

Back Donor Project No (if any):
Name of your Organisation: Norwegian Church Aid
Local Partner(s): Lutheran World Federation, TWIN

ABOUT THE EVALUATION

Evaluation year: 2006
Conducted by: GAP (Violet Diallo and three Malian colleagues)
Country: Mali, Mauritania, Guinea and Sierra Leone
Region: West Africa
Theme / DAC sector: 130 / 40

SUMMARY OF THE EVALUATION (maximum 2 pages)

Title of Evaluation Report:

External evaluation of NCA's HIV and AIDS programme in West Africa (Mali, Mauritania, Guinea and Sierra Leone)

Background:

NCA's regional HIV and AIDS programme in West Africa was initiated with the funds collected from the TV campaign in 2001. As 2006 was the last year with these funds, NCA wanted to have an external evaluation done in order to collect lessons learned for a possible new phase of the HIV/AIDS programme in two of the countries (Mali and Mauritania).

Purpose / Objective:

The purpose of the evaluation was to evaluate the intervention strategies, the results that have been achieved and lessons learned for a new phase of the programme.

Methodology:

For Mali and Mauritania, a combined qualitative/quantitative study was done, whereas for Guinea and Sierra Leone, only a qualitative study was made.

Key Findings:

Mali:

It is especially on the level of local engagement and enthusiasm among the beneficiary groups that this programme has had success. Also, it is encouraging to note that the subject of HIV and AIDS is no longer a tabou, not even in Kidal, where there are traditionally the most restrictions when talking about sexuality. A quite large proportion of the population in the North knows at least two ways of contagion by the HIV virus, according to the evaluation report. This is of course the results of not only NCA's partners' interventions, but knowing that very few actors work in this area, especially Kidal, one might think that our interventions have had a certain impact at this level. One major obstacle to evaluating the achievement of NCA's partners' programmes is that there were not done baseline studies in a systematic way before the start of the programme, which makes it difficult to measure the impact. Also, the expected results were not always clearly stated in the partner's programme documents. Another challenge in Northern Mali is the fact that many religious leaders continue talking about HIV/AIDS as a result of sin and divine punishment.

Mauritania:

The evaluation report shows that good results have been achieved by the programme: A large number of both women and men know that the disease exists, and a fair number of people is aware of two ways of transmission of the virus (by sexual relations and blood transmission).

However, the third main mode of transmission, from mother to child, is not well known, as is the case in NCA's intervention areas in Mali as well. The evaluators also find LWF's way of working with one of the most vulnerable groups, the (female and male) sex workers, interesting and path-breaking. This group, with which no other actors work due to their stigmatization in the Mauritanian society, has clearly changed its behaviour thanks to LWF and local partners' interventions (condoms are now used, tests are taken, additional information is searched for regarding STI's, etc.). The weakest part of LWF's programme on HIV and AIDS seems to be the one carried out as an integrated part of the rural development programme. According to the recommendations of the evaluation, this part of the programme needs to be further developed. Another recommendation is to strengthen and further develop the Muslim leaders' support to the programme, a component which seems to play an important role in order to convey the messages on HIV and AIDS in the strongly Muslim Mauritanian society.

For both Mali and Mauritania, the evaluation shows that the results are good when it comes to the level of knowledge about the disease and also on how to protect oneself. However, in the area of behaviour change, there still seems to be a lot to do.

Sierra Leone and Guinea:

The qualitative study has shown that good results have been made by Lutheran World Federation (LWF) in SL and by TWIN in Guinea, while LWF in Guinea seems to have achieved less during the programme period. Both LWF in SL and TWIN in Guinea are praised for their creativity and warmth with which they have approached the beneficiaries when talking about HIV and AIDS. Most of the people the evaluation team talked to knew about the disease and ways of protecting themselves. As in Mali in Mauritania, however, the critical point for the future seems to lie in the challenge linked to behaviour change.

Recommendations:

Mali:

- Further strengthening of partners' capacity for local response, problem analysis and programme planning
- Develop strategies to phase out from certain areas and transfer the responsibility to piloting committees with members from the local community
- In order not to contribute to further stigmatization of the persons living with HIV and AIDS it is urgent that NCA and partners elaborate a strategy to further sensitize the religious leaders regarding the transmission of the HIV virus
- NCA and partners need to reflect further on how to make people living with AIDS disclose and also how to sensitize their communities to take care of people living with HIV and AIDS

Mauritania:

- Strengthen the part of the HIV and AIDS programmes in the rural areas, by giving more responsibility to the local employees in these zones.
- Revisit the training guide to make sure the information is up to date.
- Use the statistics in the quantitative part of this evaluation to redefine the objectives for the period after 2007.

SL / Guinea:

- As NCA can no longer finance the HIV and AIDS work there, search for new partners or possible ways of continuing the efforts with only a minimum of funding.

Comments from Norwegian Church Aid (if any):

NCA will continue its HIV/AIDS programme only in Mali and Mauritania from 2007 on. A workshop has been held in first part of June with representatives from Mali and Mauritania in order to discuss ways of capitalizing the successes and the weaknesses and learn from each other for the conception of a new HIV/AIDS programme.

**Aide de l'Eglise Norvégienne, Financement 2003-2006
provenant de la campagne TV pour la sensibilisation sur le
VIH/SIDA**

Partenaires au Mali : AMADE, GRAIP, ASSADDEC

Programme de sensibilisation sur le VIH/SIDA au Mali.

**Projet de Rapport d'Evaluation, Octobre –
Novembre 2006**



Discussion avec un groupe focus de femmes à Anefif dans la Région de Kidal

Contenu

	Page
I Introduction:	
1. L'appui de l'AEN au Mali	3
2. Informations statistiques sur le VIH/sida au Mali.....	3
3. Méthodologie de l'évaluation	4
4. Relations entre l'AEN et ses trois partenaires du nord Mali.....	5
II GRAIP à Gao	
1 Présentation de la Région de Gao	5
2 Administration par GRAIP	6
3 Activités réalisées	6
4. Apport institutionnel du partenariat AEN/GRAIP	6
5. L'évaluation :	
5.1.1. Pertinence	7
5.1.2 Efficience	7
5.1.3 Efficacité	8
5.1.4 Impact	8
5.1.5 Durabilité	9
5.2. Conclusion et Recommandations	9
III ASSADDEC à Kidal	
1 Présentation de la Région de Kidal.....	10
2 Administration par ASSADDEC	10
3 Activités réalisées	11
3.1 Contenu du programme	11
4. Apport institutionnel du partenariat AEN/ASSADDEC	12
5. L'évaluation :	
5.1. Pertinence.....	12
5.2 Efficience	12
5.3 Efficacité	13
5.4 Impact	13
5.5 Durabilité	14
5.6. Conclusion et Recommandations	14
IV AMADE à Tombouctou	
1 Présentation de la Région de Tombouctou.....	15
2 Administration par AMADE	15
3 Activités réalisées	16
4. Apport institutionnel du partenariat AEN/AMADE	16
5. L'évaluation :	
5.1.1. Pertinence	17
5.1.2 Efficience	17
5.1.3 Efficacité	17
5.1.4 Impact	18
5.1.5 Durabilité	18
5.2. Conclusion et Recommandations	18
ANNEXES :	
I. Définitions de la terminologie d'une évaluation.....	19
II. Termes de référence de l'évaluation	20
III. Questionnaires (3) de l'enquête qualitative	25
IV. Questionnaires adressés à l'AEN	29

Programme des partenaires maliens de l'Aide de l'Eglise Norvégienne pour le programme de sensibilisation sur le VIH, 2003-2006

I. Introduction

1. Appui de l'AEN au Mali.

Dans son programme de Mali 2005-2009, il est précisé que l'AEN travaille de façon continue au nord Mali depuis 1984, en commençant par une approche d'aide d'urgence, et a compris la résolution de conflits pendant la période 1991-1995. Au cours du processus de démocratisation et de décentralisation du Gouvernement du Mali, l'AEN a changé son mode de coopération depuis les premières élections locales au Mali vers l'appui des communes et la coopération avec les ONG locales. Son approche participative comprend une contribution pour la prévention du VIH/sida au Mali, et depuis 2003, un financement provenant d'une campagne de télévision en Norvège a été utilisé pour appuyer ces efforts, notamment auprès de trois ONG partenaires dans les régions de Gao, Kidal et Tombouctou, mais aussi par certaines activités de sensibilisation ciblée au sud du pays.

2 Données statistiques sur le VIH/SIDA

Le premier cas de SIDA a été révélé au Mali en 1985, et par la suite la lutte contre la pandémie a été placée au rang de priorité nationale. Selon la dernière enquête démographique et de santé réalisée en 2001¹, l'infection à VIH/SIDA s'attaque en priorité à la tranche d'âge 15-49 ans qui est, par ailleurs, la plus active du double point de vue de la production et de la sexualité.

Le Mali enregistre actuellement un taux de prévalence (1.7%) qui figure parmi les plus bas de la sous région. L'enquête de séroprévalence de 2001 montre que les trois régions du nord du pays ont un taux plus bas que dans les autres régions du pays. Or cette photographie brute de la situation épidémiologique cache mal diverses réalités plus préoccupantes et complexes. Certains groupes se situent évidemment à un risque plus élevé que d'autres (y compris les professionnelles du sexe et les camionneurs). La migration, impliquant la couche d'hommes maliens qui s'exode pour fournir la main d'œuvre ou exercer le petit commerce, et par extension leurs partenaires au pays, est également l'un des facteurs qui peut favoriser la propagation de la maladie. La migration affecte les populations du nord qui vivent essentiellement de l'élevage qui n'occupe pas un grand nombre de personnes et qui est sujet aux aléas climatiques dans une zone déjà fortement affectée par des périodes de sécheresse récurrentes. En 2001, il y avait également de quoi être très préoccupé face aux rapports sur de nombreux jeunes maliens qui continuaient de croire que le SIDA n'est que pure invention. Plus grave, les résultats de l'EDSM III affirme que « si rien n'est fait pour maîtriser l'épidémie de VIH/SIDA d'ici 2010, l'espérance de vie connaîtra une diminution de près de six (06) ans. » Au moment de la collecte de données de notre étude, les résultats du nouveau EDSM sont encore à l'analyse.

Il y a donc urgence à communiquer des informations correctes à la population générale du Mali, en particulier les populations du nord, malgré l'apparence que le VIH/sida représente un risque moins important que dans d'autres régions.

¹ Enquête Démographique et de Santé, EDSM III, 2001

	Milieu Urbain			Milieu rural		
	Taux de séroprévalence			Taux de séroprévalence		
Région	Femmes %	Hommes %	Ensemble %	Femmes %	Hommes %	Ensemble %
Gao/Kidal/ Tombouctou	0,6	0,0	0,4	0,8	0,9	0,8
Bamako	2,4	2,7	2,5	1,5	1,2	1,4
Ensemble du pays	2,5	1,9	2,2	1,9	1,1	1,5

Quoique selon les enquêtes sérologiques, les régions du nord ne soient pas parmi les plus affectées par le VIH, elles font bien partie de la population touchée par le VIH/sida. L'enclavement de la population dans ces régions du nord, le faible degré de couverture en formations et en personnel sanitaires, et en alphabétisation offrant l'accès aux informations sur la santé, entravent la circulation de connaissances justes sur le sujet. Ce thème est donc recommandé aux ONG comme l'objet de communication communautaire.

3. Méthodologie de l'évaluation

L'évaluation du programme de trois partenaires au nord du Mali visant la sensibilisation communautaire sur le VIH/SIDA a été conduite après trois années de sa mise en œuvre: de 2004 à 2006. Au Mali, le travail des partenaires a été suivi par la Coordinatrice régionale de l'AEN pour le VIH/SIDA, et par le bureau antenne de l'AEN à Gao, avec l'intervention d'un consultant pour le suivi et l'évaluation.

L'évaluation a compris une étude qualitative auprès du personnel de l'AEN, et de ses partenaires ainsi que des acteurs sur le terrain, et une étude quantitative dans chaque commune où l'AEN a appuyé des activités de sensibilisation sur le VIH. Les deux études ont été menées dans les mêmes localités et en même temps. L'évaluation a prévu des groupes de réunion entre les consultants venus de Bamako avec les acteurs et des entretiens individuels approfondis aussi bien avec les bénéficiaires qu'avec les responsables des ONG partenaires. Pour la collecte des données quantitatives, un questionnaire a été utilisé pour mesurer le niveau des connaissances, des attitudes, des pratiques et la réaction vis-à-vis du malade ou du séropositif. Ces questionnaires ont été administrés par des agents recrutés sur place (voir le chapitre sur l'étude quantitative).

- La présente étude de fin 2006 a été menée dans les communes de Soni Ali Ber et Taboye de la région de Gao, Kidal ville et Anéfif dans la région de Kidal, et la commune urbaine de Tombouctou.

A titre de comparaison, des résultats de cette étude ont été considérés à côté de ceux de :

- EDS III qui s'est adressée à un total de 843 habitants de l'ensemble des régions du nord, et
- l'étude de base menée en mars 2005 par le bureau d'étude RESADE et financé dans le cadre du programme de l'AEN qui s'est adressée à 3 200 habitants dans la région de Tombouctou et la commune de Soni Ali Ber à Gao.

Cette comparaison ne porte donc pas sur les mêmes populations ni sur des échantillons de même dimensions, mais elle donne parfois une idée de l'état d'avancement de la sensibilisation par les partenaires de l'AEN.

5. Relations entre l'AEN et ses trois partenaires du nord Mali

Les partenaires sélectionnés par l'AEN pour un appui en matière de prévention du VIH au nord Mali ont déjà collaboré avec l'ONG norvégienne dans le cadre d'autres thématiques (la société civile pour une gouvernance redevable, éducation, la sécurité alimentaire et en eau.) Si AMADE et GRAIP à Tombouctou et Gao avaient déjà commencé des activités d'IEC dans le domaine de la santé de la reproduction, y compris une information sur le VIH/Sida, avec l'appui de l'AEN, ce n'était pas le cas pour ASSADDEC à Kidal. Le financement de la Campagne TV en Norvège offrait une bonne occasion de réaliser l'une des premières expériences dans cette zone d'une réponse locale au VIH/SIDA à travers les trois ONG partenaires. La présence au Mali de la coordinatrice régionale des activités VIH/Sida de l'AEN, et de l'antenne permanente à Gao, offrait une possibilité de collaboration et d'appui technique et institutionnel en relative proximité aux partenaires. Il a été constaté que toute l'équipe de l'AEN a effectivement rendu de multiples visites aux trois partenaires, organisant des visites de terrain, et des formations en atelier.

