d'abandonner publiquement la pratique. En effet, la stratégie du projet s'articule autour du renforcement des capacités des acteurs influents, lesquels acteurs constituent une base pour une sensibilisation graduelle dans le processus de mise en oeuvre du projet afin qu'une sensibilisation à long terme puisse être menée.

Des facteurs humains sont toujours fortement présents dans la mise en œuvre de toute action de communication, en particulier quand elle se réfère à des thèmes sensibles tels que la sexualité et les rapports de genre. Ce qui veut dire que toute programmation d'activités ayant pour but le changement de comportements doit rester ouverte à quelques possibles changements si des effets non souhaités défavorables aux objectifs du projet sont détectés. C'est dans cet esprit que le MPDL, dans la mise en œuvre du projet et suite aux résultats de l'étude CAP ainsi que des réactions communautaires aux actions de communication, a sollicité un avenant du contrat avec l'UE qui a été présenté officiellement en fin du mois de Février 2012 et qui a surtout porté sur les aspects suivants :

- Élimination du résultat 3 du projet « Les exciseuses traditionnelles des communes ciblées commencent à abandonner la pratique de l'excision et sont initiées à l'exercice d'activités génératrices de revenus ». Ceci a été proposé suite à l'étude CAP par laquelle il a été constaté le rôle secondaire de la rétribution économique des exciseuses en tant que barrière ;

- Renforcement et réorientation des résultats 1 et 2 qui portent sur la formation et la sensibilisation communautaires afin d'organiser ces activités par groupes d'intérêts homogènes. Ceci a été proposé suite au constat de différents intérêts et perceptions de la pratique selon l'enquête CAP ainsi qu'aux échanges eux avec d'autres acteurs impliqués dans ce genre de projet ;
- Introduction du partenaire Sini Sanuman qui a une longue expérience dans le domaine de la MGF, ce qui lui permet de réagir de façon plus agile aux problèmes de communication / incompréhension de la part des communautés.(Source rapport d'activité MPDL)

Cet avenant a été accepté par l'UE, et les activités se sont poursuivies tenant compte du changement d'approche.

## 1.2 Objectifs de l'évaluation

L'évaluation finale du projet MGF, prévue dans les dispositions techniques et administratives de la Convention de Financement du projet, fournira aux instances décisionnelles du gouvernement du Mali, aux services de coopération externe concernés de la Commission européenne et au grand public des informations suffisantes pour:

- a. apprécier globalement et de manière indépendante les résultats du projet, en s'attachant plus particulièrement à l'impact des actions menées par rapport aux objectifs visés;
- b. tirer les principaux enseignements de l'intervention et formuler des recommandations pratiques concernant son suivi.

En particulier, cette évaluation pourra permettre:

1. D'une part, à l'ONG MPDL et à la Délégation de la CE, à côté des rapports périodiques du projet MGF et du suivi interne, de disposer d'un éclairage supplémentaire sur ce qu'a été la mise en œuvre globale du projet :
  - L'état d'atteinte des résultats du projet MGF;
  - Analyser ce qu'a été la mise en œuvre compte tenu des contraintes des procédures (délais des appels d'offres, ...) et des contraintes d'autres types (organisationnelles, humaines, conjoncturelles, environnement politico-économique...);
  - L'identification de solutions qui pourront être suggérées pour appuyer une probable seconde phase du projet MGF.
2. D'autre part l'évaluation devra aussi apprécier la performance de l'Unité de Gestion du Projet (UGP) en apportant une appréciation et émettre des recommandations sur les points suivants :
  - Fonctionnement global et performance globale de l'UGP ;
  - Pertinence des stratégies de mise en œuvre de chaque volet et des outils utilisés de l'instruction du projet à leur mise en œuvre ;
  - Relations de l'UGP avec les bénéficiaires des contrats de prestation de service (contrats de services);
  - Modalité de mise en œuvre en régie indirecte.



3. Analyse de l'impact socio-économique du projet. Il s'agit au cours de cette évaluation finale, d'analyser l'adéquation des stratégies de mise en œuvre pour obtenir cet impact avec les résultats obtenus.

L'évaluation se prononcera également sur la qualité des actions et leurs pérennités.

4. Identifier des bonnes pratiques de mise en œuvre du projet et ses applications possibles dans d'autres projets en cours de financement. Faire une liste de ces bonnes pratiques identifiées et présenter des raisons et exemples.

Les bénéficiaires du projet sont :

- La population des villages ciblés (hommes, femmes, enfants) ;
- Le personnel sanitaire ;
- Les enseignants ;
- Les leaders d'opinion,
- Les exciseuses traditionnelles
- La population en général des 4 communes rurales : la Commune rurale de Kourounikoto (4.217 hab.), la Commune rurale de Séféto Nord (10.414 hab.), Commune rurale de Dindanko (8.682 hab.) et la Commune rurale de Séféto Ouest (19.035 hab.) du Cercle de Kita, Région de Kayes, Mali.

Malgré le contexte socio politique et sécuritaire qu'a connu le Mali, le projet a pu se dérouler normalement et les activités prévues ont été réalisées. La présente évaluation externe vise à évaluer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité, la cohérence, l'impact, à mesurer les effets des interventions sur les bénéficiaires, à identifier les forces et les faiblesses des actions réalisées et parties prenantes et à faire des recommandations pour le renforcement des acquis.

L'évaluation doit aussi questionner le montage institutionnel du projet et proposer des solutions en vue d'améliorer les performances de l'Unité de Gestion du Projet.

L'approche globale de l'évaluation a été participative et concertée. La diversification des sources d'information et le recoupement des données et des informations recueillies auprès des acteurs et des cibles du projet (leaders communautaires, religieux, les élus communaux, les agents des services de santé, les élus communaux, les exciseuses, les hommes, les femmes, les jeunes, enseignants,) ont permis d'apprécier la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la durabilité, de faire ressortir les leçons apprises et à partir de ces éléments de formuler des recommandations.

## II. METHODOLOGIE

Il s'agit d'une évaluation participative finale pour faire un état des lieux de la mise en œuvre des activités du projet intitulé : “ *Contribuer à la réduction de la pratique des mutilations génitales féminines (MGF), à travers la formation, le renforcement de capacités et la sensibilisation en faveur des acteurs directement impliqués dans la pratique et des populations en général de 4 communes du Cercle de Kita, Région de Kayes, Mali* ”.

La méthode de collecte des données a été participative avec l'utilisation des outils MARP (Méthode Active de Recherche Participative). Comme son nom l'indique, c'est une méthode participative qui permet à la communauté de participer à l'analyse de leurs problèmes à travers une démarche très simple. La démarche est focalisée sur les Focus Group Discussion (FGD) avec l'utilisation des outils comme les guides de discussion, les questionnaires. La revue des documents existants a été prise en compte. Les outils utilisés sont essentiellement les guides de discussion et les grilles de synthèse. La collecte des données a été faite en Focus Group De Discussion (FGD) et en interview individuel.

Les différentes phases du processus sont les suivantes:

### 2.1 La phase préparatoire

Cette phase a concerné essentiellement les rencontres d'échange, la recherche documentaire et l'élaboration des outils de collecte des données.

Les rencontres ont permis à l'équipe de consultants et aux responsables de l'ONG MPDL d'échanger sur les TdR, la méthodologie, le programme de travail et les outils élaborés.

La revue documentaire a porté sur tous les documents relatifs au projet, à savoir : les rapports d'activité, le rapport de l'étude CAP, les rapports de formation, le cadre logique, le document de projet. Elle a permis de comprendre les activités menées en faveur de la réduction de la pratique de l'excision dans les 04 communes de Kita, de formuler des hypothèses et d'élaborer des outils de collecte de données et les grilles d'analyse. Les guides utilisés sont :

- Un guide d'entretien pour les hommes, les femmes ;
- Un guide d'entretien pour les relais communautaires ;
- Un guide d'entretien pour les auditrices des centres d'alphabétisation ;
- Un guide d'entretien pour l'équipe du projet ;
- Un guide d'entretien pour les agents de santé ;
- Un guide d'entretien pour les exciseuses ;
- Un guide d'entretien pour les autorités communales ;
- Un guide d'entretien pour les autorités scolaires.

## **2.2 La phase terrain (collecte des données)**

Les discussions avec les populations à la base ont été faites en Focus Group Discussion (FGD) et en interview structuré. Il s'agit des bénéficiaires directs des actions du projet, les responsables villageois, les hommes et femmes, les élus, etc.

L'interview structurée a été utilisée pour collecter les informations auprès des agents de la santé, de l'administration, de certains élus, de certains leaders communautaires, des responsables de projet, des responsables et agents de MPDL à Bamako et à Kita, etc.

## **2.3 La phase de traitement des informations et production du rapport**

Les informations collectées ont été analysées par l'équipe de consultants afin de produire un rapport provisoire qui a été soumis à l'appréciation de MPDL.

Ce document a fait l'objet d'échange entre l'équipe de consultants et MPDL à Bamako et au Siège en Espagne. Les observations et suggestions faites ont été prises en compte pour améliorer le contenu du document et produire le rapport final.

## **III. LES LIMITES DE L'ÉVALUATION :**

La phase de terrain de l'évaluation a été menée en mi-novembre 2013, une période qui coïncide avec la période des récoltes, ce qui a rendu la mobilisation difficile dans certains villages (comme Massala, Guésséo, Bilissibougou, Maréna).

L'absence des agents de terrain du projet au niveau des villages n'a pas facilité la mobilisation des communautés car certains villages n'ont pas eu l'information à temps ou ont reçu la mauvaise information sur le calendrier de passage des consultants. Toutefois cette distorsion du message n'a pas eu une influence négative sur le travail.

L'équipe d'évaluation n'a pas pu rencontrer les agents du CS Réf, la CAFO de Kita (les agents de santé formés par le projet n'étaient pas sur place en poste au moment de l'évaluation), et une partie des responsables clé du projet à Kita. Le départ du personnel expatrié (pour raison de crise sécuritaire au Mali) et du responsable du projet santé (en fin de contrat) ne nous ont pas permis de faire des discussions avec eux pour approfondir certaines questions relatives à la gestion du projet.

## **IV. ANALYSE DE LA PERTINENCE, L'IMPACT, L'EFFICIENCE, L'EFFICACITÉ, LA VIABILITE, LA VISIBILITE ET LA DURABILITÉ DES ACTIONS.**

### **4.1 L'organisation de la gestion du projet**

La mise en œuvre des activités du projet est assurée au niveau de MPDL par une équipe légère composée d'une coordinatrice, d'un responsable des projets, d'un superviseur et de trois (3) animateurs.

