

Évaluation de l'aide apportée par l'USAID à la prévention du VIH au Mali de 2000 à 2010

MEASURE Evaluation

Février 2014



Avril 2014

MEASURE Evaluation est financée par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) à travers l'accord de coopération GHA-A-00-08-00003-00 et est opérée par le Carolina Population Center de l'University of North Carolina à Chapel Hill, en partenariat avec Futures Group, ICF International, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, et Tulane University. Les opinions exprimées dans ce manuel ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.



SR-14-88-FR

SOMMAIRE

Sommaire	3
Liste des tableaux.....	5
Liste des figures	6
Abréviations	7
Résumé	8
Méthodologie.....	8
Résultats.....	9
Recommandations	10
1. Contexte.....	11
2. Sources de données et méthodologie	13
Examen de documents.....	13
Entretiens avec les informateurs clés	13
Données ISBS	14
3. Adéquation et pertinence du programme.....	19
Stratégie de prévention du VIH de l'USAID.....	19
Programmation et mise en oeuvre des activités de l'USAID dans la prévention du VIH	27
4. Évolution des résultats 2000–2009.....	39
Caractéristiques démographiques	39
Évolution des résultats.....	46
Utilisation du préservatif selon le type de partenaire	51
Prévalence du VIH.....	55
Résultats multivariés.....	56
5. Conclusion et recommandations	61
Conclusions	61
Recommandations	64
Appendice A. Liste des documents examinés	67
Appendice B. Guides d'entretien	73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Variables de contrôle et leurs différentes catégories dans l'analyse de régression.....	17
Tableau 2: Taux de réponses et taux de testé parmi les différents types de participants	18
Tableau 3: Hypothèses et commentaires	24
Tableau 4: Prévalence du VIH dans différentes populations à risque au Mali	25
Tableau 5: Soutien financier de l'USAID pour le VIH/SIDA au Mali 2002-2010 (en U.S. dollars)	38
Tableau 6: Distribution des âges des participants par groupe de risque et année d'enquête.....	40
Tableau 7: Etat civil des participants par groupe de risque et année d'enquête	41
Tableau 8: Age moyen au premier mariage par groupe de risque et année d'enquête	41
Tableau 9: Proportion de participants ayant eu des relations sexuelles par type de partenaires	42
Tableau 10: Nationalité des participants par groupe de risque et année d'enquête.....	43
Tableau 11: Proportion de participants rapportant des migrations régulières par groupe de risque et année d'enquête	44
Tableau 12: Proportion de participants ayant été scolarisés et nombre moyen d'années de scolarité par groupe de risque et année d'enquête	44
Tableau 13: Revenus mensuels moyens des participants par groupe de risque et année d'enquête	45
Tableau 14: Pourcentage de participants ayant déjà entendu parler du VIH	46
Tableau 15: Proportion de femmes ayant entendu parler de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	49
Tableau 16: Rapports de cote ajustés ¹ pour la connaissance des méthodes de prévention du VIH	50
Tableau 17: Utilisation du préservatif par type de partenaire chez les camionneurs et les rabatteurs pour transports.....	52
Tableau 18: Utilisation du préservatif par type de partenaire chez les filles domestiques et les vendeuses ambulantes	52
Tableau 19: Rapports de cote ajustés ¹ pour l'utilisation du préservatif par type de partenaire chez les camionneurs et les rabatteurs pour transport	53
Tableau 20: Rapports de cote ajustés ¹ pour l'utilisation du préservatif avec un petit ami ou un partenaire occasionnel chez les filles domestiques et les vendeuses ambulantes	54
Tableau 21: Prévalence du VIH entre 2000 et 2009 au Mali pour certains groupes à risque	55
Tableau 22: Rapports de cote ajustés ¹ des tests VIH positifs lors des différentes enquêtes pour les camionneurs et les rabatteurs pour transports.....	56
Tableau 23: Rapports de cote ajustés ¹ des tests VIH positifs lors des différentes enquêtes pour les filles domestiques et les vendeuses ambulantes	56
Tableau 24: Taux d'infection au VIH pour les hommes et les femmes par ville et année d'enquête	57
Tableau 25: Prévalence des IST au Mali pour les groupes à risque sélectionnés	59
Tableau 26: Rapports de cote ajustés ¹ des tests positifs au VIH et autres IST par enquêtes pour les camionneurs et les rabatteurs pour transports.....	59
Tableau 27: Rapports de cote ajustés ¹ des tests positifs au VIH et autres IST par enquêtes pour les filles domestiques et les vendeuses ambulantes.....	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modèle logique pour la stratégie de prévention VIH de l'USAID/Mali.....	23
Figure 2: Proportion des camionneurs mentionnant les différentes méthodes de prévention du VIH.....	47
Figure 3: Proportion des rabatteurs pour transports mentionnant les différentes méthodes de prévention du VIH.....	47
Figure 4: Proportion des filles domestiques mentionnant les différentes méthodes de prévention du VIH	48
Figure 5: Proportion des vendeuses ambulantes mentionnant les différentes méthodes de prévention du VIH.....	48
Figure 6: Taux de prévalence du VIH entre 2000 et 2009 au Mali pour certains groupes à risque	55
Figure 7: Taux de prévalence de la chlamydia entre 2003 et 2009 au Mali pour les groupes à risque sélectionnés	58
Figure 8: Taux de prévalence de la gonorrhée entre 2003 et 2009 au Mali pour les groupes à risque sélectionnés	58

ABREVIATIONS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARCAD-SIDA	Association de recherche et communication et d'accompagnement au domicile des personnes atteintes du VIH et avec le SIDA
ARV	Antirétroviral
ASACO	Association de santé communautaire
CAG	Centrale d'Achat des Génériques
CBJ	Congressional Budget Justification
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDV	Services de conseils et de dépistage volontaire
CESAC	Centre d'écoute, de soins, d'animation, et de conseil pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSLS	Cellule sectorielle de lutte contre le SIDA
DHS	Demographic and Health Surveys
FHI	Family Health International
GP/SP	Groupe Pivot/Santé Population
HCNLS	Haut conseil national de lutte contre le SIDA
HSB	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IEC	Information, éducation et communication
ISBS	Integrated STI Prevalence and Behavior Survey
IST	Infections sexuellement transmissibles
ONG	Organisation non gouvernementale
PKC	Project Keneya Ciwara
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PSI	Population Services International
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SSS	Sentinel Surveillance System
UDI	Utilisateurs de drogues injectables
UNICEF	United Nations Children Fund
USG	United States Government
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHO	World Health Organization

RÉSUMÉ

La mission de l'USAID au Mali apporte de l'aide au gouvernement malien depuis les années 90 dans ses efforts visant à empêcher la propagation du VIH à travers une variété de programmes allant de la recherche aux interventions ciblées. Ce rapport présente les résultats d'une évaluation des stratégies VIH/SIDA de l'USAID et de ses programmes de prévention du VIH au Mali. L'objectif était alors de mener une évaluation de la performance des stratégies et des programmes de prévention du VIH parrainés par l'USAID de 2000 à 2010 au Mali et de documenter les changements en termes de comportements à risque et de prévalence du VIH pendant cette même période. Les résultats de cette évaluation aideront à la conception du programme VIH/SIDA de l'USAID/Mali pour la période 2013-2018.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont :

- Présenter les politiques, stratégies et activités de l'USAID/Mali menées de 2000 à 2010 dans le cadre de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST).
- Évaluer la pertinence et l'adéquation de ces politiques et stratégies à la situation du pays.
- Décrire la manière dont les divers programmes ont été mis en œuvre.
- Évaluer dans quelle mesure les programmes ont atteint leurs objectifs.
- Documenter les tendances des comportements à risque et de la prévalence des IST et du VIH au cours du temps.

Deux principales questions de recherche ont guidé cette évaluation :

1. Dans quelle mesure la stratégie et le programme menés par l'USAID entre 2000 et 2010 pour la prévention du VIH au Mali étaient-ils appropriés et pertinents ?
2. Quels sont les changements dans les connaissances et les comportements relatifs au VIH, ainsi que dans la prévalence du VIH et des IST (résultats), apparus entre 2000 et 2009 au sein de groupes de populations maliennes présentant des risques moyens (camionneurs, rabatteurs pour transports, vendeuses ambulantes et filles domestiques)?

Méthodologie

L'évaluation a reposé sur trois sources de données: (1) un examen de documents, (2) des entretiens avec des informateurs clés et (3) une analyse des données de l'Integrated STI Prevalence and Behavior Survey (ISBS).

Examen de documents

L'USAID a fourni plus de 200 documents pour examen, incluant des documents du gouvernement malien, de l'USAID, du CDC et de divers partenaires mettant en œuvre des programmes de prévention des IST financés par l'USAID. L'équipe menant les examens a analysé environ 110 de ces documents. L'examen de documents a alors permis de fournir des informations pertinentes pour répondre à des éléments clés des questions de recherche.

Entretiens avec des informateurs clés

Une série d'entretiens avec des informateurs clés a été menée auprès de 36 personnes impliquées dans la planification ou la mise en œuvre de programmes de prévention du VIH parrainés par l'USAID entre 2000 et 2010. Ces informateurs clés sont des personnes ayant travaillé pour l'USAID ou le CDC; des représentants de gouvernement, du Haut Conseil National pour la Lutte contre le SIDA (HCNLS) ou de la Cellule Sectorielle de la Lutte contre le SIDA (CSLS); des représentants d'organisations non

gouvernementales internationales (ONG) ou d'ONG maliennes travaillant dans le domaine de la prévention et le traitement des IST. Les entrevues ont été conçues et menées de manière à pouvoir apprendre autant que possible sur les programmes de prévention du VIH que ces informateurs clés ont pu planifier, diriger ou mettre en œuvre.

Données ISBS

Une analyse de données secondaire a reposé sur quatre séquences d'enquêtes ISBS conduites au Mali en 2000, 2003, 2006 et 2009. L'objectif de l'analyse était de répondre à la seconde question de recherche sur les tendances dans les comportements à risque et dans la prévalence du VIH et des IST entre 2000 et 2009 pour quatre groupes de population présentant des risques moyens: (1) camionneurs, (2) rabatteurs pour transports, (3) vendeuses ambulantes et (4) filles domestiques.

Résultats

La stratégie globale de l'USAID au Mali était de cibler les populations considérées à risque pour le VIH et de fournir des produits et services destinés à aider à la réduction de la propagation du virus. Cette stratégie a entraîné l'émission de plusieurs hypothèses, notamment vis à vis de l'importance de l'identification des groupes présentant des risques moyens ou élevés pour la transmission afin de mieux cibler les interventions, de l'encouragement des changements comportementaux à travers la diffusion des connaissances, de la reconnaissance que le marketing a le potentiel de réduire les comportements à risque et de la publicité sur la disponibilité de services de conseils et de dépistage volontaire (CDV) et de traitement des IST. Tandis que certaines de ces hypothèses ont conduit à des programmes et des interventions réussies, d'autres ont abouti à la négligence de populations qui auraient pu être à haut risque pour le VIH, et d'autres ont conduit à une surestimation de l'impact potentiel d'un programme ou d'une intervention. L'examen des documents a démontré que les organisations soutenues par l'USAID ont recueilli des informations clés sur l'épidémie et ont procédé à une vaste gamme d'activités de prévention du VIH. Dans l'ensemble, la plupart des interventions ont atteint les objectifs du programme; toutefois, la preuve de leur impact sur les changements comportementaux et la prévalence du VIH est moins évidente.

Les analyses statistiques des données ISBS ont fourni des informations sur la connaissance du VIH, l'utilisation du préservatif et la prévalence du VIH et des IST parmi les groupes de population malienne à risque moyen (camionneurs, rabatteurs pour transports, vendeuses ambulantes et filles domestiques) entre 2000 et 2009. En 2003, l'USAID suivait la stratégie dite ABC (acronyme anglais "Abstinence, Be Faithful, Use a Condom": Abstinence, soyez fidèle, utilisez un préservatif) qui était utilisée comme un référentiel de connaissance parmi les moyens d'empêcher la transmission du VIH. Les réponses concernant les connaissances sur les moyens de transmission du VIH variaient grandement entre les hommes et les femmes mais le pourcentage parmi tous les groupes de personnes pouvant nommer les trois principaux moyens de prévention de la transmission n'excédait jamais 10%. Les données ont montré que parmi les hommes les connaissances n'ont pas augmenté et le nombre d'hommes citant l'abstinence et la fidélité comme mesure de prévention a diminué significativement. Le nombre de femmes pouvant nommer l'abstinence comme un moyen de prévention a augmenté significativement, mais la proportion de femmes qui pouvait citer la fidélité ou l'utilisation de préservatif a diminué entre 2003 et 2009.

L'utilisation du préservatif a augmenté parmi les hommes mais pas chez les femmes. Les camionneurs et les rabatteurs pour transports semblent avoir intégré l'importance de l'utilisation des préservatifs avec certain types de partenaires et ils ont trouvé des lieux où ils peuvent en obtenir. Une partie de cette augmentation peut être attribuée à des messages médiatiques sur la prévention du VIH et la disponibilité des préservatifs.

La prévalence du HIV était plus basse en 2009 qu'en 2000 pour chacun des quatre groupes à risques moyens mais, après contrôle avec les facteurs démographiques, la diminution n'était statistiquement significative que chez les camionneurs et les vendeuses ambulantes. Concernant les IST, une augmentation significative a été trouvée chez les camionneurs pour la chlamydie et chez les vendeuses ambulantes pour la gonorrhée, des diminutions étant trouvées chez les rabatteurs pour transports pour la gonorrhée.

Recommandations

Nos recommandations pour la conception du programme VIH/SIDA de l'USAID/Mali pour 2013-2018 sont:

- Aligner la stratégie globale du gouvernement américain au plus proche de celle du gouvernement malien, comme exposé par le HCNLS.
- Diversifier les populations et les lieux ciblés pour les interventions de préventions du VIH.
- Mettre l'accent sur le renforcement des capacités et l'expansion des services.
- Élaborer une définition des groupes cibles basée davantage sur la reconnaissance de la mobilité sociale et économique que sur les groupes professionnels.
- Mettre en place un système de suivi de la prévalence des IST et du traitement des IST dans les endroits identifiés
- Mettre davantage l'accent sur les jeunes et sur les interventions ciblant les jeunes.
- Continuer de promouvoir les services de conseil et de dépistage volontaire (CDV) et les autres mesures de préventions.
- Mener des recherches supplémentaires sur les différences entre les sexes dans les programmes de préventions du VIH.
- Concevoir une ISBS judicieuse qui restera cohérente pour chacune des enquêtes menées.

I. CONTEXTE

La mission de l'USAID au Mali apporte de l'aide au gouvernement malien depuis les années 90 dans ses efforts visant à empêcher la propagation du VIH à travers une variété de programmes allant de la recherche aux interventions ciblées. L'épidémie VIH/SIDA au Mali a souvent été décrite comme une épidémie généralisée, mais la prévalence du VIH s'avère en fait être concentrée au sein de plusieurs groupes spécifiques caractérisés par le fait d'avoir de multiples partenaires sexuels: les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les camionneurs longue distance, les hommes rabatteurs pour transports (ticket tous, en anglais) et les femmes vendeuses ambulantes travaillant dans les grands centres de transport, tels que les aires de repos pour camionneurs ou les gares routières.

Les données sur la prévalence du VIH parmi la population adulte âgée de 15 à 49 ans proviennent des trois Enquêtes Démographiques et Sanitaires les plus récentes (EDSM-III, EDSM-IV, EDSM-V). Ces données montrent une prévalence de 1.7% en 2000, 1.3% en 2005 et entre 1.1% et 1.2% en 2011 (résultat pas encore officiel). Le Ministère de la Santé a maintenu un système de surveillance sentinelle avec l'assistance technique de l'U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) qui a fourni les données concernant la prévalence du VIH pour les femmes enceintes ayant eu recours à des soins prénatals dans les établissements de santé. La prévalence était de 3.8% en 2003 et 2.7% en 2009 parmi ces femmes. Les données sur la prévalence du VIH parmi les groupes à haut risque de transmission ont été fournies par les quatre Integrated STI Prevalence and Behavioral Surveys (ISBS) conduites par la Cellule Sectorielle de Lutte contre le SIDA (CSLS), avec assistance technique du CDC en 2000, 2003, 2006 et 2009.

Ce rapport présente les résultats d'une évaluation des performances des stratégies VIH/SIDA de l'USAID et de ses programmes de prévention du VIH entre 2000 et 2010. L'évaluation s'appuie sur trois sources d'information: (1) un examen de documents provenant du gouvernement malien, de l'USAID, du CDC, et de divers partenaires financés par l'USAID mettant en œuvre des programmes de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST); (2) une série d'entretiens individuels avec des participants (informateurs clés) aux programmes de ces partenaires actifs dans la politique et la mise en place des programmes de 2000 à 2010; et (3) les données des enquêtes menées pendant les quatre ISBS de cette même période. Bien que chaque source de données soit bien adapté pour répondre à certaines questions particulières, le rapport vise à fournir une vue d'ensemble de l'effet et de l'impact de ces programmes de prévention des IST (majoritairement VIH). Le principal objectif de l'évaluation est de fournir des lignes directrices pour les futurs programmes de l'USAID sur la base des connaissances acquises à ce jour.

Le but de l'étude était ainsi de procéder à une évaluation de la performance des stratégies de prévention du VIH et des programmes financés par l'USAID entre 2000 et 2010 au Mali et à documenter les changements dans les comportements à risque et la prévalence du VIH au cours de cette même période afin d'augmenter les connaissances pour les futurs programmes VIH/SIDA de l'USAID au Mali.

L'évaluation a comme objectifs spécifiques:

- Décrire les politiques, stratégies et activités de l'USAID/Mali concernant la prévention des IST de 2000 à 2010.
- Évaluer la pertinence et l'adéquation de ces politiques et stratégies à la situation du pays.
- Décrire comment les différents programmes ont été mis en œuvre.
- Évaluer dans quelle mesure les programmes ont atteint leurs objectifs.
- Documenter les tendances dans les comportements à risque concernant les IST et la prévalence du VIH au cours du temps.

L'évaluation a soulevé deux principales questions de recherche avec des sous-questions:

I. Dans quelle mesure la stratégie et le programme de l'USAID pour la prévention du VIH au Mali entre 2000 et 2010 étaient-ils appropriés et pertinents?

- Quelle était la stratégie de l'USAID pour la prévention du VIH au Mali entre 2000 et 2010?
- Quelles étaient les hypothèses et les attentes derrière la stratégie VIH (en ce qui concerne les groupes cibles, le changement social, les modes de transmission, etc.)?
- Dans quelle mesure ces stratégies et programmes étaient-ils bien adaptés aux risques d'infection au VIH chez les groupes présentant un risque moyen d'infection?
- Quelles étaient les populations ciblées ? Quelles étaient leurs relations avec les groupes à haut risque et la population générale?
- Les cibles et objectifs donnés aux ONG ont-ils été atteints par les activités du programme?
- Quels ont été les succès des programmes? Quels défis ont-ils rencontrés?
- Quelles ressources (fonds, compétences et matériels) étaient mises à la disposition des ONG en place?

2. Quels changements dans les connaissances et les comportements relatifs au VIH et au niveau de la prévalence du VIH et des IST (résultats) sont apparus parmi les groupes de maliens présentant des risques moyens (camionneurs, rabatteurs pour transports, vendeuses ambulantes et filles domestiques) entre 2000 et 2009?

- Dans quelle mesure les connaissances en matière de prévention du VIH ont-elles changé au sein de ces populations?
- Dans quelle mesure l'utilisation régulière du préservatif a-t-elle changé dans les cas de différents types de partenaire ?
- Dans quelle mesure la prévalence du VIH et des IST a-t-elle changé parmi ces groupes?
- Les tendances observées dans les résultats restent-elles après contrôle des facteurs démographiques ou autres variables parasites ?

Le rapport est organisé de manière à répondre à ces questions avec des sections dédiées à chacune d'entre elles. La dernière section se concentre sur les principaux résultats, la manière dont les résultats se recoupent, se complètent ou se contredisent et des recommandations pour la formulation d'une nouvelle stratégie de soutien de l'USAID au gouvernement malien en matière de prévention et de traitement du VIH.

2. SOURCES DE DONNEES ET METHODOLOGIE

L'évaluation a reposé sur trois sources de données: (1) examen de documents, (2) entretiens avec des informateurs clés et (3) analyse des données ISBS. Cette section présente les sources de données et la méthodologie.

Examen de documents

Près de 200 documents étaient mis à disposition par l'USAID pour examen. Ils provenaient du gouvernement malien, du CDC, de l'USAID, d'une collection d'études et de rapports externes pertinents et de partenaires de l'USAID implantés localement. Les documents gouvernementaux étaient des rapports politiques et d'interventions gouvernementales. Les documents du CDC étaient des rapports sur les quatre ISBS menées. Les documents de l'USAID incluaient des examens politiques et des appels d'offre concernant de potentiels partenaires et des organisations non gouvernementales locales (ONG). Les rapports de programmes provenaient de différents groupes : PSI, Care/Mali, Groupe Pivot/Santé Population (GP/SP), ARCAD-SIDA, et Soutoura. Ces rapports décrivaient les activités de programmes à des moments spécifiques. Les rapports PSI étaient les plus complets. Les études provenant d'autres sources incluaient deux rapports de Sarah Castle ; un étant une étude des groupes à risque moyen pour le VIH¹; l'autre étant une étude des activités de l'USAID relatives à la prévention du VIH et à l'identification des groupes les plus vulnérables à l'infection au VIH².

L'équipe d'examen a retenu environ 110 des documents parmi ceux initialement présents (voir l'annexe A). Chaque membre de l'équipe a lu une série de documents, puis en a écrit le résumé des contenus incluant le public ciblé, les points principaux abordés et une évaluation de la pertinence. Le chef d'équipe a ensuite passé en revue ces documents, pris des notes et résumé les points pertinents.

Entretiens avec les informateurs clés

L'équipe a mené des entretiens individuels à Bamako en Novembre 2013 avec des personnes impliquées dans la planification ou la mise en œuvre de programmes de prévention du VIH parrainés par l'USAID entre 2000 et 2010. Les personnes interrogées avaient travaillé pour l'USAID, le CDC ou étaient des représentants de gouvernement du Haut Conseil National pour la Lutte contre le SIDA (HCNLS) ou de la Cellule Sectorielle de la Lutte contre le SIDA (CSLS). D'autres étaient des représentants d'ONG internationales et d'ONG maliennes travaillant dans le domaine de la prévention et du traitement des IST. Ces 36 personnes interrogées avaient effectuées des rôles différents dans les programmes de prévention des IST: experts politiques, bailleurs de fonds, managers de programmes et éducateurs pour les pairs. Les éducateurs pour les pairs interrogés étaient tous des travailleurs du sexe.