Toutes les trois régions du nord sont fortement islamisées depuis plusieurs siècles et ont la réputation d'être extrêmement pudique en ce qui concerne les questions de sexualité. Grâce aux connaissances de leurs milieux respectives, les trois partenaires de l'AEN ont réussi à mener des discussions à différents niveaux communautaires sur le sujet du VIH, déjà affiché comme « délicat » à cause de l'information popularisée de sa transmission par voie sexuelle. La formation des partenaires par ateliers de l'AEN sur la réponse locale a été très bien reçue, appuyant ainsi les initiatives de recherche de l'appui des leaders religieux, et de leur implication dans la promotion d'activités telles que les prêches sur l'existence et la prévention de VIH. Cette formation a créé un début d'appropriation du thème par les leaders communautaires et donne de nouvelles perspectives à la lutte contre le VIH dans les trois régions concernées, malgré le temps qu'il faudra pour que la réponse locale s'affirme avec plus de confiance.

Du côté de l'AEN, nous avons adressé à la responsable régionale du programme VIH une demande écrite de précisions sur la régularité et la qualité du rapportage et autres échanges sur le financement des trois partenaires maliens (comme pour les autres pays concernés par le programme), mais nous n'avons pas reçu de réponse parce que la responsable était en instance de départ de son poste. Ceci a réduit l'accès par notre évaluation à tous les renseignements souhaités sur l'efficacité et l'efficacé du programme, et a renforcé l'impression d'une certaine frustration rapportée par les partenaires face à leur dépendance vis à vis du partenaire bailleur. De l'autre côté, l'antenne AEN de Gao note des lenteurs administratives chez ses partenaires, discuté dans les trois sections suivantes, et a travaillé durant la durée du programme sur le renforcement de leurs capacités institutionnelles.

II. GRAIP dans la Région de Gao (Groupe de Recherche pour l'Amélioration des Initiatives des Populations)

1. Présentation de la région de Gao

7^{ème} région administrative du Mali, la région de Gao est limitée à l'ouest par Tombouctou, au nord par Kidal, à l'est et au Sud par le Niger. Gao est devenue au fil des mouvements migratoires une ville pluri ethnique composée de sonrhaï, bozo, touareg, bambara et arabes (kounta, lamhar, tajakant) La ville fut autrefois un important centre commercial car placée sur la route des caravanes qui assuraient le commerce transafricain. Les principales activités économiques sont l'élevage, le commerce, et l'agriculture aux bords du fleuve et des mares de la région.

Il y a un centre de dépistage volontaire du VIH installé à l'hôpital régional de Gao.

2. Administration par GRAIP

GRAIP une ONG nationale, a signé un protocole d'accord de partenariat avec l'AEN Mali dans le cadre de la sensibilisation sur le VIH/SIDA dans les Communes de Taboye (C/Bourem) et de Soni Ali Ber (C/Gao) dans la région de Gao.

3. Activités réalisées

Le travail de GRAIP dans le cadre de ce partenariat a débuté par l'information des autorités communales, sanitaires et administratives. Par la suite une rencontre communale a été organisée dans le but de valider des plans d'action des groupes cibles, leur budget ainsi que la facilitation de l'exécution des plans d'action des groupes cibles. Il est à noter que ces plans d'action sont élaborés par un comité de pilotage mis en place et composé de religieux, de femmes, de jeunes et les élus communaux. Les activités réalisées par l'ONG en collaboration avec les membres du comité de pilotage sont :

- les causeries éducatives à l'attention ou des femmes,
- la formation/recyclage des pairs éducateurs,
- l'organisation de prêches dans les villages par les religieux
- les projections vidéo,
- les visites à domicile
- des rencontres de football à l'attention des jeunes,
- les sketches,
- l'alphabétisation en sonhaï en vue d'exploiter les documents,
- des animations à la radio.

3.1 Résultats attendus

- 80% de la population sexuellement active des communes de Soni Ali Ber et de Taboye sont informées sur le VIH /SIDA et peuvent citer deux méthodes de prévention,
- 70% des plans d'action ont été exécutés,
- 10% des jeunes sexuellement actives utilisent les préservatifs, ou exigent son port leurs partenaires devant des rapports occasionnels,
- 100% des communes concernées par le programme ont intégré la lutte contre le VIH/SIDA dans leur programme de développement, (2 Communes)
- 10% des thérapeutes/accoucheuses sont formés
- 65% des thérapeutes et accoucheuses traditionnelles observent les mesures de prévention dans le cadre de leur activité,
- 35% des jeunes (15-40 ans) ont un(e) seul partenaire sexuel.

4. Apport institutionnel de partenariat AEN/GRAIP

Les responsables de GRAIP ont collaboré de façon rapprochée avec le bureau de l'AEN à Gao. La proximité de ce service avec son consultant de suivi et évaluation a fait une réelle contribution en termes de développement de capacité de l'ONG, en termes administratives et en développant l'approche de la réponse locale au VIH/sida. De son côté, GRAIP dispose de ressources humaines qui ont facilité le renforcement de capacités d'autres partenaires dans le domaine des méthodes utilisées pour le programme de l'AEN: le directeur de GRAIP a formé les membres de l'ASSADDEC de Kidal sur la Réponse Locale en matière de la lutte contre le VIH/SIDA.

Cependant, on a constaté des problèmes budgétaires entre les deux partenaires. D'abord, le contrat de trois ans ne cite aucun niveau plafonné du financement, amenant GRAIP à faire des propositions de financement qui s'avèrent être exagérées. Lorsque le versement du financement est effectué, il est pour un pourcentage du montant demandé, et les négociations reprennent pour situer les activités budgétisées.

5. L'évaluation :

5.1 Pertinence :

Comme l'étude quantitative démontre, en général les populations croient en l'existence du sida. Leurs sources d'information sont les ONGs, GRAIP, Vision Mondiale et la radio. La pertinence repose sur le fait que les populations manquaient d'informations détaillées sur la maladie. Aussi, la population de cette région du nord n'est pas stable, le flux migratoire vers le Ghana, la RCI et le Burkina Faso est tel que le VIH pose problème. Il faut ajouter à cela la pauvreté, la religion qui encourage la polygamie, l'ignorance et l'analphabétisme

«On avait très peu de connaissances sur le sida.....GRAIP est arrivé en temps opportun, il est venu pour nous, et nous en sommes très fières.» disent les *femmes rencontrées en focus à Karibandja dans la commune de Soni Aliber.*

Les interlocutrices tentent d'expliquer comment le virus d'attaque au système immunitaire de l'organisme. Alors même si l'explication ne tient pas, nous comprenons quelque part que la sensibilisation sur les modes de transmission avait eu lieu à Karibandja.

« A mon avis le projet est très pertinent dans la région, car moi-même facilitateur, avais une connaissance limitée sur le VIH/SIDA. C'est suite aux différentes formations organisées par le programme que j'ai été édifié. Partant de ce qui nous a été expliqué, il faut croire que le sida est à nos portes et les messages de sensibilisation menés par GRAIP nous mettront à l'abri de ce mal du siècle » a dit *l'un des facilitateurs de GRAIP.*

Les bénéficiaires directs du programme soutiennent qu'à travers le médecin chef, ils ont compris qu'il y a des gens malades de sida et certains qui en sont morts dans la région, d'où leur motivation à avoir des connaissances pour l'éviter. Ainsi ont-ils décidé de participer aux programmes en s'organisant en de différents groupes cibles, à savoir les leaders religieux, les organisations féminines, les guérisseurs, les jeunes, les accoucheuses traditionnelles et les exciseuses. Chaque groupe élabore son plan d'action annuel et cela pour l'ensemble des vingt villages encadrés par GRAIP dans le cadre de la sensibilisation sur le VIH.

5.2 Efficience de la mise en œuvre du programme

Les ressources allouées semblent être faibles par rapport aux montants budgétisés à cause du manque d'informations sur le montant disponible pour chaque année budgétaire, ce qui pousse les groupes cibles à réduire les activités à mener par année. Malgré leur motivation de 2 500 par animation, de 5 000F par prêche pour les marabouts, de 1 000F pour le transport et 2 500F pour la nourriture, on s'aperçoit que les groupes cibles élaborent des plans d'action à coût élevé dont le financement excède les prévisions du bailleurs.

La Réponse Locale est une bonne approche, en ce sens qu'elle est un cadre d'échange et de concertation entre les différents groupes d'après lesquels la lutte contre le sida est devenue **UNE MISSION** à accomplir. Il existe un cadre de suivi des activités des accoucheuses, des guérisseurs, des femmes pratiquant le tatouage, et des scarificateurs. Ce suivi est réalisé par les agents de santé en étroite collaboration avec GRAIP et les membres du comité de pilotage.

Par rapport aux ressources humaines, GRAIP a de la compétence pour atteindre les objectifs assignés. 2 animateurs vivent dans les villages des communes de Taboye et de Soni Aliber. Ils travaillent étroitement avec les membres du comité de pilotage.

5.3 Efficacité du programme :

Le programme trouve son efficacité dans les résultats. En effet, parler de sida revient à parler de sexe et ceux-ci ne sont plus des sujets tabous. Les gens en discutent lors des mariages, baptêmes et autres rencontres. Les communautés ont acquis un bon nombre de connaissances d'une part sur les modes de transmission, de prévention, et d'autre part sur comment assister une victime (un sidéen) ou un séropositif. La majorité des personnes rencontrées déclarent que le malade ou le séropositif doit avoir l'attention particulière des parents et de la communauté tout entière pour éviter des idées morbides. Elles ont compris que le sida étant une maladie incurable, seuls l'entretien, le rapprochement, la dorloterie peuvent alléger la souffrance physique et morale du malade ou du séropositif. Toutes les personnes rencontrées en focus soutiennent que le séropositif ou le malade sont des individus, les leurs, et non des rejetés.

« Nous l'accepterons et l'aiderons à surmonter sa maladie, nous lui donnerons la chaleur humaine nécessaire. Il ne sera pas stigmatisé ni marginalisé, car selon le Coran Dieu crée la maladie en même temps son remède. Quoiqu'il arrive, ne pas s'occuper de son prochain constitue un autre péché en soi »
les marabouts rencontrés à Hamakouladji un village de la commune de Soni Aliber.

D'après les interlocuteurs (hommes, femmes, leaders religieux) beaucoup de **changements** sont visibles dans les villages :

- les jeunes achètent le condom même si c'est en cachette,
- les mariages et baptêmes sont fêtés dans la simplicité afin d'éviter les rencontres filles/garçons,
- les marabouts font la prêche chaque vendredi en parlant de sida, le marabout d'un village X va prêcher dans un village Y et ainsi de suite,
- les guérisseurs font leur travail avec des lames individuelles, les accoucheuses utilisent les gants et les instruments individuels,
- les jeunes acceptent se marier très tôt, facteur d'éviter le sida au cas où l'abstinence serait difficile.

5.4 Impact

On peut noter sans tirer une conclusion exagérée au sujet de l'atteinte des objectifs du programme, que tous les villages (au nombre de vingt) encadrés ont connu des séances de sensibilisation sous l'égide de GRAIP. De plus, les facilitateurs de l'ONG sont mieux connus dans leurs villages dans le cadre de la lutte contre le sida que dans d'autres domaines d'intervention. Ce qui revient à dire que même si GRAIP intervient dans d'autres domaines, celui de la lutte contre le VIH/SIDA semble avoir le plus d'envergure. Les agents de santé à Wani, à Taboye, à Berrah et à Magnadoué pour ne citer que ces villages, ne ménagent aucun effort pour appuyer le programme dans le cadre de la sensibilisation, car ils sont plus proches des communautés et y vivent. Les livrets de sensibilisation que détiennent les femmes sont en langue sonhaï et sont en réalité exploités par les détentrices : les connaissances sont démultipliées par les femmes.

Cependant les résultats de l'étude quantitative menée dans les sites de mise en œuvre du programme de GRAIP et en même temps que l'évaluation montre que l'impact du programme n'est pas toujours au niveau souhaité. Le pourcentage de personnes qui ne croient pas au sida est réduit et moins élevé que dans les autres régions du nord. On note que les hommes avec peu d'instruction sont plus sceptiques que les femmes à cet égard. Près de 70% des hommes (contre 60% des femmes) avancent l'utilisation d'instruments souillés par le sang comme moyen de transmission du virus (ceci se compare à 43% des répondants de l'étude de 2005 connaissant la voie sanguine de transmission).

Comme en 2005, autour de 80% citent les rapports sexuels avec une personne inconnue, mais seulement 12% citent la transmission mère-enfant comme mode de transmission, quoique cette connaissance ne fût accessible à aucun répondant de 2005. Pour toutes ces réponses en 2006, ce sont les hommes qui ont un niveau d'information plus élevé que les femmes. Il est de même pour la connaissance d'au moins un signe du sida (78% des hommes et 70% des femmes) et d'un comportement à risque de transmettre le VIH (76% des hommes et 73% des femmes). La proportion des répondants de 2006 qui dit avoir utilisé un préservatif dernièrement est de 39% dans l'ensemble des 3 régions: une indication que l'intention de s'en servir est beaucoup plus présente que lors de l'EDS III (19%) et un nombre infime en 2005. On peut conclure que le niveau général d'informations sur le VIH, quoique en hausse par rapport à EDS III, n'est pas encore au niveau de 80% ciblé par GRAIP, et que le travail à faire encore devrait surtout viser les femmes.

5.5 Durabilité

L'implication des collectivités territoriales dans les deux communes dès le début du programme a été une bonne chose dans la mesure où elles ont inséré le programme de lutte contre le sida dans leur PDSEC. A croire en nos interlocuteurs, y compris les élus et les agents de santé des deux communes concernées par notre étude, les connaissances acquises ne sont pas payables et sans le per diem et autres indemnités, ils sont prêts à maintenir et à continuer les activités du projet. Or on peut craindre que l'habitude des conseils de villages de récompenser les marabouts faisant la prêche au sujet du VIH, par un grand repas commun, ne peut être soutenue pendant longtemps, et que la volonté des prédicateurs risque d'être mise à épreuve.

Il faut reconnaître que GRAIP estime que les groupes cibles tels que les leaders religieux et les associations de femmes sont effectivement très dynamiques. Cet avis est confirmé par les évaluateurs du fait que les membres de ces groupes, surtout les femmes, ont été les plus présents lors des entretiens pendant l'évaluation.

Un autre facteur de durabilité non négligeable serait la mise en place d'activités génératrices de revenus à l'attention de ces groupes.

5.6 Conclusion et recommandations :

Sans tenir compte du montant alloué à GRAIP pour la sensibilisation pendant les années d'exécution du programme, on peut dire les résultats attendus sont presque atteints. Sinon les 80%, au moins la majorité des communautés maîtrisent au moins deux modes de transmission et comprennent que le sida est l'affaire de chacun, donc de tous. Les marabouts sont partis plus loin en se servant du projet, ils font la navette en prêchant dans les villages sans le concours du projet. Il faut reconnaître que ces déplacements sont pris en charge par le conseil de village qui égorge un ou deux moutons à ces occasions.