L'équipe a mis l'accent sur les approches participatives comme méthode de travail, cela à travers la sensibilisation, l'animation, le conseling, la formation et l'information des populations sur les MGF. Cette méthode de travail a été utilisée pour atteindre les résultats attendus du projet.

La responsable des projets Santé est chargée d'élaborer les documents stratégiques (TdR, méthodologie, rapports, etc.) en collaboration avec le responsable de l'ONG Sini Sanuman. Elle participe aussi aux suivis et supervisions des activités et assure l'interface entre l'ONG MPDL, l'administration et les services techniques.

La coordinatrice est chargée de la supervision des animateurs, de l'organisation des formations et leur suivi.

Le Superviseur de l'ONG Sini Sanuman est chargé de l'appui conseil aux animateurs dans la mise en œuvre des activités, dans la résolution des problèmes rencontrés, dans la programmation et le suivi. Il fait la compilation et la synthèse des rapports des animateurs.

Les animateurs de l'ONG Sini Sanuman s'occupent de la mobilisation sociale autour des activités du projet dans les villages, de l'appui conseil aux comités de gestion mis en place pour la gestion des activités et du suivi régulier.

Cette équipe travaille sous la responsabilité de la direction basée à Bamako qui s'occupe de la gestion politique et financière. Elle assure toute la gestion institutionnelle et organisationnelle de l'ensemble des activités. Elle produit les différents rapports technique et financier à l'intention du siège à Madrid.

Dans la mise en œuvre des activités du projet, la direction a effectué des missions de suivi des activités. Ces suivis sont sanctionnés par des rapports discutés avec les agents pour permettre la prise en compte des constats et recommandations.

Les décaissements de l'Union Européenne, le partenaire financier du projet ont été justifiés par la production par l'ONG des rapports narratif et financier.

La gestion du programme est satisfaisante dans l'ensemble. Les activités envisagées pour les deux années et demie ont toutes été exécutées. Selon les informations que nous avons reçues, la mise en œuvre était assurée par une équipe relativement jeune, enthousiaste et engagée, qui a produit des résultats satisfaisants à la dimension des ressources mises à leur disposition pour la réalisation des activités du projet.

#### **4.2 Analyse de la visibilité du projet**

La mise en œuvre des activités du projet a couvert 24 villages dans quatre (04) communes du cercle de Kita. La stratégie utilisée qui a consisté de faire l'animation, la sensibilisation, la formation et l'appui conseil a permis d'avoir dans les villages, des ressources humaines capables de réaliser les activités, même au retrait de l'ONG. L'équipe de mise en œuvre des activités a fait beaucoup d'efforts pour permettre aux populations de comprendre la pratique des MGF, ses méfaits, ses conséquences qui constituent des violations flagrantes des droits des femmes et des filles dans la zone. Cette grande couverture zonale donne une grande visibilité aux activités. L'utilisation de la radio locale pour faire passer des messages en langue locale, a permis de toucher beaucoup de villages dans le cercle de Kita, en dehors même de la zone de couverture du projet.

Les activités menées dans le cadre de ce projet sont appréciées positivement par les communautés. Cela découle du fait que la problématique des MGF était une priorité dans presque tous les villages couverts avant le démarrage des activités du projet.

La collaboration avec les services de santé, l'éducation, le développement social, l'administration a permis à ces services d'être mieux informés et formés sur les activités du projet, de mentionner dans leurs différents rapports les données du projet. En plus ces agents ont reçu le manuel.

L'organisation sous forme festive des cérémonies d'abandon de l'excision avec la couverture télévisuelle a permis de donner une certaine visibilité aux activités du projet dans la zone.

### **4.3 La Pertinence du projet**

Le projet reste pertinent dans une zone où la pratique des Mutilations Génitales Féminines constitue une réalité. En effet, la région de Kayes détient le taux de prévalence des MGF les plus élevés de toutes les régions du Mali (98,2 % selon l'EDS IV). Par ailleurs les Soninkés, les Kassonkés, les Malinkés, les Peulhs, populations qui habitent majoritairement la région de Kayes ont les taux les plus élevés de la pratique de l'excision (98 %). Ces populations restent fortement attachées à leurs pratiques culturelles et leurs traditions. Ces chiffres ont été confirmés par les résultats de l'enquête CAP réalisé en début de projet.

Un autre élément de la pertinence est la faible couverture de la zone par les actions de lutte contre l'excision. En effet, malgré que la prévalence soit élevée, la région de Kayes et spécifiquement le cercle de Kita, l'un des plus grands de tous les cercles du Mali est peu couvert par les acteurs dans le domaine de la lutte contre l'excision (rapport Cartographie de l'excision 2008 produite par le PNLE). Quelques acteurs : ERAD, Centre Djoliba, AMPE, ARAFD ont mené des actions de MGF dans cette localité, mais de façon timide. La faible couverture de la région s'explique par l'inaccessibilité de certains villages, due à l'état des routes. Pour 40 km, on peut souvent perdre banalement plus de trois heures de temps. Les ONG préfèrent aller dans les zones à accès facile. En somme, si l'ONG MPDL n'avait pas initié le présent projet, cette localité serait dépourvue aujourd'hui d'activités d'envergure sur le thème.

#### **4.3.1 Pertinence des activités par rapport aux cibles touchées**

##### **✓ Les femmes**

Elles ont participé à toutes les séances de causeries organisées par le projet. Elles sont responsables de la pratique et victimes en même temps des complications de l'excision. Elles sont les premières bénéficiaires du projet car ce sont elles qui exécutent les décisions prises par le chef de famille. Constituant une catégorie essentielle dans le système de décision fixant les périodes de la pratique de l'excision dans les zones couvertes par le projet, elles sont investies de la mission d'avertir les responsables villageois au cas où elles jugent les moments favorables ou défavorables. L'évaluation révèle que des jeunes filles ont bénéficié d'action d'information comme les femmes adultes, en tant que futures mères de demain et du coup parties prenantes du système de décision.

##### **✓ Les exciseuses**

Ce sont les praticiennes de l'excision. Elles ignorent pour la plupart du temps l'anatomie de l'appareil génital féminin. Elles ne peuvent pas établir de lien entre la pratique effectuée sur une fille de 5 ans et les conséquences qui peuvent intervenir chez cette même fille 15-20 ans

après, à l'âge de procréation. La pratique de l'excision leur procure aussi un revenu monétaire et des biens matériels. Leur choix apparaît à cet égard comme très pertinent pour l'atteinte des objectifs du projet.

✓ ***Les leaders communautaires :***

Les leaders communautaires ont bénéficié de la formation et ont fait des restitutions de ces ateliers dans leurs villages. Ce qui a été apprécié par les communautés et qui était une première. Il y eu des leaders formés qui ont servi d'exemple dans leur village en renonçant à l'excision de leurs filles.

✓ ***Les leaders religieux***

Couche généralement hostile aux questions de la lutte contre la pratique de l'excision, leur choix se révèle comme pertinent dans la mesure où ceux qui seront sensibles et acquis pour les objectifs du projet pourront constituer des relais importants pour continuer la lutte.

✓ ***Les agents de santé***

Premiers bénéficiaires indirects du projet, leur choix peut permettre de détecter des cas de complications, de vérifier la non excision d'une fille, de faire des témoignages et faire des appuis à l'équipe du projet. Ils peuvent être des soutiens importants pour le projet en ce sens qu'ils peuvent réaliser des causeries sur le thème pendant les séances de vaccination et les consultations prénatales.

✓ ***Les enseignants***

L'école étant le lieu de formation des futures cadres et responsables pour la gestion du pays et des entités décentralisées, la formation des enseignants a été d'une importance capitale. Certains enseignants formés ont dispensé des leçons modèles de vie sur la pratique de l'excision et ont prôné son abandon, en collaboration avec le CAP de Kita.

#### **4.3.2 La pertinence par rapport aux stratégies**

Les stratégies utilisées par le projet dans le domaine de la lutte contre l'excision ont concerné l'information et la sensibilisation pour le changement de comportement, le renforcement des capacités, le plaidoyer, la production de supports. Pour un sujet aussi sensible que l'excision, de telles stratégies sont bonnes et recommandables. L'analyse des informations recueillies sur ce volet important a donné le résultat suivant :

✓ ***L'information à travers les causeries pour un changement de comportement***

Cette stratégie a été appréciée par l'ensemble des acteurs rencontrés pendant l'évaluation. Elle a été basée au début sur le théâtre de masse qui vite à montré ses limites. Il est vrai que le théâtre peut mobiliser toutes les catégories de la communauté, il critique sans désigner. Ses limites résident dans le fait qu'il est souvent apprécié par les communautés du fait de son aspect comique. En plus, il ne permet pas toujours d'échanger face à face avec la communauté sur des problèmes brûlant qui les ruinent et de trouver des solutions. En outre le théâtre a développé la réticence face au changement dans certaines localités c'est d'ailleurs la raison pour laquelle Sini Sanuman a été sollicité pour faire la communication

interpersonnelle. Elle a été fondée par la suite sur l'animation imagée plus appréciée par les communautés.

Le projet dans sa stratégie a utilisé l'animation de groupes sur les thématiques comme la santé de la reproduction, les aspects sociaux, les aspects religieux, les Droits, etc. Cette animation était faite en focus groupes. A leur arrivée, les animateurs constituaient des groupes homogènes (femmes, hommes, jeunes chacun à part). Lorsque les tabous ont été brisés, les groupes hétérogènes se constituaient sans gêne.

Selon l'équipe d'évaluation, les aspects Droits de l'homme sont moins maîtrisés par les populations par rapport aux aspects santé. Au moment des discussions, il a été difficile pour les communautés d'établir le lien entre les conséquences de l'excision et les Droits de l'enfant ou de la femme. Cela est surtout du au niveau d'alphabétisation dans les villages et la complexité du thème Droit.

Nous pensons qu'il conviendrait d'appréhender le thème central de l'excision en rapport avec un ensemble de sous thèmes à savoir excision et santé de la reproduction, excision et droit de la femme et de l'enfant, excision et religion, etc. Il ne s'agit pas d'aborder ces sous thèmes dans le cadre de la formation seulement, mais aussi de les aborder dans les causeries débats.

Par ailleurs, il est ressorti que les femmes rencontrées maîtrisent mieux les conséquences de l'excision au détriment des aspects socio culturels. Or, nous savons en la matière que beaucoup de gens s'agrippent sur les raisons culturelles pour défendre et perpétuer la pratique de l'excision. Nous pensons donc qu'il faut dans l'avenir amener les femmes à mieux appréhender les aspects socio culturels.

#### ✓ *Le Renforcement des capacités des acteurs*

Les différentes formations organisées ont permis aux participants d'acquérir des connaissances dans les domaines de santé de façon générale et de l'excision en particulier. Pendant la mission, il était très fréquent de voir que les communautés expliquent clairement les complications de l'excision.