Les entretiens ont été conçus afin d'apprendre autant que possible sur les programmes de prévention du VIH que les informateurs clés avaient planifiés, dirigés ou mis en œuvre au fil des ans. Les enquêteurs ont également recueilli des informations sur les rôles que les personnes interrogées ont joué, leur point de vue sur les réalisations et les défis des programmes, leur jugement sur les types d'activités de prévention du VIH qui seraient les plus efficaces parmi les groupes à risque, leur propre compréhension

¹ Castle, S. 1999. Identification of medium risk groups for ISBS study in Mali. Report for the CDC.

² Castle, S. 2010. HIV prevalence in Mali, current HIV/AIDS related activities, and the identification of new highly vulnerable populations: A strategic review for USAID.

de la stratégie et des objectifs de l'USAID et leur ont demandé s'ils avaient des suggestions pour l'amélioration du programme.

L'USAID a élaboré des guides de conversation en anglais et en français pour une utilisation lors des entretiens avec les informateurs clés, politiques, bailleurs de fonds, managers de programme et éducateurs pour les pairs. Les guides avaient une introduction de deux paragraphes, suivie par une série de questions ouvertes sur des thèmes concernant: leur responsabilité actuelle, leur rôle dans les programmes de prévention du VIH dans le passé, leur point de vue sur la stratégie suivie lors des programmes, les points forts et points faibles dont ils se rappellent et des suggestions pour l'amélioration des programmes. Les guides furent révisés durant la période d'entraînement des enquêteurs afin de les rendre moins directifs. Le format se voulait alors suffisamment ouvert pour permettre aux informateurs de s'exprimer sur les sujets qu'ils préféraient. Le but sous-jacent des guides était de permettre aux enquêteurs d'obtenir les points de vue des personnes interrogées sur leurs responsabilités, les populations ciblées, leur jugement sur la façon dont les programmes répondaient aux besoins des membres des groupes cibles, l'efficacité de leurs programmes et les façons dont ils ont répondu aux défis auxquels ils ont été confrontés dans la mise en œuvre des programmes. Ils étaient aussi encouragés à s'exprimer sur les façons dont les programmes auraient pu être adaptés afin d'améliorer leur efficacité.

Les assistants de recherche ont été formés aux objectifs de l'enquête et aux principes de la recherche qualitative ainsi qu'à la conduite d'entretien et l'obtention d'un consentement éclairé. Ils ont participé à la révision du formulaire de consentement éclairé et à la simplification du guide de conversation, qui était écrit en français et pré-testé durant les sessions d'entraînements. Les guides ont été organisés pour permettre aux personnes interrogées d'ajouter des éléments qu'il ou elle considérait comme important. Des copies de ces guides sont disponibles en Appendice B.

Les individus interrogés ont été sélectionnés à partir d'une liste d'organisations et de personnel que l'USAID/Mali avait produite. L'USAID a fourni une liste d'organisations - gouvernement, donateurs, partenaires et ONG - qui ont été impliquées dans des interventions liées à la prévention du VIH/SIDA, en même temps qu'une liste d'un ou deux informateurs clés potentiels qui pourraient être contactés dans chacune de ces organisations. L'équipe a contacté les personnes listées comme étant directeurs des organisations pour identifier les informateurs clés adéquats. Les informateurs clés interrogés incluaient des personnels du gouvernement du Mali ayant participé au Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) et au HCNLS, des acteurs du gouvernement américain durant les phases de mise en œuvre de programmes (USAID et CDC), des managers de programme d'ONG de premier plan (Groupe Pivot/Santé Population, Population Services International, Care Mali, and smaller NGOs, such as Soutoura, ARCAD-SIDA, AMADECOS, and JIGI) ayant travaillé sur des programmes visant les populations à moyen ou à haut risque.

L'équipe de trois assistants de recherche préalablement formés a mené la majorité des entretiens, le responsable de l'évaluation en réalisant un peu également. Les entretiens étaient structurés de manière ouverte suivant le guide de conversation et durèrent généralement entre 30 et 60 minutes. Tous les entretiens ont été conduits en français après que l'enquêteur ait obtenu un consentement éclairé pour la réalisation de l'entretien et son enregistrement. Les enregistrements des entretiens furent ensuite retranscrits sous Microsoft Word pour analyse. Les résultats des entretiens avec les 27 politiques et spécialistes de programme sont incorporés dans ce rapport. Les entretiens avec les 9 travailleurs du sexe n'y sont pas inclus du fait qu'USAID/MALI a prévu d'en examiner les transcriptions séparément.

Données ISBS

L'équipe a également mené une seconde analyse des données provenant des quatre séquences ISBS conduites au Mali en 2000, 2003, 2006 et 2009. Cette seconde analyse visait à répondre à la seconde question de recherche concernant les tendances dans les comportements à risque et leur corrélation

avec la prévalence du VIH et des IST entre 2000 et 2009 chez quatre groupes présentant des risques moyens : camionneurs, rabatteurs pour transports, vendeuses ambulantes et filles domestiques.³

Description des enquêtes

Les enquêtes ISBS ont été conçues afin de surveiller à travers le temps l'évolution des comportements à risque et la prévalence des IST, incluant le VIH, dans les groupes à haut risque tels que les travailleurs du sexe et dans les groupes à risque moyen pouvant jouer un rôle de passerelle entre les groupes à haut risque et haute prévalence et la population générale. Les groupes à risque moyen, identifiés dans une recherche précédente⁴, sont les camionneurs longue distance, les rabatteurs pour transports (jeunes hommes trouvant des passagers pour des taxis ou des autocars, « ticket tous » en anglais), les vendeuses ambulantes (femmes transportant des fruits, des collations et autres marchandises pour vendre dans la rue) et les filles domestiques (jeunes femmes venant souvent de zone rurale et travaillant pour des familles dans les villes).

Les enquêtes ont été réalisées tous les 3 ans entre 2000 et 2009 dans six grandes villes, incluant Bamako, capitale du Mali, considérée comme zone à haut trafic ou grande ville d'escale. La première année, l'enquête incluait six villes (Bamako, Kayes, Gao, Mopti, Segou, et Sikasso). En 2003 et les années suivantes, une septième fut ajoutée (Koutiala). La méthode d'échantillonnage s'est appuyée sur la définition de clusters, ou zones géographiques où les groupes à risque se rassemblent ou travaillent. Les clusters étaient définis différemment, dépendant du groupe à risque considéré, et généralement consistant en entreprises de camionnages pour les camionneurs; gare routière et relais routiers pour les rabatteurs de transports et les vendeuses ambulantes; et dortoirs pour les filles domestiques. Une fois les clusters identifiés et listés pour chaque ville, l'équipe a choisit au hasard un échantillon de clusters et a réalisé des entretiens individuels jusqu'à ce que la taille d'échantillon nécessaire soit obtenue. Les descriptions des méthodes d'échantillonnage sont disponibles dans les rapports ISBS 2000, 2003, 2006 et 2009.

L'équipe a collecté des échantillons biologiques pour estimer la prévalence du *Chlamydia trachomatis* (chlamydiose), du *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoque) et du VIH parmi les groupes cibles. L'équipe a obtenu le consentement des participants pour la collecte des échantillons suivants :

- Échantillons d'urine pour les tests de réaction en chaîne à la polymérase (PCR) pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhea*
- Gouttes de sang prélevées des bouts des doigts sur des papiers buvards pour tester le VIH

Tous les échantillons d'urine testés positifs et 1 sur 10 des tests d'urine négatifs ont été envoyés au CDC à Atlanta pour contrôle de qualité externe.⁵

³ Les ISBS concernaient également les travailleurs du sexe mais ce rapport n'inclut pas ce groupe à risque dans son analyse conformément à la demande de l'USAID.

⁴ Castle, S. 1999. "Medium Risk".

⁵ Des informations supplémentaires sur les procédures de test peuvent être trouvées dans les rapports individuels des études.

Analyse

Pour chacun des groupes à risque, les bases de données provenant des quatre enquêtes ont été fusionnées. Cela a été rendu difficile du fait que les données des différentes enquêtes n'étaient pas compatibles (les variables n'ont pas été numérotées de manière consistante d'une enquête à l'autre et les enchainements pas toujours les mêmes). Ces complications ont nécessité un important travail de recodage des données. Dans certains cas, la formulation des questions avait changé, rendant impossible de comparer les réponses dans le temps.

Cette analyse a donné les trois catégories de résultats suivant: (1) connaissance du VIH et de la prévention du VIH, (2) utilisation du préservatif selon les différents types de partenaires et (3) prévalence du VIH et des IST. L'encadré I liste les variables explicatives. Pour évaluer les changements au cours du temps, une régression à deux variables a été réalisée afin d'estimer dans quelle

mesure une corrélation significative existait entre les différentes années de l'enquête et chacune des variables explicatives.

Une régression multivariée a été réalisée afin de tester l'association entre année d'enquête et résultats tout en contrôlant l'influence des facteurs démographiques et socioéconomiques. Le contrôle des variables comprenait l'âge, la région, la nationalité, l'état civil, le niveau d'éducation, le salaire et les migrations régulières. Pour l'utilisation du préservatif, les comportements à risque ont également été contrôlés, tels que le fait d'avoir eu plus d'un partenaire lors des 30 derniers jours ou d'avoir eu des relations avec une prostituée au cours des 6 mois précédents.

Dans certains modèles de régression, des variables de contrôle ont dû être modifiées ou laissées de côté car certaines catégories présentaient des cas présentant trop peu d'occurrence. Par exemple, concernant le modèle féminin, la nationalité a été abandonnée car seule 2% des femmes participantes étaient non-maliennes. Les tableaux montrant les résultats de la régression multiple listent les variables ayant été contrôlées.

Certaines variables étaient également encodées différemment entre les hommes et les femmes. Par exemple, le niveau d'enseignement a trois catégories chez les hommes, (1) aucun, (2) un peu d'enseignement primaire et (3) un peu d'enseignement secondaire ; mais seulement deux pour les femmes, (1) aucun et (2) un peu d'enseignement, parce que trop peu des femmes participantes ont répondu avoir été au-delà de l'enseignement primaire (Tableau I).

Encadré I: Variables explicatives utilisées dans cette analyse

(1) Connaissances relatives à la prévention du VIH

- Connaissance que l'utilisation du préservatif protège du VIH
- Connaissance que l'abstinence protège du VIH
- Connaissance que la fidélité à seulement un partenaire protège du VIH
- Connaissance des trois méthodes de prévention

(2) Comportement protégeant du VIH

- Utilisation du préservatif avec une épouse dans les derniers 6 mois (pas demandé aux femmes)
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un petit ami ou une petite copine
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel lors des 6 derniers mois
- Utilisation du préservatif avec une prostituée lors des 30 derniers jours et lors des 6 derniers mois (homme uniquement)

(3) Prévalence du VIH et des IST

- Taux d'infection au VIH
- Taux d'infection au Chlamydia
- Taux d'infection au Gonocoque

Tableau 1: Variables de contrôle et leurs différentes catégories dans l'analyse de régression

Variables de contrôle	Hommes	Femmes
Nationalité	Malien, non-Malien	omis (trop peu de femmes non-maliennes)
Région	Bamako, Sikasso, Segou, Mopti, Kayes, Gao, Koutiala	Bamako, Sikasso, Segou, Mopti, Kayes, Gao, Koutiala
Groupe d'âge	15–24, 25–34, 35+	15–19, 20–24, 25–34, 35+ (certains cas, 25+)
Etat civil	déjà marié, jamais marié	déjà marié, jamais marié
Age du premier rapport	<15, 15–17, 18+	<15, 15–17, 18+
Education	aucune, primaire, secondaire et +	aucune, certaine (au moins 1 an)
Migration (migration annuelle régulière)	oui, non	oui, non
Salairé	continu	continu
Nombre de partenaire au cours des 30 derniers jours	0 ou 1 partenaire, 2 ou plus	0 ou 1 partenaire, 2 ou plus
Rapport sexuel avec une prostituée lors des 30 derniers jours ou 6 derniers mois	oui, non	omis (non pertinent)
Rapport sexuel avec un partenaire occasionnel lors des 6 derniers mois	oui, non	omis (trop peu de cas)
Symptômes d'IST lors des 6 derniers mois	oui, non	oui, non
Bois de l'alcool	oui, non	omis (demandé si partenaire boit, si plusieurs partenaire impossible de savoir lequel)

Plusieurs variables initialement proposées pour être incluses dans les régressions ont finalement été omises. Parmi celles-ci se trouvent l'ethnicité, qui comprenait trop de catégories et causait des complications avec notre modèle de régression, et des questions relatives à la prise d'alcool ou de drogues, qui étaient formulées maladroitement et posées de manière directe aux participants masculin et indirectement aux femmes (par exemple, ton partenaire boit-il ?). Enfin, du fait que seulement 24 hommes au cours des différentes enquêtes ont répondu avoir eu des rapports sexuels avec un homme, soit moins de 1% pour chaque groupe et pour chaque année, cette variable (un homme questionnait sur le fait qu'il ait ou non déjà eu un rapport sexuel avec un autre homme) a été omise.

Nous avons utilisé STATA 11 pour réaliser toutes les analyses. Conformément avec la méthodologie d'échantillonnage, nous n'avons appliqué aucun poids. Les résultats des analyses univariées décrivent toutes les dépendances et indépendances entre les variables comme présenté en Section 4, suivi par les analyses des régressions bivariées et multivariées pour les variables explicatives. La Section 4 est divisée suivant les principales catégories de résultats : (1) connaissance en prévention du VIH, (2) comportement préventif du VIH (utilisation du préservatif) et (3) prévalence du VIH et des IST.

Taux de réponse et taux de testés

Le tableau 2 présente les taux de réponse et les taux de testé pour les différents groupes à risque. Il est à noter qu'en 2000 une portion significative des résultats au test VIH a été omise de la base de données que nous avons reçue. L'enquête 2000 a été conduite en deux phases avec les villes de Kayes et de Gao complétées environ 6 mois après les quatre premières villes. Alors que des biomarqueurs semblent avoir été recueillies pour chacune des enquêtes, les résultats sont absents des données pour Kayes et Gao en 2000. Comme signalé dans le rapport 2000, Gao est une petite ville sur la route entre Bamako et Niger, et Kayes est une escale sur la route de Dakar. Il est difficile de dire dans quelle mesure ces résultats manquants ont pu biaiser les résultats de cette analyse mais cette limitation doit être gardée à l'esprit avant d'interpréter quelconque évolution dans les taux d'infection au VIH et aux IST.

Tableau 2: Taux de réponses et taux de testé parmi les différents types de participants

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs (N)	570	699	746	917
Taux de consentement à l'entretien	100%	94%	96%	96%
Taux de consentement au test d'urine	86%	75%	84%	84%
Taux de consentement au test sanguin	82%	71%	80%	81%
Disponibilité des résultats au test VIH (N)	321	489	599	731
Taux réel de dépistage du VIH	56%	70%	80%	80%
% de test VIH manquant	31%	2%	0%	2%
Rabatteurs (N)	577	538	649	701
Taux de consentement à l'entretien	100%	97%	98%	98%
Taux de consentement au test d'urine	91%	81%	89%	92%
Taux de consentement au test sanguin	88%	78%	86%	92%
Disponibilité des résultats au test VIH (N)	421	410	556	636
Taux réel de dépistage du VIH	73%	76%	86%	91%
% de test VIH manquant	17%	2%	0%	2%
Vendeuses (N)	645	699	867	1,130
Taux de consentement à l'entretien	99%	98%	97%	97%
Taux de consentement au test d'urine	92%	92%	93%	82%
Taux de consentement au test sanguin	92%	94%	94%	89%
Disponibilité des résultats au test VIH (N)	451	655	818	998
Taux réel de dépistage du VIH	70%	94%	94%	88%
% de test VIH manquant	24%	0%	0%	1%
Filles domestiques (N)	500	845	600	690
Taux de consentement à l'entretien	99.8%	99.3%	99.7%	99.1%
Taux de consentement au test d'urine	97%	97%	99%	95%
Taux de consentement au test sanguin	97%	98%	99%	97%
Disponibilité des résultats au test VIH (N)	477	830	591	667
Taux réel de dépistage du VIH	95%	98%	99%	97%
% de test VIH manquant	1%	0%	0%	0%

3. ADEQUATION ET PERTINENCE DU PROGRAMME

Cette partie de l'évaluation vise à répondre à la première question de recherche, "Dans quelle mesure la stratégie et le programme menés par l'USAID entre 2000 et 2010 pour la prévention du VIH au Mali étaient-ils appropriés et pertinents ?".

La section 3.1 se concentre sur les stratégies de prévention et discute des quatre sous-questions suivantes:

- Quelle était la stratégie de l'USAID pour la prévention du VIH au Mali entre 2000 et 2010?
- Quelles étaient les hypothèses et les attentes derrière la stratégie VIH (en ce qui concerne les groupes cibles, le changement social, les modes de transmission, etc.)?
- Quelles étaient les populations ciblées ? Quelles étaient leurs relations avec les groupes à haut risque et la population générale?
- Dans quelle mesure ces stratégies et programmes étaient-ils bien adaptés aux risques d'infection au VIH rencontrés par les groupes présentant un risque moyen d'infection?

La section 3.2 décrit les activités de l'USAID dans la prévention du VIH et discute des trois sous-questions suivantes :

- Les cibles et objectifs donnés aux ONG ont-ils été atteints par les activités du programme?
- Quels ont été les succès des programmes? Quels défis ont-ils rencontrés?
- Quelles ressources (fonds, compétences et matériels) étaient mises à la disposition des ONG en place?

Pour apporter des réponses à ces différentes questions, nous nous sommes appuyés à la fois sur l'examen de documents et sur les entretiens avec les informateurs clés.

Stratégie de prévention du VIH de l'USAID

Question d'Évaluation:

Quelle était la stratégie de l'USAID pour la prévention du VIH au Mali entre 2000 et 2010?

La stratégie VIH/SIDA 2001-2005 de l'USAID pour le Mali ciblait les populations vulnérables, les jeunes, les leaders communautaires et la population générale à travers des approches de changement comportemental, des services de conseil et de dépistage volontaire (CDV) et de la recherche qualitative⁶. La stratégie VIH/SIDA de l'USAID a soutenu de façon continue la collecte de données sur la prévalence du VIH afin d'apporter de l'information aux programmes et surveiller les tendances au cours du temps; elle a soutenu le Ministère de la Santé dans les discussions sur la politique et l'amélioration des systèmes de santé à travers sa collaboration avec le PNLS, le HCNLS, et la CSLS; elle a utilisé les médias et l'éducation par les pairs pour diffuser des informations sur les risques de transmission du VIH à la population générale et aux jeunes en particulier; elle a proposé un ensemble de produits et de services ciblant les groupes à risque élevé et moyen de transmission du VIH; et elle a offert au personnel des ONG locales travaillant sur la prévention du VIH et des IST des séances de formation à l'utilisation de matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) et en gestion de projet.

⁶ USAID. 2003. *Mali Country Profile*. Récupéré de http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacw321.pdf

Dans la période juste avant les années 2000, l'USAID a financé un projet de 7 ans, l'AIDS/ST Awareness Project, qui commença en 1994 et se termina en septembre 2001. Un document, *Inventory of USAID Interventions in AIDS STIs in Mali [2000]*, décrit les objectifs du projet. Les activités de ce projet se sont concentrées sur "la prévention de la transmission sexuelle du VIH en améliorant la gestion des cas d'infections sexuellement transmissibles; la prévention de la transmission sexuelle à partir d'activités d'IEC destinées à la population générale et aux groupes à haut risque dans le but de promouvoir le changement de comportements; et la coordination efficace de programmes et le leadership du National AIDS Committee à travers des activités dans les domaines de l'échange d'informations, l'élaboration de politiques et la mobilisation des ressources"[p. 1]. Les activités d'IEC ont été axées sur l'utilisation des médias pour diffuser des informations précises concernant la transmission du VIH, en collaboration avec les barmans et les travailleurs du sexe dans les zones urbaines, et la distribution gratuite de préservatifs à la population générale et aux membres des groupes à haut risque. La composante IEC de ce projet a été mise en œuvre par Plan International pour promouvoir un comportement qui permettrait de réduire la transmission du VIH par le biais des médias et de l'éducation par les pairs. GP/SP a reçu une subvention pour promouvoir la prévention du VIH par le biais des ONG locales. La subvention a porté sur trois types d'activités: (1) IEC sur la transmission du VIH et le changement de comportement, (2) la formation et (3) la distribution de préservatifs. The Futures Group a reçu une subvention pour le marketing social des préservatifs et pour promouvoir un comportement sexuel à moindre risque dans la population générale et les groupes à haut risque.

Pour résumer, en 2000, la stratégie de l'USAID pour la prévention du VIH mettait en avant les programmes IEC ciblant la population prise dans son ensemble, promouvait l'abstinence et l'utilisation du préservatif, ciblait les travailleurs du sexe par des interventions spécifiques, a soutenu le travail de la CDC en matière de surveillance, et a appuyé les efforts du PNLS pour élaborer des politiques et des programmes. Il était attendu de la stratégie qu'elle modifie les comportements individuels à travers l'éducation sur les risques de transmission du VIH, qu'elle accroît considérablement l'utilisation du préservatif à travers le marketing social, et qu'elle permette de suivre au fil du temps les tendances de la prévalence du VIH parmi les groupes sélectionnés. Les informateurs clés interrogés parlent de cette période comme d'un moment où l'USAID a utilisé les médias et la formation pour promouvoir la stratégie ABC (acronyme anglais "Abstinence, Be Faithful, Use a Condom": Abstinence, soyez fidèle, utilisez un préservatif), approche visant à réduire la transmission du VIH. Un informateur clé a exprimé de vives critiques à l'encontre de cette approche.

Un élément clé de la stratégie de l'USAID pendant toute la période a été l'identification des groupes à risque plus ou moins élevé d'infection au VIH. Cette question a été abordée explicitement dans un rapport écrit par Sarah Castle⁷ pour la CDC et identifiant les groupes à risque élevé et faible de transmission du VIH. Les groupes à risque moyen comprennent les personnes ayant des rapports sexuels non protégés avec des personnes des groupes à haut risque, tels que les travailleurs du sexe, et les groupes à faible risque (population générale), agissant ainsi comme "populations passerelles". Depuis 2000, l'USAID a cherché à adapter l'ensemble des services et moyens matériels à ces groupes à risque élevé et moyen. Le projet The Corridors of Change Project mis en œuvre par PSI de 2000 à 2003 illustre le fonctionnement de cette stratégie; le projet a ciblé les populations migrantes qui opèrent le long des routes de transit du pays, avec une attention particulière portée sur les travailleurs du sexe, les camionneurs, les vendeurs travaillent le long de ces routes et les jeunes. Le projet présentait des matériels IEC conçus pour la communication pour le changement de comportement (CCC) et comprenait une recherche exploratoire visant à recueillir des données pour les activités de CDV sur le VIH.