Cependant la sensibilisation restera nécessaire dans certains villages comme Karibandja et plus précisément dans le quartier situé dans le « haoussa » au bord de la route Gao-Bourem. Le constat est que la plupart des individus rencontrés n'avaient pas de connaissance sur le préservatif, à plus forte raison le pour ou le contre par rapport à son utilisation. Une analyse nous permet de comprendre que ce quartier étant séparé de son village- mère situé dans le « gourma » a eu moins de participation par ses représentants aux séances de sensibilisation organisées par GRAIP.

Nous recommandons à GRAIP de multiplier les livrets basés sur le sida en langue sonrhaï, de favoriser la création d'association de PVVIH et d'intensifier les séances dans les coins où la sensibilisation a été moins tenue, et surtout à l'intention des femmes. La proposition de certaines communautés d'impliquer les enseignants dans la sensibilisation des élèves sur le VIH nous paraît également être très valable.

Nous proposons également que l'AEN réfléchisse sur la contribution à la responsabilisation budgétaire de GRAIP en lui citant d'avance un plafond annuel pour le financement des activités VIH. Ceci

éviterait à l'ONG de dresser aveuglément un budget des besoins qui sont toujours énormes dans une région tellement sous-équipée, et ensuite à l'annonce de l'accord de financer un pourcentage de ces besoins, de devoir reprendre le budget en annulant des activités planifiées. Cet exercice demande un double effort de budgétisation de la part d'une ONG ayant relativement peu de capacité administrative. Ceci rendrait également plus facile la comparaison par les deux parties entre les fonds effectivement destinés à la réalisation des activités et ceux destinés au fonctionnement. Il serait également bon de veiller sur le décaissement des fonds à temps, afin de ne pas perturber le calendrier de travail des groupes cibles.

Quel que soit l'envergure d'un programme, une évaluation à mi-parcours s'avère nécessaire afin de tirer des leçons, et la gestion axée sur les résultats (GAR) récemment initié par l'agent de suivi permettra à plus d'un titre de dégager des résultats encore plus satisfaisants. L'ONG GRAIP, financé par l'AEN dans le cadre de la sensibilisation des communautés sur le VIH/SIDA est une organisation qui a montré sa capacité de faire un impact sur la population concernant l'information communautaire.

III. ASSADDEC à Kidal (Association Sahélienne d'Appui au Développement Décentralisée)

1- Présentation de la région de Kidal

Huitième région administrative, Kidal est l'une des plus vastes et des plus enclavées en République du Mali. Elle couvre une superficie de 260 000 km² dont 150 000 km² de montagnes. La région est répartie en quatre cercles totalisant 11 communes chacune d'une superficie très vaste, et ayant peu de moyens moderne de communication.

Sur le plan relief, les montagnes de l'Adrar des Iforas se dressent au nord et à l'est de la région. La végétation est presque inexistante. Dans cette région la pluviométrie est toujours basse. La population de la région est majoritairement tamasheq. Toutefois on rencontre quelques sonrhaï et bambara. Les langues du milieu sont le tamasheq, l'arabe, le bamanankan et le sonrhaï. Sur le plan économique le secteur primaire est dominé par l'élevage (chameaux, moutons, chèvres et vaches). Cette activité souffre du déficit pluviométrique qui a pour conséquences directes la mort du petit bétail dans la plupart des communes et du grand bétail dans d'autres.

La couverture sanitaire laisse parfois à désirer : en témoigne l'existence dans la commune urbaine d'un seul centre de santé de référence sans cellule radiographique, voire bloc opératoire. Il n'y a aucun centre de dépistage volontaire du VIH dans la région. Suivant un sondage réalisé par ASSADDEC dans les onze communes de la région, les populations souffrent de trois principales maladies, à savoir le paludisme, les infections respiratoires aiguës et la syphilis endémique (connue sous l'appellation de béjel.)

2- Brève présentation de l'ONG

L'Association Sahélienne d'Appui au Développement Décentralisé (ASSADDEC) est créée en 2002 en tant qu'association. Elle a été érigée en ONG avec l'accord cadre n° 01634 du 29 novembre de la même année. Elle est une ONG féminine intervenant dans la région de Kidal. Comme toute ONG, elle est dirigée par un conseil d'administration de huit membres élus par l'assemblée générale. Elle intervient dans le domaine du développement économique et social des femmes et des jeunes, et dans le domaine de la sensibilisation des populations cibles sur les risques de transmission, les mesures de prévention et les facteurs de vulnérabilité au VIH/SIDA. Elle est la première ONG qui soit acceptée et écoutée dans le cadre d'un sujet tabou que représente le sexe parmi les populations de la région.

3- Administration du programme par ASSADDEC

Le taux de prévalence du VIH/SIDA dans la région de Kidal serait de 1,5 % (EDS III). En effet, l'enclavement de la région fait qu'elle bénéficie des présomptions d'un faible taux de prévalence. Cependant la région constitue une sorte de carrefour pour l'émigration clandestine Sud/Nord en provenance des pays côtiers, notamment du Nigéria. Aussi, c'est par la région que transitent les échanges commerciaux avec le sud de l'Algérie. Ces faits démontrent que les populations doivent disposer d'informations détaillées et fiables sur le fléau afin de se prémunir contre lui. Etant informées les populations pourront prendre sans nul doute des mesures pour amoindrir la propagation du virus.

3.1- Contenu du programme

Commune urbaine de Kidal :

- o Activités de sensibilisation à l'attention des femmes des tontines de « ANIYA » de « WAFOUKOU », et des jeunes du groupe « BONDI »
- o Organisation de deux soirées culturelles à l'attention des jeunes relativement sur les modes de transmission du VIH/SIDA,
- o Organisations de causeries débats
- o Organisation de manifestations culturelles et sportives
- o Sensibilisation par les 2 médias (TISDAS et EFES/RFI) sur les IST/VIH/SIDA
- o Plaidoyer au profit des aides ménagères,
- o Célébration des journées de la femme et de l'enfant,
- o Journées de sensibilisation des chauffeurs et des coxeurs,
- o Organisation d'une soirée de guitare,
- o Organisation de leçons modèles au camp des jeunes sur les IST et VIH/SIDA

Commune rurale d'Anéfif :

- o Organisation de soirées culturelles (02) à l'attention des jeunes relatives aux modes de transmission et les mesures de prévention afin de susciter des changements de comportement chez les groupes vulnérables
- o Organisation de prêches (10) pendant les prières de vendredi par les imams
- o Manifestations culturelles (05) regroupant plus de 170 personnes toutes catégories sociales confondues, suivies de concours (questions sur les IST/VIH/SIDA). qui ont vu gagner 11 femmes sur un total de 15.
- o Des causeries - débats (18) ont été organisées dans le village et ont concerné les femmes, les jeunes et les hommes.
- o Organisation d'un match de football entre les jeunes
- o Deux (2) missions de sensibilisation au niveau de 6 sites nomades dont : Imboguitane, Isinsa, Taboraght, Djerghechrane, Dedett, Tindarsane réalisées par l'animatrice et le 3^{ème} adjoint au maire et président du comité de pilotage pour un effectif de 204 personnes dont 119 femmes.

3.2- Les partenaires de ASSADDEC

Outre l'AEN, l'ONG locale entretient des relations de partenariat avec d'autres institutions de la place pour le financement de certaines de ses activités. Les collectivités territoriales décentralisées représentent le partenaire de proximité de ASSADDEC. A ce titre l'ONG les implique dans les activités susceptibles d'être menées. Ceci se justifie par le fait que la présidence du comité de pilotage est assurée par un élu communal.

L'ONG a déjà acquis l'appui du MAP (Projet Multisectoriel de lutte contre le sida) pour intervenir dans la commune de Abéïbara qui n'est pas concernée par le programme VIH de l'AEN..

L'ONG ASSADDEC a adhéré au collectif des ONG locales, et depuis le mois de février 2005, elle s'est intégralement acquittée de ses cotisations d'adhésion et mensuelles pour toute l'année 2005. Elle est en contact permanent avec le Groupe Pivot Santé qui, au demeurant, lui promet un autre financement. Enfin pour le compte du PASAOP, l'ONG est désormais sélectionnée pour des prestations de service.

3.3 Les acteurs

Les acteurs du programme de sensibilisation de ASSADDEC sont représentés par les leaders religieux jouant un rôle de premier plan pour l'adhésion des autres acteurs dans la mesure où la zone est fortement islamisée. A ceux-ci s'ajoutent les leaders communautaires, les femmes représentées par la CAFO, et les jeunes représentés par leur coordination. Tous ces acteurs sont représentés au sein d'un comité appelé Comité de pilotage.

4. Apport institutionnel du partenaire AEN/ASSADDEC

Les difficultés de communication et voire de sécurité entre le bureau régional de l'AEN à Gao, et la ville de Kidal posent un problème d'accompagnement du programme d'ASSADDEC. Les visites de suivi sont moins fréquentes qu'à Gao ou même Tombouctou, et les retards de financement dont l'ONG se plaint sont en partie dus aux difficultés de transfert d'argent par les banques des deux villes, un problème ressenti par tout le monde à Kidal. Il faut noter que l'insécurité fait partie de la vie de Kidal qui a connu en 2006 une attaque armée visant les forces de l'ordre et la seule banque de la ville, et quelques mois plus tard les retombés d'un affrontement armé entre groupes clandestins maliens et algériens.

Il faut reconnaître que l'évaluation du programme VIH/SIDA de ASSADDEC a eu lieu pendant une période d'insécurité à Kidal (la majeure partie de la communauté tamacheck était réfugiée sur les montagnes).

5. Evaluation

5.1 Pertinence du programme

La pertinence du programme de sensibilisation sur le VIH dans la région de Kidal repose aussi sur le fait qu'avant l'installation du programme ASSADDEC/AEN il n'y avait pas d'intervenant dans le domaine à cause de la pesanteur socioculturelle. Ajouté à cela, l'analphabétisme et la méconnaissance des modes de transmission et des mesures prendre pour se prévenir le fléau sont aussi des critères réels pour faire valoir la pertinence du programme. Enfin, dans la région de Kidal foisonnent tous les facteurs favorisant la propagation du virus à savoir : zone de passage des émigrés (souvent clandestins) vers l'Europe, carrefour commercial avec l'Algérie et le Niger, existence d'une religion fort tolérante (l'Islam) et des habitudes culturelles comprenant un taux élevé de divorce.

5.2 Efficience

La sensibilisation sur le VIH/SIDA dans la région de Kidal a couvert 3 entités dont la commune urbaine de Kidal, les communes rurales de Anefif et de Tinzwatene (pour laquelle le financement par

l'AEN n'est pas encore acquis). Pour les interlocuteurs le budget alloué par le partenaire s'avère insuffisant, au moins en partie à cause de l'absence de renseignement préalable sur le niveau du budget annuel, comme déjà expliqué pour le partenaire à Gao. A cette insuffisance s'ajoute l'attente de l'arrivée de paiement des tranches, une situation qui retarde l'exécution des activités. Les moyens logistiques sont quasi inexistants, surtout quand l'on sait que les communes de Anefif et de Tinzwatene sont trop distantes pour une intervention rapide. Malgré tout, une grande partie des populations sédentaires connaissent d'une part les modes de transmission du virus et d'autre part les mesures préventives. Par contre, les populations nomades ne sont pas autant informées que les sédentaires. Le nomadisme semble donc compromettre la lutte menée par l'ONG. En terme de ressource humaine l'ONG a une seule animatrice pour faire le tour des localités. Il a été constaté que malgré le courage de cette dernière, elle demeurera nouvel agent dans certaines localités à cause de son arrivée rare. Alors les moyens matériels, financiers et surtout humains manquent à l'ONG pour épanouir sa grâce dans des zones d'intervention reculées et vastes.

L'adhésion totale des différents groupes cibles est un facteur de réussite du projet. Avec les moyens de bord, les acteurs luttent en synergie. Alors l'efficacité est atteinte mais partiellement dans la mesure où la zone couverte par le programme ne couvre qu'une partie de l'ensemble de la région.

5.3. L'Efficacité du programme

Le programme de sensibilisation sur le VIH/SIDA est bien connu de la population. Les différentes personnes rencontrées par l'équipe d'évaluation affirment unanimement les avantages liés aux séances de sensibilisation réalisées par les différents acteurs formés. Cela a été rendu possible grâce à l'adhésion des leaders religieux qui ont démontré que la lutte contre le VIH/SIDA ne va nullement à l'encontre de la religion islamique qui prône l'abstinence et la fidélité comme vertus. Les bénéficiaires (hommes, femmes, jeunes) ont eu des connaissances sur les modes de transmission, de protection et les conséquences socio-économiques du sida. L'approche de la réponse locale est saluée par tous les groupes rencontrés, dans la mesure où ce sont les acteurs eux-mêmes qui dégagent les pistes par lesquelles ils vont faire procéder leurs interventions.

Ici il faut ajouter que la bonne collaboration avec le PADEK a permis à l'ASSADDEC d'atteindre les localités appuyées pour la sensibilisation sur le VIH. La première ONG a parfois transporté l'animatrice d'ASSADDEC lors de ses déplacements. Sans ce soutien, il n'aurait pas été possible pour l'animatrice de faire son travail d'information et de suivi dans les communautés touchées. L'organisation logistique pose un grand problème à Kidal.

5.4. L'impact du programme de sensibilisation

Même si les indicateurs ne sont pas visibles dans les différents plans d'action, force est de comprendre que l'objectif global reposait sur l'information d'un grand nombre d'individus sur les modes de transmission, de protection et les répercussions économiques et sociales. Il est vrai que dans la région de Kidal l'excision n'est pas pratiquée mais les bénéficiaires ont compris que cela ne doit pas être un facteur de relâchement des efforts concernant les objets tranchants. L'objectif reposant sur l'information accrue des populations est atteint, car les modes de transmission relatifs à la voie sexuelle et les matériels souillés sont connus par tout le monde.

Cependant l'utilisation du préservatif constitue le point de divergence entre les religieux et les jeunes, les premiers n'acceptant même pas prononcer le mot sous prétexte d'encourager la débauche, et les deuxièmes réclamant la distribution gratuite du condom. Ce qui est visible est que le condom n'est pas tabou par les jeunes : en témoignent les propos de l'agent de santé à Anefif : « le préservatif est rafflé par les jeunes dans la localité. Actuellement le centre ne dispose plus de stock. Certes les achats sont effectués en cachette. (...rire) ce qui importe et qui a un sens c'est l'acceptation du port. »

Les résultats de l'étude quantitative menée dans les sites de mise en œuvre du programme d'ASSADDEC et en même temps que l'évaluation montrent que si l'impact du programme n'est pas

toujours tout à fait au niveau souhaité, à Kidal en contraste à Gao et Tombouctou, le niveau de connaissances des femmes généralement dépasse celui des hommes. Le niveau des connaissances des instruments souillés par le sang, et du risque de rapports sexuels avec une personne inconnue, et même la voie entre mère et enfant, comme moyens de transmission du sida est plus élevé que dans les deux autres régions du nord Mali. Les connaissances d'un signe du sida et d'un comportement à risque sont également autour du taux cible de 80%, chez les femmes comme chez les hommes. Il est intéressant de noter que les connaissances sur la transmission mère-enfant sont au même niveau par les hommes et femmes, et sont en tout les cas plus élevées que dans les deux autres régions du nord. Ici on perçoit l'effet de la campagne d'information par l'ONG.