Les formations ont aussi permis l'acquisition de connaissances par les animateurs du projet, les agents de santé, les relais, les enseignants, les exciseuses, les leaders religieux, les leaders communautaires.

Les formations initiées dans le cadre de ce projet à l'endroit des cibles ont été jugées pertinentes. Elles ont contribué à renforcer les compétences générales sur le sujet de la lutte contre l'excision et en stratégies de communication des équipes chargées de la mise en œuvre du projet. Les formations organisées ont concerné :

#### • *La formation de l'équipe de terrain*

Les équipes d'animation du projet (superviseur, animateurs et animatrices) le personnel terrain de MPDL Kita ont bénéficié de plusieurs formations leur permettant d'acquérir (ou de renforcer) les connaissances en matière de mutilations sexuelles féminines et les aptitudes en communication pour le changement de comportement.

- ***La formation des leaders communautaires***

Le projet a formé les leaders communautaires qui sont : les chefs de village, les chefs de famille et les conseillers des chefs de village, les imams et les maîtres d'école coranique, pour une compréhension de la pratique de l'excision. Ils ont pu connaître l'historique et les différents types de l'excision, les déterminants socio culturels et justifications de l'excision, les conséquences médicales et psychosociales de l'excision et les droits de la femme et de l'enfant en matière d'excision.

Les différentes formations avaient pour but d'influencer les décideurs villageois et les leaders d'opinion afin, qu'ils soient à minima des acteurs et des relais favorables à la lutte contre la pratique de l'excision.

- ***La formation des exciseuses***

Les exciseuses et les femmes constituent un maillon important de la pratique de l'excision. Les premières font l'opération à la demande des deuxièmes. C'est pourquoi des formations ont été organisées pour elles pour une meilleure compréhension de la pratique en vue de son abandon. Des représentantes des groupements de femmes et des exciseuses ont été formées sur les conséquences de l'excision, car l'exciseuse peut être sollicitée par des personnes non encore convaincues. Si elle est informée des méfaits de l'excision, elle peut les renvoyer. Elle peut être aussi utilisée comme relais ou personne ressource. La formation permet à l'exciseuse de comprendre l'anatomie de la femme, le rôle et la fonction des organes. Elle permet de les édifier par rapport à certaines complications qui étaient perçues comme un sort jeté à la fille. Par exemple à Massala, suite à la formation reçue par l'excision elle a fait savoir son point de vue qui consiste à refuser l'excision à tout le village. Cela a accéléré le processus d'abandon.

- ***La formation des relais communautaires***

Les relais communautaires au nombre de quatre (4) par village sont les points focaux du projet et sont gages de la pérennité des actions du projet au sein de leurs communautés. Ils ont tous reçu des formations sur l'historique, les déterminants sociaux de l'excision et ses conséquences sur les fillettes et les femmes. Ils sont tous devenus des activistes qui défendent et valorisent la non excision.

- ***La formation des agents de santé (chef de postes médicaux, matrones, infirmier(ère)s***

Tous les agents des centres de santé des zones d'intervention du projet ont été formés sur les méfaits de la pratique de l'excision, ils ont appris au cours de ces formations de :

- faire le lien entre l'excision et la santé de la reproduction tout en expliquant les causes et conséquences ;
- faire un rappel sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de la femme ;
- comprendre les conséquences médicales et psycho-sociales de l'excision ;
- comprendre les déterminants socio culturels de la pratique de l'excision ;
- reconnaître une complication liée à l'excision et à faire la référence des cas de complications liées à l'excision pour leur prise en charge ;



- comprendre les aspects éthiques, législatifs et juridiques.

- ***Formation des enseignants***

Comme l'école doit former le citoyen de demain, MPDL a procédé à la formation des enseignants, (dont certains rencontrés sur le terrain au cours de l'évaluation, ont affirmé qu'ils ont dispensé des leçons de vie sur la pratique de l'excision et ont prôné son abandon) en collaboration avec le CAP de Kita.

Cette session de formation visait les objectifs suivants :

- Impliquer l'école dans l'éducation en faveur de l'abandon de la pratique de l'excision ;
- Renforcer les capacités des enseignants sur les méfaits de l'excision et faire d'eux des relais fiables ;
- Amener les enseignants à dispenser des leçons, à sensibiliser sur les méfaits de l'excision.

- ✓ ***La mise en place des Focus Group dans les villages***

Elle a été jugée comme une stratégie pertinente dans la mesure où elle a permis d'impliquer et de responsabiliser les communautés dans le suivi des résultats de l'action. Bien exploitée, elle garantit la décision d'abandon.

- ✓ ***La mise en place du concept village model pour la défense des droits humains***

Cette activité a été bien appréciée des populations du fait de son caractère de continuité à la fin du projet. Cependant sa durabilité n'est pas assurée du fait du caractère éphémère des actions. Les villages en question n'ont pas développé des Plans d'actions communautaires qui prennent en compte la dimension excision et qui les responsabilisent dans la lutte contre cette pratique.

- ✓ ***L'approche communautaire***

L'approche communautaire a été fortement utilisée au cours de la mise en œuvre du projet. Elle a consisté à l'implication des différentes catégories de la communauté aux différentes étapes du projet. Toutes les activités se sont effectuées avec la participation des communautés. Cela a permis une appropriation du projet par les communautés elles-mêmes.

Le projet a également collaboré avec les autorités administratives et communales. Celles-ci ont d'ailleurs contribué d'une part à la mobilisation des populations et d'autres acteurs et d'autre part ont participé aux différentes formations. Elles ont également appuyé et facilité la réalisation des rencontres initiées dans le cadre du projet.

### **4.3.3 La pertinence des supports utilisés**

Les différentes techniques conjuguées avec les supports utilisés (théâtre, émissions radio, boîtes à images) ont permis d'atteindre les différentes catégories de la communauté et susciter un débat autour de la question de l'excision, voire une prise de conscience sur le sujet.

### **4.3.4 La pertinence du choix de l'ONG d'exécution**

Ce choix a été opéré avec la prise en compte du degré de professionnalisme de Sini Sanuman dans le domaine de la lutte contre l'excision. Les résultats de la collaboration entre MPDL et cette ONG sont nettement perceptibles et visibles sur le terrain. Les populations ont beaucoup

apprécié l'approche de travail (causerie éducative, conseling, visite à domicile, formation) issue de cette collaboration et qui a donné des résultats fort probants.

#### **4.4 L'Effcience du projet**

L'effcience du projet a été analysée sous l'angle des moyens financiers, humains et matériels utilisés pour atteindre les résultats escomptés, conformément au document du projet.

Comme ressources utilisées dans la gestion de ce projet on peut citer :

- **Les Ressources humaines** : les ressources humaines sont constituées, des différents agents pour l'accompagnement des communautés comme le chef de mission (temps partiel), un responsable de projet, une coordinatrice, un superviseur, trois (3) animateurs et des agents d'appui (temps partiel). En plus de ce personnel, le projet s'est appuyé sur les agents de santé, les enseignants, les populations pour maximiser les résultats;
- **Les Moyens logistiques** : Ce sont les véhicules, les motos pour assurer le déplacement des agents dans les villages. Il s'agit surtout des Yamaha DT 125 adaptées pour les terrains difficiles ;
- **Les Ressources financières** : pour la mise en œuvre du projet le financement octroyé par l'Union Européenne est de 308 622 Euro sur lequel, un montant de 293 170 Euro a été décaissé soit un taux de décaissement de 94%. Ce qui est appréciable au vue des résultats sur le terrain. Pour la mise en œuvre des activités, l'ONG a eu une certaine capacité de préfinancement des activités, ce qui a faciliter l'atteinte des résultats surtout que le pays à traversé une longue crise politico sécuritaire.

La combinaison de ces moyens a permis la réalisation des activités pour l'atteinte des objectifs. La gestion financière est organisée de la manière suivante :

- Le chef de mission est l'ordonnateur des dépenses. Il approuve les budgets, les demandes de décaissement et les rapports financiers au Mali ;
- L'administrateur gère les budgets et est responsable des dépenses ;
- Le responsable des projets émet les budgets et exécute les dépenses sur le terrain.

Les décaissements en faveur de Sini Sanuman ont été faits sur la base de contrats avec justification par des rapports d'activités et financiers.

Au regard de la pratique de gestion, on peut affirmer que l'utilisation des ressources a été faite de façon judicieuse pour l'atteinte des résultats escomptés.

#### **4.5 L'Efficacité du projet**

##### **4.5.1 Les résultats et les stratégies**

Le projet a été porteur car il a permis aux hommes et aux femmes d'acquérir des connaissances dans le domaine de la santé de la reproduction de façon générale et les Mutilations Génitales Féminines en particulier. Le projet a permis de lier la thématique générale de la santé de la reproduction et les complications de l'excision. Il a ainsi répondu aux besoins des femmes.

Il a aussi contribué aux besoins d'information des communautés. En témoignent les réponses recueillies auprès des populations lors de l'évaluation qui montre que, grâce au projet, elles ont mieux compris le concept de santé de la reproduction et les effets néfastes des MGF.

Dans les focus groupes (5 à 10 personnes), au moins 5 personnes pouvaient citer plus de 5 complications de l'excision, et cela même dans les villages considérés comme réticents. La déclaration suivante, émanant d'une femme de **Garango** traduit fort à propos, cette affirmation : « *Avant l'arrivée du projet, nous faisons exciser nos filles, elles en souffraient voire en mourraient ; avec l'arrivée du projet, nos enfants sont épargnées de ces douleurs atroces* ».

Toutes les personnes rencontrées (femmes, hommes, exciseuses, relais, etc.) au cours de l'évaluation, ont dit que grâce à l'ONG MPDL, des changements sont intervenus dans les villages d'abandon (Madina et Maréna) et villages jugés en voie d'abandon (Sonki, Néguébougou, Sefeto). Les changements observés sont : la rupture du silence autour de l'excision, la connaissance des conséquences néfastes de l'opération, le changement d'attitude des femmes et hommes envers l'excision et l'acceptation des filles non excisées dans le village.

Les séances d'animation ont banalisé la question qui est discutée même dans les villages réticents comme Bilissibougou ou Massala. « *Les agents de l'ONG MPDL, s'entretiennent avec nous sur le sujet, ils nous ont dit tout sur la pratique de l'excision, mais nous ne sommes pas encore d'accord pour changer nos pratiques* » Entretien avec un conseiller du chef de village de Massala, un village réticent.