⁷ Castle, S. 1999. "Medium Risk"

L'examen de la stratégie VIH et IST de l'USAID par le Synergy Project⁸ mentionnait ces mêmes populations passerelles. L'étude recommandait que l'USAID supporte les interventions visant à augmenter l'utilisation des services de prévention avec des produits tels que les CDV et des pratiques réduisant la transmission du VIH. Le rapport recommandait que la stratégie de l'USAID ait les objectifs suivants:

- Prévenir les infections IST et VIH parmi les réseaux sexuels des groupes à haut risque.
- Prévenir l'infection parmi les réseaux sexuels des populations passerelles.
- Renforcer la capacité du PNLS et des ONG à développer un ensemble de réponses au VIH/SIDA se renforçant mutuellement.
- Promouvoir les programmes collaboratifs pour développer et soutenir les réponses aux problèmes posés par le VIH/SIDA.

Les actions ou comportements exposant des personnes à risque à une transmission du VIH ou des IST sont les faits d'avoir de multiples partenaires sexuels, d'avoir des rapports sexuels non protégés et de laisser une IST sans traitement. Ainsi, l'ensemble des produits et des pratiques qui ciblent les groupes à risque moyen inclut des messages exhortant une réduction du nombre de partenaires sexuels, l'utilisation du préservatif en dehors du mariage et un traitement rapide (gestion de cas) des IST. Cette stratégie de ciblage des populations en fonction du risque relatif de transmission du VIH est restée une caractéristique de la stratégie de l'USAID depuis 2002. Ce qui a quelque peu changé est l'identification des populations à risque élevé et à risque moyen.

La Strategy Statement de l'USAID pour 2010 sur le VIH/SIDA a également mis en avant le rôle des groupes "passerelles" dans l'infection de la population générale avec le VIH. Le texte expose que l'USAID travaille en étroite collaboration avec le HCNLS pour soutenir un ensemble d'interventions préventives qui complète les efforts d'autres donateurs et partenaires du gouvernement américain. Les principaux éléments de l'approche de la prévention du VIH sont la CCC, la promotion de politiques et le marketing social des préservatifs. L'USAID a également continué à travailler en étroite collaboration avec le CDC dans les activités de surveillance avec l'ISBS et le Sentinel Surveillance System (SSS); toutefois, le texte de la déclaration de stratégie note que l'USAID et le gouvernement américain ont élaboré une nouvelle stratégie en 2010 en ligne avec les priorités du gouvernement du Mali, de la Déclaration de Paris, du Plan d'Urgence du Président Américain pour la Lutte contre le Sida et de la Global Health Initiative. Sans décrire la stratégie, le texte informe que ses objectifs étaient les suivants: réduire le nombre de nouvelles infections parmi les populations les plus à risque (MARP, pour most at-risk populations) et les populations passerelles, renforcer les structures de soutien et aider les organisations communautaires locales à avoir la capacité de s'engager dans les activités de prévention du VIH.

Un autre texte de 2010, connu comme le Strategic Plan for USG Support for Mali's HIV/Aids National Response, expose que le soutien du gouvernement américain se concentrera à la fois sur les MARP et ceux qui agissent comme passerelles entre les MARP et la population générale. Les MARP sont les travailleurs du sexe, les HSH et les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Les populations passerelles sont des gens impliqués dans des réseaux de relations sexuelles avec des individus appartenant à la fois à des groupes à risque élevé et à risque faible. Ces groupes passerelles ont été identifiés comme étant les conducteurs de poids lourds longue distance, les mineurs d'or formels et informels, les vendeurs ambulants aux airs de repos des camions et aux gares routières, les travailleurs saisonniers agricoles et les militaires.

⁸ Barry, S., A. Lo and N. Diarra. 2003. *Recommendations for USAID/Mali's HIV/AIDS Strategy 2003–2012*. The Synergy Project/TvT Associates: Washington, DC.

L'objectif global de cette stratégie du gouvernement américain est de «réduire et atténuer l'impact du VIH/SIDA au Mali.". La stratégie spécifique inclut les objectifs suivants visant la population:

1. Fournir un ensemble de services de prévention essentiel pour les MARP à l'échelle nationale
 - Services communautaires de proximité
 - CDV
 - Programmes de CCC, incluant la distribution de préservatifs
 - Diagnostiques et traitement des IST
 - Aiguillage vers d'autres centres de soin
 - Formation des fournisseurs de service aux besoins des MARP
2. Fournir un ensemble de services de prévention essentiel pour les populations passerelles à l'échelle nationale
 - Services communautaires de proximité
 - CDV
 - Programmes de CCC, incluant la distribution de préservatifs
3. Fournir des CDV aux groupes cibles
 - Augmenter la demande pour les CDV
 - Unités mobiles de CDV
4. Eduquer la population générale aux problématiques liées à la santé
5. Encourager les activités avec les personnes vivant avec le SIDA

La stratégie de l'USAID a proposé un ensemble similaire de messages et de services en direction des groupes à risque élevé et moyen ayant permis la réduction de la transmission du VIH de plusieurs façons: (1) la promotion de l'utilisation du préservatif a réduit considérablement les taux de rapports sexuels non protégés; (2) la promotion d'une réduction du nombre de partenaires et une augmentation de l'utilisation des services de CDV; (3) la promotion des services de CDV permet aux particuliers de bénéficier de conseils et d'apprendre leur statut sérologique; et (4) le développement des services sociaux et médicaux pour les MARP a augmenté la prise en charge efficace des IST, y compris le VIH. Les niveaux de financement des interventions montrent une augmentation progressive des efforts portés sur l'augmentation des services sociaux et médicaux pour les MARP et les populations à haut risque.

En outre, les informateurs clés ont discuté de la façon dont les financements de l'USAID pour la prévention du VIH au Mali ont été donnés pour quatre grands types d'activités: (1) les études fournissant des données sur les IST et la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et les groupes à risque élevé d'infection à VIH, (2) l'enseignement de questions de santé à travers les médias de masse au sujet de la transmission du VIH et de comment s'en prévenir, (3) le marketing social des préservatifs (masculin et féminin) et (4) la mise en place et l'exploitation de centres de CDV et la gestion des cas d'IST.

Deux aspects de la stratégie actuelle du gouvernement américain ont évolué avec le temps: les identifications des groupes à risque moyen et élevé et des sites d'intervention. Lesquelles des populations masculines mobiles doivent être considérés comme des groupes à risque moyen prioritaires? Les travailleurs migrants doivent-ils être inclus quelque soit leur domaine? Dans quelle mesure les interventions peuvent cibler les travailleurs migrants, tels que ceux du riz et du coton? Dans quelle mesure les ONG, comme Soutoura et ARCAD-SIDA, peuvent étendre leurs services à de nouveaux centres urbains?

Le memorandum [2010] cité ci-dessus fournit une liste des travailleurs migrants à risque moyen. L'étude réalisée par Castle⁹ discute de ces groupes dans le détail. L'identification des populations passerelles de plus haute priorité sera probablement déterminée en consultation avec les partenaires ministériels des HCNLS, CSLS et GP/SP, et autres connaisseurs des habitudes de travail dans les différentes régions du Mali.

La stratégie globale de l'USAID a été une grande réussite dans la promotion du préservatif, l'information du public sur les risques de transmission du VIH et l'amélioration des services médicaux pour les MARPs.

Question d'Évaluation:

Quelles étaient les hypothèses et les attentes derrière la stratégie VIH (en ce qui concerne les groupes cibles, le changement social, les modes de transmission, etc.)?

Les hypothèses et les attentes de la stratégie VIH de l'USAID/Mali et comment elles étaient formulées ne sont pas bien documentées mais des déductions peuvent être tirées sur ce qu'elles devaient être. La stratégie globale suit un modèle logique classique concernant la prévention du VIH (Figure 1).

Figure 1: Modèle logique pour la stratégie de prévention VIH de l'USAID/Mali

Inputs	Processes	Outputs	Outcomes	Impact
• Financement • Données • Politique	• Activités de changement des comportements • Promotion et disponibilité des préservatifs • Renforcement des services CDV et IST	• Distribution et vente de préservatifs • Mise en place de services CDV et IST	• Décroître le nombre de partenaires • Augmenter l'utilisation du préservatif • Augmenter l'identification des cas de séropositivité • Décroître la transmission des IST	Décroître la transmission du VIH

Chacune des opérations mentionnées ci-dessus visaient à réduire la transmission du VIH. La stratégie de CCC reposait sur l'idée que lorsque des individus comprennent mieux les risques et les dangers de la transmission du VIH, ils réduisent leurs comportements à risque. Le marketing social des préservatifs et le fait de les rendre largement disponibles devait également permettre de réduire la transmission du VIH. L'utilisation accrue des services de CDV devait permettre de fournir non seulement des conseils individuels sur le VIH, mais aussi de permettre aux participants d'apprendre leur séropositivité et de prendre des mesures de protection. Le ciblage de groupes spécifiques avec un ensemble de messages et de services correspondant à leur risque de transmission du VIH était une façon de maximiser l'impact des interventions.

En résumé, la stratégie de prévention du VIH de l'USAID / Mali a été basée sur les notions que l'épidémie de VIH était concentrée à quelques groupes connus pour se livrer à des comportements à risque, que les interventions devaient cibler ces groupes, que l'aide devrait comporter du marketing

⁹ Castle, S. 2010. "HIV Prevalence."

social, de la communication et une amélioration des services, et que les données sur les connaissances et le comportement de ces groupes étaient nécessaires pour suivre l'évolution. Le tableau 3 résume les hypothèses présumées et fournit des commentaires sur ces hypothèses.

Tableau 3: Hypothèses et commentaires

Hypothèse	Commentaire
L'étiquetage des groupes de personnes à risque élevé et à risque moyen améliore notre compréhension de la transmission du VIH	L'image des individus constituant un groupe VIH à risque moyen comme étant les connecteurs ou passerelles entre les réseaux des travailleurs du sexe et le reste de la population permet de mieux comprendre la manière dont le VIH est transmis. Les clients des travailleurs du sexe connectent le commerce du sexe avec leurs épouses, amies, et autres partenaires.
L'étiquetage des groupes de personnes à risque élevé et à risque moyen sera utile pour cibler les interventions	Il est utile d'identifier les groupes de personnes qui sont susceptibles d'avoir plusieurs partenaires sexuels et qui peuvent ou non utiliser des préservatifs. Cette identification est particulièrement importante pour savoir où placer les services. Cependant, la population générale ne peut pas être négligée. Penser aux femmes qui n'ont pas de partenaire à l'exception de leur mari. Elles sont à faible risque de transmission du VIH, mais parce que leur mari peut avoir d'autres partenaires, les femmes peuvent tout de même être infectées.
Lorsque des individus comprennent leur risque de transmission du VIH, ils changent leur comportement pour réduire ce risque	Cette hypothèse se trouve derrière de nombreuses campagnes de santé publique visant à sensibiliser le public à toutes sortes de risques concernant la santé. L'hypothèse a souvent été démontrée comme étant fausse. C'est tout simplement dû au fait que si des individus comprennent le risque qu'ils prennent pour leur santé cela ne signifie pas qu'ils vont changer leurs actions pour se protéger. La littérature sur ce qu'on appelle l'écart Comportement Connaissance a depuis longtemps montré que des changements dans les actions (comportement) ne suivent pas nécessairement l'acquisition de nouvelles connaissances.
Le marketing social des connaissances en santé publique concernant les risques d'infection au VIH permettra de réduire les comportements à risque	Il s'agit d'une hypothèse fondamentale pour tous les programmes de marketing social. Dans le contexte du Mali, les documents du programme ont mis en avant l'hypothèse d'être précis, mais une connaissance précise de la transmission du VIH n'a pas conduit à une réduction du nombre de partenaires.
Le marketing social des préservatifs permettra d'accroître considérablement l'utilisation du préservatif	Cette hypothèse est un sous-ensemble de la précédente et, par conséquent, ne nécessite pas de plus amples commentaires.
Des changements dans les connaissances n'entraîneront pas toujours des changements de comportement	Cette hypothèse peut ou ne peut pas être partagée par la mission de l'USAID. PSI fait cette hypothèse parce que la littérature contient de nombreuses études montrant que les changements dans les connaissances ne sont pas nécessairement suivis par des changements de comportement ¹⁰ .
L'amélioration de la disponibilité des services de CDV et de traitement permettra de réduire la transmission des IST et du VIH	Cette hypothèse sous-entend le soutien aux nouveaux services de CDV: l'aide au gouvernement pour l'élaboration de directives robustes pour le CDV, l'aide à la mise en place de nouveaux centres de CDV et la formation dispensée au personnel. Les preuves de la réalité de cette hypothèse ne peuvent être qu'indirecte seulement, mais l'hypothèse est largement partagée parmi les experts du VIH/SIDA.

¹⁰ Hornik, Robert. 2002. Public Health Communication: Evidence for Behavior Change. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Question d'Évaluation:

Quelles étaient les populations ciblées ? Quelles étaient leurs relations avec les groupes à haut risque et la population générale?

Selon les documents examinés, la stratégie globale de l'aide apportée par l'USAID/Mali entre 2000 et 2010 a été fondée sur la prémisse que la prévalence du VIH est concentrée au sein de certains groupes qui réalisent des actions les mettant à un risque plus élevé de transmission du VIH. En 1999, peu de données fiables sur la prévalence du VIH étaient disponibles que ce soit pour la population générale ou pour des sous-groupes spécifiques. De petites enquêtes de surveillance ont été menées plus tôt chez les travailleurs du sexe et les camionneurs¹¹. L'identification de certains groupes à risque plus élevé que la population générale, mais pas aussi élevé que celui des travailleurs du sexe et des camionneurs, découle en partie d'une étude menée pour l'USAID et le CDC en 1999 dans plusieurs villes du Mali sur l'identification des groupes à risque moyen. Ces individus à risque moyen "exposent un comportement les mettant à un risque d'infection et de transmission du VIH plus élevé que la population générale"¹². Il était imaginé que ces groupes à risque moyen agissent comme des groupes faisant office de passerelle pour la transmission du VIH entre les groupes à haut risque et la population générale.

Les groupes à risque moyen ont été identifiés comme étant les camionneurs longue distance, les rabatteurs pour transports, les vendeuses ambulantes et les filles domestique. Même si à un moment inclus dans les listes, les clients de bars ont été rapidement retirés de l'enquête ISBS parce qu'il n'était pas possible d'obtenir la permission des propriétaires de bars pour les interroger. L'ISBS de 2000 a constaté que les filles domestiques avaient une prévalence du VIH similaire à celle de la population générale (1,7%), et, par conséquent, n'ont pas été considérées à haut risque¹³. La même enquête a révélé que les camionneurs avaient une prévalence du VIH de 4,1%, ce qui les a mis dans la catégorie à risque moyen et non la catégorie à haut risque (voir tableau 4).

Tableau 4: Prévalence du VIH dans différentes populations à risque au Mali

Population	Prévalence VIH (%)	Source
Population Générale	1.2	DHS 2001
Hommes Urbains	1.6	DHS 2001
Femmes Urbaines	2.2	DHS 2001
Femmes Enceintes	3.8	MOH 2003
Camionneurs (homme)	4.1	ISBS 2000
Rabatteurs pour Transport (homme)	5.7	ISBS 2000
Vendeurs Ambulants (femmes)	6.5	ISBS 2000
Travailleurs du sexe	28.9	ISBS 2000

¹¹ Castle, S. 1999. "Medium Risk."

¹² Castle, S. 1999. "Medium Risk," p. 1

¹³ Bien que les filles domestiques aient un faible risque d'infection au VIH, elles ont été incluses dans l'analyse comportement et prévalence au VIH en section 4 parce qu'elles étaient initialement pensées en 1999 comme vulnérables à la transmission du VIH.

La désignation des travailleurs du sexe et des conducteurs de camion longue distance comme à haut risque pour le VIH a probablement été fondée sur diverses études menées en Afrique de l'Ouest et de l'Est qui ont trouvé une prévalence relative du VIH élevée parmi ces groupes. Le projet Corridors of Change Project était basé sur le projet Prévention du SIDA sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest (PSAMAO). Le projet AWARE II Project on MARPs in West Africa, cependant, a constaté que les travailleurs du sexe, leurs clients, les HSH et les UDI étaient les groupes qui avaient le plus grand risque d'infection au VIH¹⁴. Les membres de ces groupes sont vulnérables parce qu'ils ont de nombreux partenaires sexuels différents ou qu'ils sont exposés à des seringues.

Le Ministère de la Santé avait auparavant son propre point de vue concernant quels groupes étaient les plus vulnérables aux infections par le VIH. Selon l'aperçu de la stratégie du gouvernement malien et le PNLS, les groupes à haut risque étaient les travailleurs du sexe, les camionneurs, les travailleurs migrants, la population rurale et les enfants¹⁵. Le document poursuit en disant que le Mali dispose d'une "épidémie concentrée". Ce même document a identifié les pratiques à risque suivantes:

- Avoir de multiples partenaires sexuels
- Avoir des relations sexuelles sans préservatif
- Initiation précoce aux relations sexuelles

La discussion entre les représentants du gouvernement et les donateurs a cherché à identifier les groupes de population les plus à risque et à soutenir les interventions visant directement ces groupes. D'autres groupes, autres que les groupes à risque élevé parfois mentionnés dans certains milieux, étaient les mineurs et les militaires. Ces deux groupes ont été ajoutés à la liste des groupes à risque moyen dans le protocole de la stratégie 2010 Stratégie (Strategy Memorandum).

La problématique de la désignation des populations à cibler pour une attention particulière dans la prévention du VIH reste un sujet de discussion entre les agences gouvernementales, les donateurs et les fournisseurs de soins de santé. Tous s'accordent à dire que les travailleurs du sexe devraient continuer à être ciblés par des programmes spéciaux. Certains experts du gouvernement et des donateurs préconisent également d'identifier et de travailler avec les HSH pour réduire la transmission du VIH. Les niveaux actuels d'infection au VIH chez les camionneurs, les rabatteurs pour transports et les vendeuses ambulantes qui interagissent aux aires de repos des camionneurs et gares routières le long des grands axes de transport suggèrent que ces groupes méritent également une attention particulière dans ces endroits. La préoccupation concernant les filles domestiques a diminué depuis que leur taux de prévalence du VIH n'est plus supérieur à celui des femmes en général. Basé sur la prévalence du VIH parmi les sous-groupes de la population au Mali, le financement de l'USAID a ciblé les personnes les plus à risque pour le VIH. Le fait que des organisations comme PSI ou d'autres ont ciblé les mineurs d'or, les travailleurs migrants et les travailleurs dans la production de coton et les champs de riz suggère que les efforts de prévention du VIH devraient cibler ces groupes ainsi que les groupes visés par l'ISBS.

¹⁴ Dutta, A., and Maiga, M. 2011. *An Assessment of Policy toward Most-at-Risk Populations for HIV/AIDS in West Africa*. Accra, Ghana: Action for West Africa (AWARE-II) Project.

¹⁵ Ministry of Health et al. 2004. Enquête intégrée sur la prévalence et les comportements en matière d'IST (ISBS) menée au Mali de mars à septembre 2003.

Question d'Évaluation:

Dans quelle mesure ces stratégies et programmes étaient-ils bien adaptés aux risques d'infection au VIH rencontrés par les groupes présentant un risque moyen d'infection?

La définition des comportements à risque utilisée dans ce contexte comprend trois éléments: (1) avoir des partenaires sexuels multiples ou nombreux, (2) avoir des relations sexuelles sans préservatif et (3) laisser une IST non traitée. Les personnes qui ont des interactions sociales incluant l'un de ces trois éléments sont considérées comme à risque élevé d'infection au VIH. Les travailleurs du sexe ont de multiples partenaires par définition, mais ils peuvent ou non correspondre aux deux autres éléments. Les chauffeurs de camion longue distance sont considérés comme ayant plusieurs partenaires, mais peuvent également ne pas correspondre avec les deux autres éléments. Le cas des personnes à risque moyen est moins évident, mais il semble que les rabatteurs et les vendeuses ambulantes aux gares routières et aires de repos des camionneurs ont la possibilité d'avoir de multiples partenaires sexuels. Tous ces groupes ont plus d'opportunités pour les comportements à risque que la population générale.

L'approche de l'USAID/Mali concernant la prévention du VIH est axée sur le comportement sexuel des populations ciblées. Travailleurs du sexe, camionneurs, rabatteurs pour transports, vendeuses ambulantes et les jeunes ont été considérés comme les principales populations à cibler. Les activités du projet PSI pour les jeunes incluaient des groupes de discussion pour obtenir des informations sur la façon de mettre en avant les services de CDV, encourager l'éducation par les pairs à travers les ONG locales pour sensibiliser les jeunes sur les risques de transmission du VIH et les dangers d'avoir de multiples partenaires sexuels ; et promouvoir l'utilisation du préservatif. Un des informateurs clés d'une ONG locale a suggéré que l'approche ciblant la jeunesse se concentre directement sur les relations sexuelles plutôt que principalement sur l'utilisation de préservatifs.

Programmation et mise en oeuvre des activités de l'USAID dans la prévention du VIH

Cette section traite des trois sous-questions d'évaluation concernant les activités des programmes, les succès et les défis des programmes et les ressources utilisées par les ONG en place. Avant de répondre à ces questions, il est important de décrire les activités que l'USAID a soutenues de 2000 à 2010. L'examen de documents a montré que l'assistance de l'USAID a pris deux formes principales: (1) la mise à disposition de données concernant les comportements à risque vis-à-vis du VIH et la prévalence du VIH et des IST grâce au SSS et aux enquêtes de population et (2) la prévention du VIH et des programmes de soutien s'appuyant sur l'éducation à la santé et la promotion du préservatif ainsi que la fourniture de services sociaux et médicaux pour les personnes touchées par le VIH.

Surveillance et enquêtes

En 1999, peu de données fiables sur la prévalence du VIH étaient disponibles que ce soit pour la population générale à l'échelle nationale ou pour des sous-groupes spécifiques. Quelques enquêtes de surveillance du VIH ont été menées parmi les populations à haut risque (travailleurs du sexe et camionneurs) [FHI Behavioral Surveillance Surveys de 1990]. Cependant, il n'était pas clair dans quelle mesure certaines populations devaient être ciblées par des interventions spécifiques ou si une stratégie qui s'adressait à des adultes serait efficace. Afin de générer les informations nécessaires pour pouvoir cibler les interventions, l'USAID a soutenu la collecte de données fiables sur les comportements VIH à risque et la prévalence à travers les activités énumérées ci-dessous. La CDC était un partenaire exécutif de l'USAID pour les enquêtes de Surveillance Sentinelle et ISBS.