5.5 La durabilité

ASSADDEC a dès le départ impliqué les collectivités territoriales décentralisées. D'ores et déjà dans le PDSEC les activités de lutte contre le sida tiennent une grande part. Les membres du comité de pilotage représentant les groupes cibles se disent confiants et aptes à démultiplier les connaissances acquises à la suite des formations. Sans donner de valeur monétaire aux activités de sensibilisation, le comité de pilotage se dit prêt à continuer les activités du programme jusqu'à couvrir l'ensemble de la région.

5.6 Conclusions et suggestions:

Quelques extraits des discussions avec un groupe focus de femmes à Kidal témoignent du fait que les activités d'ASSADDEC sont bien appréciées par la population. Nous pouvons conclure que l'ONG a su s'y prendre en évitant de heurter la sensibilité locale sur les tabous qui existaient au sujet de discussions sur des aspects de la sexualité et a réussi à faire assimiler les messages pour protéger la communauté contre le VIH/sida.

Avant l'arrivée de ASSADDEC le sida était une notion taboue. D'ailleurs cette ONG fut l'unique au début qui fût acceptée et souhaitée pour tenir des propos relatifs au sexe. Disons franchement que la première ONG à parler de sida fut celle d'un ressortissant de Bourem. Ce dernier a été mis en déroute dès les premières heures de son arrivée à Kidal. ASSADDEC a eu le tact de rapprocher les groupes pour favoriser leur implication dans le processus. Actuellement le voile du tabou est levé sur le sida.

Nous pouvons donc conclure que le travail d'ASSADDEC a été performant, dans un environnement particulièrement difficile. Il est remarquable que les femmes sont au moins au même niveau que les hommes sur le plan des connaissances concernant le VIH : un fait rare dans les communautés rurales du Sahel. Nous soulignons l'intérêt d'appuyer une ONG composée de femmes pour travailler dans une région où le niveau d'instruction des femmes est souvent perçu comme une barrière aux changements de perception vis-à-vis de sujets sociaux.

Sans connaître la solution au problème, nous recommandons au partenaire de cette ONG d'envisager un appui concernant le transport des membres d'ASSADDEC dans les communautés pour leur futur travail d'information sur le VIH et autres thèmes. Ici il faut noter que l'ONG a travaillé jusqu'à maintenant dans les localités les plus accessibles de la région de Kidal : le plus dur est à venir ! En plus, les ressources humaines pourraient être augmentées : une seule monitrice a du mal à couvrir tout le travail à faire. Le caractère volontaire de cette jeune ONG face aux problèmes matériels, d'enclavement, de manque d'équipements sanitaires et d'éducation, et finalement d'insécurité persistante, ont eu peu d'influence évidente sur les résultats de son travail concernant le VIH qui se comparent favorablement à ceux des autres programmes au nord du Mali.

IV. AMADE dans la Région de Tombouctou

1-Présentation de la région de Tombouctou

La région de Tombouctou est la plus vaste des huit régions administratives du Mali. Elle couvre une superficie de 347 438 km² pour une population de 81 482 habitants, soit une densité de moins de un habitant au km². Tout comme Kidal, la région de Tombouctou se distingue des autres zones du Mali par son enclavement routier. Le fleuve Niger qui constitue la principale voie de communication fait du transport fluvial une source de propagation de la maladie, créant des foyers localisés et à grand risque. Le faible taux de couverture sanitaire du cercle constitue également un motif de vulnérabilité de la zone. Il existe cependant un centre de dépistage volontaire du VIH dans le centre de santé de référence de Tombouctou.

Les habitants de la région de Tombouctou, sont très mobiles, avec un fort taux de migration dans les pays limitrophes comme l'Algérie, la Mauritanie, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Niger et le Burkina Faso. Cette mobilité est de très longue date, faisant suite aux caravanes trans-sahariennes bien établies avant l'introduction de moyens mécaniques de transport.

Le SIDA a été en quelques années l'un des facteurs les plus décisifs dans les changements socioculturels. Rarement le continent aura connu autant de soubresauts dans son organisation sociale, de doute et de remise en question. Des tabous, des croyances, des traditions multi séculaires, se sont heurtés avec une rare violence à une réalité nouvelle qui exige d'autres approches.

3. Administration par l'AMADE

L'ONG AMADE en partenariat avec l'AEN a mis au point l'actuel programme qui intègre son programme habituel d'IEC sur la Santé de la Reproduction, avec la collaboration des services socio sanitaires. Un comité de pilotage dont le rôle dévolu est la coordination, l'arbitrage, l'orientation, l'accompagnement et le suivi des plans d'actions et des activités des partenaires et groupes cibles avec la supervision de l'AMADE est mis en place

3.1 Le contenu du programme

Ayant démarré en 2004, le programme de sensibilisation sur le VIH/SIDA réalisée par l'AMADE et ses partenaires a eu comme contenu :

- La désignation des Prêcheurs au sein des religieux et l'organisation des prêches
- La sensibilisation sur le VIH pendant le maouloud devant 600 personnes,
- La sensibilisation sur le VIH pendant la Nuit du Destin devant 200 personnes
- L'organisation de deux émissions radiophonique avec grande écoute sur le VIH
- Causeries sur le VIH/SIDA dans les trois camps de regroupement à l'occasion de la visite du guide de la Révolution Libyenne,
- Formation des pairs éducateurs
- La formation du personnel de santé dans le domaine du counseling
- La prise en charge psychosociale des orphelins et des PVVIH (médicaments, aliments, vêtements et fournitures scolaires),
- L'organisation d'une caravane des jeunes à travers des danses chorégraphiques et des sketches en vue de susciter un changement de comportement,
- L'organisation d'un festival inter scolaire et d'une journée d'athlétisme avec des informations sur le VIH/SIDA,
- La formation des cadres des cellules de la CAFO sur la transmission, la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA,
- Des animations culturelles avec des messages relatifs aux modes de transmission, de prévention, aux moyens de lutte et aux pratiques néfastes favorisant la propagation du VIH/SIDA

3.2 Résultats attendus :

Les résultats attendus du projet sont les suivants :

1. adhésion de 80% des leaders au plaidoyer et au programme
2. 60% des jeunes utilisent le Condom lors de leurs rapports sexuels et maîtrisent la technique de port et de conservation des préservatifs
3. 70% de la population du cercle âgée de 18 à 60 ans sont informés sur le VIH/SIDA et peuvent citer deux méthodes de prévention
4. 40% des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA bénéficient d'activités génératrices de revenus du programme de prise en charge psychosociale et 100% des malades dépistés sont référés et leur suivi assuré.

3.3 Obstacles auxquels les intervenants ont été confrontés

Le sexe était un sujet tabou dans la société, dans les familles. En plus les religieux, d'une grande puissance dans cette région, pensaient que Dieu a envoyé le sida pour punir l'adultère. Ils n'acceptaient pas d'encourager le port du préservatif, qui du reste serait un facteur d'encourager la débauche. Il était difficile au début du programme de regrouper les membres de la société, et surtout les religieux et les femmes pour discuter de sida.

3.4 Partenaires du programme

La réalisation de ce programme nécessite un Partenariat dynamique entre différents acteurs : Antenne AMADE, Services socio-sanitaires, CAFO, Coordination des jeunes, Religieux musulmans, Collectivités et Communautés, les scolaires et les Radio de la place.

L'éventualité d'une intervention du MAP dans la Région et le Cercle de Tombouctou constitue pour l'Antenne AMADE une opportunité qu'elle compte mettre à profit pour pérenniser ses activités dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA.

3.5 Les acteurs

Les groupes cibles sont :

1. les femmes en général et les femmes en âge de procréation en particulier, à cause de leur grande vulnérabilité
2. les jeunes scolarisés et non scolarisés
3. les professionnels des cérémonies, de circoncision groupée
4. les transporteurs routiers frontaliers
5. les leaders religieux et communautaires.

4. Apport institutionnel du partenariat AEN/AMADE

Malgré son enclavement physique, les communications par téléphone (fixe et mobile) sont devenues plus performantes à Tombouctou ces dernières années, ce qui facilite la collaboration entre le bureau de l'AEN à Gao et le partenaire AMADE. L'inclusion des acteurs du programme dans les activités de capitalisation basée sur l'approche locale a aidé les ONG à rendre leur travail encore plus participatif.

L'AMADE est la seule des partenaires de l'AEN au nord du Mali qui fait un accompagnement des malades lors de la prise en charge de malades du sida, et le suivi nutritionnel des enfants affectés par le VIH/sida. Elle est aussi l'unique ONG à Tombouctou qui joue ce rôle. Le travail de prise en charge est réalisé par le personnel du centre de santé de référence qui suit des malades venant régulièrement au centre pour leurs consultations et 16 animateurs formés par l'AMADE qui leur offrent un accompagnement psycho-social. Lors de leurs réunions périodiques, cette expérience est enrichissante pour les autres partenaires de l'AEN au nord qui ne s'adressent pas encore à cet aspect du travail.

5. Evaluation

5.1. Pertinence :

Le programme de sensibilisation sur le VIH/SIDA dans la région de Tombouctou peut être considéré comme pertinent pour plusieurs raisons. Les populations surtout les femmes croient de plus en plus en l'existence du sida, elles en ont vu des cas dans la commune urbaine et reconnaissent les répercussions économiques et sociales. La ville de Tombouctou est une ville touristique vulnérable par son ouverture au monde entier. Les quartiers périphériques sont des zones à forte migration vers le Sénégal, la RCI, le Niger et le Ghana. Il y a des pratiques sociales qui favorisent la propagation de la maladie : dans la commune urbaine de Tombouctou, la circoncision se passe de façon groupée avec le même couteau; la multiplication des mariages clandestins et les divorces fréquents.

Le programme de sensibilisation n'est pas trop ambitieux par rapport aux besoins, puisqu'une grande partie de la région n'est pas encore couverte. D'après les femmes rencontrées, il répondait aux réelles préoccupations des membres de la communauté.

Cependant le coordinateur d'AMADE soutient que le programme d'origine était trop ambitieux par rapport aux moyens mis à sa disposition et qu'il a été obligé de renoncer aux idées exprimées au début de couvrir toute la région en atteignant d'autres groupes vulnérables comme les routiers, les militaires et les vendeuses ambulantes.

5.2. Efficience :

D'après les femmes rencontrées les résultats atteints sont satisfaisants et encourageants dans la mesure où beaucoup de personnes ont acquis des connaissances sur le sida à travers les pairs éducateurs. Les différents groupes travaillant avec l'ONG élaborent leur plans d'action qui ne sont financés à hauteur de souhait, ce qui veut dire que les moyens mis à leur disposition s'avèrent insuffisant pour sensibiliser plus de personnes. L'ONG a en son sein un médecin pédiatre qui doit assurer la coordination dans un proche à venir et deux animateurs oeuvrant avec les pairs éducateurs. Ce qui reste déplorable est l'inexistence de fiches techniques pouvant faciliter l'exercice des activités et même de suivi des animateurs.

Le suivi est réalisé par le médecin du centre de référence et les animateurs AMADE. Pour assurer une efficience réelle du programme, il faut une formation continue des pairs éducateurs sur le sida, une multiplication des séances de sensibilisation surtout dans les zones inondées et une augmentation des moyens matériels de sensibilisation (supports visuels et audio, et moyens de déplacement).

5.3. Efficacité :

Chaque groupe a à sa tête un président ou une présidente assurant le rôle de pair éducateur dans le quartier pour tenir des causeries débats ou faire des projections de films. La démultiplication des connaissances acquises au sein des familles, au niveau des « grins » (groupes de rencontres informelles qui se trouvent dans chaque localité ou rue au Mali) et au bord du fleuve, la formation des pairs éducateurs sur le sida, le counseling et l'implication des leaders religieux et du médecin du CSRef constituent des facteurs d'efficacité du programme. Il faut ajouter à cela la dernière option relative à la mise en place d'un comité de pilotage pour rendre plus efficace l'intervention de l'ONG dans la lutte contre le VIH/SIDA

5.4. Impact :

Les changements de comportement constatés à la suite de mise en œuvre des activités sont entre autres :

- le dépistage volontaire à Tombouctou, à Gao et à l'occasion dans d'autres régions (Mopti, Bamako)
- le paiement des condoms aux CSCOM et aux boutiques ravitaillées par AMADE,

- la pratique des circoncisions groupées dans les conditions d'hygiène avec canif individuel (paire de ciseaux pour accompagner son enfant) ou instruments désinfectés, et avec l'assistance du médecin du centre de référence
- la prise de conscience des séropositifs de leur rôle dans la lutte contre le sida: un séropositif est venu se présenter à AMADE à visage découvert pour poser la question d'organiser une association de personnes vivant avec le VIH,
- les malades et les séropositifs se sont donnés la main pour créer une association
- la diminution accrue de la pratique du lévirat et du sororat, selon les dires de l'AMADE.

5.5. Durabilité :

Elle tient une grande place à cause de la synergie d'actions des différents acteurs : les leaders religieux respectueux et respectables impliqués, la CAFO avec sa capacité de mobiliser les femmes, les jeunes très communicatifs. Sans risque de se tromper, tous ces groupes peuvent agir pour la durabilité des actions. Certes une augmentation des motivations des pairs éducateurs des différents groupes donnerait plus de poids à l'intervention. Aussi les malades réunis au sein d'une association doivent être appuyés en activités génératrices de revenu et cela pour alléger les coûts de leur prise en charge. Il faut ajouter à cela l'implication du médecin du CSREF dans tout le processus de sensibilisation sur le VIH/SIDA et les interventions des autres acteurs sur le terrain comme TKH, Apromors, Keneya Ciwara, Astopros pour ne citer que ceux-ci.

5.6. Conclusions et recommandations :

AMADE est une ONG de référence dans la région de Tombouctou dans le domaine de la lutte contre le sida. Elle intervient sur un terrain qui lui est familier d'autant plus que ses promoteurs sont respectés et connus dans toute la zone. Le programme de sensibilisation financé par l'AEN pour les 3 ans a laissé des impacts fort louables qui doivent être pérennisés. La ville de Tombouctou connaît une démographie galopante et un tourisme en plein essor, ce qui légitime la lutte contre le fléau.