Les exciseuses rencontrées ont montré que l'excision est un thème pertinent et d'actualité. Ainsi, une exciseuse rencontrée s'exprimait en ces termes : « *depuis que le projet est là, j'ai connu les conséquences de l'excision et j'ai commencé à m'en débarrasser petit à petit. Je sensibilise même les parents qui m'amènent leurs enfants* ».

A la question de savoir si l'excision a été réduite dans les différentes localités grâce aux différentes interventions, les réponses ont toujours été positives. De façon générale, aucun des villages rencontrés n'a organisé de campagnes d'excision de masse il y a 2 ans ou souvent plus. Ce résultat fort intéressant encourage à continuer les actions. Ces résultats sont aussi liés au fait que l'ONG, en plus de l'excision, mène des activités de développement dans les villages. Ces activités ont été le socle pour une grande mobilisation des communautés autour de la question de l'excision. Il n'est pas évident que sans les activités de développement, de tels résultats soient acquis. Ce qui veut dire que les acquis sont fragiles et doivent être poursuivies. Pour une activité de changement de comportement, il faut du temps et de la persévérance.

Pendant les séances d'IEC, les messages véhiculés ont été surtout les mêmes pour l'ensemble des groupes cibles encadrés. Cela devra être revue dans le futur car un message adapté à un groupe de jeunes ne l'est pas forcément au niveau des vieux et les arguments pour amener les jeunes à changer ne sont pas forcément les mêmes pour les vieux. Il en est de même pour les supports d'animation.

Les stratégies développées ont permis d'amener quatre (4) villages au stade de décision d'abandon avec deux (2) villages qui ont organisé la cérémonie d'abandon et deux (2) villages au stade de déclaration publique d'abandon.

Il ressort des discussions au niveau des focus group et des interviews individuelles les constats suivants :

- Malgré l'ancrage socioculturel du phénomène de l'excision dans toutes les localités visitées, le débat sur la pratique de l'excision est permis au niveau de toute la population (hommes et femmes) ;
- Le projet MGF de l'ONG MPDL est bien connu des communautés dans les villages. La quasi-totalité des réponses au niveau individuel (leaders d'opinion, leaders communautaires, responsables femmes, etc.) que des focus groupes (hommes et femmes) aussi bien dans les villages d'abandon que dans les villages réticents le programme MGF est cité en référence du fait de la stratégie et des outils utilisés ;
- L'excision est comprise comme une pratique des ancêtres qu'il faut perpétuer dans les villages réticents (selon certains leaders réticents) tandis que la plupart des femmes et des jeunes pensent qu'il faut abandonner;
- Les méfaits de l'excision sont connus par la majorité des femmes au niveau des focus groupes et individuellement ;
- Les mêmes méfaits sont connus par les hommes. Les supports IEC utilisés sont adaptés aux conditions socio culturelles dans la zone et ont contribué à faire moins de choc.

Les résultats attendus du projet sont à la dimension des ressources mobilisées. Les différentes actions menées tout au long de ces mois de travail ont permis d'informer l'ensemble des couches sociales dans les villages à savoir les femmes, les hommes et les jeunes. Les deux premières couches à savoir les femmes et les hommes ont été plus touchées que les jeunes. Les actions menées ont permis de réduire la pratique de l'excision dans certains villages jusqu'à l'annonce de l'abandon. D'autres villages sont au stade de la réflexion pour l'abandon de l'excision. Cela est un grand pas si l'on sait que l'objectif visé par le projet était la réduction de la pratique de l'excision dans la zone de mise en œuvre des activités.

Il faut signaler le caractère non prioritaire de la lutte contre l'excision dans certains villages, dans lesquels la pratique n'est pas perçue comme un problème. Les avis étaient partagés par rapport à la pertinence de la résolution du problème dans ces villages surtout ceux qui sont cités réticents plus haut.

Pour les villages d'abandon ou en voie d'abandon, le thème de la lutte contre l'excision a permis de résoudre plusieurs problèmes liés à la santé de la reproduction mais aussi tout autre problème de santé qui frappait les villages (paludisme, consultations prénatales, malnutrition, stérilité). Par contre dans les villages dits réticents, la pertinence par rapport à la résolution des problèmes n'est pas très bien perçue. Les propos des femmes et hommes des villages de Bilissibougou ou Massala ont confirmé cela : **« MPDL nous a amené à Néguebougou pour participer à une formation sur l'excision. Là-bas, nous en avons discuté sans tabou, on nous a montré des images, des vidéos, montrant les effets négatifs de l'excision. Cependant, nos ancêtres ont toujours pratiqué l'excision, nous l'avons héritée d'eux, nos femmes ont toujours accouché sans problème, comment voulez-vous que nous abandonnions cette pratique que nous trouvons bonne socialement? »**

Les résistances aux dialogues sur l'excision sont constatées chez certains leaders religieux et un leader communal dans ces deux villages. Il s'agit des leaders rencontrés qui n'ont pas participé aux formations mais qui ont une influence dans les prises de décisions. En plus, ces personnes n'ont pas participé aux animations de masse organisées dans les villages.

Le processus d'éducation pour la réduction de la pratique de l'excision exige des acteurs, une démarche appropriée et des terminologies adéquates. L'ONG MPDL a voulu relever ce défi en initiant à l'endroit de ses partenaires des activités de formation sur l'excision, les stratégies de communication. Cette stratégie a permis aux agents et aux partenaires à la base d'acquérir des compétences dans la lutte en faveur de la réduction de la pratique de l'excision. Ces formations dont ont bénéficié les leaders communautaires, les exciseuses, les relais, les enseignants, les leaders religieux ont été jugées insuffisantes par l'ensemble des acteurs rencontrés compte tenu de leur niveau d'alphabétisation, de la mobilité des populations et la disponibilité des personnes formées. Pour cela, il serait bon de faire un recyclage ou même d'organiser d'autres formations, car une seule formation ne permet pas de renforcer réellement un participant sur une thématique aussi difficile que l'excision.

L'ONG a aussi initié des sessions de formation à l'endroit des agents de santé sur les thématiques suivantes :

- faire le lien entre l'excision et la santé de la reproduction ;
- faire un rappel sur l'anatomie et la physiologie des organes génitaux de la femme ;
- comprendre les conséquences médicales et psycho-sociales de l'excision ;
- comprendre les déterminants socio culturels de la pratique de l'excision ;
- reconnaître une complication liée à l'excision et faire la référence des cas de complications liée à l'excision pour leur prise en charge ;
- comprendre les aspects éthiques, législatifs et juridiques.

Cela a été une grande opportunité pour les victimes qui peuvent désormais être traitées sur place et qui peuvent oser témoigner sur les conséquences de l'excision. D'ailleurs, dans certaines localités, grâce au témoignage des victimes de l'excision, les complications ont été mieux appréhendées.

Il faut cependant noter que, depuis le début de la lutte contre les MGF jusqu'à nos jours, l'approche santé a été la porte d'entrée pour parler de ce fléau sur l'ensemble du territoire du Mali. Des évaluations ont montré que l'approche est bonne mais qu'elle a des limites. En effet, elle a souvent entraîné la médicalisation involontaire de la pratique. Il ressort que les formations initiées par MPDL ont pris en compte les aspects de droits et les aspects de déterminants socio culturels. Ce qui est une bonne chose dans le cadre de la lutte contre les MGF.

Compte tenu du contexte actuel à savoir l'absence de législation spécifique dans le domaine de la lutte contre l'excision au Mali, la connaissance des textes internationaux signés et ratifiés par le Mali dans le domaine général de la protection de la femme et de l'enfant représentent une opportunité à saisir pour plus d'ancrage de l'approche citée plus haut.

Enfin l'instabilité socio politique au Mali et le changement des agents n'ont pas joué favorablement sur la mise en œuvre des activités du projet. En effet du démarrage du projet à sa clôture, plusieurs animateurs et animatrices se sont succédé dans certaines communes. Le

temps d'intégration du nouvel agent à la communauté et vice versa peut retarder l'atteinte des résultats souhaités.

#### **4.5.2 Degré d'atteinte des objectifs du projet**

L'Objectif spécifique du projet est de : *Contribuer à la réduction de la pratique des mutilations génitales féminines, à travers la formation, le renforcement de capacités et la sensibilisation en faveur des acteurs directement impliqués dans la pratique et des populations de 4 communes du Cercle de Kita, Région de Kayes, Mali.*

Cet objectif peut être jugé atteint vu les résultats sur le terrain dans les villages. Il s'agit de changement de comportement par rapport à une pratique ancrée depuis des siècles, une pratique que les populations ont héritée de leurs ancêtres, qu'elles ne sont pas prêtes à abandonner de si tôt. La preuve est la présence dans les villages de certains leaders religieux et communautaires favorables au maintien de la pratique de l'excision dans des villages comme (Blissibougou, Massala, Dalaba, Guésseo).

La tendance générale dans la zone du projet est que les populations ont reçu des messages sur la pratique de l'excision, ses complications et ses conséquences sur la santé de la femme et de la jeune fille, et que ces messages ont été compris. Certains villages pensent que l'excision ne se pratique plus de façon ouverte avec l'organisation de manifestation et de jouissance. Cela ne veut pas dire pour autant que la pratique ne se fait pas. D'autres par contre pensent que l'Etat Malien doit ouvertement s'engager avec des actions énergiques pour que cette pratique s'arrête.

Le projet dans sa démarche a pris en compte certains groupes importants dans la prise de décision (chefs traditionnels, chef religieux), ce qui a été une très bonne chose et pourrait faciliter la prise de décision pour l'arrêt de la pratique. Aussi, le projet a permis d'informer les populations sur les méfaits de l'excision, à travers l'organisation des sessions de formations à l'endroit des populations, des agents de terrain sur l'excision et l'animation. Selon les personnes rencontrées, cela est l'un des meilleurs résultats du projet. Les personnes rencontrées ont déclaré avoir acquis des connaissances précieuses sur la pratique de l'excision et ses méfaits. En plus, le renforcement des structures sanitaires et éducatives à travers la formation de leurs agents a été jugé pertinent.

De façon générale, une réduction durable de la MGF sera difficilement atteinte selon les personnes enquêtées à cause de :

- la durée très courte des activités ;
- le faible niveau d'alphabétisation dans la zone ;
- le déficit de communication entre les agents et les leaders communautaires pour le partage des objectifs et les stratégies du projet ;

#### **4.5.3 Degré d'atteinte des résultats du projet :**

Selon les femmes dans certains villages, depuis le démarrage des activités du projet, les populations ont eu une certaine réticence à pratiquer l'excision de façon voilée. De plus en plus l'excision se pratique en cachette sans organisation d'activités festives, ni de tapage. Les femmes pensent qu'un effort doit être fait du côté des hommes car selon elles, l'homme est le

maître de la famille. S'il prend la décision, la pratique sera abandonnée dans la famille. Certaines femmes pensent qu'il est plus facile de prendre la décision au niveau familial que villageois car, la pratique de l'excision est individuelle dans tous les villages (réticents ou non), ce qui rend difficile l'affirmation de l'arrêt de la pratique. Mais ce qui est sûr, c'est la réduction de la pratique dans certains villages, où il y a un engagement plus ouvert des leaders.