- **Surveillance sentinelle:** Avec le financement de l'USAID, le CDC a fourni une assistance technique à la CSLS du Ministère de la Santé pour la maintenance du SSS de 2003 à 2009 afin de pouvoir évaluer la prévalence du VIH parmi les femmes ayant bénéficié de soins prénatals. Des tests de dépistage du VIH ont été réalisés en 2003, 2005, 2007, et 2009. La surveillance a commencé avec 10 sites largement urbains en 2003 et étendue à 20 sites en 2009.
- **ISBS:** En 2000, le PNLS a réalisé la première des quatre ISBS parmi les groupes à risque élevé dans six villes avec l'assistance technique du CDC et le financement de l'USAID¹⁶. L'échantillon a été constitué à partir d'éléments de cinq groupes: les travailleurs du sexe, les chauffeurs longue distance (camionneurs), les rabatteurs pour transports de sexe masculin, les vendeuses ambulantes et les domestiques (filles). Les enquêtes ont permis d'accumuler des données sur les variables sociodémographiques, la connaissance du VIH, les relations sexuelles, l'utilisation du préservatif avec différents types de partenaires, les IST (chlamydie et la gonorrhée) et la prévalence du VIH. Les enquêtes ultérieures ont utilisé plus ou moins le même questionnaire et les mêmes types d'échantillons.
- **Enquêtes de population:** L'USAID a soutenu deux séries de Demographic and Health Surveys (2001 et 2006), études démographiques et de santé qui comportaient des indicateurs de comportement à risque pour le VIH et de prévalence du VIH.
- **Enquêtes ciblées:** PSI a également mené des enquêtes périodiques parmi des groupes ciblés dans diverses parties du pays de 2001 à 2010 afin d'établir pour chacun d'entre eux une base de données permettant de suivre les effets du programme de surveillance. Par exemple, en 2001, PSI a conduit une enquête auprès des groupes à risque élevé à Bamako, Kayes et Sikasso afin de recueillir des données sur leur connaissance du VIH et du SIDA, leurs relations sexuelles, leurs idées sur l'utilisation du préservatif et leur utilisation ou non du préservatif. Une enquête similaire a été menée en même temps chez les jeunes dans la population générale. Les deux enquêtes ont été conçues pour servir de base de référence avant le début du projet.

Interventions concernant l'éducation à la santé, l'utilisation des préservatifs et les services sociaux et médicaux

La majeure partie du financement de l'USAID pour la prévention du VIH a été consacrée à une série d'interventions avec les partenaires locaux et internationaux. Les interventions comprenaient des programmes médiatiques pour éduquer le public sur la prévention du VIH et l'utilisation des préservatifs, des centres de CDV et la prise en charge syndromique des IST. Ci-dessous, nous proposons une liste des principaux partenaires impliqués:

- **Population Services International (PSI)**, qui a mené deux projets successifs: Corridors of Change et puis Pathways to Health, tous les deux ciblés sur la prévention du VIH et des IST parmi les groupes à risque élevé,
- **CARE Mali's Project Keneya Ciwara (PKC)** incluait une composante VIH dans son aide aux services de santé maternelle et infantile,
- **Groupe Pivot/Santé Population (GP/SP)**, une organisation qui supervise de nombreuses petites ONG qui réalisent des formations, des ateliers, des distributions de préservatifs, de l'éducation à la santé et autres activités avec un large éventail de groupes cibles, y compris les HSH,
- **Soutoura**, une ONG initialement sous la direction de GP/SP qui avait des activités dans quatre zones urbaines et se concentrait sur la fourniture de services sociaux et médicaux aux

¹⁶ Ministry of Health et al. 2001. Integrated STI Prevalence and Behavior Survey (ISBS) Conducted in Mali from March–December 2000. Mali National AIDS Control Program (PNLS).

travailleurs du sexe et leurs partenaires (le CDC était un partenaire d'exécution avec l'USAID pour le travail de Sountoura),

- **ARCAD-SIDA**, une ONG ayant collaboré avec GP/SP. L'organisation, avec sa succursale de traitement CESAC, a fourni des services sociaux et médicaux pour les personnes diagnostiquées séropositives au VIH depuis le milieu des années 1990.

Question d'Évaluation:

Les cibles et objectifs donnés aux ONG ont-ils été atteints par les activités du programme?

Dans cette section, nous prenons comme exemples les activités de programmes que les partenaires mentionnés précédemment ont mis en œuvre. Nous les analysons par rapport à la question d'évaluation afin de nous rendre compte si les ONG ont atteint les cibles et les objectifs des activités du programme en question.

PSI

Le projet Corridor of Change (2000–2003) visait à réduire la transmission du VIH parmi les populations qui se déplacent le long des principales routes de transport des grands centres urbains au Mali vers la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et le Sénégal. Selon les rapports du projet, ces populations sont principalement les chauffeurs de camion longue distance, les travailleurs du sexe, les vendeuses et les jeunes âgés de 15 à 24. L'image dominante qui sous-tend le projet est que les groupes de personnes se livrant à des actions augmentant leur risque de contamination au VIH tout au long de ces grands axes de déplacement pour les camions et les autocars relient le Mali aux pays voisins. Le projet s'est appuyé sur cinq composantes stratégiques: (1) la recherche axée sur le consommateur; (2) les conseils et dépistages volontaires; (3) l'information des médias, l'éducation et la communication; (4) la communication pour le changement de comportement interpersonnel; (5) l'accès aux produits de prévention [pg. 1]¹⁷.

PSI a lancé sa campagne de communication avec des panneaux d'affichage et autres matériels promotionnels en août avant que les résultats de sa propre enquête soient disponibles. Les messages étaient axés sur les risques d'avoir des partenaires multiples, la nécessité de trouver rapidement des soins pour les IST et un encouragement à l'utilisation systématique du préservatif pour tout rapport sexuel. Elle a également diffusé des programmes à la radio et à la télévision concernant la confiance entre les partenaires sexuels. À travers les ONG partenaires, le projet a également formé plus de 100 éducateurs pour les pairs à l'utilisation de matériaux d'IEC et a ajouté de nombreux points de vente où les préservatifs pouvaient être achetés facilement. Plus de 1,5 millions de préservatifs ont été vendus de juillet à décembre 2001. PSI a également créé un nouveau centre de CDV à Bamako appelé "l'Eveil" offrant des tests rapides et des conseils pour le VIH. Le projet a également réalisé une étude sur la satisfaction des clients des services de CDV au centre l'Eveil.

En 2003, PSI a réalisé une enquête à Tombouctou, Gao et Kidal, ainsi que trois centres miniers, afin d'établir une base de référence pour certaines variables avant l'expansion du programme dans ces régions. Les groupes ciblés étaient les jeunes dans la population générale (âgés de 15 à 35), les travailleurs du sexe, les camionneurs, les vendeuses ambulantes et les travailleurs des mines d'or. Les principaux thèmes abordés ont été la connaissance du VIH et des IST, la perception individuelle du risque pour les infections au VIH, les avis concernant l'utilisation du préservatif et la nature des comportements à risque. Les comportements à risque impliquaient d'avoir de multiples partenaires sexuels, d'avoir des relations sexuelles sans préservatif et d'éviter le traitement d'une IST. Une enquête de suivi a été menée en 2006.

À la fin de l'année 2003, PSI a reçu un financement important pour un nouveau projet intitulé Pathways to Health Project: environ 7,5 millions de dollars de l'USAID et 4,3 millions de dollars provenant de l'Allemagne. Les groupes visés par ce nouveau programme étaient les travailleurs du sexe, les

¹⁷ Population Services International. 2003. Pathways to Health: An integrated social Marketing Program. Report submitted to USAID April 14, 2003.

camionneurs longue distance, les vendeuses ambulantes aux gares routières et aires de repos des camionneurs et les travailleurs migrants saisonniers dans les rizières, les champs de coton et les mines. Quelque 23 ONG ont été impliquées dans ce nouveau programme. L'objectif de Pathways to Health était de «réduire la morbidité et la mortalité dues au VIH/SIDA en augmentant l'adoption de pratiques sexuelles plus sûres parmi les personnes se livrant à des pratiques sexuelles à haut risque." En d'autres termes, le projet visait à persuader les gens engagés dans des pratiques à haut risque de changer pour des pratiques à faible risque. Le succès du projet a été mesuré par le degré dont il a atteint ses objectifs, à savoir le nombre distribué de produits de santé touchant la reproduction (principalement des préservatifs) et les indicateurs de connaissances mesurées par les enquêtes périodiques de PSI.

L'approche suivie par PSI pour le changement de comportement est formalisée par son Behavior Change Framework. PSI vise à persuader des individus de changer la façon dont ils interagissent avec les autres de trois façons: (1) avoir moins de partenaires sexuels, (2) utiliser plus souvent des préservatifs et (3) traiter plus rapidement les IST. Chacune de ces trois actions dépendent non seulement de la disponibilité et de l'accessibilité des préservatifs, mais aussi de certains concepts psychologiques qui peuvent ou non être liés à des actions, tels que l'auto-efficacité, l'influence sociale et l'évaluation personnelle des risques. Ce point de vue sur la façon dont le changement social se produit est ordinaire dans le marketing social, mais n'a pas toujours tenu ses promesses.

Les activités de Pathways to Health étaient présentées sous forme de jalons:

- **Jalon #1:** Extension de la campagne médiatique pour la prévention du VIH et des IST aux régions du nord de Tombouctou et de Gao par l'intermédiaire de 6500 spots radio en langues locales sur la prévention du VIH et le traitement des IST.
- **Jalon #2:** PSI a signé un contrat avec GP/SP pour mener de la formation et des ateliers sur la CCC à travers un groupe de 23 ONG locales liées à GP/SP. Des outils de CCC ont été élaborés et le personnel formé pour les présenter à des groupes à risque élevé dans les villes à travers le pays.
- **Jalon #3:** Plaidoyer auprès de chefs religieux des régions du nord de Tombouctou, Gao, et Kidal. Trois ateliers de formation ont été organisés pour former les leaders musulmans à la discussion de la prévention du VIH.
- **Jalon #4:** Campagne de communication comportementale pour les jeunes constituée de spots radio et télévisé sur les risques de transmission du VIH et la nécessité pour les parents et les enfants de discuter de ces questions. Un site Web interactif contenant des informations relatives à la santé et des jeux interactifs a été mis au point.
- **Jalon #5:** Évaluation de la qualité des services de CDV dans les sites de l'Éveil à Bamako, Kayes et Ségou et campagnes médiatiques pour encourager le dépistage du VIH. Les centres L'Eveil ont testés 4000 clients entre juillet 2003 et Mars 2004
- **Jalon #6:** Partenariat avec la Centrale d'Achats Générique (CAG) pour améliorer la distribution de produits de marketing social, en particulier les préservatifs. Un nouveau système de distribution a été créé pour faciliter la distribution de préservatifs dans le pays. PSI a apporté au CAG de la formation et du management à la vente d'assistance technique, de l'aide à la réalisation de budget et des enquêtes concernant le marketing et la distribution. De nouveaux emballages et structure de prix pour les préservatifs ont été discutés.
- **Jalon #7:** Une enquête a été menée parmi les groupes à haut risque (travailleurs du sexe, camionneurs, vendeurs en bordure de route et jeunes de 15-19) concernant leurs partenaires sexuels, le VIH et la connaissance des IST, ainsi que l'utilisation du préservatif.

La section des jalons est suivie de plusieurs pages d'indicateurs clés, qui sont une liste des activités du projet (spots radio, spots TV, éléments distribués et dirigeants formés), le nombre prévu, les chiffres obtenus et un pourcentage de réalisation par rapport à la cible visée. PSI a dépassé ses objectifs pour la moitié des indicateurs.

Un rapport technique sur les activités de PSI d'octobre 2004 à septembre 2005 décrit les activités qui ont continué par rapport à l'année précédente combiné à une description des activités spéciales pour former davantage le personnel à la communication pour le changement de comportement et mettre en place un système de surveillance des activités du projet. GP/SP a continué sa surveillance des 23 ONG engagées dans les activités du projet. Une grande partie de l'activité du programme a été consacrée à la reconversion du personnel des ONG et la mise en place d'un système pour surveiller et signaler les activités du projet.

La période d'octobre 2005 à septembre 2006 a vu la poursuite et l'expansion des activités des deux années précédentes, en plus d'une enquête parmi les membres des groupes à risque élevé pour évaluer leurs connaissances et leurs comportements liés au VIH et leur utilisation des préservatifs. Les réalisations au cours de cette période incluent la diffusion de 257 526 spots radio dans les régions du nord afin de promouvoir la sensibilisation au VIH/SIDA et sa prévention, la conduite de 214 évaluations d'événements de promotion de la sensibilisation au VIH et la distribution de plus de 62 000 préservatifs féminins. Bien que la manière exacte d'atteindre ces estimations ne soit pas claire, les 23 ONG estiment qu'elles ont atteint plus de 600 000 (615 410) individus avec leurs messages et matériels. En outre, 7485 messages écrits et spots TV ont été montrés à la télévision avec pour cible les groupes à risque élevé et les jeunes, et 14802 personnes ont été conseillées et testées pour le VIH dans les centres de CDV.

L'enquête 2006 de PSI a interrogé individuellement environ 500 travailleurs du sexe, 500 camionneurs et 500 vendeuses ambulantes avec un questionnaire afin de comparer les résultats avec l'enquête de 2003. Les chercheurs ont constaté une relation entre les travailleurs du sexe ayant été exposés à des messages sur le préservatif et l'utilisation du préservatif réelle. Les chercheurs n'ont constaté aucun changement dans l'estimation personnelle d'être à risque pour le VIH ou concernant les autres indicateurs de changement de comportement.

Selon le rapport du PSI, l'enquête auprès des trois groupes à risque n'a pas montré les changements attendus dans la connaissance ou le comportement par rapport aux enquêtes précédentes. Le rapport recommande d'accentuer ce qui a déjà été fait: **Redoubler** d'efforts pour améliorer la connaissance du VIH; **Élargir** la communication pour le changement de comportement; et **Améliorer** la communication pour le changement de comportement. Le rapport laisse entendre que, en donnant davantage de temps, le changement de comportement suivra.

Les activités de PSI d'octobre 2006 à septembre 2007 s'élargissent pour inclure davantage de campagnes médiatiques ciblant la population générale plutôt que principalement les groupes à risque élevé d'infection au VIH. Les activités du projet se composaient alors de quatre thèmes: (1) la poursuite de l'aide apportée à GP/SP et la distribution de préservatifs féminins, (2) la formation de davantage de dirigeants religieux, (3) davantage de promotion active des services de CDV et la création de nouveaux centres de CDV et (4) la collaboration avec la CAG afin d'accroître la disponibilité des préservatifs dans le pays. Près de 10,5 millions de préservatifs ont été vendus en 2007.

Un rapport final de fin de projet pour Pathways to Health a été écrit en 2009 pour rendre compte des activités de PSI jusqu'en Décembre 2008. Les réalisations des 1 ou 2 dernières années incluent un renforcement de la collaboration avec GP/SP afin d'identifier les ONG qui iront travailler avec les groupes à haut risque; le développement d'outils de reporting et d'évaluation, l'utilisation accrue des médias pour discuter de la stigmatisation, de la prévention des risques et de l'utilisation du préservatif; et l'expansion continue des centres de CDV et l'évaluation des services offerts. PSI a reçu de nouveau 6,6 millions de dollars en octobre 2008 pour un projet de suivi sur 3 ans, et une partie de ces fonds est allée à la prévention du VIH. PSI a utilisé les fonds pour promouvoir et améliorer la distribution de préservatifs, étendre le programme des CDV mobiles et continuer à surveiller la qualité des services de CDV. Dans la dernière année du projet, PSI a collaboré avec ARCAD-SIDA pour étendre leurs services aux HSH à Mopti et Kayes. Depuis plusieurs années, ARCAD-SIDA avait offert des services de dépistage et de traitement pour les HSH dans de nombreux sites à Bamako.

Le leitmotiv de l'aide de PSI était le marketing social des produits et services pour convaincre les populations ciblées de changer leurs relations sexuelles afin de réduire leur risque d'exposition au VIH et aux IST. Le message a été véhiculé en utilisant les médias, du matériel et des entretiens individuels et a joué sur les images de la culture populaire au Mali pour faire passer ses messages. Chaque année, PSI a trouvé de nouveaux moyens de diffuser des messages sur la prévention du VIH. PSI a atteint ses objectifs concernant le nombre de messages diffusés, le nombre de manifestations organisées, le nombre de personnes formées ou le nombre de préservatifs distribués. Dans de nombreux cas, PSI a dépassé ses propres objectifs. Vu sous cet angle, PSI a semblé réussir tout à fait bien à atteindre ses objectifs.

L'impact global de tous ces programmes est cependant moins clair; ni PSI, ni l'USAID ne décrit les objectifs en termes d'indicateurs d'impact spécifiques. L'objectif global des projets Corridors of Change et Pathways to Health était de réduire l'incidence de l'infection au VIH ou de réduire la morbidité et la mortalité résultant d'une infection par le VIH.

Groupe Pivot, Santé Population

GP/SP a joué un rôle majeur dans les programmes de prévention du VIH/SIDA et des IST de 2003 à 2006 de part sa coordination des ONG invitées à participer au projet. L'USAID a fourni du financement à GP/SP pour les ONG locales ayant présenté des propositions de partenariat à GP/SP et ayant reçu l'approbation du financement. Le projet avait quatre groupes cibles: (1) les travailleurs du sexe, (2) les conducteurs de poids-lourd aux arrêts d'autocar et aires de repos, (3) les vendeurs ambulatoires à ces mêmes endroits et (4) les travailleurs migrants saisonniers. Le projet ne visait ni les domestiques, ni les rabatteurs de transport où les autocars et camions s'arrêtent, mais les deux groupes ont tout de même été exposés aux messages des médias sur le changement de comportement. Une grande partie des interventions du projet a eu lieu le long des grands axes de transport à proximité de Bamako et Sikasso. En outre, le projet a également opéré dans les zones autour des exploitations minières d'or, des productions de coton et des raffineries de sucre.

GP/SP a signé des accords avec chacune des 23 ONG ayant présenté leur projet de travail et les détails budgétaires pour chaque année. GP/SP a mis en valeur l'utilisation des éducateurs pour les pairs et des bénévoles (animateurs) pour communiquer les messages. Les éducateurs pour les pairs ont donné des exposés sur la santé, ont montré des vidéos, fait des visites à domicile et distribué des radios cassettes traitant de thèmes liés à la prévention du VIH, et ils ont préparé des spots radio de courte durée pour la radiodiffusion locale. Le GP/SP a organisé deux séries de supervision pour chaque ONG, des visites qui ont permis de renforcer les relations entre les ONG et les institutions locales et ont permis de fournir l'appui technique nécessaire. GP/SP a été aidé par PSI dans l'identification des ONG locales travaillant avec des groupes à haut risque, la formation des éducateurs pour les pairs et le développement des supports de communication.

CARE Mali

CARE Mali a reçu un important contrat en Août 2003 pour augmenter l'utilisation des services de soins de santé et améliorer les pratiques de santé à la maison grâce à un projet appelé Project Keneya Ciwara (PKC). Le projet avait trois objectifs principaux: (1) améliorer la qualité des prestations des services de santé; (2) promouvoir l'adoption de bonnes pratiques et de services pour la santé des familles; et (3) créer un contexte social et communautaire permettant d'améliorer la santé. En résumé, le projet devait opérer au niveau de la communauté par le renforcement des associations de santé communautaires et des organisations de la société civile au niveau des ménages, à travers l'éducation à la santé et aux changements de comportement, et des services de santé par l'intégration des services dans les centres de santé communautaires. Le projet a opéré dans toutes les régions du pays.

Ce premier contrat de 5 ans pour l'amélioration des soins de santé à base communautaire comprenait une sous-traitance avec GP/SP visant à renforcer les capacités des ONG travaillant à améliorer la santé.

GP/SP a travaillé avec le PKC à évaluer les expériences et l'expertise des ONG ayant posé candidature pour des fonds afin de mettre en œuvre des projets; toutefois, ni le rapport technique du projet, ni le rapport final de performance, ne mentionnent des interventions spécifiques liées au VIH/SIDA et aux IST. La plupart des interventions impliquait de la formation dans les activités communautaires et des améliorations dans les services de santé maternelle et infantile.

Le projet de suivi, connu sous le nom de Project Keneya Ciwara II (PKCII), a continué à mettre l'accent sur la formation des agents de santé communautaires et l'amélioration dans les services de santé maternelle et infantile, mais il y était également ajouté le support aux ONG favorisant la sensibilisation et le traitement des IST et du VIH parmi les groupes présentant les risques le plus élevé. Les groupes identifiés étaient les travailleurs du sexe, les rabatteurs pour transports et les vendeurs ambulatoires aux arrêts d'autocars et de camions, les HSH et les travailleurs migrants saisonniers. Les ONG ont distribué des documents de CCC sur le VIH/SIDA qui ont été préparés suivant les méthodes développées par PSI et GP/SP, ont ardemment promu le dépistage du VIH et des IST, ont donné ou vendu des préservatifs et ont formé des éducateurs pour les pairs à la connaissance du VIH/SIDA et en compétences de communication. Au cours de la dernière année du projet, PKCII a atteint environ 25 000 rabatteurs, 25 000 vendeurs ambulatoires et plus de 13 000 travailleurs du sexe avec des messages concernant le VIH/SIDA.

La composante VIH/SIDA de PKCII était relativement petite par rapport à celle concernant la santé de l'enfant qui portait sur la prévention du paludisme, de la diarrhée et de la malnutrition; toutefois, compte tenu de la grande échelle du projet et de son approche à plusieurs niveaux, la partie VIH/SIDA avait le potentiel d'atteindre un grand nombre de personnes à risque élevé de VIH. GP/SP a formé et supervisé les dirigeants de neuf ONG à la promotion de connaissances précises et à la sensibilisation du dépistage et des options de traitement pour les groupes à haut risque de contamination au VIH et aux IST.

Soutoura

Soutoura a été fondée en 2000 comme une ONG fournissant des services de santé pour les travailleurs du sexe et leurs clients à Bamako. Soutoura fait partie du consortium d'ONG qui ont été supervisée initialement par GP/SP. Les fondateurs ont cherché à fournir un endroit où les femmes les plus à risque pour le VIH et les IST peuvent se sentir en sécurité dans la recherche de traitement et de soutien. Le groupe a commencé ses activités à Bamako en 2000 et, en 2004, il était actif à Kati, Kayes et Niono et a reçu un financement en 2002 du CDC. Le CDC a aidé Soutoura à organiser le traitement syndromique des IST et à mener des tests et des conseils pour le VIH. Après 2012, Soutoura a commencé à recevoir des fonds directement de l'USAID.