Ce qui est recommandable serait d'étoffer et de former davantage le personnel de l'ONG (par exemple pour l'accompagnement des malades du sida) pour devenir plus opérationnel. Egalement dans le but d'assurer la durabilité des activités, l'ONG pourrait trouver un avantage en allouant un rôle plus participatif à chaque membre du personnel, et en dégageant une stratégie de communication afin de faire informer et participer tout le groupe du personnel à la programmation des activités. Ainsi le coordinateur pourrait trouver ses tâches allégées et le niveau d'engagement des agents renforcé.

Comme il a été suggéré pour le partenaire de Gao, on propose également que l'AEN réfléchisse sur la contribution à la responsabilisation budgétaire de l'AMADE en lui citant d'avance un plafond annuel pour le financement des activités VIH. Ceci éviterait à l'AMADE de dresser aveuglément un budget des besoins qui sont toujours énormes dans une région tellement sous-équipée, et ensuite à l'annonce de l'accord de financer un pourcentage de ces besoins, de devoir reprendre le budget en annulant des activités planifiées. Cet exercice demande un double effort de budgétisation de la part d'une ONG ayant relativement peu de capacité administrative. De cette manière l'AEN pourrait également faire une comparaison à temps utile entre les fonds destinés à la réalisation des activités et ceux destinés au fonctionnement. Il serait également bon de veiller sur le décaissement des fonds à temps, afin de ne pas perturber le calendrier de travail des groupes cibles.

ANNEXES

I. Définitions des concepts d'une évaluation de programme/projet

LA PERTINENCE d'un programme : mesure dans laquelle les objectifs d'un programme/projet correspondent aux priorités du groupe cible et aux politiques de l'emprunteur et des bailleurs de fonds. Elle pose les questions de savoir est-ce que le programme répond aux besoins du pays et aux priorités générales, en quelque mot le bien-fondé ?

L'EFFICIENCE : rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre (financiers, humains, matériels, temps, etc.). Elle est la mesure dans laquelle les ressources (fonds, expertise, matériels, temps etc.) ont été converties en effets de façon économe. Elle reflète le rendement

L'EFFICACITE : degré de réalisation des objectifs d'un projet. L'efficacité s'apprécie par comparaison entre résultats obtenus (produits, effets directs, impact) et résultats attendus tant du point de vue quantitatif que qualitatif. Elle fait allusion au succès, à la réussite.

L'IMPACT d'un projet ou programme : il est défini comme l'ensemble des changements dans les conditions de vie des bénéficiaires, tels qu'eux-mêmes et leurs partenaires les perçoivent au moment de l'évaluation, ainsi que tout changement durable dans leur environnement, auxquels le projet a contribué. Ces changements peuvent être positifs ou négatifs, voulus ou imprévus.

LA DURABILITE : (PERENNITE) : probabilité que les effets positifs d'un projet perdurent après l'arrêt des aides extérieures, c'est-à-dire le maintien des avantages générés par un programme / projet après que celui-ci ait été achevé.

II :Termes de référence de l'évaluation du programme TV Campagne VIH/SIDA de l'AEN et partenaires en Afrique de l'ouest.

1. Contexte et justification

L'Aide de l'Eglise Norvégienne (AEN) est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) Norvégienne Apolitique, à But non Lucratif qui intervient dans le domaine du développement en général.

Son plan stratégique 2005-2009 en Afrique de l'Ouest, a porté un accent particulier sur cinq domaines d'intervention prioritaires à savoir : la société civile pour une gouvernance responsable, le VIH/SIDA, la sécurité alimentaire et l'eau, l'éducation et les droits humains, les violences liées au genre/femmes.

Dans les années 2000-2001, lors de la campagne télévisée organisée sur le thème VIH/SIDA en Norvège, le bureau international de l'AEN a Oslo a bénéficié d'un financement dans le cadre d'un programme intitulé : «Télé ou TV campagne VIH/SIDA ».

Pour la conception et l'exécution concrète des interventions de ce programme de lutte contre le VIH/SIDA dans ses zones cibles, le financement du Télé Campagne fut reparté (par le bureau international de l'AEN/Oslo) entre ses représentations en : Afrique de l'Ouest, Afrique de l'Est, Afrique du Sud, Asie du Sud-Est et du Sud Ouest, Inde, Europe, Amérique Latine et dans les Caraïbes.

Selon les informations que nous avons reçu du département finance du siège de l'AEN, le budget de notre représentation régionale en Afrique de l'ouest, ne représente que 10% du total du financement Télé campagne VIH/SIDA. C'est cela qui justifie la non prise en compte des interventions de lutte contre le VIH/SIDA de notre région dans l'évaluation globale commanditée (par l'AEN/Oslo) sur ce financement en 2006.

Malgré la modestie du fond Télé Campagne qu'elle a reçu pour sa région, en 2002 la représentation régionale de l'AEN en Afrique de l'Ouest a privilégié ses partenaires habituels dans le domaine du développement, à qui elle a accordé des subventions pour qu'ils conçoivent et exécutent des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans leurs zones d'intervention respectives.

Il faudrait aussi reconnaître que la plupart des partenaires de l'AEN qui avaient été sélectionnés pour recevoir des fonds de la TV Campagne n'avaient pas d'expérience au préalable dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, encore moins dans le domaine de la prise en charge et de l'accompagnement psychoaffectif aux personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Les partenaires de l'AEN en Sierra Leone, en Guinée, en Mauritanie et au Mali avaient aussitôt commencé l'exécution des activités après une première étape qu'ils avaient passé dans la conception de design de programmes spécifiques de lutte contre le VIH/SIDA dans leurs zones d'intervention respectives..

Le manque de données référentielles de base (avant le démarrage de certaines interventions en 2002) pour les programmes VIH/SIDA des partenaires de l'AEN au Mali, nous a amené a commandité en 2004 une étude à la fois qualitative et quantitative sur le thème à Gao et à Tombouctou.

Dans l'étude de 2004, nous n'avons pas jugé nécessaire de prendre en compte la région de Kidal qui avait déjà à son actif les résultats d'une étude de base organisée par ASSADDEC avant le démarrage de ses interventions de lutte contre le VIH/SIDA en 2004 dans les 11 communes de la région.

N'étaient pas concernés par l'étude à mi-parcours organisée par notre représentation en 2004, ses partenaires de la Guinée, de la Mauritanie, et de la Sierra Leone qui avaient soit effectué des études de base sur le VIH/SIDA ou disposaient déjà comme référence, les résultats d'études d'autres intervenants dans leurs zones d'intervention.

Bien que les partenaires de l'AEN en Afrique de l'ouest n'ont (pour la plupart) pas atteint les 5 années d'intervention sur le VIH/SIDA, et malgré la modestie du financement obtenu pour la région, 2006

étant la fin du TV Campagne VIH/SIDA, nous pensons qu'une évaluation des résultats, des stratégies d'intervention et des leçons à tirer du programme s'avère nécessaire.

La lutte contre le vih/sida était une des priorités du Plan Stratégique Global de l'AEN pour les années 2000-2004, elle continuera à en être une jusqu'en 2009. Au Mali et en Mauritanie, qui sont des pays bénéficiant des fonds de la Coopération norvégienne (la NORAD), l'AEN va continuer ses efforts dans le domaine du vih/sida après 2006. Cependant, en Guinée et au Sierra Léone, l'année 2006 est la dernière année où l'AEN va financer des projets dans le domaine du vih/sida. Cette décision est liée au manque de fonds, la NORAD n'acceptant pas de financer des projets d'aide au développement dans ces deux pays. »

2. But :

Organiser une étude d'évaluation finale du TV Campagne VIH/SIDA dans les zones d'intervention de l'AEN en Afrique de l'Ouest en 2006, pour apprécier les stratégies d'intervention, les résultats obtenus et les leçons à tirer pour la conception d'un nouveau programme.

3. Objectifs de l'étude :

3.1 Niveau d'impact

- Faire une étude sur les changements de Perception / CAP sur le VIH/SIDA dans les zones d'intervention de l'AEN en Afrique de l'ouest
- Analyser les changements de Perceptions, les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques (CAP) des populations bénéficiaires sur le VIH/SIDA

3.2 Analyser les résultats du programme (au niveau des objectifs et résultats attendus) :

- Faire une analyse de l'état de progression et les résultats des programmes VIH/SIDA des partenaires, du démarrage à maintenant
- Identifier et analyser les facteurs internes et externes (socioculturelles, géographiques, religieux, économiques, politiques etc...) qui influencent l'atteinte des objectifs et résultats attendus des programmes des partenaires (facteurs internes et externes favorables et défavorables / obstacles à l'atteinte des objectifs du TV Campagne VIH/SIDA en Afrique de l'ouest). Et comment la contribution spécifique de l'AEN a informé et influencé le contexte.
- Analyser les aspects internes (stratégies d'intervention, ressources humaines, aspects organisationnels) qui influencent l'atteinte des objectifs et résultats attendus du programme (favorables et défavorables / obstacles à l'atteinte des objectifs du TV Campagne VIH/SIDA en Afrique de l'ouest)
- Analyser les aspects institutionnels (partenariat, encadrement dans les politiques des pays, cohérence avec les autres programmes / intervenants) qui influencent l'atteinte des objectifs et résultats attendus du programme (favorables et défavorables / obstacles à l'atteinte des objectifs du TV Campagne VIH/SIDA en Afrique de l'ouest)
- Analyser les autres résultats du TV Campagne (en dehors des partenaires de l'AEN dans le nord Mali)
- **Evaluer les expériences documentées, les réalisations et les résultants du travail de l'AEN sur le VIH/SIDA, en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination et leur contribution à la prévention la prise en charge et le plaidoyer.**
- Analyser la valeur ajoutée du TV Campagne dans les actions de lutte contre le VIH/SIDA de l'AEN dans ses zones d'intervention

- Faire une analyse coûts et efficacité de la subvention de l'AEN et ses partenaires en Afrique de l'ouest ??
- Faire une analyse comparative entre les politiques des pays et les axes stratégiques d'intervention de l'AEN et ses partenaires

3.3 Formuler des leçons tirées et des recommandations pour le nouveau programme

- Formuler les leçons tirées basées sur les expériences du programme
- **Analyser et faire des recommandations sur le Right Based Programming future du travail sur le VIH/SIDA.**
- Formuler des recommandations concrètes au futur programme pour l'amélioration de la contribution de l'AEN dans la lutte contre le VIH/SIDA dans ses zones d'intervention en Afrique de l'ouest.

3.4 Faire une analyse de base des programme VIH/SIDA des partenaires au Mali et en Mauritanie à partir des concepts/outils basés sur le global strategic plan de l'AEN :

- Analyser les concepts de Right Holders et Duty Bearers
- Faire une analyse genre des programmes (à partir de l'outil d'analyse genre le HAGA)

4. Stratégie & organisation et documents de l'étude

Une consultation restreinte sera organisée pour la sélection d'une structure privée, d'une ou des consultants indépendants.

Les qualifications recommandées : un ou des consultants et/ou un bureau d'étude ayant de l'expertise en science sociale ou en recherche qualitative, ainsi qu'en recherche quantitative en santé. Ce(s) consultant(s) et/ou bureau auront la responsabilité de mener l'étude sous la supervision de l'AEN et ses partenaires de terrain.

Les documents de référence importants sont : les documents concernant les principes de l'AEN pour la lutte contre le vih/sida, le plan quinquennal de l'AEN pour le Mali et la Mauritanie, les documents de programmes des partenaires de l'AEN concernés par cette évaluation, les résultats de la capitalisation de l'approche réponse locale au Mali, les copies des rapports des partenaires etc.....

5. Responsabilités

5.1 Responsabilités des consultants :

- Concevoir une proposition technique de l'étude, qui prendra en compte l'approche méthodologique des différentes études (qualitative et quantitative), du but et des objectifs de l'étude, des résultats attendus, de la justification de l'échantillonnage et du choix des sites de l'étude, de l'analyse des données, des limites de l'étude etc...
- Faire une proposition financière conforme à la proposition technique
- Mener l'étude conformément aux termes de référence de l'étude et les engagements avec l'AEN
- Respecter la période et le délai d'exécution de l'étude (le calendrier négocier avec l'AEN)
- Soumettre à l'AEN dans le délai imparti des rapports (provisoire et final) de l'étude
- Tenir compte des recommandations et observations faites par l'AEN pour concevoir le rapport final de l'étude
- Restituer les résultats de l'étude auprès de l'AEN et ses partenaires

L'équipe d'évaluation devrait prendre en compte dans ses méthodes:

- Divers documents (stratégies, programmes, politiques, rapports, publications, matériels de formation, matériels IEC, matériels de campagne, etc) de l'AEN et de ses partenaires coopératifs.
- Interviews avec les bénéficiaires/groupes cibles, les acteurs définis et les partenaires

- Utiliser si possible les statistiques non discriminatoires au plan genre
- Utiliser les approches participatives afin qu'on puisse voir les organisations partenaires, les récipiendaires, les groupes cibles et les partenaires pertinents comme des partenaires actifs de l'évaluation.
- Les méthodes utilisées dans l'Evaluation seront basées sur l'Approche Cadre Logique (The **Logical Framework Approach) (LFA) et sa terminologie.**
- Utiliser les méthodes aussi bien quantitatives que qualitatives
- Les recommandations devraient être formulées de manière à faciliter la planification de programme et l'apprentissage organisationnel.

5.2 Responsabilités de l'AEN :

- Analyser et approuver les propositions techniques et financières des consultants
- Négocier les contrats des consultants
- Mettre à la disposition de l'étude et des consultants les ressources financières et matérielles nécessaires à l'exécution de l'étude
- Prendre en charge et faciliter l'hébergement et le transport des consultants sur le terrain
- Mener le suivi et la supervision de l'étude en collaboration avec les partenaires de l'AEN sur le terrain
- Participer à l'étude et coordonner les activités des consultants
- Suivre l'exécution de l'étude conformément aux termes de référence et rendre compte à l'AEN
- Organiser et faciliter la restitution des résultats de l'étude auprès de l'AEN et ses partenaires

6. Période & lieu :

Cette étude de recherche concerne :

- Les zones d'intervention des partenaires de l'AEN dans les trois régions du nord au Mali : AMADE dans le cercle de Tombouctou, GRAIP dans les communes de Taboye et Sonni Ali Ber, OADS (dans le cercle du Gourma Rharous), ASSADDEC dans la région de Kidal.
- Les zones d'intervention des partenaires de l'AEN en Guinée Forestière (N'Zérékoré) : TWIN et FLM Guinée.
- Les zones d'intervention des partenaires de l'AEN en Sierra Leone : FLM Sierra Leone.
- Les zones d'intervention des partenaires de l'AEN en Mauritanie : FLM Mauritanie.