En plus, certaines exciseuses rencontrées disent avoir abandonné la pratique de l'excision sous l'effet du projet. Elles pensent que les informations reçues lors des formations et les nombreuses séances de sensibilisation les ont poussées à l'arrêt. Cependant, les exciseuses pensent que les hommes ont un grand rôle à jouer dans l'abandon de la pratique, car selon elles, c'est l'homme qui a toujours le dernier mot dans la prise de décision au niveau familial.

#### **4.6 L'Impact du projet**

Dans sa mise en œuvre, le projet a produit des changements notables dans les différents villages. Les populations rencontrées reconnaissent qu'en ce peu de temps des efforts ont été faits en termes d'information et de formation sur la pratique de l'excision dans la zone.

##### **4.6.1 De la dynamique et des opportunités créées par le projet en matière de lutte contre l'excision**

Le renforcement des compétences techniques des acteurs en matière de lutte contre la pratique de l'excision en l'occurrence le personnel de santé, les enseignants et l'équipe de mise en œuvre du projet ont été jugés positifs. Ainsi, un enseignant a déclaré : « l'expérience que nous avons acquise à travers la mise en œuvre du projet excision de l'ONG MPDL nous a offert d'autres opportunités, nous sommes à mesure de sensibiliser d'autres collègues sur le sujet ».

Le programme a donné l'occasion à la population d'accéder aux informations concernant les méfaits des Mutilations Génitales Féminines (MGF) et de prendre conscience de ses conséquences néfastes sur la santé des femmes et sur le bien-être de la famille. Ainsi, certaines femmes de Néguebougou ont pu dire ceci : « *aujourd'hui, dans notre village nous percevons l'excision comme un péché du fait que lorsque tu amènes l'enfant à exciser, elle se débat, elle crie jusqu'à épuiser ses forces. La complexité du processus de procréation chez la femme commande qu'elle ait un corps complet et en bonne santé* ».

L'identification et le rapprochement des exciseuses à travers les formations ont créé une dynamique d'échange entre ces actrices clés de la pratique. Il en est de même pour les différents groupes ciblés par les formations.

##### **4.6.2 La Mise en place de concept « village model pour la défense des droits humains ».**

Cette activité a été bien appréciée par les populations du fait de son originalité. Elle a permis de faire émerger et de renforcer la cohésion au niveau villageois autour de la problématique de Droits humains au niveau des organisations communautaires de base. Pour un sujet aussi sensible que l'excision, la synergie est la meilleure façon pour gagner le combat. Cette dynamique née des actions doit être maintenue et consolidée car elle servira de gage pour la pérennité/durabilité.

### 4.6.3 Du changement de statut des villages

Le changement de statut par les villages est l'un des impacts positifs du programme. En effet, tous les villages enquêtés ont déclaré n'avoir pas fait de cérémonie d'excision de façon publique il y a plus de deux ans. Certaines communautés ont même déclaré avoir vu <sup>1</sup>l'étoile polaire mais se sont retenues de programmer des excisions. Ainsi, à Néguebougou, un villageois a affirmé : **« nous n'avons pas déclaré officiellement l'abandon de la pratique de l'excision mais nous sommes sur la voie. Nous avons peur des conséquences de l'excision, nous sommes en période d'observation ».**

#### ✓ *De la réduction de l'excision par certains villages*

La réduction de l'excision qui est objectif spécifique du projet a été obtenue dans certains villages. Tel est le cas dans les villages d'abandon (Madina et Maréna) et villages jugés en voie d'abandon (Sonki, Néguebougou, Sefeto). Les villages d'abandon ont officiellement déclaré et organisé la célébration d'une fête pour formaliser l'événement. Ces communautés ont rassuré l'équipe d'évaluation en disant que même si le projet quittait, elles ne reviendront pas sur leur décision. A ce propos, une femme de Maréna visiblement très engagée a déclaré en substance : **« notre décision, c'est notre décision ; c'est notre intérêt mais pas celui du projet. Nous sommes des hommes et des femmes sincères ; quels que soient les événements, nous ne reviendrons pas sur notre décision. Elle est ferme notre décision ».**

#### ✓ *De l'acceptation des débats sur l'excision par les communautés*

Considéré comme tabou et n'ayant jamais fait l'objet d'un échange public dans les zones d'intervention, le projet a permis à travers les diverses rencontres entre groupes et les animations de démystifier le thème de l'excision. Celui-ci a été rendu familier aux oreilles des hommes et des femmes. Les femmes de Maréna attestent cette affirmation : **« à l'arrivée du projet, on se bouchait les oreilles lors des séances de causeries ; aujourd'hui, nous sommes pressées que l'animatrice revienne car il est très intéressant de causer avec elle ».**

#### ✓ *De la déclaration d'abandon de l'excision par des familles des autorités voire des villages*

La pratique de l'excision tourne au ralenti dans tous les villages visités pendant l'évaluation. Elle a été abandonnée par certains villages et familles. Cela est un impact intéressant du projet. Avant l'arrivée des ONG sur le terrain, tout le monde excisait et les habitants des villages qui ne le faisaient pas étaient considérés comme des « animaux ».

Aujourd'hui, des exciseuses ne sont plus les biens venues dans nos villages ont témoigné les populations de Maréna.

#### ✓ *De la levée de l'équivoque sur l'interprétation religieuse de l'excision*

L'excision était considérée comme une pratique religieuse et purificatrice. Grâce aux informations véhiculées, cette équivoque a été levée. L'excision n'a rien à voir avec la religion. Certains leaders religieux formés pensent que l'excision doit être arrêtée dès lors qu'on est d'accord qu'elle n'est pas une pratique religieuse. Cependant, ces leaders pensent

---

<sup>1</sup> C'est en fonction de l'apparition de l'étoile polaire, que la société consultait les devins pour savoir si le contexte était favorable ou pas pour organiser l'excision des filles.



qu'il faut du temps et de la persévérance pour arriver à un abandon de cette pratique qui a perduré des dizaines d'années.

#### ✓ *Le rehaussement du statut de la femme*

Grâce aux supports utilisés dans l'animation sur les complications de l'excision, les hommes se sont rendu compte que les femmes ont un rôle primordial à jouer dans la procréation. Ils ont perçu les nombreuses douleurs supportées par la femme pendant l'enfantement et à partir de là, ont accordé une certaine considération aux femmes.

Les interventions ont aussi permis aux femmes de faire des revendications auprès des hommes. « Pour la première fois, nous avons été écouté par les hommes » déclaraient les femmes de Maréna. Elles continuent sans cesse en ces termes : « avant l'arrivée du projet, nous étions là pour écouter les hommes, organiser les fêtes, les réceptions. Grâce au projet, nous avons compris que nous avons une place. C'est ce qui est arrivé quand nous avons pris conscience des complications de l'excision. Nous avons échangé aussi avec les hommes pour voir la possibilité d'abandonner ».

#### **4.6.4 Autres impacts positifs du projet**

L'allègement des dépenses des familles (particulièrement des femmes) liés à l'organisation de la pratique de l'excision a été signalé dans les villages. Il va de même de la psychose liée à l'excision pour les mères des filles. En effet dès que l'organisation de l'excision était prononcée dans les villages, les mamans vivaient dans la hantise de voir leurs filles surmonter l'épreuve. Elles étaient obligées de consulter les divins et les marabouts qui prescrivaient souvent des sacrifices colossaux (pagnes, moutons, volailles, etc.).

Certaines femmes ont soutenu en ces termes : « autrefois, la pratique de l'excision se faisait tous les ans ; si tu avais plus d'une fille, tu ne dormais pas ; parce qu'il fallait trouver plus de morceaux de savon, prévoir les graines pour les cérémonies et la rémunération de l'exciseuse. Quand tu étais pauvre, cela te donnait à réfléchir ; on pouvait ainsi passer des nuits blanches. Grâce au projet, ces soucis n'existent plus ».

#### **4.6.5 Diminution des dépenses de santé sur les méfaits de l'excision**

Pour le cas d'hémorragie ou d'autres complications, il fallait se rendre au centre de santé le plus proche et cela n'était pas sans incident sur l'économie des femmes.

#### **4.6.6 Réduction d'autres fléaux dans la localité**

Le paludisme et autres maladies diarrhéiques autrefois très accentués dans la localité ont diminué grâce aux conseils des animatrices. D'après les communautés, les animateurs en plus des séances sur l'excision donnaient des conseils hors causeries sur la nutrition. Ils abordaient aussi des sujets comme l'importance des grossesses non rapprochées ; cela a contribué à réduire la mortalité maternelle et infantile. Même le paludisme semble avoir diminué grâce aux interventions des projets.

Le projet a aussi contribué à la fréquentation accrue des centres de santé par les femmes. Les consultations prénatales, l'identification des enfants, leur scolarisation sont devenues des activités bien perçues dans les différentes localités couvertes par le programme.

#### **4.6.7 Changement négatif dû au programme**

Des comportements négatifs sont à signaler, il s'agit de :

- l'aspect clandestin de la pratique de l'excision dans certaines localités :

Malgré les efforts fournis par les ONG et l'implication de certains leaders communautaires et aussi grâce à la complicité de la population la pratique de l'excision se fait de façon clandestine.

- Dans tous les villages réticents (les villages qui acceptent difficilement l'abandon de la pratique de l'excision et sont réfracteurs au thème) comme Dalaba, Blissibougou, Guesseou, Massale, les populations sont réticentes au dialogue sur la la pratique de l'excision.

#### **4.7 La Durabilité du projet**

Les éléments de durabilité perceptibles sont :

- La mise en place de concept « village model pour la défense des droits humains» a favorisé un éveil de conscience chez les populations dans la zone. Cela sera un bon signe pour la poursuite des actions avec ou sans les ONG.
- La collaboration avec les structures étatiques (Santé, Education, collectivités déconcentrées et décentralisées) a contribué également de façon positive à la pérennisation des activités dans toutes les localités visitées ;
- La formation des leaders communautaires et religieux dans les villages permettra de maintenir la cadence après le projet ;
- La présence des comités de gestion communautaires et des relais formés est aussi un signe de durabilité.

Sur le plan technique, l'équipe d'évaluation est d'avis que l'utilisation de l'approche santé et droits est une bonne chose et permet de prendre la problématique de l'excision sur toute sa dimension.