Soutoura fournit conseils et tests de dépistage du VIH pour les travailleurs du sexe et leurs clients prêts à être identifié, ainsi que diagnostics et traitements des IST. L'objectif des services médicaux est de fournir un examen physique tous les mois pour les travailleurs du sexe enregistrés chez Soutoura. Les services offerts comprennent de l'éducation à la santé concernant les risques de transmission du VIH et des IST à travers des réunions publiques et de l'éducation par les pairs; le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST dans les cliniques Soutoura; du conseil et le dépistage du VIH; le référencement des personnes séropositives auprès des centres de traitement antirétroviraux (ARV); du soutien social aux personnes vivant avec le VIH; et la vente de préservatifs.

Chaque centre médical contient un médecin formé à la prise en charge syndromique des IST et le traitement des maladies courantes provoquées par les infections au VIH. Chaque centre dispose également de plusieurs personnels, actuels ou anciens travailleurs du sexe, servant de conseillers et d'éducateurs pour les pairs et qui vont également dans les hôtels et les bars pour vendre des préservatifs et encourager les femmes à découvrir les sites Soutoura. Les rapports périodiques présentés par Soutoura montrent une grande attention aux détails concernant les clients qu'ils ont servis

chaque mois et la traçabilité exacte des services rendus. Pourtant Soutoura est relativement petite et ne fonctionne que dans quatre centres urbains.

Selon un rapport de 2010, Soutoura avait dépisté environ 3.600 travailleurs du sexe et avait communiqué des messages sur la prévention du VIH à environ 32 000 d'entre eux. Elle a également vendu plus d'un million de préservatifs. Il semble essentiel que de tels services soient également offerts dans d'autres centres urbains, comme Sikasso, Ségou, et Mopti.

ARCAD-SIDA

ARCAD-SIDA (Association de Recherche et Communication et d'Accompagnement au Domicile des personnes atteintes du VIH/SIDA) est une autre ONG ayant collaboré avec GP/SP. L'organisation, avec sa branche de traitement partenaire CESAC (Centre d'écoute, de soins, d'animation, et de conseil pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA), a fourni des services sociaux et médicaux pour les personnes diagnostiquées séropositives au VIH depuis le milieu des années 1990. CESAC fournit des tests de dénombrement des cellules CD4 et VIH et des ARV, ainsi que des services de suivi préconisant l'adhésion à la thérapie antirétrovirale (ARV). ARCAD-SIDA travaille principalement avec les HSH, les travailleurs du sexe, les prisonniers, les handicapés et les enfants victimes de violence sexuelle. L'ONG fournit des conseils et des recommandations aux services sociaux pour les membres de ces groupes. Pendant quelques années, elle a reçu des fonds de l'USAID à travers PSI. Après 2009, elle a commencé à recevoir des fonds directement de l'USAID.

Soutoura et ARCAD-SIDA cherchent à éduquer leurs clients sur les risques de transmission des IST et du VIH grâce à la formation d'éducateurs pour les pairs afin de réaliser une éducation continue à la santé. Elles disposent également de centres médicaux où les clients bénéficient de conseils, du dépistage et du traitement des IST, du dépistage du VIH et des ARV. Ces ONG ont cherché à développer des services sociaux et médicaux adaptés aux besoins particuliers des travailleurs du sexe, leurs clients, et les HSH.

Question d'Évaluation:

Quels ont été les succès des programmes? Quels défis ont-ils rencontrés?

Succès

L'aide financière fournie par l'USAID a donné lieu à plusieurs réalisations majeures. D'abord, à travers le CDC, elle a permis d'accumuler des données sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes et plusieurs groupes à haut risque dans un contexte où aucune donnée n'était disponible. Ensuite, par l'intermédiaire du GP/SP et des ONG américaines partenaires, elle a soutenu pour la population générale des campagnes d'éducation sanitaire sur les dangers du VIH/SIDA et a rendu les préservatifs masculins disponibles dans la grande majorité du pays. L'acteur majeur dans ce domaine a été PSI, qui a été en mesure de mettre en place un système rendant les préservatifs accessibles à tout le pays. Troisièmement, l'USAID a financé la mise en place et l'exploitation de centres de CDV et de centres de traitement des IST, ainsi que des programmes de thérapie antirétrovirale (ARV). Le gouvernement et autres donateurs ont joué un rôle actif dans la fourniture de traitements des IST et du VIH au cours des 8-10 dernières années, mais les activités de prévention du VIH liées à la communication sur la santé ont été financées en grande partie par l'USAID.

En grande partie grâce GP/SP et PSI, à partir de 2001, l'USAID a financé l'éducation à la santé concernant le VIH/SIDA à travers les médias de masse, principalement la télévision et les stations de radio locales. PSI a utilisé plus de 100 stations de radio locales pour diffuser des messages sur la transmission du VIH et les moyens de la prévenir. Les deux groupes ont également produit de grandes quantités de documents imprimés pour sensibiliser le grand public, avec un accent particulier mis sur les jeunes. PSI a

également ciblés les travailleurs du sexe, les camionneurs et les vendeuses aux arrêts de camion et d'autocar en suivant les programmes régionaux de prévention du VIH en Afrique de l'Ouest qui se concentraient sur ces groupes professionnels.

Le marketing social des préservatifs a été porté par PSI, qui a reçu plusieurs millions de dollars pour la communication sur la santé et le marketing social au début de la période étudiée. Travaillant avec GP/SP, PSI a distribué des fonds à des ONG locales pour promouvoir l'utilisation du préservatif à travers non seulement les médias, mais aussi par des réunions publiques, des vidéos et de l'éducation pour les pairs. Les objectifs du projet ont été décrits en termes de nombre de personnes contactées, de préservatifs distribués et de messages diffusés. Selon une des personnes interrogées, PSI a mené des enquêtes tous les six mois pour se rendre compte si ses messages avaient été compris et si les préservatifs étaient réellement disponibles. PSI a également mené des études afin de mieux identifier les facteurs faisant obstacle à l'utilisation des préservatifs; cependant, comme un informateur clé l'a fait remarquer, «le changement de comportement est un processus lent, et nos projets ont une durée limitée dans le temps." Les changements dans les approches peuvent également être déstabilisants, l'informateur a relevé.

Un sérieux intérêt dans la promotion du dépistage du VIH et la création de centres de CDV au Mali a commencé en 2004. Peu de temps après, l'USAID a commencé à soutenir la CDC dans le développement d'algorithmes pour le traitement des IST et la formation à la gestion des cas d'IST de personnel de soins de santé à travers le pays. Les données de prévalence du VIH ont été produites par le SSS et des enquêtes dans les zones urbaines parmi les groupes à risque élevé d'infection au VIH. Plusieurs personnes travaillant pour une agence gouvernementale ont été interrogées et ont parlé avec une grande satisfaction de ce type de soutien, qui a produit des données qu'ils ont jugées utiles. Ils apprécieraient la présence d'une organisation fournissant l'assistance technique nécessaire pour continuer avec le SSS et l'ISBS. Ils se rendent compte que la relation de financement entre le CDC et l'USAID a été modifiée en 2009, et donc une autre organisation, comme l'Université de Columbia, pourrait mener l'assistance technique et le financement de plusieurs séries de SSS ou d'ISBS.

Les équipes des agences gouvernementales qui travaillent sur le VIH/SIDA ont salué grandement le financement du CDC par l'USAID jusqu'en 2009, grâce à cela ils ont pu bénéficier des données produites sur la prévalence du VIH. Ces équipes ont également prié tous les donateurs de suivre les mêmes priorités et de s'aligner avec le plan stratégique national dans toute activité proposée. Les représentants des ONG maliennes ont davantage discuté de la façon dont les caractères limités des fonds et le courttermisme des projets ont impacté ce qu'ils ont été capable de réaliser. Ils ont fortement compté sur la formation des éducateurs pour les pairs pour communiquer leurs messages.

Challenges

Nous avons interrogé les informateurs clés sur les défis auxquels ils avaient été confrontés dans la conception ou l'exécution des programmes. Voici quelques-unes des réponses qu'ils nous ont données:

- De très nombreux projets sont de courte durée ainsi, tandis que nous sommes toujours en train de préparer notre personnel et les matériels pour la distribution ou de réaliser la formation des éducateurs, le projet prend fin.
- Le financement est souvent incertain.
- De nombreux informateurs ont mentionné le manque de coordination parmi les donateurs finançant la prévention et le traitement du VIH.
- Soutoura and ARCAD-SIDA ont émis des inquiétudes sur le fait que la population générale n'accepte pas ou ne comprenne pas que les travailleurs du sexe ou les HSH aient besoin de services médicaux et sociaux. Beaucoup de gens considèrent que de telles offres de service signifient une acceptation des activités menées par ces groupes.

- Les projets d'assistance sont souvent de courte durée, alors que le changement comportemental se réalise très lentement.
- Plusieurs représentants d'ONG ont souligné que les ONG ne collaboraient pas suffisamment entre elles ou ne partageaient pas suffisamment les informations concernant leurs activités.

Les informateurs ont également été sollicités sur des suggestions pour améliorer les projets financés par l'USAID. Voici quelques-unes des recommandations formulées:

- Les programmes de prévention du VIH ne devraient pas se focaliser sur le VIH/SIDA mais plutôt sur les relations sexuelles.
- Les efforts de prévention du VIH devraient cibler les jeunes et leurs relations sexuelles.
- L'USAID devrait être beaucoup plus souple quand il s'agit des mécanismes de financement; sur cet aspect ils devraient être davantage comme l'UNICEF ou les autres agences des Nations Unies.
- Etendre la longueur des projets à plus de 5 ans parce que le changement de comportement se réalise très lentement.
- Soutenir le CDC ou d'autres entités afin qu'ils puissent fournir l'assistance technique nécessaire pour la réalisation d'autres ISBS et la diffusion des résultats.
- Etendre la portée et l'atteinte des services de prévention de la transmission mère-fille.
- Les donateurs doivent maintenant apprendre et suivre les priorités et principes du Ministère de la Santé, comme indiqué dans son dernier Plan Stratégique pour les activités VIH/SIDA ; les donateurs doivent mettre de côté leurs propres programmes qu'ils souhaiteraient mettre en œuvre.
- Fournir une source stable de financement pour une série de programmes afin d'introduire la stabilité du financement et permettre la planification à long terme.

Les défis et les suggestions pour les programmes futurs issus des entrevues des informateurs clés se concentrent sur la courte durée de nombreux contrats d'interventions, le caractère limité des fonds disponibles et la nécessité de réviser les populations cibles à risque. Les représentants des petites ONG sont les plus concernés par les projets à court terme avec des fonds limités, mais beaucoup ont noté que les changements de comportement se produisent lentement, tandis que les projets sont limités dans le temps. Les représentants du gouvernement (HCNLS et CSLS) ont parlé de l'importance d'aligner la stratégie de l'USAID avec celle du Ministère de la Santé, et de l'importance que l'USAID fournisse une assistance technique pour faciliter la collecte de données fiables sur la prévalence du VIH et la réalisation d'analyses pertinentes afin de permettre au gouvernement de surveiller la situation.

Question d'Évaluation:

Quelles ressources (fonds, compétences et matériels) étaient mises à la disposition des ONG en place?

Dans cette section, nous résumons les ressources financières de l'USAID mises à la disposition des ONG exécutives; les informations sur les ressources non monétaires ne sont pas disponibles. Le tableau 5 montre le niveau de l'effort de financement pour les exercices 2002 à 2010 pour les groupes ou organisations ayant reçu le plus de fonds.

L'examen de documents a montré que l'appui de l'USAID s'exerçait au sein d'un ensemble assez complexe de relations impliquant GP/SP, PSI, CARE, de nombreuses ONG locales et des entités gouvernementales. La complexité du mécanisme de financement rend difficile la mise en place d'un système permettant de surveiller et d'évaluer les responsabilités. Un certain nombre de personnes impliquées dans la planification et la direction des activités de prévention dans les petites ONG a

abondamment parlé des problèmes relatifs aux projets courts et à financement incertain. Comme plusieurs l'ont souligné, les capacités des petites ONG à gérer des fonds, du personnel et la mise en œuvre des programmes varient énormément.

Tableau 5: Soutien financier de l'USAID pour le VIH/SIDA au Mali 2002-2010 (en U.S. dollars)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CDC	1,383,411	1,000,000	500,000	800,000	1,261,834	1,681,122	500,000	500,000	500,000
PSI	811,739	1,675,279	1,721,764	1,522,508	797,526	652,825	200,590	550,050	609,527
MOH	192,550	169,250	200,000	147,534	237,300	48,055	231,000	NL*	NL*
Futures	300,000	350,000	390,000	250,000	450,000	350,000	400,000	400,000	505,000
CARE	NL*	200,000	NL*	NL*	NL*	NL*	781,000	904,962	891,465
ARCAD-SIDA	NL*	NL*	NL*	NL*	NL*	47,111	NL*	203,300	NL*

*Non listé

Le total des fonds alloués étaient d'approximativement USD \$3,000,000 en 2002, 2008, 2009 et 2010, et 4,000,000 en 2003, 2004, 2005, 2006 et 2007.

4. Évolution des résultats 2000–2009

Cette partie de l'évaluation traite de la seconde question de recherche, “Quels sont les changements dans les connaissances et les comportements relatifs au VIH, ainsi que dans la prévalence du VIH et des IST (résultats), apparus entre 2000 et 2009 au sein de groupes de populations maliennes présentant des risques moyens (camionneurs, rabatteurs pour transports, vendeuses ambulantes et filles domestiques)?”, et les sous-questions:

- Dans quelle mesure les connaissances en matière de prévention du VIH ont-elles changé au sein de ces populations?
- Dans quelle mesure l'utilisation régulière du préservatif a-t-elle changé dans les cas de différents types de partenaire ?
- Dans quelle mesure la prévalence du VIH et des IST a-t-elle changé parmi ces groupes?
- Les tendances observées dans les résultats restent-elles après contrôle des facteurs démographiques ou autres variables parasites ?

Les réponses à ces questions sont apportées grâce à une nouvelle analyse des quatre séries de données provenant des enquêtes ISBS. Nous commençons avec les caractéristiques démographiques des participants pour chaque année d'enquête. Les réponses aux trois premières sous-questions sont ensuite apportées et intègrent la réponse à la quatrième.

Caractéristiques démographiques

Age

Le tableau 6 présente la répartition par âge des différents groupes de risque par année d'enquête. Les filles domestiques correspondaient au groupe le plus jeune et les camionneurs au plus vieux, de plus il semble y avoir au fil du temps une légère tendance vers un âge plus avancé des participants quelques soient les groupes considérés.

Tableau 6: Distribution des âges des participants par groupe de risque et année d'enquête

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs (N)	570	660	715	880
15-24 (%)	46.5	47.3	39.9	39.8
25-34 (%)	35.1	29.4	39.7	34.8
35+ (%)	18.4	23.3	20.4	25.5
âge moyen	27.5	28.5	28.5	29.1
Rabatteurs pour Transports (N)	577	521	636	685
15-24 (%)	40.7	39.5	35.4	38.8
25-34 (%)	35.2	36.1	39.0	35.0
35+ (%)	24.1	24.4	25.6	26.1
âge moyen	29.1	29.2	29.9	29.6
Filles Domestiques (N)	499	839	598	684
15-24 (%)	95.4	90.4	85.3	92.0
25-34 (%)	4.0	8.7	13.2	7.3
35+ (%)	0.6	1.0	1.5	0.7
âge moyen	17.4	18.1	19.0	18.3
Vendeuses Ambulantes (N)	640	683	845	1,092
15-24 (%)	74.5	66.9	63.0	66.9
25-34 (%)	18.4	23.0	23.6	22.3
35+ (%)	7.0	10.1	13.5	10.8
âge moyen	21.5	22.9	23.6	23.0

Etat civil

De 2000 à 2009, près des deux tiers des hommes interrogés dans les groupes de camionneurs et des rabatteurs pour transports étaient célibataires ou jamais mariés. La proportion d'hommes ayant été mariés a augmenté au fil des enquêtes pour les camionneurs (28-40%) et plus modérément pour les rabatteurs (de 33 à 38%). Pour les deux groupes, la proportion d'hommes ayant plus qu'une épouse est comprise entre 6-8% pour toutes les années.

La grande majorité des filles domestiques (environ 80%) étaient célibataires ou jamais mariées. La proportion de filles domestiques dans l'échantillon de 2006 qui étaient mariées (25%) était légèrement plus élevée que dans les trois autres échantillons (16-18%). Entre 5-6% des filles domestiques ont indiqué qu'elles étaient mariées et avaient des co-épouses mais, en 2006, la proportion a grimpé à 11% (tableau 7). Parmi les vendeuses ambulantes, le nombre de femmes célibataires, jamais mariées, a diminué de 61 à 49 % entre 2000 et 2009, et 8-16% ont déclaré être mariées et avoir des co-épouses.

Tableau 7: Etat civil des participants par groupe de risque et année d'enquête

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs (N)	570	660	715	878
Célibataire/jamais marié (%)	70.7	63.5	62.7	58.7
Marié (%)	28.3	35.3	35.8	39.6
Divorcé/veuf (%)	1.1	1.2	1.5	1.7
Marié avec >1 épouse (%)	7.4	8.0	6.0	6.5
Rabatteurs pour Transports (N)	577	521	636	686
Célibataire/jamais marié (%)	65.0	60.8	60.5	60.9
Marié (%)	33.1	36.3	37.3	37.6
Divorcé/veuf (%)	1.9	2.9	2.2	1.5
Marié avec >1 épouse (%)	6.9	6.1	5.2	6.4
Filles Domestiques (N)	499	839	598	684
Célibataire/jamais mariée (%)	82.4	79.4	73.6	80.6
Mariée (%)	16.2	18.2	24.8	18.1
Divorcée/veuve (%)	1.4	2.4	1.7	1.3
Mariée avec une ou plus co-épouses (%)	5.8	5.0	11.4	6.0
Vendeuses Ambulantes (N)	640	683	845	1,092
Célibataire/jamais mariée (%)	61.3	52.9	50.2	48.7
Mariée (%)	31.3	36.9	42.1	43.8
Divorcée/veuve (%)	7.5	10.3	7.7	7.5
Mariée avec une ou plus co-épouses (%)	8.1	14.6	15.7	13.9

Age du premier mariage

Parmi les participants ayant été mariés, l'âge moyen au premier mariage était assez constant dans le temps pour tous les groupes. Les hommes se sont mariés en moyenne 10 ans plus tard que les femmes. Chez les femmes, les vendeuses ambulantes se sont mariées un peu plus tard que les filles domestiques.

Tableau 8: Age moyen au premier mariage par groupe de risque et année d'enquête

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs	N= 167 (26.2)	26.1 (n=240)	26.3 (n=261)	26.9 (n=351)
Rabatteurs pour Transports	27.1 (n=199)	26.1 (n=202)	26.6 (n=244)	26.1 (n=262)
Filles Domestiques	16.3 (n=87)	16.2 (n=171)	16.0 (n=155)	16.3 (n=129)
Vendeuses Ambulantes	16.8 (n=248)	16.9 (n=320)	16.9 (n=420)	16.8 (n=557)

Relations sexuelles avec différents types de partenaires

Le tableau 9 montre pour chaque groupe et par année d'enquête la proportion de participants ayant déclaré avoir eu des relations sexuelles avec différents types de partenaires. La proportion des camionneurs ayant déclaré des relations sexuelles avec une prostituée a chuté de 24 à 14% entre 2003 et 2006, alors que cette proportion chez les rabatteurs pour transports a très peu changé au cours du temps. La proportion de filles domestiques et de vendeuses ayant déclaré des rapports sexuels avec des amis et des partenaires occasionnels a peu changé au cours du temps.

Tableau 9: Proportion de participants ayant eu des relations sexuelles par type de partenaires

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs				
Marié (relations sexuelles avec sa femme)	28.3	35.3	35.8	39.6
A une petite copine (relations sexuelles avec une petite copine)	44.9	40.5	38.0	41.4
A eu une relation sexuelle avec une partenaire occasionnelle au cours des derniers 6 mois	24.7	17.4	18.5	22.9
A eu une relation sexuelle avec une prostituée au cours des derniers 6 mois ¹	23.6	13.6	13.7	18.0
Rabatteurs pour Transports				
Marié (relations sexuelles avec sa femme)	33.1	36.3	37.3	37.6
A une petite copine (relations sexuelles avec une petite copine)	44.5	41.1	40.4	42.9
A eu une relation sexuelle avec une partenaire occasionnelle au cours des derniers 6 mois	24.7	25.3	23.7	26.1
A eu une relation sexuelle avec une prostituée au cours des derniers 6 mois ¹	24.4	20.6	18.1	21.4
Filles Domestiques				
Marié (relations sexuelles avec son époux)	16.2	18.2	24.8	18.1
A un petit ami (relations sexuelles avec un petit ami)	15.0	18.4	15.7	18.6
A eu une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel au cours des derniers 6 mois (parmi celles ayant déjà eu une relation sexuelle)	6.1	8.0	4.9	8.2
Vendeuses Ambulantes				
Marié (relations sexuelles avec son époux)	31.3	36.9	42.1	43.8
A un petit ami (relations sexuelles avec un petit ami)	33.3	35.4	29.5	26.1
A eu une relation sexuelle avec un partenaire occasionnel au cours des derniers 6 mois (parmi celles ayant déjà eu une relation sexuelle)	8.2	7.4	7.1	5.3

¹ Inclus participants ayant répondu avoir eu une relation sexuelle avec une prostituée au cours des derniers 30 jours ou derniers 6 mois.

Nationalité

Quelques soient les années d'enquête ou les groupes interrogés, la majorité des participants étaient de nationalité malienne. Chez les rabatteurs pour transports, les filles domestiques et les vendeuses ambulantes, plus de 95% des participants étaient du Mali. Il était plus fréquent pour les camionneurs d'être étrangers, bien que la proportion des camionneurs étrangers ait sensiblement diminuée entre 2000 (24%) et 2009 (9%). En dehors du Mali, les plus fortes représentations chez les camionneurs venaient du Sénégal, de Côte d'Ivoire, du Burkina Faso et du Ghana (tableau 10).