La période proposée se situe entre juin et septembre 2006

Ci-dessous la proposition de calendrier de l'étude :

Résultats attendus	Dates limites	Responsables
1. Les termes de référence sont élaborés et les feed back des Collègues et Partenaires sont recensés sur les TDR	9 juin 2006	AEN
2. Les TDR sont corrigés, tenant compte des feed back des autres sur les TDR	12 juin 2006	AEN/Partenaires
3. Les consultants/bureau d'étude sont choisis et les TDR leur sont envoyés	14 juin 2006	AEN

4.Les propositions technique et financière des consultants sont disponibles	20 juin 2006	Consultants/bureau d'étude
5.Les contrats d'engagements sont signés avec les consultants	25 juin 2006	AEN
6.La phase de collecte sur le terrain est terminé	15 août 2006	Consultant(s)
7.Un rapport préliminaire de l'étude est disponible	20 septembre 2006	Consultant(s)
8.Un rapport final amendé est disponible	30 septembre 2006	Consultants/AEN/Partenaires
9.Les résultats du rapport final sont restitués à l'AEN et à ses partenaires	15 octobre 2006	Consultants/AEN

7. Résultat attendu

Un rapport d'étude d'évaluation des interventions du programme télé campagne de lutte contre le VIH/SIDA de l'AEN/Partenaires (pour la période 2001-2006) est disponible pour la région ouest africaine.

Confère les objectifs pour apprécier le détail des résultats attendus

8. Orientations importantes/limites :

-Cette évaluation doit tenir compte des dates de démarrages et des délais d'exécution des programmes des partenaires dans l'atteinte des objectifs fixés et des résultats obtenus

-Il s'agit d'une évaluation globale de la télé campagne en Afrique de l'ouest, donc les présents TDR constituent la référence générale de cette évaluation. Mais les documents de programme des partenaires et les TDR spécifiques qu'ils ont élaboré (lors du séminaire sous régional organisé par l'AEN en décembre 2005 sur le VIH/SIDA) seront pris en compte dans les documents de référence de l'évaluation.

-Elle portera plus d'accent sur les stratégies et les résultats obtenus (moins sur les impacts).

9. Implications financières

Le budget (normalement imputable au pid 12 946, intitulé : « evaluation and future planning HIV/AIDS ») doit prendre en compte les rubriques de dépenses suivantes :

-Les honoraires des consultants et des enquêteurs

-Les perdiems des consultants et des enquêteurs

-L'hébergement et le déplacement des consultants sur le terrain

-Les frais d'organisation de la réunion de restitution

-Les frais de secrétariat (s'il s'agit d'une structure privée) et le paiement du matériel didactique et autres matériels de l'étude

-Etc

111. Questionnaires (3) de l'enquête qualitative

i) GUIDE D'EVALUATION DU PROGRAMME DE L'AEN ET SES PARTENAIRES EN AFRIQUE DE L'OUEST

(leader communautaire, religieux, groupe vulnérable)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je m'appelleje travaille pour l'AEN dans le cadre de
l'évaluation du programme TV campagne de lutte contre le VIH/sida dans les pays suivants :
Sierra Leone Guinée, Mauritanie et Mali.

L'objectif de notre visite est de discuter avec vous du projet de lutte contre le VIH/sida de
l'AEN. A ce propos nous voulons recueillir vos opinions sur ledit projet relativement sur vos
connaissances, vos attitudes, vos pratiques et la manière dont elles sont utilisées.

Vos informations contribueront à long terme de lutter contre ce fléau. Elles seront
strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour les besoins de l'évaluation.

Acceptez-vous de répondre à mes questions ?

OUI ☐ NON ☐

Numéro du guide à remplir par le superviseur.....

Identification de l'interviewé(e) :

Date de l'entrevue :

.....
L'heure début:

Code :

Situation matrimoniale

1- Marié(e) ☐

2- Divorcé (e) ☐

3- Célibataire ☐

4- Veuf (ve) ☐

Sexe Masculin ☐ Féminin ☐

Age :

Ethnie :

Qualité de l'informateur :

1-Leaders

2- exciseuses

3- membre de la communauté

4- guide touristique

5- Représentant d'ONG

6- Personnel socio-sanitaire

Langue utilisée pendant l'entretien :

1- Français

2- Sonrhāi

3- Tamacheq

4- Bambara

Activités professionnelles.....

Remarques :(refus, problème de langue...)

A -Pertinence du projet (répond-t-il au besoin réel)

A1- Croyez-vous en l'existence du sida ? Quelle est votre source d'information sur le VIH/sida dans votre communauté ? Est-ce que le projet de lutte contre le VIH/sida est une priorité pour la communauté ?

A2-Pensez-vous que les besoins identifiés par le personnel du projet correspondent aux besoins réels et aux préoccupations de la communauté en matière de lutte contre le VIH/sida?

A3-Est-ce que le projet répondait aux besoins réels des bénéficiaires, n'était-il pas trop ambitieux ?

A4- Quels sont les types d'activités qui ont été menées ? Etaient-elles adaptées aux bénéficiaires ? Sonder

A5- Quels ont été les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des activités? (socio culturels religieux)

A6 Quelles sont les approches utilisées pour la pérennisation du projet. Qu'en pensez-vous. (Motivation des relais)

A7- Quels sont les thèmes abordés et les stratégies menées ?

A8- Qu'est-ce que vous avez retenu des messages véhiculés ?

A9-Qu'est-ce que vous avez apprécié du programme

A10- Qu'est-ce que vous n'avez pas apprécié aussi ? Pourquoi ?

B -Efficacité

B1- Avez-vous discuté avec d'autres personnes sur les informations reçues ?

B2- Quels sont les enseignements que vous avez tirés du projet ?

C -Attitudes et comportements

C1- Vous en tant représentant d'ONG, leader communautaire, exciseuse, transporteur, guide touristique, jeune, personnel sanitaire, etc...pouvez-vous dire quels sont les changements qui se sont opérés à votre niveau vis-à-vis du VIH/sida ?

C2-Devant un malade de sida ou un séropositif, quelle sera votre réaction?

C3- Quelle est l'attitude de l'entourage et des membres de la famille devant un malade ou un porteur du virus ?

D/ Efficience de la mise en œuvre

D1- Que pensez-vous de la relation entre les ressources allouées, les activités qui ont été menées et les résultats obtenus ? (lien de partenariat entre l'AEN et les ONG partenaires en matière de gestion des fonds)

D2- Que pensez-vous de la Capitalisation sur la Réponse Locale (lieux, nombre de participants, grandes lignes du sujet, durée).

D3 – Durant la période d'exécution du projet, les fiches de suivi et d'évaluation étaient elles utilisées ? (voir la documentation).

D4 – Selon vous que faut-il faire pour améliorer les activités et la stratégie utilisée par le projet ?

D5 –Pensez-vous qu'il soit nécessaire d'adopter de nouvelles stratégies ? Si oui lesquelles ? Si non dites pourquoi ?

E/ Suggestions recommandations

- *pour la durabilité des activités et actions face au fléau*

E1- Qui (ONG, leaders communautaires, leaders religieux, les exciseuses, guides touristiques, jeunes, les professionnelles du sexe, etc...) peut aider à maintenir et continuer les activités à la fin du projet?

F2- Comment les encourager à le faire et comment faire pour qu'ils s'approprient cette initiative de l'AEN et ses partenaires ?

F3- Quelle serait la meilleure manière pour la communauté de lutter contre le VIH/sida ?

F4- Vous en tant que leaders, responsables dans la société civile, quelle approche de lutte nous proposez-vous pour la durabilité des activités et actions entreprises ?

- pour une bonne prise en charge

F5- Selon vous, quelles sont les stratégies que l'AEN et ses partenaires peuvent mettre en place pour que toutes les victimes du VIH/sida puissent avoir accès à une prise en charge ?

**ii) GUIDE D'EVALUATION DU PROGRAMME DE L'AEN ET SES
PARTENAIRES EN AFRIQUE DE L'OUEST**
(Représentant d'ONG partenaire)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je m'appelleje travaille pour l'AEN dans le cadre de
l'évaluation du programme TV campagne de lutte contre le VIH/sida dans les pays suivants :
Sierra Leone, Guinée, Mauritanie et Mali.

L'objectif de notre visite est de discuter avec vous du projet de lutte contre le VIH/sida de
l'AEN. A ce propos nous voulons recueillir vos opinions sur ledit projet relativement sur vos
connaissances, vos attitudes, vos pratiques et la manière dont elles sont utilisées.

Vos informations contribueront à long terme de lutter contre ce fléau. Elles seront
strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour les besoins de l'évaluation.

Acceptez-vous de répondre à mes questions ?

OUI ☐ NON ☐

Numéro du guide à remplir par le superviseur

Identification de l'interviewé(e) :

Date de l'entrevue :

.....
L'heure début: H Mn

Code :

Situation matrimoniale

1- Marié(e) ☐

2- Divorcé (e) ☐

3- Célibataire ☐

4- Veuf (ve) ☐

Sexe Masculin ☐ Féminin ☐

Age :

Ethnie :

Qualité de l'informateur :

1- Représentant d'ONG

Langue utilisée pendant l'entretien :

1- Français

2- Sonrhaï

3-Tamacheq

4-Bambara

5- Autre.....

Activités professionnelles.....

Remarques :(refus, problème de langue...)

A -Pertinence du projet (répond-t-il au besoin réel)

A1- Est-ce que le projet de lutte contre le VIH/sida est une priorité pour la communauté ?

A2-Pensez-vous que les besoins identifiés par le personnel du projet correspondant aux besoins réels et aux préoccupations de la communauté en matière de lutte contre le VIH/sida?

A3-Est-ce que le projet répondait aux besoins réels des bénéficiaires, n'était-il pas trop ambitieux ? A4- Quels sont les types d'activités qui ont été menées ? Etaient-elles adaptées aux bénéficiaires ? Sonder

A5- Quels ont été les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre des activités? (socio culturels religieux)

A6 - Quelles ont été les solutions que vous avez apportées ?

B- Efficacité

B1- Pensez-vous que toutes les activités prévues et réalisées ont apporté quelque chose aux bénéficiaires directs (ceux qui ont été touchés par les activités) et indirects (ceux qui sont en contact avec les bénéficiaires directs) ?

B2- Quels sont les changements de comportement ou nouvelles visions que vous avez constatées par rapport aux activités qui ont été déjà menées?

B3- Quelle utilisation avez-vous fait des observations et recommandations de l'évaluation à mi-parcours ? B4- Quelles sont les difficultés rencontrées dans la stratégie de mise en œuvre du programme ? Comment les avez-vous surmontées ?

B5- Quels sont les enseignements que vous avez tirés de ce projet qui peuvent être reconduits ou répliqués ailleurs ?

C- Efficience de la mise en œuvre

C1- Que pensez-vous de la relation entre les ressources allouées, les activités qui ont été menées et les résultats obtenus ?

C2- Comment les ressources humaines disponibles et compétentes pour les activités à mener ont-elles été utilisées ?

C3- Que pensez-vous de la capitalisation sur la Réponse Locale ?

D/ Effets/impacts/viabilité du projet

D1- Est-ce que tous les objectifs du projet ont –ils été atteints ?

D2-Quel a été l'impact de ce projet sur la cible directe et ses effets sur la cible indirecte ?

D3 – Que pensez-vous des résultats obtenus ?

D4 – Pensez-vous que toutes les personnes clés contactées sont motivées pour continuer les activités à la fin du projet ?

D5- Quel a été le rôle joué par la représentation du Haut Conseil National de Lutte Contre le Sida/ SecrétariatExécutif National de Lutte contre le Sida au niveau de la région ?

E/ Suggestions recommandations

- *pour la durabilité des activités et actions face au fléau*

E1- Qui (ONG, leaders communautaires, leaders religieux, les exciseuses, guides touristiques, jeunes, les professionnelles du sexe, etc...) peut aider à maintenir et continuer les activités à la fin du projet?

E2- Comment les encourager à le faire et comment faire pour qu'ils s'approprient ce projet, cette initiative de l'AEN et ses partenaires ?

E3- Quelle serait la meilleure manière pour la communauté de lutter contre le VIH/sida ?

E4- Vous en tant que représentant d'ONG partenaire, quelle approche de lutte nous proposez-vous pour la durabilité des activités et actions entreprises ?

- *pour une bonne prise en charge*

E5- Selon vous quelles sont les stratégies que l'AEN et ses partenaires peuvent mettre en place pour que toutes les victimes du VIH/sida puissent avoir accès à une prise en charge ?

iii) Guide pour les personnes n'ayant pas été ciblées par le programme de lutte contre le sida

1. Que savez-vous du sida ?
2. Où et comment avez-vous entendu parler de sida ?
3. Quelles sont les raisons de votre non participation au programme ?
4. Est-ce le sida est une préoccupation par les autres membres de la communauté ?
5. Quels sont les vos constats depuis la mise en œuvre du programme de lutte contre le sida dans votre localité en termes de connaissances, d'attitudes et de comportements ?
6. Par quelle manière la communauté pourrait lutter contre le VIH/sida ?

1V Questionnaire adressé aux représentants de l'AEN (sans réponse)

AEN : Questionnaire adressé à la représentation à Bamako sur le déroulement du programme de sensibilisation sur le VIH SIDA financé de 2003 à 2006 en Afrique de l'Ouest par la campagne T.V.

1. Pays concerné :
Partenaire :
2. Selon le contrat initial, quelles étaient les activités prévues pour un financement AEN à travers ce partenaire ?
3. Combien de contacts (visites par AEN au pays concerné, participation aux ateliers à Bamako, autres contacts personnels) ont eu lieu pour l'accompagnement par l'AEN de ce partenaire depuis le début du programme ?
4. Est-ce que le contact par e-mail a bien fonctionné entre l'AEN et le partenaire pendant la période 2003 et 2006 :

5. Quelle fut la périodicité requise pour les rapports d'activité du partenaire à envoyer à Bamako ?
6. Est-ce que cette périodicité a été respectée ? (* établissons un tableau).....
7. Quelle fut la périodicité requise pour les rapports financiers du partenaire à communiquer à l'AEN Bamako ?
8. Y a-t-il eu des rapports de retards/autres difficultés de transfert des tranches de financement au partenaire ? *
9. Y avait-il de propositions de modification de l'utilisation de financement par le partenaire au cours du programme de 3 ans ? Si oui, lesquelles ?
10. Est-ce que ces propositions ont fait l'objet d'échanges avec l'AEN Bamako ? Y a-t-il des traces écrites des résultats de ces échanges ?
11. Lors de la tenue des ateliers du programme à Bamako, y a-t-il eu référence à des sites contenant les résultats de la recherche en Afrique, ou ailleurs, par exemple sur la relative efficacité de différents types de sensibilisation communautaire à la prévention du VIH ? Aux aspects de la prévention qu'on peut traiter efficacement en groupes d'âge et de genre mixte ? Aux meilleures manières d'approcher les différents groupes vulnérables ?
12. Y a-t-il eu l'occasion pour le partenaire de proposer des aspects de la sensibilisation comme sujet d'une réflexion et d'éventuelles recherches ?
13. Avez-vous l'impression que le programme du partenaire a répondu aux attentes établies en 2003 ? Si oui, à quelle mesure, et si non, pour quelles raisons ?
14. Si l'expérience était à reprendre, quels sont les aspects que l'AEN pourrait modifier pour améliorer les résultats du programme avec ce partenaire ?