##### **4.7.1 L'initiation de formation à l'intention des acteurs**

Les séries de formation organisées par l'ONG à l'endroit des relais villageois, responsables et enseignants des écoles, agents de santé, exciseuses, religieux et leaders d'opinion avaient pour objectifs d'échanger, d'informer, de sensibiliser et de renforcer les connaissances de ces acteurs sur les méfaits de l'excision et le bien-fondé de la lutte pour la réduction de la pratique et les techniques d'approche du milieu. Le renforcement des compétences/capacités des acteurs a été une condition sine qua non pour l'atteinte des objectifs visés. MPDL et ses partenaires ont utilisé largement cette stratégie même s'il convient de renforcer les aspects de Droits humains. En effet chaque groupe cible a eu la chance de participer à un atelier de formation. Cela permet d'améliorer les connaissances et de transformer les mentalités. Toutes fois, le Droit étant un sujet plus difficile à cerner, il est judicieux de renforcer cette thématique. Les animations et les causeries débats doivent permettre aux communautés et surtout les femmes de connaître les textes et les conventions.

#### **4.7.2 L'utilisation de relais**

Au niveau des communautés, des relais ont été identifiés et formés par le projet. Ces relais ont joué un rôle capital dans la mobilisation des populations à participer aux activités du projet. Certains relais sont à mesure de réaliser correctement des animations sur l'excision. Ils servent également d'agents de conseils.

#### **4.7.3 L'approche communautaire (participation des différents acteurs impliqués dans le projet)**

La démarche stratégique de l'ONG qui a consisté de cibler et de focaliser ses efforts sur les différentes catégories de la communauté ayant des responsabilités à prendre vis-à-vis de l'abandon de l'excision a été appréciable comme approche d'intervention. Cette démarche facilite la prise de décision pour la réduction de la pratique. En effet, dans les villages, les leaders communautaires et religieux jouent un rôle fondamental pour la prise de décision concernant une telle pratique socio culturelle.

### **V. LES FORCES ET FAIBLESSES**

#### **5.1 Forces**

- L'approche communautaire qui permet de prendre en compte les différentes catégories de la communauté et les impliquer aux différentes étapes du projet est une force de la stratégie d'intervention;
- L'utilisation d'une ONG professionnelle pour l'animation et la formation des acteurs villageois a été une force pour le programme. En plus le renforcement des compétences de cette ONG permettra aux acteurs locaux de propager les activités de lutte contre les MGF et continuer l'appui à l'échelle nationale ;
- La révision de la stratégie d'intervention dès lors que l'ONG a rencontré des contraintes a été une bonne chose car cela a permis d'ajuster les stratégies, de mieux redéfinir les résultats et de gérer les réticences ;
- La formation sur les différentes thématiques à l'endroit des diverses cibles (leaders communautaires, religieux, exciseuses, relais...) a été un succès car elle a permis de constituer de véritables soutiens dans chaque village ;
- La formation en alphabétisation a permis d'avoir des personnes capables de lire et écrire en langue locales, ceci garanti la durabilité des actions car la communauté une fois formée et capable de lire et d'écrire peut s'organiser pour mieux gérer la vie du village ;
- La collaboration avec les services techniques a été une bonne chose car elle permet de renforcer le partenariat entre structures de l'état et l'ONG ;
- L'ONG a travaillé avec des animateurs basés dans les villages, qui parlent la même langue et qui connaissent les réalités socioculturelles du milieu. Cela crée une certaine confiance entre l'ONG et les populations et facilite la communication;
- Le projet a permis la possibilité de débat autour de l'excision au niveau de tous les villages avec les diverses couches sociales. Cela a permis de démystifier le sujet et installer un dialogue communautaire autour de la question de l'excision ;
- Le processus d'abandon de l'excision est enclenché dans certains villages avec des déclarations formelles, cela témoigne l'engagement des communautés en faveur de nouveaux comportements ;

- Les leaders communautaires et même religieux sont impliqués dans le processus d'animation dans certains villages, cela permet de mieux les utiliser dans le cadre du changement du comportement ;
- La collaboration étroite entre l'ONG MPDL et les agents de santé a permis à la santé de se rendre compte des actions menées et de déterminer l'appui à apporter à l'ONG.

## **5.2 Faiblesses**

- La faible implication des jeunes dans le processus d'éducation pour l'abandon de l'excision a été également un constat majeur. En tant que futurs parents de demain, une action ciblée à leur égard permettrait de les préparer déjà à adopter un certain comportement vis-à-vis de la pratique de l'excision ;
- La courte durée du programme par rapport à une activité qui nécessite un changement de comportement pour une pratique millénaire ;
- La faible prise en compte de l'approche droit de l'excision a été une insuffisance dans la mise en œuvre des activités. Or, en l'absence de législation spécifique au Mali, l'ONG aurait pu se servir des textes internationaux régulièrement signés et ratifiés par le Mali qui une fois ce processus accompli deviennent supérieurs aux normes nationales ;
- La faiblesse du système de suivi surtout par rapport aux personnes formées ;
- Absence d'une stratégie de plaidoyer dans la mise en œuvre des activités au près des autorités communales, religieuses, scolaires.
- L'aspect religieux des MGF qui demeure le facteur principal de résistance est peu abordé dans les animations de groupes. Dans beaucoup de village les arguments religieux bloquent le changement de comportement. Ici il ne s'agit pas de cours de théologie mais faire comprendre que l'excision n'a rien à voir avec la religion ;
- L'inactivité de certains relais dans les villages après la fin du projet liée au problème de bénévolat, car la prise en charge pose problème dans les villages. Le projet sera plus durable si le dispositif communautaire (relais, comité de gestion, comité de surveillance) fonctionne c'est-à-dire qu'ils tiennent des rencontres et prennent des décisions participatives avec les communautés ;
- La faible application de la politique nationale en matière de lutte contre les MGF qui se traduit par la non mise en place dans les villages des Comité de Gestion Communautaire chargé du suivi des décisions prises

## **VI. LES LEÇONS APPRISES**

- L'abandon de l'excision est un processus de longue haleine et doit toujours s'inscrire dans une approche holistique, c'est-à-dire une approche qui prend en compte tous les aspects du développement (santé, droits, éducation, environnement, AGR...)
- La nécessité de cibler tous les groupes de la communauté notamment les hommes et les jeunes est un gage de succès;
- La nécessité de renforcer le dispositif communautaire pour activer le processus d'abandon est indispensable;
- L'adoption d'une stratégie de plaidoyer ciblé à l'endroit des autorités communales, religieuses, scolaires est une nécessité dans la lutte contre l'excision.

## VII. LES BONNES PRATIQUES

### 7.1 L'utilisation de relais

L'utilisation des relais a été une bonne pratique et un gage de durabilité dans la gestion de ce projet. Les relais formés pourront continuer les activités dans les villages au retrait de l'ONG.

### 7.2 La Mise en place de concept « village model pour la défense des droits humains».

Cette activité est originale et bien appréciée par les populations dans les villages. Elle a permis de faire émerger et de renforcer la cohésion au niveau villageois autour de la problématique de Droits humains au niveau des organisations communautaires de base.

### 7.3 L'approche communautaire (participation des différents acteurs impliqués dans le projet)

L'approche communautaire a facilité la prise de décision pour la réduction de la pratique de l'excision dans les villages. Elle a permis l'implication des différentes couches sociales dans la mise en œuvre des activités du projet à savoir les leaders communautaires et religieux, les femmes et souvent les jeunes.

## VIII. RECOMMANDATIONS

- L'évaluation recommande à MPDL d'avoir une vision plus large et lointaine des questions liées à la lutte contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF). Pour cela, il est indispensable de faire une autre phase du programme pour une durée de 3 à 5 ans afin d'avoir des résultats plus probants ;
- Elargir la zone du projet en couvrant tous les villages des communes d'intervention ;
- Organiser des échanges entre les villages encadrés surtout les villages en voie d'abandon et les villages réticents ;
- Le sujet de la lutte contre la pratique de l'excision étant très sensible, nous recommandons à l'ONG d'aborder cette question sous un angle holistique (Il s'agit de lier l'activité de l'excision avec d'autres activités qui intéressent les communautés: Sécurité alimentaires, l'environnement, la nutrition, pratiques néfastes etc.). L'excision abordée de façon isolée crée des résistances. C'est en l'abordant dans un contexte plus global que ces résistances peuvent être dissipées
- Collaborer avec les collectivités pour inscrire l'excision dans les actions de développement des Communes (PDSEC);
- Rendre opérationnel à travers les formations, le suivi, la mise en place d'un plan d'action des différents dispositifs communautaires (comité de surveillance, comité de gestion, groupes de relais.....) pour suivre la déclaration d'abandon ;
- Intégrer le plaidoyer dans l'approche d'intervention ;
- Adapter les messages aux cibles (les hommes, les femmes, les jeunes, les leaders communautaires, les leaders religieux, n'ont pas les mêmes besoins en matière

d'information. Chaque catégorie sociale a une spécificité en termes de message à véhiculer) ;

- Impliquer davantage les hommes et les jeunes dans les causeries débats, car les hommes sont ceux qui prennent les décisions dans les familles par rapport à l'excision et les jeunes constituent des futurs mariés, chef de famille;
- Former les membres des comités de suivi à élaborer des plans d'action et leur mise en œuvre ;
- Organiser des sessions de recyclage à l'endroit des personnes formées (relais communautaires, leaders communautaires, leaders religieux, élus communaux, enseignants, agents de projet, agents de santé, etc.)
- Capitaliser et partager les leçons et les bonnes pratiques pour soutenir le processus d'abandon dans les autres villages ;
- Concevoir les outils de suivi évaluation et de collecte de données afin de pouvoir au mieux documenter et capitaliser le travail de l'ONG;
- Trouver les moyens de fidélisation des agents recrutés pour la mise en œuvre des activités du projet. Cela passera par la mise en place d'un mécanisme de traitement plus attrayant en termes de salaire et de conditions de travail.

## **IX. CONCLUSION**

Les activités menées ont permis l'atteinte de plusieurs résultats escomptés surtout par rapport à l'information des communautés. Partout les hommes et les femmes ont attesté de l'augmentation du taux de fréquentation des centres de santé et CSCOM pour les CPN et CPON, la diminution des cas de décès au cours des accouchements et la prise de conscience progressive sur les conséquences néfastes de la pratique de l'excision. Aujourd'hui dans la zone d'intervention du projet, la pratique de l'excision n'est plus un sujet tabou.

Les constats généraux enregistrés au cours de l'évaluation permettent de dire qu'un espoir est permis par rapport à la réduction de la pratique de l'excision.