Tableau 10: Nationalité des participants par groupe de risque et année d'enquête

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs (N)	570	634	695	877
Mali (%)	76.1	79.0	90.5	91.0
Côte d'Ivoire (%)	4.7	4.4	3.5	2.9
Burkina Faso (%)	4.4	2.2	3.9	1.7
Ghana (%)	2.8	3.9	0.7	0.2
Nigeria (%)	0.5	0.2	0.0	0.2
Sénégal (%)	9.1	10.3	1.4	0.3
Autre (%)	2.3	0.0	0.0	3.7
Rabatteurs pour Transports (N)	577	519	618	684
Mali (%)	96.4	97.9	95.6	93.6
Côte d'Ivoire (%)	1.9	0.0	2.4	3.5
Burkina Faso (%)	1.0	1.5	1.9	1.6
Ghana (%)	0.7	0.0	0.0	0.2
Nigeria (%)	0.0	0.2	0.0	0.0
Sénégal (%)	0.0	0.4	0.0	0.0
Autre (%)	0.0	0.0	0.0	1.2
Filles Domestiques (N)	499	839	598	684
Mali (%)	99.4	99.8	98.8	98.7
Côte d'Ivoire (%)	0	0	0	0.4
Burkina Faso (%)	0.6	0.2	1.2	0.9
Vendeuses Ambulantes (N)	640	678	837	1091
Mali (%)	98.4	98.4	97.9	96.7
Côte d'Ivoire (%)	0.6	0.6	0.8	1.4
Burkina Faso (%)	0.5	0.9	0.8	0.9
Ghana (%)	0.3	0.0	0.0	0.1
Nigeria (%)	0.0	0.0	0.0	0.1
Sénégal (%)	0.2	0.2	0.5	0.1
Autre (%)	0.0	0.0	0.0	0.7

Migration

Il a été demandé aux participants s'ils avaient pour habitude de réaliser des migrations, par exemple pour des travaux agricoles ou pour visiter des parents. Des migrations ont été signalées le plus souvent par les filles domestiques et le moins fréquemment par les camionneurs. La proportion de participants rapportant des migrations varie au fil des ans sans motif clair quelque soit le groupe considéré (tableau 11).

Tableau 11: Proportion de participants rapportant des migrations régulières par groupe de risque et année d'enquête

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs	37.4 (n=570)	18.6 (n=660)	30.1 (n=715)	33.9 (n=881)
Rabatteurs pour Transports	50.8 (n=577)	32.6 (n=521)	46.4 (n=636)	36.6 (n=686)
Filles Domestiques	44.5 (n=499)	49.1 (n=839)	52.5 (n=598)	53.2 (n=684)
Vendeuses Ambulantes	31.1 (n=640)	38.2 (n=683)	34.6 (n=845)	41.5 (n=1091)

Scolarité

Tous les groupes ont connu des augmentations dans la proportion de personnes ayant fréquenté l'école (tableau 12). Environ la moitié des hommes interrogés avaient quelques années de scolarité, et le pourcentage de ceux ayant fréquenté l'école a augmenté de 2000 à 2009 chez les camionneurs (46-59%) et chez les rabatteurs pour transports (de 49 à 56%). Pour les deux groupes, le nombre moyen d'années d'études pour ceux en ayant bénéficié était de près de six ans. Les filles domestiques ont le plus bas niveau de scolarité, la proportion de celles en ayant bénéficié allant de 8% en 2000 à 22% en 2009. Parmi celles qui ont fréquenté l'école, le nombre moyen d'années est toujours inférieur à quatre. La proportion de vendeuses ambulantes ayant connu un peu de scolarisation a augmenté de 27 à 38% entre 2000 et 2009, avec des gains modestes dans la durée moyenne de scolarisation de 5,2 à 5,6 ans. Parmi ces échantillons de population, les hommes ont eu beaucoup plus d'éducation que les femmes.

Tableau 12: Proportion de participants ayant été scolarisés et nombre moyen d'années de scolarité par groupe de risque et année d'enquête

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs (N)	570	660	714	879
Un peu de scolarité (%)	45.8	46.1	54.3	59.3
Parmi ceux avec un peu de scolarité, nombre d'années (moyenne)	5.8	5.8	6.1	5.9
Rabatteurs pour Transports (N)	577	521	635	684
Un peu de scolarité (%)	49.4	45.7	51.4	55.7
Parmi ceux avec un peu de scolarité, nombre d'années (moyenne)	6.0	5.5	6.0	6.3
Filles Domestiques (N)	499	839	598	684
Un peu de scolarité (%)	7.8	10.5	16.4	22.0
Parmi celles avec un peu de scolarité, nombre d'années (moyenne)	3.8	3.6	3.6	3.8
Vendeuses Ambulantes (N)	640	683	845	1092
Un peu de scolarité (%)	26.9	27.5	32.5	38.0
Parmi celles avec un peu de scolarité, nombre d'années (moyenne)	5.2	5.3	5.2	5.6

Revenus

Entre 2000 et 2009, les revenus mensuels moyens ou les salaires des camionneurs et des rabatteurs pour transports ont fluctué aux environs de 40 000 CFA. Les revenus mensuels moyens des femmes interrogées étaient inférieurs à ceux des hommes. Les vendeuses ambulantes ont gagné environ moitié moins que les camionneurs masculins et les rabatteurs pour transports. Alors qu'elles ont vu une augmentation de leur revenu moyen en 2003, cela a de nouveau baissé en 2009. Le revenu moyen des filles domestiques était considérablement plus faible que les autres groupes, mais a vu une augmentation

entre 2000 et 2009 les faisant passer d'environ 5000 à 8000 CFA par mois (tableau 13). Considérant l'inflation¹⁸, aucun des groupes n'a connu d'augmentation importante des revenus entre 2000 et 2009.

Tableau 13: Revenus mensuels moyens des participants par groupe de risque et année d'enquête

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs	33,983 (n=517)	40,558 (n=321)	36,372 (n=554)	44,712 (n=793)
Rabatteurs pour Transports	46,956 (n=529)	37,284 (n=252)	31,328 (n=486)	41,360 (n=609)
Filles Domestiques	4,920 (n=488)	5,141 (n=833)	5,948 (n=591)	7,947 (n=680)
Vendeuses Ambulantes	15,424 (n=357)	30,408 (n=562)	27,908 (n=549)	23,855 (n=950)

¹⁸ Selon le CIA Factbook de 2010, le taux annuel moyen d'inflation (indice des prix à la consommation) de 2000 à 2009 a été d'environ 3%.

Évolution des résultats

Question d'Évaluation:

Dans quelle mesure les connaissances en matière de prévention du VIH ont-elles changé au sein de ces populations?

Les tendances observées dans les résultats restent-elles après contrôle des facteurs démographiques ou autres variables parasites ?

Cette section vise à répondre à cette sous-question d'évaluation, montrer les tendances dans les connaissances de chaque groupe au cours du temps, et résumer les résultats de l'analyse de régression permettant de déterminer si ces tendances restent quand mises en relation avec les caractéristiques démographiques et autres facteurs pouvant influencer sur les résultats de l'évaluation. L'évaluation se base sur les réponses aux questions concernant deux domaines:

- Sensibilisation au VIH
- Méthodes de prévention du VIH

Les tableaux ne montrent les tendances que de 2003 à 2009 parce que la plupart des questions concernant les connaissances n'ont pas été posées en 2000. La connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'a quant à elle été demandé aux femmes qu'en 2000 et 2009.

Sensibilisation au VIH

Dans les trois enquêtes où la question a été posée, la connaissance que le VIH existe est toujours proche de 100% pour tous les groupes (tableau 14).

Tableau 14: Pourcentage de participants ayant déjà entendu parler du VIH

	2003	2006	2009
Camionneurs	99.7% (n=660)	100.0% (n= 715)	100.0% (n=874)
Rabatteurs pour Transports	100.0% (n=521)	99.8% (n=635)	99.4% (n=685)
Filles Domestiques	98.6% (n= 839)	98.7% (n=598)	99.1% (n=684)
Vendeuses Ambulantes	100.0% (n= 683)	99.8% (n=845)	99.7% (n=1089)

Méthodes de prévention du VIH

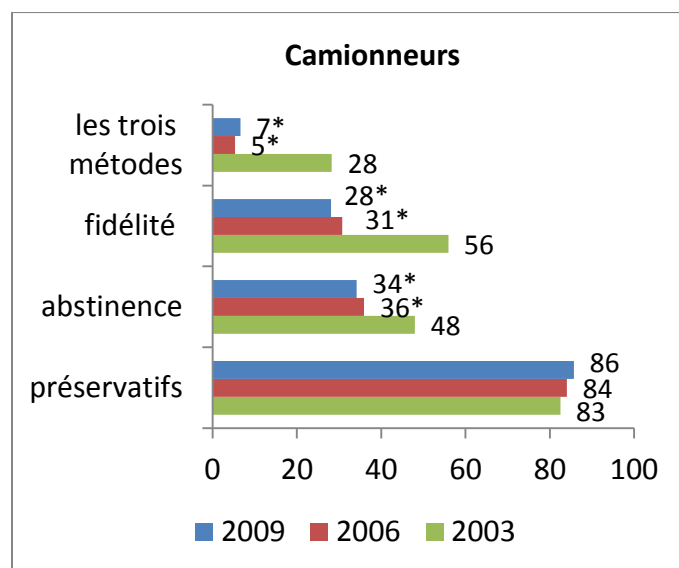
Il a été demandé aux participants de nommer spontanément des moyens de prévenir l'infection au VIH. Nous examinons les pourcentages de réponses concernant l'utilisation du préservatif, l'abstinence et la fidélité, ainsi que la proportion de ceux citant les trois méthodes.

Au sein de tous les groupes, les participants étaient plus susceptibles de nommer le préservatif comme étant une méthode efficace pour la prévention du VIH. L'abstinence et la fidélité ont été moins fréquemment citées comme mesures de prévention dans tous les groupes (figures 2-5). Les femmes, et filles domestiques en particulier, présentent des niveaux inférieurs de connaissance globale par rapport aux participants de sexe masculin. Une exception notable concerne les vendeuses ambulantes qui sont le groupe le plus susceptibles de mentionner la fidélité comme une stratégie de prévention efficace.

Parmi les camionneurs et les rabatteurs pour transports, la proportion ayant cité le préservatif comme étant une méthode de prévention de l'infection au VIH a légèrement augmenté entre 2003 et 2009 (de 83 à 86% et de 88 à 89%, respectivement), bien que ce changement ne soit pas statistiquement significatif

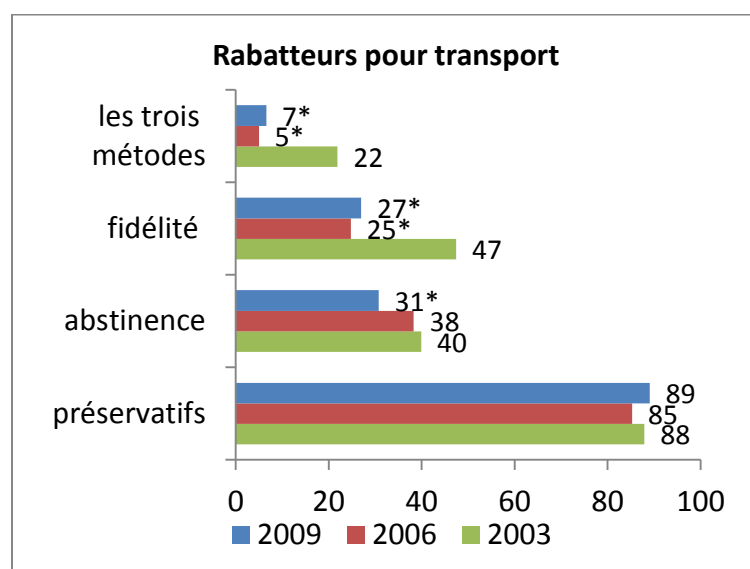
pour les deux groupes (figures 2 et 3). D'autre part, pour les camionneurs et les rabatteurs, le pourcentage de ceux ayant nommé l'abstinence et la fidélité comme mesures préventives a diminué de façon significative après 2003. La conscience que la fidélité est une mesure de prévention efficace a montré la plus forte baisse, passant de 56% à 28% chez les camionneurs et de 47% à 27% chez les rabatteurs pour transports entre 2003 et 2009. La proportion des camionneurs et rabatteurs pouvant nommer les trois mesures de prévention (ABC) a été significativement plus faible en 2006 et 2009 qu'en 2003.

Figure 2: Proportion des camionneurs mentionnant les différentes méthodes de prévention du VIH



*Lorsque comparée avec 2003, la p value ≤ 0.05 .

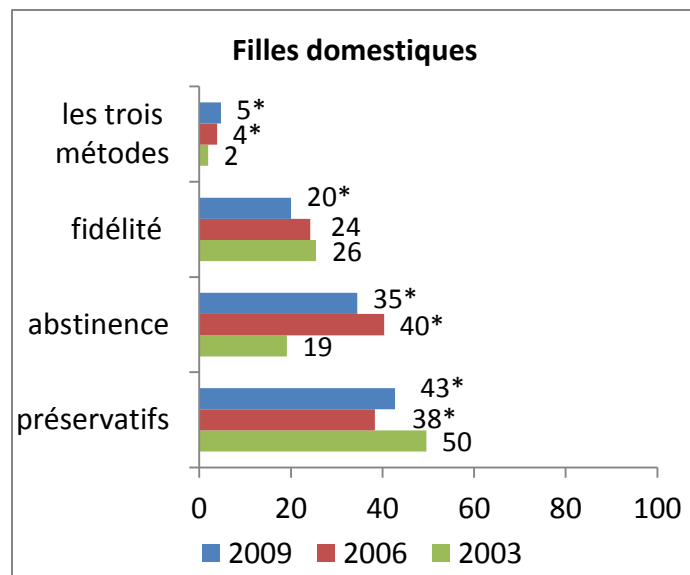
Figure 3: Proportion des rabatteurs pour transports mentionnant les différentes méthodes de prévention du VIH



* Lorsque comparée avec 2003, la p value ≤ 0.05 .

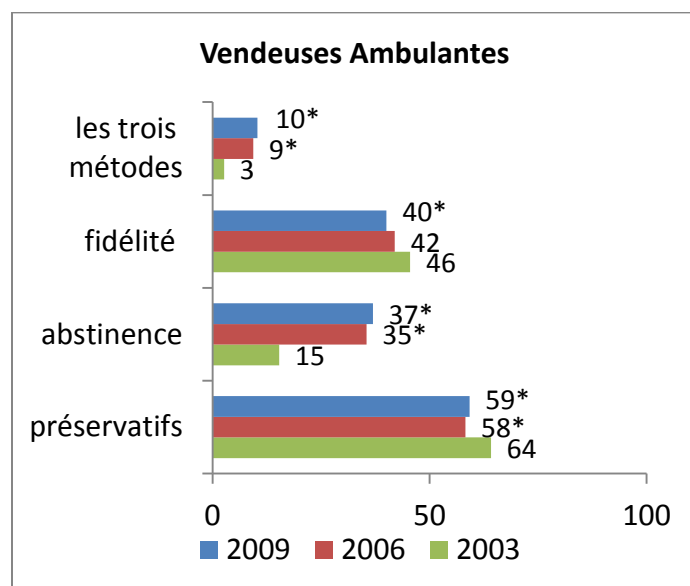
Parmi les filles domestiques et les vendeuses ambulantes, seule la connaissance de l'abstinence a augmenté de manière significative entre 2003 et 2009 (de 19 à 35% et de 15 à 37%, respectivement), alors que la proportion de celles ayant cité le préservatif et la fidélité comme des méthodes de prévention efficaces a montré de petites mais significatives baisses pendant ce temps (figures 4 et 5). Tout en restant très faible, la proportion de celles citant les trois méthodes de prévention a augmenté de manière significative au fil du temps (de 2% à 5% chez les filles domestiques et de 3% à 10% chez les vendeuses ambulantes).

Figure 4: Proportion des filles domestiques mentionnant les différentes méthodes de prévention du VIH



* Lorsque comparée avec 2003, la p value ≤ 0.05 .

Figure 5: Proportion des vendeuses ambulantes mentionnant les différentes méthodes de prévention du VIH



* Lorsque comparée avec 2003, la p value < 0.05 .

En 2000 et 2009, il a été demandé aux femmes si le VIH pouvait être transmis de la mère à l'enfant (TME). Chez les filles domestiques comme chez les vendeuses ambulantes, la connaissance de la TME a considérablement diminué de 2000 à 2009 (tableau 15). La connaissance de la TME est plus élevée chez les vendeuses ambulantes que chez les filles domestiques.

Tableau 15: Proportion de femmes ayant entendu parler de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

	2000	2003	2006	2009
Filles Domestiques	82.4 (n=324)	n/a	n/a	72.4* (n=528)
Vendeuses Ambulantes	86.0 (n=480)	n/a	n/a	80.1* (n=920)

* Lorsque comparée avec 2000, la p value ≤ 0.05 .

Les tendances en matière de connaissance décrites ci-dessus restent après contrôle avec les caractéristiques démographiques et personnelles, à savoir l'âge, l'éducation, la nationalité, le salaire, la région et si le participant effectue des migrations régulières (tableau 16). Les résultats obtenus confirment que, chez les hommes, la connaissance de l'utilisation du préservatif comme une mesure préventive efficace est statistiquement inchangée au fil du temps, alors que les chances de citer l'abstinence ou la fidélité comme des méthodes de prévention du VIH diminuent significativement après 2003. La connaissance de chacune des trois méthodes par un même participant a également diminué statistiquement au cours du temps; le rapport de cote consistant à connaître les trois mesures préventives est, en 2009 par rapport à 2003 et après ajustement avec les autres facteurs, de 0,11 pour les camionneurs et de 0,17 pour les rabatteurs.

Après contrôle des facteurs démographiques et personnels, la connaissance de chacune des trois méthodes par un même participant est deux fois plus élevée chez les filles domestiques et près de cinq fois plus élevée chez les vendeuses ambulantes en 2009 comparé à 2003. Lorsque pris séparément, seule la connaissance de l'abstinence augmente avec le temps, avec des rapports de cotes de 2.11 en 2009 par rapport à 2003 pour les filles domestiques et de 3,28 chez les vendeuses. La connaissance que les préservatifs et la fidélité aide à prévenir du VIH diminue de manière significative. En 2009, les filles domestiques comme les vendeuses ambulantes étaient, comparé à 2000, significativement moins susceptibles de savoir que le VIH pouvait être transmis de la mère à l'enfant (rapport de cote de 0,54 et 0,47, respectivement).

Tableau 16: Rapports de cote ajustés¹ pour la connaissance des méthodes de prévention du VIH

Hommes		Camionneurs (N=1,631)		Rabatteurs (N=1,305)	
Méthode de prévention VIH	Année	Rapport de Cote	Niveau de Confiance à 95%	Rapport de Cote	Niveau de Confiance à 95%
Préservatifs	2003(ref)				
	2006	1.16	0.77–1.74	0.71	0.42–1.18
	2009	1.39	0.94–2.05	0.88	0.53–1.48
Abstinence	2003(ref)				
	2006	0.39*	0.29–0.52	0.82	0.59–1.13
	2009	0.35*	0.26–0.46	0.56*	0.41–0.77
Etre fidèle	2003(ref)				
	2006	0.27*	0.20–0.37	0.35*	0.25–0.50
	2009	0.24*	0.17–0.32	0.34*	0.24–0.47
Tous les trois (ABC)	2003(ref)				
	2006	0.09*	0.06–0.15	0.19*	0.11–0.32
	2009	0.11*	0.08–0.17	0.17*	0.11–0.27
Femmes		Filles Domestiques (N=2,079)		Vendeuses (N=2,056)	
Méthode de prévention VIH	Année	Rapport de Cote	Niveau de Confiance à 95%	Rapport de Cote	Niveau de Confiance à 95%
Préservatifs	2003(ref)				
	2006	0.54*	0.43–0.68	0.71*	0.55–0.92
	2009	0.64*	0.51–0.79	0.68*	0.54–0.86
Abstinence	2003(ref)				
	2006	2.68*	2.09–3.43	2.93*	2.18–3.94
	2009	2.11*	1.65–2.70	3.28*	2.49–4.31
Etre fidèle	2003(ref)				
	2006	0.84	0.65–1.08	0.80	0.62–1.03
	2009	0.70*	0.54–0.91	0.79*	0.63–0.98
Tous les trois (ABC)	2003(ref)				
	2006	1.73	0.89–3.38	4.33*	2.32–8.08
	2009	2.36*	1.25–4.44	4.80*	2.64–8.71
Connaissance de la TME	2000 (ref)				
	2009	0.54*	0.37–0.78	0.47*	0.31–0.72

* $p \leq 0.05$ quand comparé avec l'année de référence (2003).

¹ Contrôlé avec nationalité, région, âge, scolarité, si le participant réalise des migrations régulières et salaire.

Utilisation du préservatif selon le type de partenaire

La section suivante se penche sur les questions d'évaluation concernant l'utilisation du préservatif selon le type de partenaire.

Questions d'Évaluation:

Dans quelle mesure l'utilisation régulière du préservatif a-t-elle changé dans les cas de différents types de partenaire ?

Les tendances observées dans les résultats restent-elles après contrôle des facteurs démographiques ou autres variables parasites ?

Il a été demandé aux participants s'ils avaient utilisé un préservatif avec différents types de partenaires. Les participants masculins ont été interrogés sur l'utilisation du préservatif avec leur conjoint, leurs petites amies, des partenaires occasionnelles et des prostituées, alors que les femmes ont seulement été questionnées à propos de l'utilisation du préservatif avec des petits amis et des partenaires occasionnels. Les moments de l'utilisation du préservatif varient quelque peu selon le type de partenaire. L'enquête portait sur l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec les différents types de partenaires, à l'exception des relations avec leur épouse pour qui les hommes ont été interrogés sur l'utilisation du préservatif lors de chaque rapport au cours des six derniers mois. Les tableaux 17 et 18 présentent les résultats.

En général, les hommes ont rapporté les niveaux les plus faibles d'utilisation du préservatif lors d'une relation avec une épouse (11% pour les camionneurs et les rabatteurs en 2009) et les plus hauts lors d'une relation avec une prostituée (respectivement 88% et 94% pour les camionneurs et les rabatteurs en 2009). L'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnelles est plus élevée (environ 70% pour les deux groupes) qu'avec des petites amies (respectivement 40% et 49% pour les camionneurs et les rabatteurs en 2009).

Parmi les camionneurs et les rabatteurs pour transports, l'utilisation du préservatif avec tous les types de partenaires a considérablement augmenté au fil du temps entre 2000 et 2009, mais pas toujours de façon linéaire. La seule exception notable est que les petits gains dans l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une prostituée sont restés non statistiquement significatifs pour les camionneurs.

Les plus fortes hausses entre 2000 et 2009 dans l'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnelles ont eu lieu chez les camionneurs (49-70%) et les rabatteurs pour transports (de 51 à 71%). Et même si les chiffres restent modestes, il convient de noter que l'utilisation du préservatif avec une épouse a plus que doublé pendant cette période, passant de 5% à 11% chez les camionneurs et de 4% à 10% chez les rabatteurs.

Bien que l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec une petite amie ait augmenté statistiquement au cours du temps, moins de la moitié des camionneurs et des rabatteurs rapportent ce comportement en 2009.