Tableau récapitulatif du déroulement du programme VIH/SIDA entre l'AEN et

Année 2004

Activité	Date(s)	Remarque
Contrat signé AEN/Partenaire		
1 ^{re} tranche financement envoyée pour l'année en cours		
Rapport(s) d'activité reçu(s)		
Rapport(s) financiers reçu(s)		
Contact personnel entre AEN et partenaire		
Proposition de modification du contrat soulevé par le partenaire		
Modification acceptée après échange AEN/Partenaire		
2 ^{me} tranche financement envoyée		

Année 2005

Activité	Date(s)	Remarque
Contrat signé AEN/Partenaire		
1 ^{re} tranche financement envoyé pour l'année en cours		
Rapport(s) d'activité reçu(s)		
Rapport(s) financiers reçu(s)		
Contact personnel entre AEN et partenaire		
Proposition de modification du contrat soulevé par le partenaire		
2 ^{me} tranche financement envoyée		

Année 2006

Activité	Date(s)	Remarque
Contrat signé AEN/Partenaire		
1 ^{re} tranche financement envoyé pour l'année en cours		
Rapport(s) d'activité reçu(s)		
Rapport(s) financiers reçu(s)		
Contact personnel entre AEN et partenaire		
Proposition de modification du contrat soulevé par le partenaire		
Modification acceptée après échange AEN/Partenaire		
2 ^{me} tranche financement envoyée		

**Aide de l'Eglise Norvégienne, Financement 2003-2006
provenant de la campagne TV pour la sensibilisation sur le
VIH/SIDA**

Partenaires au Mali : AMADE, GRAIP, ASSADDEC

**Programme de sensibilisation sur le VIH/SIDA au
Mali.**

**Projet de Rapport de l'Etude Quantitative de
Connaissances, Aptitudes et Pratiques sur le
VIH/sida, Octobre – Novembre 2006**



L'enquête en cours au village de Daghan.

ETUDE QUANTITATIVE SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCES, APTITUDES ET PRATIQUES CONCERNANT LE VIH/SIDA D'UN ECHANTILLON DES POPULATIONS DES ZONES D'INTERVENTION DE SES PARTENAIRES AU NORD DU MALI.

1.1. Objectifs de l'étude :

Les objectifs spécifiques de l'étude étaient de :

- faire une étude sur perception /CAP sur le VIH/sida dans les zone d'intervention
- analyser les perceptions

1.2. Brève description de l'analyse

Qui a réalisé l'étude, où et quand ?

Lieux de l'étude:

La présente étude a eu lieu dans les grandes villes du Nord Mali (Tombouctou, Gao, Kidal)

Personnel :

Le dispositif technique a été composé de : quatre membres de l'équipe GAP, un médecin statisticien, assistés par trois agents de saisie et de deux éditeurs chargés des travaux informatiques (masque de saisie, nettoyage des fichiers et analyse des données).

En ce qui concerne l'enquête sur le terrain, quatre enquêteurs ont été recrutés dans chaque ville.

. La période et la durée de l'étude

La collecte de données s'est déroulée au Mali en octobre 2006 et novembre 2006 pour une durée de 30jours. Le traitement des données, leur analyse et la rédaction du rapport ont eu lieu à Bamako en décembre 2006.

1.3. Méthodologie de l'étude quantitative

Type de l'étude : c'est une étude prospective à visée descriptive. C'est-à-dire une description précise par rapport aux connaissances, aptitudes et pratiques d'un échantillon de la population du programme VIH/Sida mené par AMADE ASSADDEC,

1.4 Déroutement :

Cette étude a commencé par l'analyse des TDR pour s'enquérir des attentes de l'AEN et comprendre les situations dans lesquelles vivent les communautés dans le programme de lutte contre le VIH /sida. L'étude quantitative a été menée en même temps et aux mêmes lieux que l'étude qualitative dont les résultats sont traités au chapitre 4 suivant. Ici il s'agit de présenter l'étude quantitative.

Les différents échanges ont permis d'avoir une orientation claire et une identification des activités à développer pour les résultats attendus de l'étude. Ces activités ont porté sur le choix d'un échantillon basé sur des critères développés par les équipes techniques des trois ONG et GAP, la conception des outils de collectes, la planification des enquêtes, la communication du calendrier aux différents partenaires de l'AEN et autres structures impliquées.

Questionnaire :

Un seul type de questionnaire a été utilisé pour l'étude quantitative. Il contient les informations d'identification et les résultats des interviews à savoir :

- **Milieu (caractéristiques socio démographiques):** il représente le lieu de résidence, l'âge, le niveau d'instruction, la profession, la situation matrimoniale
- **CAP** concernant le VIH/sida

1.5. Méthodologie

1.5.1. L'échantillonnage

Méthode d'échantillonnage

La méthodologie de l'étude comprend les étapes suivantes qui sont :

- Préparation et organisation de l'étude.
- Définition et détermination de l'échantillon de l'étude.
- Amendement des outils et techniques de collecte des informations.
- Formation du personnel d'enquête sur la méthodologie et les outils de collecte.
- Déroulement de l'enquête.

.Les Populations cibles :

Les populations cibles primaires sont constituées de: hommes et femmes, jeunes et adultes, des trois villes du nord Mali.

.L'échantillonnage :

Vu la taille des populations bénéficiaires déterminées avec GRAIP à GAO dans les communes de Taboye (5 villages) et Soni Ali Ber (7 villages), AMADE à Tombouctou dans la commune urbaine de Tombouctou, ASSADDEC à Kidal dans la commune de Kidal et Anefif et le nombre de jours disponibles pour l'étude. L'échantillonnage a regroupé les acteurs potentiels directs, et le mode de l'échantillonnage s'est effectué de façon aléatoire. C'est-à-dire des individus sont tirés au sort de manière aléatoire selon les points d'attraction au sein des unités de sondage.

. Les outils et techniques de collecte des informations :

- Un questionnaire individuel a été administré à des groupes cibles

. Collecte des données :

Recrutement des agents de terrain :

Les agents sont recrutés par l' AEN à GAO, par l'AMADE à Tombouctou et par ASSADDEC à Kidal

Formation des enquêteurs / Pré test des questionnaires :

Organisée pour 1 jour, cette formation a été tenue sous forme d'atelier participatif dans le but d'expliquer aux enquêteurs la méthodologie et les outils de collecte ainsi que le calendrier et la répartition du travail par zone.

Déroulement de la collecte de données :

L'enquête sur le terrain s'est effectuée sur une période de 30 jours.

Les résultats attendus de l'enquête sont que les échantillons déterminés avec l'AEN et partenaires seront enquêtés, analysés et interprétés.

1.5.2. Méthode de collecte des données

Après la formation, les enquêteurs ont été répartis entre les quartiers sélectionnés des différentes villes pour réaliser l'enquête proprement dite. L'enquête a duré 30 jours. Dans le cadre du suivi des travaux sur le terrain, les supervisions ont été réalisées régulièrement. Ces supervisions avaient pour but, de contrôler la qualité du travail de chaque équipe, de résoudre le problème éventuel rencontré par chaque équipe, de les ravitailler en matériel et de ramener les questionnaires administrés à Bamako.

L'autorisation éclairée de chaque individu approché pour l'enquête a été recherchée avant d'entreprendre l'entretien. La nature personnelle de certaines questions sur le comportement sexuel a imposé que les participantes soient toutes interviewées par une femme, et les participants par un homme. En plus le recrutement des enquêteurs et enquêteuses a compris des personnes possédant toutes les langues du nord du Mali, et en mesure de traduire le questionnaire correctement du français vers la langue nationale en question.

Méthode de l'analyse des données

Les données ont été saisies et analysées avec l'aide du logiciel épi info version 6.04 fr.

Les outils de collecte :

Nous avons élaboré un type de variable :

Un questionnaire individuel a été élaboré à l'intention de femmes et hommes vulnérables, les jeunes filles et garçons vivant dans les périphéries de la ville. Il avait pour objectifs de recueillir des variables socio démographiques : âge, sexe, résidence, situation matrimoniale

3. La collecte des données :

Les enquêtes ont été conduites sur le terrain par une équipe formée par les consultantes. Le calendrier élaboré a été suivi du début à la fin de l'activité.

Le traitement et l'analyse des données :

Le dépouillement des données a consisté à une vérification des questionnaires pour leur conformité avec l'échantillon considéré et de sélectionner les réponses suivant les thèmes et les objectifs de l'étude.

Les tableaux issus du dépouillement ont orienté l'analyse et ont permis de s'apercevoir de la qualité des données constituant une exigence pour une étude. Ils ont aussi permis d'avoir des éléments pour l'élaboration du plan de rapport.

Les données ont été analysées par séquence suivant les objectifs de l'étude. Celles s'avérant pertinentes sont mises en relation pour bâtir les fondements du plan de rédaction du rapport.



La traversée du Fleuve Niger pour enquêter dans un village de Soni Aliber

2. Les résultats de l'étude

L'analyse :

2.1 Description de l'échantillon final :

L'analyse a été effectuée sur 1 414 dossiers considérés comme bons après nettoyage. Les données de base étaient les suivantes :

o La répartition de la population de l'enquête, exprimée par sexe était la suivante :

Sexe	Nombre	Proportion
Hommes	793	56,08
Femmes	611	43,21
Refus de participer	10	0,71
Total	1414	100%

o Age de la population de l'enquête :

L'âge variait entre 10 et 65 ans

o Répartition des classes d'âge par région :

Age (ans)	Gao	Kidal	Tbtou	total
I	2	12	8	22
10 à 14	27	0	2	29
15 à 19	124	54	101	279
20 à 24	66	96	106	268
25 à 29	67	64	107	238
30 à 34	48	45	87	180
35 à 39	37	21	57	115
40 à 44	26	20	52	98
45 à 49	38	16	24	78
50 à 54	21	9	23	53
55 à 59	10	2	15	27
60 et plus	1	10	16	27
total	467	349	598	1414

o Le nombre de personnes enquêtées par ville était la suivante :

Ville	nombre
GAO	467
Kidal	349
Tbtou	598
Total	1414

o Répartition par profession

Profession	F	M	total
Sans réponse	10	17	27
pêcheur	0	5	5
chauffeur	1	25	26
commerçant	51	65	116
éleveur	7	27	34
étudiant	104	159	265
ménage	334	4	338
Autre	102	389	491
paysan	2	112	114
total	611	803	1414

Niveau d'instruction, par sexe

Type d'instruction	F	M	Total
0	22	30	52
1	304	269	573
2	129	200	329
3	104	206	310
4	25	68	93
5	13	19	32
6	14	11	25
total	611	803	1414

Légende : 0= analphabète, 1= primaire, 2= secondaire, 3= supérieur, 4= coranique, 5= école coranique, 6= ne sait pas

A. CONNAISSANCES DU SIDA : PREMIERE QUESTION : Le sida existe-t-il ? Réponses en fonction du sexe

Sida existe	F / %	M / %
Ignore/répond pas	7,35	10,43
Non	12,45	12,61
Oui	80,20	76,96
total	100	100

80,20 % des femmes interrogées croient à l'existence du sida; 76,96% des hommes interviewés croient également à l'existence du sida. Un taux non négligeable des enquêtés soit 12% ne croit pas en l'existence du sida : en voici le détail désagrégué par niveau de formation et par sexe :

a) Le sida existe-t-il ? Réponses en fonction du niveau d'instruction du répondant

Femmes :

Sida existe, par type d'instruction	Ignore/répond pas	Non	Oui	total
0	36	7	283	326
1	9	4	116	129
2	0	4	100	104
3	0	0	25	25
4	0	0	13	13
5	0	0	14	14
total	45	15	551	611

Hommes :

Sida existe, par type d'instruction	Ignore/répond pas	Non	Oui	total
0	5	12	20	37
1	33	22	224	279
2	1	9	179	189
3	1	7	196	204
4	0	1	69	70
5	0	1	23	24
total	40	52	711	803

Par rapport à ces tableaux nous pouvons dire que pour les femmes comme pour les hommes, dans le nord du Mali, le niveau d'instruction n'influence pas la croyance à l'existence du VIH/sida. Nous constatons que cette tendance existe bien dans les trois régions enquêtées.

Cependant, en regardant les chiffres par région, la proportion de personnes sur notre échantillon de 1 414 répondants qui ne croient pas que le sida existe varie considérablement d'une région à l'autre :

Tableau comparatif, par sexe et par région, de la proportion de personnes qui ne croient pas que le sida existe :

Région	Femmes croyant que le sida n'existe pas	Hommes croyant que le sida n'existe pas	Total croyant que le sida n'existe pas
Gao	1,76%	2,5%	0,9 1%
Kidal	3,31%	5,25%	2,47 %
Tombouctou	2,56%	9,91%	2,08 %

B. LES CONNAISSANCES DES MODES DE TRANSMISSION DU VIH

1. Niveau des réponses correctes, par sexe (« I » signifie ici que le mode en question n'a pas été cité par les personnes enquêtées qui étaient libres de proposer ceux qu'elles connaissent) :

a) Transmission par instrument souillé

Instrument	F		M		total
I	212	34,13%	253	31,90%	465
Non	2	02,32%	7	0,88%	9
Oui	407	65,53%	533	67,21%	940
total	621		793		1414

Par rapport au mode de transmission, 65,53 % des femmes et 67,21% des hommes interrogés reconnaissent que l'utilisation des objets souillés par le sang transmet la maladie.

Il y a une variation régionale concernant ce mode de transmission

a-i) Tableau comparatif, par sexe et par région, de la proportion de personnes qui citent ce mode de transmission du sida :

Région	Femmes citant les instruments souillés comme mode de transmission	Hommes citant les instruments souillés comme mode de transmission
Gao	60,35 %	69,16%
Kidal	73,50%	72,63%
Tombouctou	67,81%	63,08%

b) Avoir des relations avec un inconnu

Tableau comparatif, par sexe et par région, de la proportion de personnes qui citent ce mode de transmission du sida :

Région	Femmes citant les relations sexuelles avec une personne inconnue comme facteur de risque de transmission du sida	Hommes citant les relations sexuelles avec une personne inconnue comme facteur de risque de transmission du sida
Gao	78,41 %	83,75%
Kidal	80,13%	80%
Tombouctou	69,52%	73,82%

De façon générale, les hommes et les femmes reconnaissent que les relations avec une personne inconnue constituent un facteur de risque de transmission du sida.

c) Transmission mère enfant

Mère enfant	F		M		total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
I	7	1,13%	3	0,37%	10	0,70%
Non	463	74,91%	603	75,75%	1066	75,38%
Oui	148	29,94%	190	23,86%	338	23,90%
total	618		796		1414	

La transmission mère enfant est méconnue pour près de 74,91% des femmes contre 75,75% des hommes

c-i) Tableau comparatif, par sexe et par région, de la proportion de personnes qui citent ce mode de transmission du sida :

Région	Femmes citant la transmission mère enfant comme moyen de transmission du sida	Hommes citant la transmission mère enfant comme moyen de transmission du sida
Gao	10,13 %	15,41%
Kidal	36,92%	36,31%
Tombouctou	30,04%	23,14%

Le mode de transmission mère enfant semble moins connu aussi bien chez les femmes que chez les hommes dans les trois régions.