La plupart des villages encadrés commence à percevoir en l'excision un problème de santé et à envisager les moyens pour son abandon. La mise en place des organisations communautaires de base et leur soutien au programme encourage à une continuation des activités du programme.

Afin d'obtenir des résultats plus encourageants, il est nécessaire que MPDL et ses partenaires se dotent de moyens adéquats dans le domaine. Il est indispensable de financer une autre phase du projet afin de prendre en compte les constats et les recommandations.

# ANNEXES

## Annexe 1

### Liste des personnes rencontrées

Numéro	Prénom	Nom(s)	Fonction		Village
1			Président de l'ASACO		Garango
2			Relais communautaire		Garango
3			paysan		Bilissibougou
4			Paysan		Bilissibougou
5			Paysan		Bilissibougou
6			Paysan		Bilissibougou
7			Paysan		Bilissibougou
8			paysan		Bilissibougou
9			Paysan		Bilissibougou
10			Paysan		Bilissibougou
11			paysan		Bilissibougou
12			Paysan		Bilissibougou
13			Paysan		Bilissibougou
14			Paysan		Bilissibougou
15			Paysan		Bilissibougou
16			Paysan		Bilissibougou
17			Paysan		Bilissibougou
18			Agent santé		Bilissibougou
19			Présidente		Bilissibougou
20			Séc aux conflits		Bilissibougou
21			Organisatrice		Bilissibougou
22			Vice présidente		Bilissibougou
23			Relais		Bilissibougou
24			Tresorière		Bilissibougou
25			Chargée de collecte des cotisations		Bilissibougou
18			Paysan		Madina
19			Paysan		Madina
20			Paysan		Madina
21			Paysan		Madina
22			Paysan		Madina
23			Paysan		Madina
24			Paysan		Madina
25			Paysan		Madina
26			Paysan		Madina
27			Présidente		Madina
28			Vice présidente		Madina
29			2 ème vice présidente		Madina
30			3 ème Vice présidente		Madina
31			4 ème Vice présidente		Madina
32			Membre groupement		Madina
33			relais		
34			ménagère		Madina
35			ménagère		Madina
36			relais		
37			ménagère		



38			ménagère		“
39			“		“
40			“		“
41			“		“
42			“		“
43			“		“
44			“		“
45			“		“
46			“		“
47			“		“
48					“
49			Eleveur		Guesséo
50			Maitre de Medersa		Guesséo
51			Paysan		Guesséo
52			Paysan		Guesséo
53			Paysan		Guesséo
54			Relais		“
55			Présidente		“
56			relais		“
57			relais		“
58			ménagère		“
59			ménagère		“
60			ménagère		“
61			ménagère		“
62			Paysan		Néguébougou
63			Paysan		Néguébougou
64			Paysan		Néguébougou
65			Conseiller communal		Néguébougou
66			Paysan		Néguébougou
67			Paysan		Néguébougou
68			Paysan		Néguébougou
69			Paysan		Néguébougou
70			Paysan		Néguébougou
71			Relais communautaire		Néguébougou
72			Chef de village		Marena
73			Conseiller au chef de village		Marena
74			Paysan		Marena
75			Paysan		Marena
76			Paysan		Marena
77			Paysan		Marena
78			Paysan		Marena
79			Paysan		Marena
80			Paysan		Marena
81			Paysan		Marena
82			Paysan		Marena
83			Paysan		Marena
84			Paysan		Marena
85			Paysan		Marena
86			Paysan		Marena
87			Paysan		Marena
88			Paysan		Marena
89			Paysan		Marena

90			Paysan		Marena
91			ménagère		Marena
92			Prés. Des femmes		Marena
93			Vice prés		Marena
94			ménagère		Marena
95			ménagère		Marena
96			ménagère		Marena
97			ménagère		Marena
98			ménagère		Marena
99			ménagère		Marena
100			Paysan		Massala
101			Conseiller communal		Sefeto
102			Présidente		Sefeto
103			organisatrice		“
104			Présidente		“
105			organisatrice		“
106			ménagère		“
107			Sec administrative		“
108			Vice présidente		“
109			Vice présidente		“
110			Présidente Hijila		“
111			Organisatrice Balemaya		“
112			membre		“
113			membre		“
114			membre		“
115			Groupement Faïda		“
116					“
117			Membre groupement		“
118			membre		“
119			membre		“
120			membre		“
121			membre		“
122			Exciseuse		“
123			Chef de village		Dalaba
124			Paysan		Dalaba
125			Paysan		Dalaba
126			Paysan		Dalaba
127			Paysan		Dalaba
128			Paysan		Dalaba
129			Ménagère		Dalaba
130			Ménagère		Dalaba
131			Ménagère		Dalaba
132			Ménagère		Dalaba
133			Ménagère		Dalaba
134			Ménagère		Dalaba
135			Ménagère		Dalaba
136			Ménagère		Dalaba
137			Ménagère		Dalaba
138			Ménagère		Dalaba
139			Ménagère		Dalaba
140			Ménagère		Dalaba

141			Ménagère		Dalaba
142			Ménagère		Dalaba
143			Ménagère		Dalaba
144			Ménagère		Dalaba
145			Ménagère		Dalaba
146			Ménagère		Dalaba
147			Ménagère		Dalaba
148			Ménagère		Dalaba
149			Ménagère		Dalaba
150			Ménagère		Dalaba
151			Ménagère		Dalaba
152			Ménagère		Sonki
153			Ménagère		Sonki
154			Ménagère		Sonki
155			Ménagère		Sonki
156			Ménagère		Sonki
157			Ménagère		Sonki
158			Ménagère		Sonki
159			Ménagère		Sonki
160			Ménagère		Sonki
161			Ménagère		Sonki
162			Ménagère		Sonki
163			Ménagère		Sonki
164			Ménagère		Sonki
165			Ménagère		Sonki
166			Ménagère		Sonki
167			Ménagère		Sonki
168			Ménagère		Sonki
169			Ménagère		Sonki
170			Ménagère		Sonki
171			Ménagère		Sonki
172			Directeur d'école		Sonki
173			Relais		Garango
174			relais		Garango
175			Présente Association femmes		Garango
176			Organisatrice		Garango
177			Membre groupement féminin		Garango
178			menagère		Garango
179			menagère		Garango
180			menagère		Garango
181			menagère		Garango
182			menagère		Garango
183			menagère		Garango
184			menagère		Garango
185			menagère		Garango
186			menagère		Garango
187			menagère		Garango
188			menagère		Garango
189			menagère		Garango
190			'		Garango

191			menagère		Garango
192			menagère		Garango
193			menagère		Garango
194			menagère		Garango
195			menagère		Garango
196			menagère		Garango
197			menagère		Garango
198			menagère		Garango
199			menagère		Garango
200			menagère		Garango
201			menagère		Garango
202			menagère		Garango
203			menagère		Garango
204			menagère		Garango
205			menagère		Garango
206			menagère		Garango
207					Garango
208					Garango
209					

## Annexe 2

La liste de villages choisis en fonction de leur disponibilité pour l'abandon de la pratique de l'excision ainsi que les villages qui ont abandonnés.

N°	Communes	Villages	Communauté contacté		Observation
1	Séfété Nord	Marena	- Imam, - Chef de village, -jeunesse, - présidente des femmes - 1er Adjoint Maire, - 3eme Adjoint – - le Maire Principal		Le village a déjà abandonné
2		Madina	- Imam, - Chef de village, -jeunesse, - présidente des femmes, - 1er Adjoint Maire, - 3eme Adjoint et - le Maire Principal		Le village a déjà abandonné
3		Néguebougou	- Chef de village, - Présidente des femmes Bamissa Traoré - Président des jeunes Moussa Traore - Le Maire N'tapha Diarra		Le village est prêt pour d'abandon
4		Guésséo	- Imam, - Chef de village, -jeunesse, - présidente des femmes,		
5	Séfété Ouest	Sefeto	- Chef de village - Présidente des Femme Nantiné Magassouba - Imam - N'golo Coulibaly Elu - Le Maire Koto Tounkara		Les femmes et les élus sont prêts pour l'abandon Le chef de village est pour l'abandon mais son frère est récalcitrant
6		Dalaba	- Chef de village - Présidente des femmes Djeneba Fofana - Imam - Jeunesse Siramady		Le village est prêt pour l'abandon
7		Sonki	- Imam, - Chef de village, -jeunesse, - présidente des femmes		
8		Massala	- Imam, - Chef de village, -jeunesse, - présidente des femmes		
9	Dindanko	Guarango	- Le Maire Makan Keita		Le village est prêt pour l'abandon
10		Blissibougou	- Imam, - Chef de village, -jeunesse, - présidente des femmes		

### **Annexe 3**

#### **Outils de collecte**

#### **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC L'EQUIPE DE PROJET**

1. Quelle est la composition du personnel impliqué dans la mise en œuvre du projet ?
2. Depuis combien de temps le personnel est sur place ? (voir la durée de chaque membre du personnel)
3. Quelles sont les conditions de travail (nature du contrat, moyens logistiques, conditions salariales, les avantages, système de recrutement, existence de manuel de gestion, partage du manuel avec les agents, système de communication entre le personnel, entre le personnel et la Direction, etc.)?
4. Comment fonctionnait cette équipe (système de rencontre, rythme de rencontre, système de planification et programmation des activités, cahier de charge des agents, évaluation du personnel, suivi des activités, évaluation à mi parcours, etc.) ?
5. Quelles sont les formations reçues dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet ?
6. Quelles sont les activités menées dans la cadre de la mise en œuvre du projet ?
7. Comment étaient organisées les activités au niveau du village ?
8. Quels sont les messages développés pendant la mise en œuvre du projet ?
9. Quels sont selon vous, les objectifs/résultats du projet qui ont été atteints ?
10. Quels sont les facteurs internes et externes qui ont favorisé/contribué à cela ?
11. Quelles étaient les bénéficiaires des activités (bénéficiaires directs, indirects) ?
12. Quels sont les changements induits par le projet :
13. Au niveau des politiques ;
14. Dans la vie des enfants et des femmes ;
15. Par rapport au renforcement des organisations ? (organisation, structuration des organisations communautaires de base) ;
16. Quels sont les besoins spécifiques que le projet a pu résoudre ?
17. Quelles stratégies avez-vous envisagées pour assurer la continuité des activités du projet ?
18. Quels sont les autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre du projet ?
19. De quel système de suivi ou contrôle disposez-vous dans le cadre de la mise en œuvre des activités ?