Chez les femmes, il n'y a pas eu d'importants changements dans l'utilisation du préservatif avec n'importe quel type de partenaire entre 2000 et 2009. Parmi les filles domestiques, l'utilisation du préservatif avec un petit copain montre une tendance à la hausse entre 2003 et 2009, même si elle ne s'avère pas statistiquement significative. Pour les vendeuses ambulantes, il y a eu une diminution significative de l'utilisation du préservatif avec un petit ami entre 2000 et 2003, mais aucune différence statistique dans l'utilisation du préservatif entre 2000 et 2006 ou 2009. Chez les filles domestiques comme chez les vendeuses ambulantes, seulement une femme sur cinq signale l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un petit ami en 2009.

L'utilisation du préservatif avec des partenaires occasionnels semble augmenter après 2000 chez les filles domestiques et reste stable à environ 12% par la suite; toutefois, le nombre de filles domestiques ayant déclaré un partenaire occasionnel, et donc ayant répondu à la question sur l'utilisation du préservatif, était trop petit pour tester les changements au cours du temps. Parmi les vendeuses ambulantes, il n'y a pas eu de changements significatifs au cours du temps dans l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire occasionnel.

Tableau 17: Utilisation du préservatif par type de partenaire chez les camionneurs et les rabatteurs pour transports

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs				
Épouse ^a	5.0 (n=161)	9.2 (n=228)	9.8 (n=256)	11.0* (n=344)
Petite amie ^b	30.6 (n=252)	45.6* (n=263)	33.5 (n=272)	39.6* (n=361)
Partenaire occasionnelle ^b	48.5 (n=136)	68.9* (n=106)	60.5* (n=129)	70.3* (n=192)
Prostituée ^b	85.4 (n=130)	82.4 (n=85)	89.5 (n=95)	88.1 (n=151)
Rabatteurs pour Transports				
Épouse ^a	3.7 (n=191)	10.6* (n=189)	11.4* (n=237)	10.8* (n=250)
Petite amie ^b	30.7 (n=254)	47.9* (n=213)	49.8* (n=255)	49.3* (n=294)
Partenaire occasionnelle ^b	51.1 (n=141)	60.9 (n=128)	69.1* (n=149)	71.7* (n=173)
Prostituée ^b	79.1 (n=139)	78.1 (n=105)	89.5* (n=114)	93.7* (n=142)

^a Utilisation du préservatif à chaque fois au cours des 6 derniers mois.

^b Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel.

* $p \leq 0.05$, lorsque comparé à la période de référence (2000).

Tableau 18: Utilisation du préservatif par type de partenaire chez les filles domestiques et les vendeuses ambulantes

	2000	2003	2006	2009
Filles Domestiques				
Petit ami ^a	11.1 (n=63)	16.4 (n=146)	16.1 (n=81)	23.3 (n=116)
Partenaire occasionnel ^b	0 (n=14)	11.1 (n=36)	11.7 ^c (n=17)	12.1 (n=33)
Vendeuses Ambulantes				
Petit ami ^a	22.1 (n=208)	12.9* (n=241)	25.9 (n=239)	22.2 (n=275)
Partenaire occasionnel ^b	30.2 (n=43)	22.7 (n=44)	31.4 (n=51)	31.9 (n=47)

^a Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un petit ami.

^b Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel au cours des 6 derniers mois.

^c Ces résultats ne sont pas fiables étant donné le très petit nombre de filles domestiques ayant connu cette situation (N).

* $p \leq 0.05$, lorsque comparé à la période de référence (2000).

Après contrôle des facteurs démographiques et comportementaux, les résultats de la régression multivariée sont similaires avec les résultats à deux variables décrits auparavant. Les tableaux 19 et 20 montrent les rapports de cote par rapport à l'année de référence 2000 de l'utilisation d'un préservatif avec différents types de partenaires au cours des différentes enquêtes ayant suivies, après ajustement avec les possibles facteurs parasites.

Parmi les camionneurs, pour tous les types de partenaires, à l'exception des prostituées, les chances d'utilisation du préservatif ont sensiblement augmenté entre 2000 et 2009 après contrôle des facteurs parasites. Les chances qu'un camionneur utilise un préservatif avec une épouse étaient 2,8 fois plus élevées en 2009 qu'en 2000, 1,84 fois plus élevées avec des petites amies et 2,85 fois plus élevées avec des partenaires occasionnelles. Les tendances ne sont pas nécessairement linéaires dans le temps, et la

probabilité d'utiliser un préservatif avec des partenaires occasionnelles ou des petites amies semblent avoir plongé et perdu toute signification en 2006, avant de remonter en 2009.

Parmi les rabatteurs pour transports, l'augmentation de l'utilisation du préservatif avec une épouse est importante pour toutes les années, mais elle n'était pas aussi élevée en 2009 qu'elle ne l'était en 2006. Pour les rabatteurs, les chances d'utilisation du préservatif avec des prostituées ont augmenté chaque année et, en 2009, elles étaient 7.43 fois plus élevées qu'en 2000. Les chances d'utiliser un préservatif avec une petite amie étaient 2,1 fois plus élevées en 2009 qu'en 2000 et 2,4 fois plus élevées avec une partenaire occasionnelle. Pour ces types de partenaires, les rapports de cote ont peu fluctué en 2003, 2006 et 2009.

Tableau 19: Rapports de cote ajustés¹ pour l'utilisation du préservatif par type de partenaire chez les camionneurs et les rabatteurs pour transport

Hommes	Camionneurs		Rabatteurs	
	Rapport de cote	Niveau de confiance à 95%	Rapport de cote	Niveau de confiance à 95%
Pendant les 6 derniers mois avec épouse	N= 682		N= 606	
2000 (ref)				
2003	1.49	0.50 – 4.43	3.51*	1.13 – 10.90
2006	2.29	0.86 – 6.09	4.01*	1.51 – 10.65
2009	2.76*	1.10 – 6.94	2.99*	1.16 – 7.73
Dernier rapport sexuel avec petite amie	N= 915		N= 815	
2000 (ref)				
2003	1.78*	1.10 – 2.87	2.14*	1.32 – 3.48
2006	1.36	0.88 – 2.10	2.08*	1.36 – 3.19
2009	1.84*	1.23 – 2.74	2.09*	1.38 – 3.18
Dernier rapport sexuel avec partenaire occasionnelle lors des 6 derniers mois	N= 523		N= 497	
2000 (ref)				
2003	3.55*	1.71 – 7.41	2.23*	1.11 – 4.47
2006	1.67	0.98 – 2.84	2.25*	1.30 – 3.89
2009	2.85*	1.72 – 4.72	2.42*	1.41 – 4.16
Dernier rapport sexuel avec une prostituée au cours des 30 derniers jours ou 6 derniers mois	N= 370		N= 368	
2000 (ref)				
2003	0.85	0.30 – 2.41	1.63	0.62 – 4.29
2006	1.51	0.56 – 4.03	2.89*	1.13 – 7.39
2009	1.83	0.74 – 4.48	7.43*	2.43 – 22.71
*p≤ 0.05.				
¹ Contrôlé avec nationalité, région, âge, état civil (dépendant du partenaire considéré dans le résultat), scolarité, si le participant réalise des migrations régulières, salaire, nombre de partenaires dans les 30 derniers jours, symptômes actuels d'IST, si le participant consomme de l'alcool, et types de partenaires simultanés.				

Chez les femmes, il n'y a pas de différences significatives dans l'utilisation du préservatif entre 2000 et 2009. Le seul changement significatif dans l'utilisation du préservatif au cours du temps chez les femmes est une baisse de l'utilisation du préservatif avec les petits amis pour les vendeuses ambulantes entre 2000 et 2003 (tableau 20). La baisse semble s'inverser en 2006, lorsque les chances d'utiliser un préservatif avec un petit ami ne sont pas différentes de celles de 2000. Trop peu de filles domestiques ont rapporté avoir des partenaires occasionnels pour être en mesure de réaliser les régressions multivariées sur l'utilisation du préservatif avec ce type de partenaires.

Tableau 20: Rapports de cote ajustés¹ pour l'utilisation du préservatif avec un petit ami ou un partenaire occasionnel chez les filles domestiques et les vendeuses ambulantes

Femmes	Filles Domestiques		Vendeuses	
	Rapport de cote	Niveau de confiance à 95%	Rapport de cote	Niveau de confiance à 95%
Dernier rapport sexuel avec un petit ami	N= 395		N= 748	
2000 (ref)				
2003	1.60	0.62 – 4.13	0.42*	0.23 – 0.77
2006	1.74	0.61 – 4.93	1.01	0.59 – 1.73
2009	2.49	0.94 – 6.59	0.87	0.52 – 1.46
Dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel			N=143	
2000 (ref)	n/a			
2003	n/a		0.45	0.13–1.60
2006	n/a		1.09	0.34–3.56
2009	n/a		0.74	0.23–2.35

* $p \leq 0.05$

¹ Contrôlé avec région, âge, état civil, scolarité, si la participante réalise des migrations régulières, salaire, nombre de partenaires lors des 30 derniers jours et symptômes actuels d'IST. Chez les femmes, il n'était pas possible de réaliser un contrôle avec les nationalités car trop peu provenaient d'un autre pays.

Prévalence du VIH

Question d'Évaluation:

Dans quelle mesure la prévalence du VIH et des IST a-t-elle changé parmi ces groupes?

La prévalence du VIH était plus faible en 2009 qu'elle ne l'était en 2000 pour tous les groupes interrogés (figure 6); toutefois, après réalisation d'une analyse de régression à deux variables, les résultats ne montrent une diminution significative de la prévalence du VIH entre 2000 et 2009 que chez les vendeuses ambulantes (tableau 21). Les taux de VIH entre 2000 et 2006 chez les rabatteurs pour transports montrent une baisse importante, mais la prévalence au sein de ce groupe augmente de nouveau en 2009 à des niveaux statistiquement non différent de l'année de référence 2000.

Figure 6: Taux de prévalence du VIH entre 2000 et 2009 au Mali pour certains groupes à risque

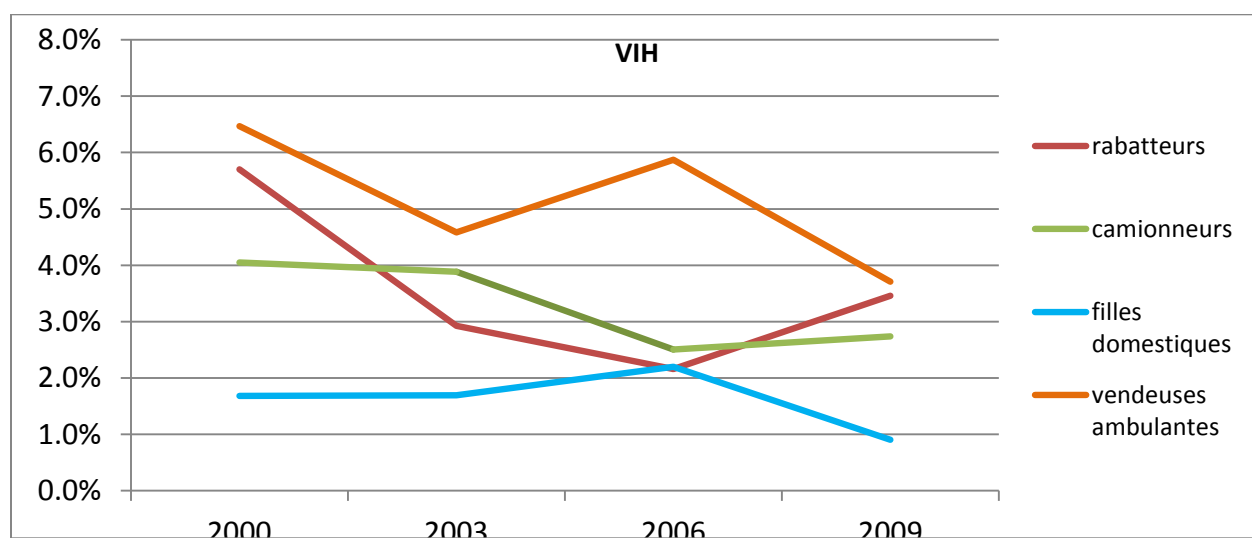


Tableau 21: Prévalence du VIH entre 2000 et 2009 au Mali pour certains groupes à risque

	2000	2003	2006	2009
Camionneurs	4.1 (n=321)	3.9 (n=489)	2.5 (n=595)	2.7 (n=731)
Rabatteurs pour Transports	5.7 (n=421)	2.9 (n=409)	2.2* (n=555)	3.5 (n=636)
Filles Domestiques	1.7 (n=477)	1.7 (n=830)	2.2 (n=591)	0.9 (n=667)
Vendeuses Ambulantes	6.5 (n=488)	4.6 (n=655)	5.9 (n=818)	3.7* (n=998)

* $p \leq 0.05$ lorsque comparé à la période de référence 2000.

Résultats multivariés

Après contrôle de la démographie et autres caractéristiques, la baisse de la prévalence du VIH chez les

Question d'Évaluation:

Les tendances observées dans les résultats restent-elles après contrôle des facteurs démographiques ou autres variables parasites ?

camionneurs est devenue significative. Le rapport de cote d'un test positif pour le VIH chez les camionneurs est de 0,40 en 2009 par rapport à 2000. Pour les autres groupes, les résultats de l'analyse multivariée sont semblables à ceux des analyses bidimensionnelles. Les vendeuses ambulantes diminuent considérablement leur rapport de cote de test positif en 2009 par rapport à 2000. Les rabatteurs pour transports et filles domestiques connaissent une baisse de la prévalence du VIH, mais les résultats ne sont pas statistiquement différents.

Tableau 22: Rapports de cote ajustés¹ des tests VIH positifs lors des différentes enquêtes pour les camionneurs et les rabatteurs pour transports

Hommes	Camionneurs		Rabatteurs	
	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95%	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95%
Infection VIH	N= 1,412		N= 1,517	
2000 (ref)				
2003	0.53	0.18–1.49	0.61	0.23–1.63
2006	0.31*	0.12–0.85	0.35*	0.14–0.86
2009	0.40*	0.17–0.96	0.52	0.25–1.08

¹ Contrôlé avec âge, état civil, scolarité, nationalité, région, migration, salaire et années dans la profession.

Tableau 23: Rapports de cote ajustés¹ des tests VIH positifs lors des différentes enquêtes pour les filles domestiques et les vendeuses ambulantes

Femmes	Filles domestiques		Rabatteurs	
	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95%	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95%
Infection VIH	N= 2,540		N=2,219	
2000 (ref)				
2003	0.74	0.28–1.93	0.51*	0.27–0.97
2006	0.80	0.30–2.14	0.88	0.48–1.61
2009	0.41	0.13–1.30	0.53*	0.29–0.97

¹ Contrôlé avec âge, état civil, scolarité, région, salaire et migration.

Au fil des années, parmi les hommes interrogés, les taux d'infection au VIH sont les plus élevés à Bamako et Sikasso. L'infection au VIH ne touchait pas Gao (tableau 24). Ségou avaient des taux élevés de VIH en 2000 et 2003 parmi les rabatteurs pour transports, mais pas de cas de VIH déclarés en 2006 et 2009. Il semble probable que l'échantillon de rabatteurs pour transports de 2006 et 2009 diffèrent quelque peu de l'échantillon des deux enquêtes précédentes, car la prévalence du VIH était de 8,3% en 2003 et 0 en 2006. Au fil des années, parmi les femmes interrogées, les infections au VIH étaient les plus élevés à Bamako et Sikasso.

Tableau 24: Taux d'infection au VIH pour les hommes et les femmes par ville et année d'enquête

Homme	2000	2003	2006	2009
Camionneurs				
Bamako % (n)	6.5 (n=93)	8.8 (n=91)	3.4 (n=177)	4.9 (n=224)
Sikasso % (n)	6.8 (n=88)	5.0 (n=121)	1.7 (n=60)	5.8 (n=86)
Segou % (n)	0.0 (n=65)	2.4 (n=41)	3.0 (n=100)	0.8 (n=127)
Mopti % (n)	1.3 (n=75)	4.3 (n=46)	3.3 (n=30)	0.0 (n=40)
Kayes % (n)	n/a (n=n/a)	1.5 (n=65)	2.7 (n=110)	0.9 (n=110)
Gao % (n)	n/a (n=n/a)	0.0 (n=79)	0.0 (n=76)	0.0 (n=87)
Koutiala % (n)	n/a (n=n/a)	2.2 (n=46)	2.4 (n=42)	3.5 (n=57)
Total % (n)	4.0 (n=321)	3.9 (n=489)	2.5 (n=595)	2.7 (n=731)
Rabatteurs pour Transports				
Bamako % (n)	6.3 (n=127)	2.7 (n=74)	2.5 (n=157)	4.1 (n=197)
Sikasso % (n)	7.2 (n=97)	5.0 (n=80)	1.4 (n=70)	8.1 (n=86)
Segou % (n)	6.5 (n=108)	8.3 (n=24)	0.0 (n=32)	0.0 (n=54)
Mopti % (n)	2.2 (n=89)	3.3 (n=92)	1.9 (n=103)	1.3 (n=77)
Kayes % (n)	n/a (n=n/a)	0.0 (n=28)	3.7 (n=54)	3.3 (n=30)
Gao % (n)	n/a (n=n/a)	1.2 (n=81)	1.0 (n=98)	2.6 (n=153)
Koutiala % (n)	n/a (n=n/a)	0.0 (n=30)	4.9 (n=41)	2.6 (n=39)
Total % (n)	5.7 (n=421)	2.9 (n=409)	2.2 (n=555)	3.5 (n=636)
Filles Domestiques				
Bamako % (n)	0.76 (n=132)	0.56 (n=179)	3.25 (n=246)	0.0 (n=280)
Sikasso % (n)	1.79 (n=112)	1.18 (n=169)	0.0 (n=84)	2.11 (95)
Segou % (n)	3.45 (n=116)	4.2 (n=143)	1.39 (n=72)	1.2 (83)
Mopti % (n)	0.85 (n=117)	1.1 (n=91)	0.0 (n=61)	0.0 (64)
Kayes % (n)	n/a (n=n/a)	1.03 (n=97)	7.84 (n=51)	1.75 (n=57)
Gao % (n)	n/a (n=n/a)	1.47 (n=68)	0.0 (n=32)	0.0 (37)
Koutiala % (n)	n/a (n=n/a)	2.41 (n=83)	0.0 (45)	3.92 (n=51)
Total % (n)	1.69 (n=477)	1.69 (n=830)	2.2 (n=591)	0.9 (n=667)
Vendeuses Ambulantes				
Bamako % (n)	13.16 (n=114)	4.97 (n=181)	6.5 (n=246)	5.4 (n=278)
Sikasso % (n)	3.7 (n=108)	5.05 (n=99)	10.47 (n=86)	5.36 (112)
Segou % (n)	4.5 (n=111)	5.66 (n=106)	5.71 (n=140)	2.33 (n=172)
Mopti % (n)	4.32 (n=115)	5.19 (n=77)	5.13 (n=78)	2.13 (n=94)
Kayes % (n)	n/a (n=n/a)	4.92 (n=61)	2.88 (n=104)	2.08 (n=144)
Gao % (n)	n/a (n=n/a)	1.96 (n=51)	5.38 (n=93)	5.45 (n=110)
Koutiala % (n)	n/a (n=n/a)	2.5 (n=80)	4.23 (n=71)	1.14 (n=88)
Total % (n)	6.47 (n=448)	4.58 (n=655)	5.87 (n=818)	3.71 (n=998)

Chlamydia et gonorrhée

Les résultats des tests pour la chlamydia et la gonorrhée sont disponibles pour 2003, 2006 et 2009. Pendant cette période, la prévalence à la Chlamydia chez les camionneurs a augmenté significativement de 3 à 7,1%, mais aucun changement significatif ne s'est produit pour les rabatteurs pour transports (4-4.4%) ou les filles domestiques (3.2 -5,2%) (figure 7 et tableau 25). La chlamydia chez les vendeuses ambulantes a diminué de manière significative en 2006 (4%); toutefois, en 2009, la prévalence a augmenté de nouveau (6,3%) à des niveaux non significativement différents comparé à 2003 (7%).

Pour la gonorrhée (figure 8 et tableau 25), les niveaux étaient faibles dans tous les groupes, généralement inférieure à 2%. Les vendeuses ambulantes ont connu une augmentation significative de la prévalence de 0,7% en 2000 à 2,3% en 2009; tandis que les rabatteurs pour transports ont connu une baisse importante de 4,7% à 0,9%. Les filles domestiques et les camionneurs n'ont pas connu d'importants changements dans la prévalence de la gonorrhée entre 2003 (respectivement 1% à 1,4%) et 2009 (respectivement 0,6% à 1,7%).