- et le niveau d'informations erronées sur la transmission, partagées par un pourcentage important de l'échantillon.

d) Transmission en buvant dans le même verre

Même verre	F		M		Total
	Eff	%	Eff	%	
I	605	99,01	793	98,75	1398
Non	2	0,32	2	0,24	4
oui	4	0,65	8	0,99	12
Total	611		803		1414

Chez les femmes comme chez les hommes la transmission en buvant dans le même verre qu'un malade n'est pas citée. Ce qui dénote la maîtrise des connaissances chez les populations des modes de transmission du VIH/sida à la suite des séances de sensibilisation réalisées par les ONG.

e) Travailler avec un malade du sida

Contact journalier	F		M		Total
	Eff	%	Eff	%	
I	615	99,67	788	98,87	1403
Non	0	0	1	0,12	1
oui	2	0,32	8	1,00	10
Total	617		797		1414

Un taux très réduit des enquêtés reconnaît travailler avec un malade du sida peut transmettre la maladie. Ces taux sont respectivement de 0,32 et de 1,00% chez les femmes et les hommes. Travailler avec un sidéen comme mode transmission du VIH/sida n'est pas cité par 99,67% des femmes contre 98,87 % des hommes.

3. Connaissances pratiques

Connaissent au moins un signe présomptif de la maladie du sida

Sida signe	F		M		Total
	Eff	%	Eff	%	
Non	117	19,14	180	22,41	297
oui	494	80,85	623	77,58	1117
Total	611		803		1414

D'une manière générale parmi les enquêtés, 80,85 % des femmes et 77,58 % des hommes connaissent au moins un signe présomptif de la maladie. En riposte 19,14% des femmes et 22,41 % des hommes n'ont pas de connaissance relative au signe de la maladie. Ces taux ne sont pas négligeables si l'on croit aux enquêtés soutenant que parler de sida ou de sexe n'est plus tabou de surcroît de signe de sida. Cela laisse comprendre que la sensibilisation doit être accentuée en vue d'effacer toute idée de tabou sur la maladie ou sur la prononciation du mot « sida »

Connaissent au moins un signe du sida

Age (ans)	N	Y	total
10 à 14	30	21	51
15 à 19	73	206	279
20 à 24	47	221	268
25 à 29	45	193	238
30 à 34	26	154	180
35 à 39	18	97	115
40 à 44	13	85	98
45 à 49	17	61	78
50 à 54	12	41	53
55 à 59	7	20	27
60 et plus	7	20	27
total	295	1119	1414

La tranche d'âge la mieux informée va de 15 à 44 ans, et cette tendance est notée pour toutes les régions enquêtées.

Tableau comparatif, par sexe et par région, de la proportion de personnes qui connaissent au moins un signe du sida :

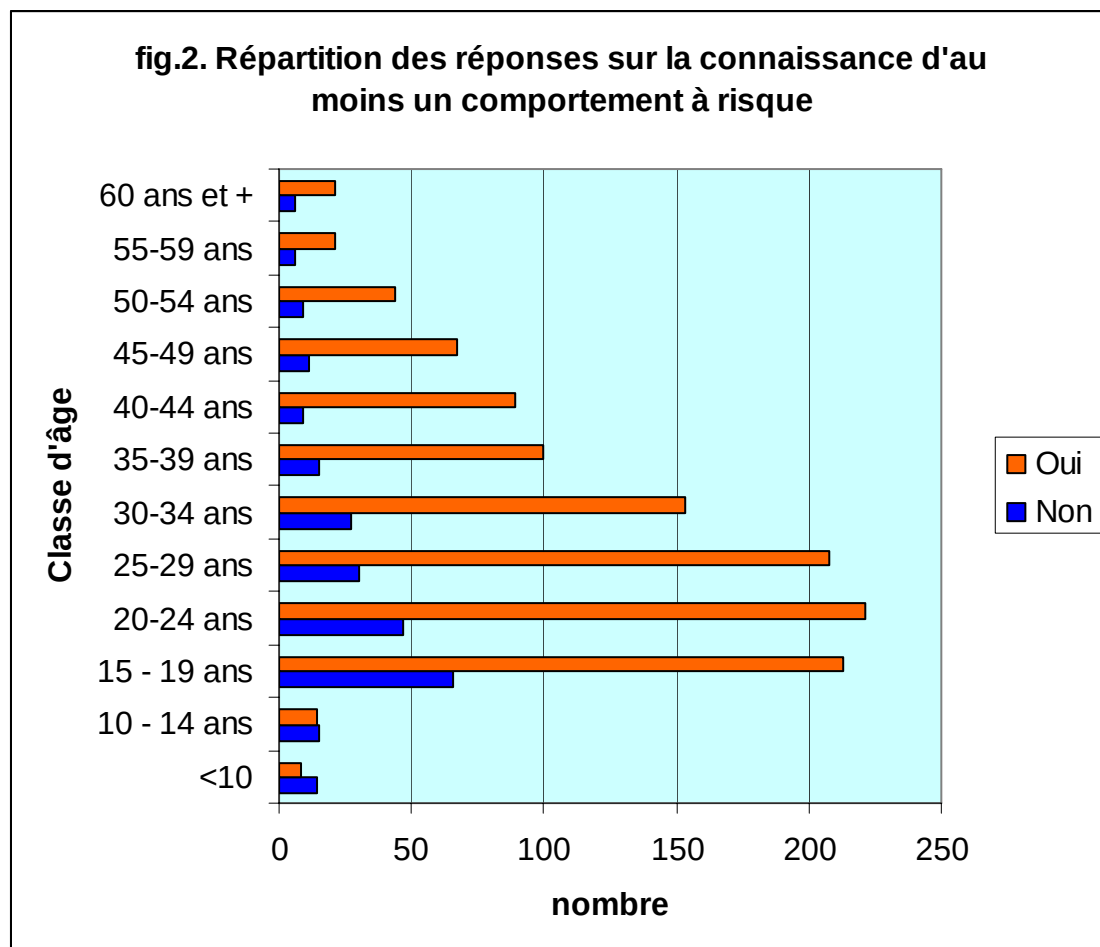
Région	Femmes connaissant au moins un signe du sida	Hommes connaissant au moins un signe du sida
Gao	69,60 %	78,75 %
Kidal	82,78 %	78,42 %
Tombouctou	90,55 %	78,51 %

Dans chacune des régions les enquêtés connaissent au moins un signe du sida. Le taux de connaissance est de 78% chez les hommes. Chez les femmes à Tombouctou, il est plus élevé (90,55%) suivi de celui de Kidal avec près de 83% et les gaoises avec 69,60%.

Connaissent au moins un comportement à risque

comportement	F		M		total	
I	8	1,29%	2	0,25%	10	0,70%
Non	111	17,93%	136	17,10%	247	17,46%
Oui	500	80,77%	657	82,64%	1157	81,82%
total	619		795		1414	

80% des femmes et 82% des hommes connaissent au moins un comportement à risque. 17% des femmes et des hommes ne connaissent pas de comportement à risque. Cette situation peut ne pas être une méconnaissance mais plutôt une abstinence dans la réponse à cause des âges de certains enquêtés.



La tranche d'âge la mieux informée va de 15 à 44 ans

Tableau comparatif, par sexe et par région, de la proportion de personnes qui connaissent au moins un comportement à risque :

Région	Femmes connaissant au moins un comportement à risque	Hommes connaissant au moins un comportement à risque
Gao	73,56 %	76,25 %
Kidal	78,80 %	79,47 %
Tombouctou	91,84 %	88,98 %

C. CONNAISSANCES ET APTITUDES CONCERNANT LE DEPISTAGE VOLONTAIRE

a) Seul le test permet de reconnaître son statut

Test VIH	F		M		Total
	Eff	%	Eff	%	
Sans réponse	153	24,83	172	21,55	325
Non	6	0,97	6	0,75	12
Oui	457	74,18	620	77,69	1077
Total	616		798		1414

74,18% des femmes et 77,69% des hommes savent que seul le test permet de poser le diagnostic, ce qui sous entend que les communications faites par les ONG sur place sont comprises. Moins de 1% des enquêtés ne s'aligne pas derrière l'idée selon laquelle seul le test permet de connaître son statut sérologique. Les taux d'abstinence de réponse ne sont pas négligeable et laisse comprendre que parler de sida serait toujours tabou.

b) Connaître son partenaire offre t-il une protection ?

Connaissance partenaire	F	%	M	%	Total
Sans réponse	140	23,29	183	22,50	323
Non	6	0,99	5	0,61	11
oui	455	75,70	625	76,87	1080
Total	601		813		1414

75,70 % des femmes et 76,87 % des hommes pensent que connaître son partenaire protège contre la maladie. Mais là aussi se méfie de répondre plus de 22% des enquêtés.

b) Acceptez vous le préservatif ?

Préservatif	F	%	M	%	Total
Sans réponse	36	5,89	28	3,53	66
Non	205	33,55	206	25,97	412
oui	370	60,55	555	69,98	926
Total	611		793		1414

60,55 % des femmes et 69,98 % des hommes acceptent l'utilisation du condom. Par contre 33,55% de femmes et 25,97% des hommes n'acceptent pas le port du préservatif pour des raisons diverses : (marié(e), confiance en son époux (se), diminution du plaisir, lubrifiant du condom provoquant le cancer de l'utérus, possibilité de déchirement du condom)

d) Avez-vous utilisé le préservatif dernièrement?

Utili.récente du préservatif	F		M		Total
	Eff	%	Eff	%	
Sans réponse	51	8,34	59	7,34	110
Non	373	61,04	376	46,82	749
Oui	187	30,60	368	45,82	555
Total	611		803		1414

61,04 % des femmes et 46,82% des hommes interrogés déclarent n'avoir pas utilisé le préservatif pendant leur dernier rapport. Les hommes dépassent les femmes par rapport au port lors des derniers rapports soit respectivement 45,82 et 30,60 %. Par rapport au même sujet s'abstiennent de répondre presque 8% des enquêtés.

e) Accepterez vous de faire le test ?

Acceptation test	F		M		Total
	Eff	%	Eff	%	
Sans réponse	39	6,38	39	4,85	78
NON	86	14,07	159	19,80	245
Oui – d'accord	464	75,95	562	69,98	1026
Oui réfléchirait	22	3,60	43	5,35	65
Total	611		803		1414

Les femmes s'avèrent plus courageuses (75,95 %) que les hommes (69,98 %) devant le test de dépistage. Plus d'hommes (5,35 %) que de femmes (3,60 %) accepterait le test après une réflexion. Près de 20 % des hommes contre 14 % des femmes disent NON au test de dépistage volontaire.

D. LES OBJECTIFS DU PROGRAMME DES PARTENAIRES DE L'AEN EN MATIERE DE SENSIBILISATION SUR LE VIH

Les objectifs sont :

- (i) 80% de la population sexuellement active des communes touchées sont informées sur le VIH /SIDA et peuvent citer deux méthodes de prévention,
- (ii) 70% des plans d'action ont été exécutés,
- (iii) 10% des jeunes sexuellement actives utilisent les préservatifs, ou exigent son port à ses partenaires devant des rapports occasionnels,
- (iv) 100% des communes concernées par le programme ont intégré la lutte contre le VIH/SIDA dans leur programme de développement,
- (v) 65% des thérapeutes/accoucheuses sont formés
- (vi) 60% des thérapeutes et accoucheuses traditionnelles observent les mesures de prévention dans le cadre de leur activité,
- (vii) 1% de la population sexuellement active acceptent le test volontaire,
- (viii) 35% des jeunes (15-40 ans) ont un(e) seul partenaire sexuel.

L'étude quantitative peut fournir des éléments d'évaluation des résultats des objectifs (i), (iii) et (vii).

- Le degré de l'information sur le VIH/SIDA et la connaissance de deux méthodes de prévention.

Le tableau (a i) de ce chapitre montre que l'objectif n'est pas encore totalement atteint dans la mesure où si plus de 80% des femmes interrogées croient que le sida existe, moins de 72% des hommes y croient. Les femmes des trois régions sont largement informées sur l'existence du sida. La population qui en est la moins persuadée semble être constituée des hommes de la région de Tombouctou. Il faut noter aussi que l'information est moins bien acceptée par des personnes ayant deux années d'instruction ou moins, et que la population nomade qui est généralement en dehors des communes touchées par ce programme est comprise dans cette couche de personnes ayant peu d'instruction.

La connaissance d'au moins deux méthodes de prévention du sida est démontrée par la question ouverte posée par notre étude sur les modes de transmission, et par la connaissance d'au moins un comportement à risque. La voie sexuelle est citée par autour de 80% des hommes et des femmes à Gao et à Kidal, mais par 70 à 74% à Tombouctou. La transmission par instruments souillés est reconnue par entre 60% et 73% des populations, tandis que la transmission mère-enfant n'est mentionnée que par 10 à 30% des populations à Gao et à Tombouctou, mais par plus de 36% des femmes et des hommes de Kidal. Si dans l'ensemble on n'est pas loin de la cible de 80% de personnes connaissant au moins deux facteurs de risque de transmission du VIH, et donc de moyens de le prévenir, il faudra encore consolider le niveau d'information.

- 10% des jeunes sexuellement actives utilisent les préservatifs, ou exigent son port à ses partenaires devant des rapports occasionnels.

Le tableau à la page 12 indique un taux d'environ 30% de personnes qui ont utilisé le préservatif récemment, dans un milieu où la discrétion en ces matières est difficile, et où cette forme de protection est désapprouvée socialement, et surtout par certains leaders religieux. On peut raisonnablement supposer que la grande majorité des utilisateurs sont de la couche de jeunes, mais nous ne savons pas s'il s'agit de rapports occasionnel

Près de 70% de la population sexuellement active dit accepter le test volontaire. Pour l'instant il n'existe que les CVD à Gao et à Tombouctou, mais l'information sur le fait que seul le test permet de connaître son statut sérologique est reconnue par environ 75% de la population. En attendant l'installation de davantage de CDV plus proches des centres des populations du nord Mali, il n'est pas possible de savoir combien de ceux qui disent être prêts à faire le test vont effectivement prendre l'initiative de connaître leur statut.