20. Quel est le budget approuvé et le volume du financement mobilisé (voir le budget par rubrique et pourcentage)?
21. Quelle appréciation faite vous de la mobilisation des ressources ?
22. Quelle appréciation faite vous de la collaboration avec l'Union Européenne ?
23. Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en œuvre de vos activités (contraintes par rapport à chaque acteur)?
24. Quels étaient les moyens mobilisés pour la mise en œuvre des activités ?
25. Est-ce que les moyens mis en œuvre permettaient d'atteindre les résultats envisagés ? Justifiez votre réponse.
26. Quelles leçons avez-vous tirées par rapport à la mise en œuvre des actions ? Quelles sont vos perspectives d'avenir ?
27. Quelles recommandations- faites-vous pour améliorer l'intervention ?

## **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AGENTS DE SANTE**

1. Depuis combien de temps le centre de santé collabore avec l'ONG MPDL ?
2. En quoi a consisté la collaboration du centre de santé avec MPDL dans la mise en œuvre du projet ?
3. Quelles sont les activités menées dans le cadre de cette collaboration ?
4. Quels sont les résultats/impacts visibles par rapport à la mise en œuvre de ce projet ?
5. Etes-vous satisfaits de la collaboration avec MPDL (justifier votre réponse)?
6. Quel effet impact cette collaboration a entraîné sur votre centre ? sur les bénéficiaires de vos services ?
7. Un des effets/impact du projet est le renforcement des capacités des acteurs ? Le projet a-t-il réellement contribué à cela ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?
8. Quels changements par rapport à l'évolution des mentalités par rapport à la pratique avez-vous constatés?
9. Combien d'agents de votre centre ont participé aux formations ?
10. Quel était l'objectif de ces formations ?
11. Quelle a été la durée de la formation ?
12. Quels sont les thèmes traités et les durées par thème?
13. Quelles ont été les conditions de participation ?
14. Comment était organisée votre participation à la mise en œuvre des activités du projet ?
15. Quels sont les aspects à renforcer ou à améliorer dans cette collaboration ?
16. Quelles sont les leçons tirées par rapport à la phase actuelle du projet ?
17. Quelles recommandations faites-vous au projet pour le futur ?



## **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES POPULATIONS (femmes, jeunes, leaders communautaires et religieux)**

1. Depuis combien de temps votre village collabore avec l'ONG MPDL ?
2. Quelles sont les activités menées dans le cadre de cette collaboration ?
3. Quels sont les résultats/impacts visibles par rapport à la mise en œuvre de ce projet ?
4. Etes-vous satisfaits de la collaboration avec MPDL (justifier votre réponse)?
5. Quel effet/impact cette collaboration a entraîné dans votre village ?
6. Un des effets/impact du projet est le renforcement des capacités des acteurs ? Le projet a-t-il réellement contribué à cela ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?
7. Quels changements par rapport à l'évolution des mentalités par rapport à la pratique avez-vous constatés?
8. Quelles sont les activités menées dans le cadre de cette collaboration dans votre village?
9. Il y a combien de relais formés dans votre village ?;
10. Il y a eu combien de thèmes de sensibilisation de la population sur les risques de la pratique des MGF dans votre village ?;
11. Votre village a-t-il participé à la concertation sur la pratique de l'excision ? si oui quels a été son impact ?;
12. Votre village est-il un village modèle pour la défense des droits humains ? si oui quel est l'impact ?;
13. Il y a-t-il dans votre village un Focus group pour travailler sur les MGF ? Comment est organisé son travail et quel est son impact ?;
14. Votre village a-t-il participé au Forum de sensibilisation sur les causes et conséquences de la MGF à l'intention des leaders communautaires ? Si oui quel est son impact ? ;
15. Les femmes de votre village ont-elles participé aux ateliers des femmes alphabétisées dans DDHH, droits de la femme et l'enfant, religion, santé sexuelle et reproductive et MGF ? Si oui quel est son impact ? ;
16. Quelles informations avez-vous reçues par rapport à l'excision ? Comment jugez-vous les informations reçues ?
17. Quels sont selon vous, les changements intervenus à la suite de l'intervention de MPDL ces trois dernières années : sur la vie des femmes et des enfants, par rapport aux organisations de femmes ?
18. Au niveau individuel quels changements sont-ils intervenus ?

19. Parmi les techniques utilisées (causeries, théâtre,) quelles sont celles qui ont produit plus d'effets ? Pourquoi ?
20. A quel niveau se trouve actuellement votre village (abandon ?, en voie d'abandon ?, mitigé ?, réticent ?partiellement réticent ?) Justifiez votre réponse.
21. Quels sont les aspects des messages qui ont favorisé cette décision au niveau du village ?
22. Quels sont selon vous, les aspects que le projet devrait prendre en compte pour arriver à un réel abandon de la pratique ?
23. Pensez vous être assez outillé pour assurer la relève après le retrait de l'intervention ?, Justifiez votre réponse.
24. Quel système de suivi est-il mis en place pour contrôler et maintenir la décision d'abandon
25. Est-ce que l'excision continue toujours dans votre village ?
26. Quelles sont vos relations avec les villages environnants ?
27. Quels sont les autres aspects de votre vie qui ont changé au cours de ces trois dernières années ?
28. Est-ce que les actions du projet ont répondu à vos attentes ? Comment ?
29. Combien de fois avez-vous reçu les exciseuses ces trois dernières années ?
30. Quels sont les difficultés rencontrées par rapport à l'abandon de l'excision dans le village ?
31. Quelles recommandations faites-vous à MPDL pour renforcer les actions du projet ?

## GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PERSONNES ALPHABÉTISÉES

1. Comment a été organisée la campagne d'alphabétisation dans votre village ?
2. Qui étaient les auditeurs (hommes, femmes, jeunes) ?
3. Les auditeurs étaient combien par campagne (hommes, femmes, jeunes) ?
4. Quel étaient les objectifs de l'alphabétisation ?
5. Selon vous est-ce que les objectifs sont atteints ? justifier votre réponse ?
6. Quels ont été les résultats/impacts ?
7. Il y a eu combien de campagne d'alphabétisation organisée dans votre village ?
8. Quelle a été la durée de chaque campagne ?
9. Est-ce qu'il y avait un centre dans votre village ?
10. Quels étaient les outils pédagogiques utilisés avec quel contenu ?;
11. Qui étaient les formateurs/trices ?
12. Quelles étaient les conditions de participation (rémunération, frais de transport, repas, etc.)?;
13. Il y a combien de personnes qui savent lire et écrire en bamanan dans le village à la suite de cette alphabétisation ?
14. Est-ce que des messages du projet étaient véhiculés à travers l'alphabétisation et dans quel domaine/thème ?
15. Quelles ont été les contraintes de cette alphabétisation (contraintes liées à l'organisation des campagnes, à la méthodologie, au contenu des cours, aux équipements, etc.) ?
16. Quelles ont été les solutions apportées ?
17. Quels est le mécanisme de durabilité mis en place ?

## **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES EXCISEUSES**

1. Quels sont les activités du projet dont vous avez bénéficié ces trois dernières années ?
2. Est-ce que votre village a participé à la formation des exciseuses ?
3. Combien d'exciseuses de votre village ont participé à la formation ?
4. Quelle a été la durée de la formation ?
5. Quelle a été le contenu de la formation ?
6. Quelles ont été les leçons apprises ?
7. Quelles ont été les contraintes ?
8. Quelles ont été les propositions de solutions ?
9. Avez-vous participé à des séances de sensibilisation sur l'excision ?
10. Si oui quels étaient les messages véhiculés ?
11. Quels sont les résultats obtenus à travers ces sensibilisations ?
12. Quelle est votre position actuelle par rapport à l'excision ?
13. Quelles activités exercez-vous actuellement ?
14. Quels est selon vous l'impact du projet sur votre vie et celle de votre famille ?
15. Quelles sont les difficultés rencontrées dans le cadre de votre nouvelle fonction?
16. Etes-vous satisfaite de la collaboration avec MPDL ? Si non quels sont les aspects qu'il faut améliorer ?

## GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTORITES COMMUNALES

1. Depuis combien de temps votre Commune collabore avec l'ONG MPDL ?
2. Quelles sont les activités menées dans le cadre de cette collaboration ?
3. Quels sont les résultats/impacts visibles par rapport à la mise en œuvre de ce projet ?
4. Quels sont vos niveaux de satisfaction dans cette collaboration avec MPDL ?
5. Quel effet/impact cette collaboration a entraîné dans votre commune ?
6. Un des effets/impact du projet est le renforcement des capacités des acteurs ? Le projet a-t-il réellement contribué à cela ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?
7. Quels changements par rapport à l'évolution des mentalités par rapport à la pratique avez-vous constatés?
8. Quelles sont les activités du projet dans lesquelles vous avez été impliquées au cours des trois dernières années ?
9. Comment abordez-vous la question de l'excision dans votre plan de développement de la commune (PDSEC).
10. Quels sont selon vous les changements induits par le projet au cours des trois dernières années : changements par rapport à la vie des enfants et des femmes ?
11. -Changements par rapport au renforcement des OCB
12. Changement par rapport aux politiques et aux normes
13. Changement par rapport au développement des capacités ?
14. -Comment le contexte a-t-il évolué ces dernières années par rapport à la question des MGF et des droits de l'enfant et de la femme de façon générale dans votre commune?
15. Quel système avez-vous mis en place pour assurer la durabilité des actions si toutefois MPDL se retirait de la zone ?
16. Quelles sont les contraintes rencontrées par la rapport à la question de l'excision dans votre commune
17. Quelles sont vos propositions de solutions ?
18. Quelles sont vos recommandations ?

## **GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTORITES SCOLAIRES**

1. Depuis combien de temps votre école collabore avec l'ONG MPDL ?
2. Quelles sont les activités menées dans le cadre de cette collaboration ?
3. Quels sont les résultats/impacts visibles par rapport à la mise en œuvre de ce projet ?
4. Quels sont vos niveaux de satisfaction dans cette collaboration avec MPDL ?
5. Quel effet impact cette collaboration a entraîné sur votre école ? sur les enseignants et les écoles ?
6. Un des effets/impact du projet est le renforcement des capacités des acteurs ? Le projet a-t-il réellement contribué à cela ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?
7. Quels changements par rapport à l'évolution des mentalités par rapport à la pratique avez-vous constatés ?
8. Quelles sont les activités du projet auxquelles vous avez participé au cours des trois dernières années ?
9. Quelles sont les formations reçues ? Quelles sont les activités menées au niveau scolaire ? Combien ? Avec qui ?
10. Quel est l'impact de ces activités sur les élèves ?
11. Quel est l'impact des formations reçues sur les enfants ?
12. Quel système avez-vous mis en place pour assurer la durabilité des actions si toutefois MPDL se retirait de la zone ?
13. Quelles sont les contraintes rencontrées par la rapport à la question de l'excision dans votre commune
14. Quelles sont vos propositions de solutions ?
15. Quelles sont vos recommandations ?