Figure 7: Taux de prévalence de la chlamydia entre 2003 et 2009 au Mali pour les groupes à risque sélectionnés

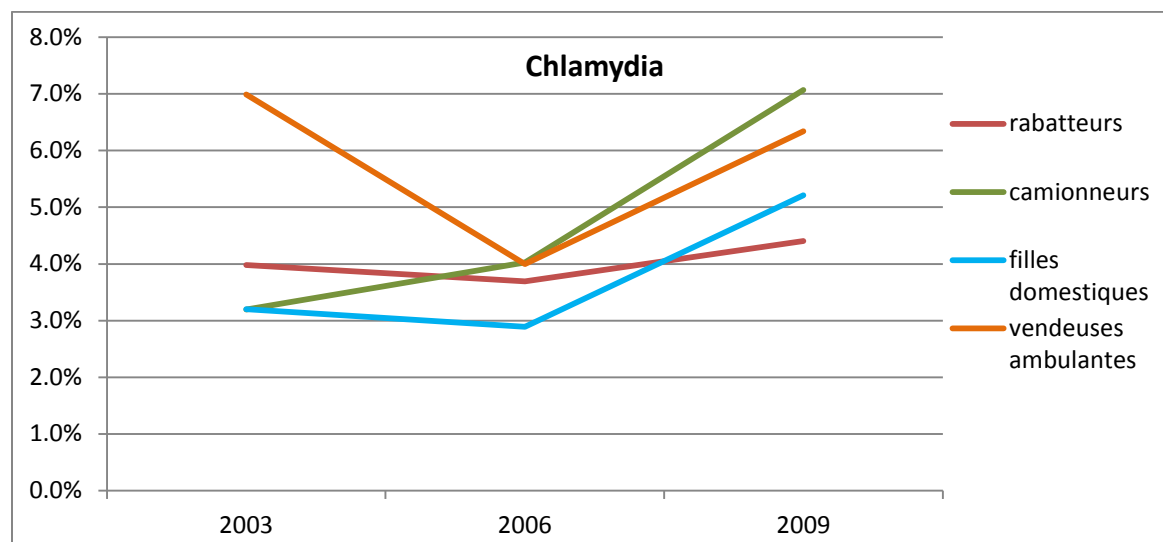


Figure 8: Taux de prévalence de la gonorrhée entre 2003 et 2009 au Mali pour les groupes à risque sélectionnés

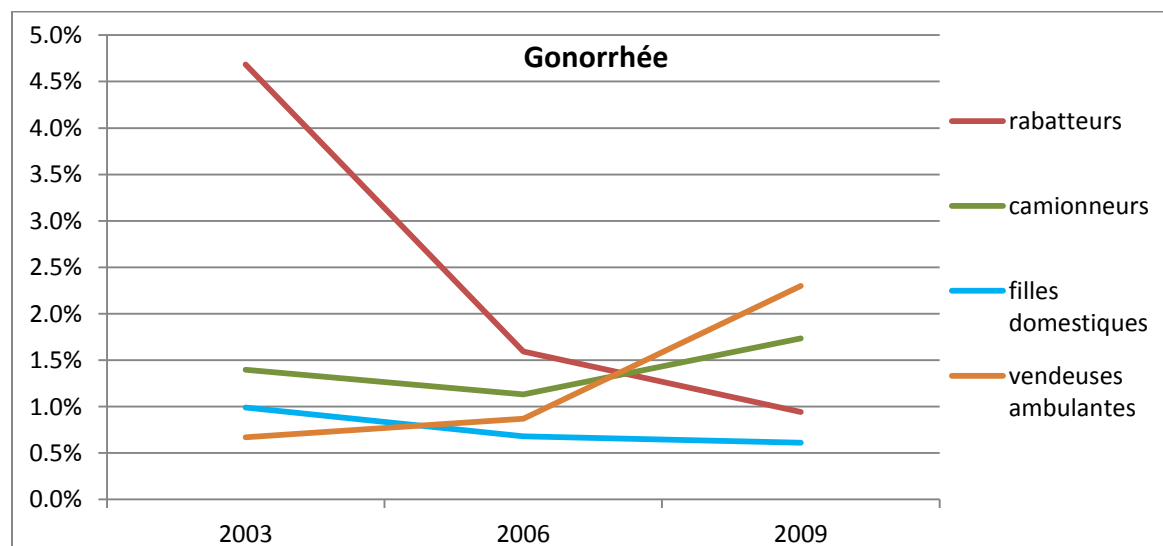


Tableau 25: Prévalence des IST au Mali pour les groupes à risque sélectionnés

	2003	2006	2009
Camionneurs			
CT (% positif)	3.0 (n= 500)	4.1 (n=616)	7.1* (n=750)
GC (% positif)	1.4 (n=500)	1.1 (n=613)	1.7 (n=749)
Rabatteurs pour Transports			
CT (% positif)	4.0 (n=426)	3.7 (n=539)	4.4 (n=636)
GC (% positif)	4.7 (n=426)	1.6* (n=499)	0.9* (n=636)
Filles Domestiques			
CT (% positif)	3.2 (n=812)	2.9 (n=588)	5.2 (n=652)
GC (% positif)	1.0 (n=812)	0.7 (n=588)	0.6 (n=651)
Vendeuses Ambulantes			
CT (% positif)	7.0 (n=601)	4.0* (n=801)	6.3 (n=915)
GC (% positif)	0.7 (n=601)	0.9 (n=801)	2.3* (n=915)

* $p \leq 0.05$ lorsque comparé à la période de référence 2003.

Les résultats de la régression multivariée sont généralement semblables à ceux de l'analyse à deux variables.

Seuls les camionneurs montrent des différences significatives dans les probabilités de tests positifs pour la chlamydia entre 2003 et 2009, avec des occurrences 3,65 fois plus élevées en 2009 qu'en 2003 après contrôle par les caractéristiques démographiques et personnelles (tableaux 26 et 27).

Pour la gonorrhée, la réduction de la prévalence au cours du temps reste significative pour les rabatteurs pour transports, avec un rapport de cote de résultats positifs de 0,14 en 2009 par rapport à 2003. Aucun autre groupe de risque ne montre de différences statistiques pour la gonorrhée au fil du temps.

Tableau 26: Rapports de cote ajustés¹ des tests positifs au VIH et autres IST par enquêtes pour les camionneurs et les rabatteurs pour transports

Hommes	Camionneurs		Rabatteurs	
	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95%	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95%
Infection à la Chlamydia	N=1,316		N=1,124	
2003 (ref)				
2006	2.12	0.71–6.36	1.06	0.43–2.57
2009	3.65*	1.27–10.44	1.36	0.59–3.15
Infection à la Gonorrhée	N=1,167		N=849	
2003 (ref)				
2006	0.95	0.23–4.02	0.25*	0.08–0.77
2009	1.56	0.42–5.84	0.14*	0.05–0.43

¹Contrôlé avec âge, état civil, scolarité, nationalité, région, migration, salaire et années dans la profession.

Tableau 27: Rapports de cote ajustés¹ des tests positifs au VIH et autres IST par enquêtes pour les filles domestiques et les vendeuses ambulantes

Femmes	Filles Domestiques		Vendeuses Ambulantes	
	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95%	Rapport de cote	Intervalle de confiance à 95%
Infection à la Chlamydia	N=2,036		N= ,820	
2003 (ref)				
2006	0.88	0.47–1.66	0.52*	0.30–0.91
2009	1.68	0.97–2.90	0.84	0.54–1.33
Infection à la Gonorrhée	N=1,860		N=1,820	
2003 (ref)				
2006	0.62	0.18–2.15	0.64	0.14–2.88
2009	0.56	0.16–1.94	2.74	0.91–8.25

¹ Contrôlé avec âge, état civil, scolarité, région, salaire et migration

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans cette dernière partie, nous résumons les réponses apportées aux questions d'évaluation et présentons nos recommandations, dérivées des réponses aux questions d'évaluation et des suggestions des informateurs clés.

Conclusions

Question d'évaluation I:

Dans quelle mesure la stratégie et le programme menés par l'USAID entre 2000 et 2010 pour la prévention du VIH au Mali étaient-ils appropriés et pertinents ?

- Quelle était la stratégie de l'USAID pour la prévention du VIH au Mali entre 2000 et 2010?
- Quelles étaient les hypothèses et les attentes derrière la stratégie VIH (en ce qui concerne les groupes cibles, le changement social, les modes de transmission, etc.)?
- Dans quelle mesure ces stratégies et programmes étaient-ils bien adaptés aux risques d'infection au VIH rencontrés par les groupes présentant un risque moyen d'infection?
- Quelles étaient les populations ciblées ? Quelles étaient leurs relations avec les groupes à haut risque et la population générale?
- Les cibles et objectifs donnés aux ONG ont-ils été atteints par les activités du programme?
- Quels ont été les succès des programmes? Quels défis ont-ils rencontrés?
- Quelles ressources (fonds, compétences et matériels) étaient mises à la disposition des ONG en place?

Basé sur l'idée que l'épidémie était concentrée dans des groupes se livrant à des comportements à risque, la stratégie globale de l'USAID au Mali était de cibler les populations considérées à risque pour le VIH et de fournir des produits et des services destinés à aider à réduire la propagation du virus. Plusieurs hypothèses et attentes étaient derrière cette stratégie. L'une était l'accent mis sur l'importance de l'étiquetage des groupes à haut risque et à risque moyen, vu comme un moyen de comprendre comment le VIH se transmet et de cibler les interventions vers ces groupes. Cependant, il est important de ne pas négliger la population générale parce que le risque touchant un individu peut augmenter avec le comportement à risque de son ou sa partenaire. Une autre hypothèse est fondée sur l'idée que la compréhension des risques encourus conduira à des comportements de réduction de ces risques. La recherche a cependant montré que la compréhension des risques pour la santé ne conduit pas toujours à des changements de comportement visant à atténuer ces risques. La poussée en faveur du marketing social suppose que la réalisation de différentes formes de marketing ait le potentiel de réduire les comportements à risque et d'accroître l'utilisation du préservatif. En outre, comme promu par les experts du VIH/SIDA, la stratégie VIH suppose que l'amélioration de la disponibilité des services de CDV et de traitement des IST aiderait à réduire la transmission du VIH.

Les organisations soutenues par l'USAID ont recueilli des informations clés sur l'épidémie et ont procédé à une vaste gamme d'activités de prévention du VIH. Bon nombre des programmes de prévention du VIH ont réussi à étendre leur objectif, à savoir l'augmentation de la disponibilité de services de prévention du VIH de haute qualité et l'augmentation de la promotion des comportements de réduction des risques. L'USAID a fourni des fonds monétaires à plusieurs organisations pour mener à bien leurs activités. Dans l'ensemble, la plupart des missions ont atteint leurs objectifs en termes de nombre d'interventions mises en œuvre. Pourtant, comme le montre les réponses à la deuxième série

de questions d'évaluation, la preuve est moins claire au niveau de l'impact de ces programmes sur les résultats comportementaux et sur la prévalence du VIH. Leur succès peut être mis en question.

Question d'évaluation 2:

Quels changements dans les connaissances et les comportements relatifs au VIH et au niveau de la prévalence du VIH et des IST (résultats) sont apparus parmi les groupes de maliens présentant des risques moyens (camionneurs, rabatteurs pour transports, vendeuses ambulantes et filles domestiques) entre 2000 et 2009?

- Dans quelle mesure les connaissances en matière de prévention du VIH ont-elles changé au sein de ces populations?
- Dans quelle mesure l'utilisation régulière du préservatif a-t-elle changé dans les cas de différents types de partenaire ?
- Dans quelle mesure la prévalence du VIH et des IST a-t-elle changé parmi ces groupes?
- Les tendances observées dans les résultats restent-elles après contrôle des facteurs démographiques ou autres variables parasites ?

Dans la suite de cette section, nous résumons les preuves matérialisant les évolutions au niveau des connaissances, des comportements et de la prévalence du VIH et des IST dans les populations à risque moyen de 2003 à 2009.

Connaissance du VIH

Il est raisonnable de s'attendre à ce que si les populations ciblées comprennent les moyens d'éviter la transmission du VIH, ils réaliseront des changements au fil du temps grâce à l'éducation par les pairs et la communication des médias de masse. Les enquêtes ISBS n'avaient qu'une seule façon de mesurer la connaissance concernant la transmission du VIH; les enquêtes demandaient aux participants d'énumérer toutes les façons qu'ils connaissaient pour éviter la transmission. En 2003, l'USAID réalisait la promotion de la stratégie ABC (acronyme anglais "Abstinence, Be Faithful, Use a Condom": Abstinence, soyez fidèle, utilisez un préservatif). Cette approche se reflète dans les messages diffusés dans les campagnes des médias et la communication interpersonnelle, qui à son tour se reflétait dans la façon dont les réponses aux questions de l'enquête ont été données. Les réponses concernant la connaissance sur les façons d'éviter la transmission du VIH diffèrent largement entre les hommes et les femmes, bien que le pourcentage de tous les groupes pouvant nommer les trois moyens de prévention de la transmission (l'abstinence, la fidélité et l'utilisation du préservatif) n'a jamais dépassé 10%, et l'utilisation du préservatif était mentionnée plus souvent que les autres méthodes.

Les enquêtes n'ont montré aucune augmentation de la connaissance de ces trois méthodes chez les hommes. En fait, la proportion d'hommes ayant cité l'abstinence et la fidélité ou l'ensemble des trois moyens a même chuté au cours du temps, et la diminution était statistiquement significative. L'échec d'accroître les connaissances chez les hommes peut être dû à des interventions inefficaces ou à des différences dans la façon dont les enquêtes ont été réalisées au cours du temps (par exemple, les enquêteurs peuvent ne pas avoir insisté de la même manière pour des réponses supplémentaires au cours des différentes années).

La connaissance générale des femmes concernant les moyens de prévenir la transmission du VIH est plus faible que celle des hommes. La proportion de femmes pouvant nommer l'abstinence comme un moyen de prévenir la transmission du VIH a augmenté de manière significative, et la proportion de filles domestiques et de vendeuses ambulantes pouvant nommer les trois moyens a également augmenté de manière significative. Par contre, la proportion de femmes pouvant nommer la fidélité ou l'utilisation du

préservatif a significativement diminué entre 2003 à 2009. Il est possible, mais pas certain, que l'augmentation de la connaissance chez les femmes de l'abstinence comme moyen de prévention s'explique en partie par des interventions telles que l'éducation pour les pairs ou les messages dans les médias de masse.

Les groupes cibles féminins (filles domestiques et vendeuses ambulantes) semblent avoir des tendances différentes que celles des groupes masculins (camionneurs et rabatteurs pour transports) dans l'acquisition des connaissances et le changement dans les comportements à risque. Les groupes à risque féminins montrent une diminution de la connaissance des préservatifs et une stagnation dans leur utilisation, alors que les hommes montrent une augmentation de la connaissance et de l'utilisation. Les groupes féminins ont connu une progression dans la connaissance des méthodes de prévention du VIH uniquement concernant l'abstinence, tandis que les participants de sexe masculin ont vu une diminution dans la connaissance ou le souvenir de l'abstinence comme méthode de prévention.

Utilisation du préservatif

De 2000 à 2009, l'utilisation du préservatif a une augmentation statistiquement significative chez les hommes mais pas chez les femmes, et la prévalence du VIH a diminué chez les quatre groupes cibles; cependant cette baisse n'est significative que chez les camionneurs et les vendeuses. La connaissance chez les participants de sexe masculin de l'utilisation du préservatif comme moyen de prévenir la transmission du VIH est restée élevée (supérieur à 80%) sans changements significatifs; cette connaissance de l'utilisation du préservatif était beaucoup plus faible chez les femmes interrogées (moins de 50% pour les filles domestiques et 60% pour les vendeuses ambulantes) et a diminué sensiblement entre 2003 et 2009. Pendant cette période, l'utilisation du préservatif chez les hommes a également augmenté de manière significative. Les camionneurs et les rabatteurs pour transports semblent avoir incorporé la connaissance de l'importance d'utiliser un préservatif avec certains types de partenaires et ont trouvé des endroits où les préservatifs pouvaient être obtenus. Une partie de l'augmentation de l'utilisation du préservatif peut être attribuée aux messages des médias sur la prévention du VIH et l'augmentation de la disponibilité des préservatifs.

Les enquêtes ont par contre révélé que chez les femmes (filles domestiques et vendeuses ambulantes), aucune différence statistique dans l'utilisation du préservatif n'a eu lieu entre 2000 et 2009, ce qui pourrait être dû en partie au fait que les femmes ont en général une parole moins écoutée (que celle des hommes) au niveau du choix de si un préservatif doit être utilisé. L'absence d'augmentation de l'utilisation du préservatif peut être également liée au fait que les femmes ne soient pas atteintes en nombre suffisant par les campagnes de communication, que les messages ne soient pas appropriés, qu'elles aient un faible accès aux préservatifs, ou que l'utilisation du préservatif chez les femmes soit déterminée par d'autres facteurs.

Taux de prévalence du VIH

Les trois dernières enquêtes EDS au Mali (EDSM-III, EDSM-IV, et EDSM-V) ont montré une diminution de 1,7% à 1,2% de la prévalence du VIH parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans. Les ISBS ont également montré une diminution de la prévalence du VIH parmi les populations ciblées, mais peut-être moins que prévu. Comme le montre la figure 4 et le tableau 21, la prévalence du VIH en 2009 était inférieure à celle de 2000 pour chacun des quatre groupes mais, après contrôle avec les facteurs démographiques, la diminution n'est statistiquement significative que chez les camionneurs et les vendeuses. La prévalence chez les rabatteurs pour transports a diminué de manière significative en 2006 avant d'augmenter de nouveau en 2009. Tout comme pour la population générale, la prévalence du VIH a diminué globalement dans ces groupes. Il est difficile d'imaginer ces diminutions sans les campagnes d'éducation sanitaire, la promotion du préservatif, ainsi que l'augmentation de l'accès au dépistage, le dépistage et le traitement des IST.

Il est important de noter que la variable de l'enquête ISBS concernant la mobilité des participants aux enquêtes n'a montré aucune association entre mobilité et infection au VIH quelque soit le groupe de risque étudié après contrôle des facteurs démographiques et comportementaux; toutefois, la question de la mobilité est curieusement rédigée, ce qui rend toute interprétation difficile. La question porte en effet sur les voyages annuels habituels vers d'autres localités à des fins telles que le travail agricole ou des visites familiales ; et, ainsi, les personnes qui se déplacent beaucoup, mais qui ne sont pas dans un rythme saisonnier ou annuel, peuvent répondre non à cette question. Parmi les camionneurs, par exemple, qui sont par définition en permanence mobile, seulement un tiers environ rapporte «oui» pour cette variable.

Taux de prévalence des IST

La prévalence de l'infection à la chlamydia et la gonorrhée varie considérablement entre 2003 et 2009. La chlamydia chez les camionneurs a augmenté de manière significative, de même que la gonorrhée chez les vendeuses ambulantes. Le taux de gonorrhée chez les rabatteurs de billets a diminué. Toutes les autres variations ne sont pas significatives.

Recommandations

Dans les paragraphes suivants, nous présentons les recommandations issues de cette évaluation, formulées en nous appuyant sur l'examen de documents, les entretiens avec les informateurs clés et les analyses ISBS. Ces recommandations proposent des lignes directrices visant à aider l'USAID dans le développement de sa stratégie pour la prévention du VIH au Mali, et tenant compte des principes fondamentaux de l'USAID dans son aide au développement:

- Se concentrer sur les ressources et les compétences pour lesquelles vous exceller (avantage comparatif).
- Mettre l'effort sur le développement et le renforcement des capacités locales pour soutenir les activités du projet.
- Travailler à partir des objectifs nationaux fixés dans le plan stratégique national (Cadre Stratégique National) pour planifier des projets permettant de faciliter l'atteinte de ces objectifs.

Aligner les stratégies VIH: Aligner étroitement la stratégie globale du gouvernement américain avec celle du gouvernement du Mali, comme indiqué par le HCNLS. Toute stratégie sera plus efficace si elle sert à compléter les autres efforts allant dans la même direction. Il est important de prendre les décisions relatives aux groupes ou lieux à cibler en étroite collaboration avec le gouvernement malien. L'USAID a un avantage comparatif dans la collecte et la diffusion de données de haute qualité sur le VIH et la prévalence des IST, l'un des objectifs énoncés par le HCNLS. Bien que l'USAID continue à financer les DHS et autres enquêtes, le gouvernement américain devrait également contribuer à la formation et au traitement et l'analyse des données afin de renforcer les capacités de la CSLS dans la collecte et l'analyse des données.

Diversifier la population et les lieux ciblés: Les objectifs stratégiques du gouvernement américain devraient à l'avenir se concentrer sur les besoins en services sociaux et concernant la santé des populations mobiles à travers le pays. Depuis quelques temps, celles-ci comprennent les travailleurs du sexe, les camionneurs, les rabatteurs pour transports et les vendeuses ambulantes; toutefois, de nombreux autres groupes pouvant également jouer le même rôle dans la transmission du VIH ont reçu moins d'attention: les travailleurs migrants dans le riz et le coton, les mineurs dans les mines d'or formelles et informelles, les militaires et les prisonniers. Les personnes se déplaçant vers un nouveau lieu pour leur travail formeront de nouveaux réseaux sociaux et sexuels dans ces nouveaux lieux. Ces endroits doivent être des cibles pour certaines activités d'éducation sanitaire, la distribution de préservatifs et les associations organisant des discussions autour des moyens d'éviter le VIH et la transmission des IST. Par exemple, si le Fonds Mondial investit dans des supports visant les militaires, les

camionneurs et les vendeuses ambulantes, le gouvernement américain devrait se concentrer sur les travailleurs migrants pour leur fournir des informations sur les manières d'éviter la transmission du VIH, promouvoir les CDV et offrir des traitements pour les IST.

Nous recommandons que le gouvernement américain procède par étapes. Tout d'abord, tenir des discussions avec le HNCLS et autres intervenants au sujet des besoins en matière de services sociaux et de santé des populations mobiles. Deuxièmement, identifier les emplacements principaux où se trouvent les travailleurs migrants. Troisièmement, identifier les agences gouvernementales ou les donateurs qui joueront un rôle moteur dans la fourniture de l'assistance nécessaire dans chacun de ces lieux. Quatrièmement, commencer à planifier les activités du gouvernement américain permettant de répondre aux besoins des groupes cibles qu'ils souhaitent soutenir. Si le Fonds Mondial prévoit de soutenir les militaires et les camionneurs, alors le gouvernement américain peut fournir des services dans les endroits où les mineurs d'or et les travailleurs de riz et de coton sont implantés. Compte tenu de l'historique des travailleurs du sexe itinérant au Mali, beaucoup de la clientèle susceptible d'être concernée dans ces endroits seront les travailleurs du sexe et leurs clients.

Renforcement des capacités et expansion des services: L'USAID devrait envisager de soutenir les activités permettant de renforcer la capacité de recueillir et d'analyser des données sur le VIH et les IST. L'USAID pourrait consacrer des ressources pour améliorer les compétences techniques des organisations mettant en œuvre des programmes de prévention du VIH et la gestion de projet des ONG, ainsi qu'améliorer le suivi et l'évaluation et les capacités en fourniture de médicaments et de services médicaux. En outre, l'USAID devrait soutenir l'élargissement de l'accès aux services de CDV aux régions pas encore bien desservies et augmenter le soutien aux services sociaux et médicaux pour les personnes séropositives. Les ONG fournissant des services sociaux et médicaux devraient recevoir un financement leur permettant d'élargir leurs services et d'améliorer le suivi de leurs activités et l'évaluation de leur efficacité dans la réduction de la transmission du VIH et des IST.

Une définition des groupes cibles basée davantage sur la reconnaissance de la mobilité sociale et économique que sur les groupes professionnels doit être développée. Ce changement est déjà en cours en pratique, mais il serait utile de rendre la définition plus explicite. Un point commun à la situation des camionneurs, rabatteurs pour transports, chercheurs d'or, travailleurs migrants de toutes sortes et les militaires, est qu'ils sont continuellement en déplacement. En développant des interventions ciblant autant des endroits que des groupes spécifiques, il sera plus facile de comprendre les types d'interactions sociales qui facilitent la transmission du VIH dans des sites particuliers.

Mettre en place un système de suivi de la prévalence des IST et du traitement des IST dans les endroits identifiés: La recherche formative chez les mineurs, les travailleurs migrants et les militaires peut être utilisée pour mieux adapter les interventions à leurs besoins spécifiques et vérifier l'ampleur avec laquelle les professionnelles du sexe ont été actives aux endroits ciblés. Une série d'enquêtes similaires aux ISBS pourrait fournir des données permettant de suivre les tendances au cours du temps. En outre, une assistance est nécessaire pour évaluer les activités du programme afin d'identifier les services les plus efficaces. L'effort doit se concentrer sur les services les plus efficaces dans la réduction de la transmission du VIH.

Activités axées sur les jeunes: Plusieurs informateurs clés ont indiqué que les programmes de prévention du VIH devraient se concentrer sur les relations sexuelles chez les jeunes. L'aide pourrait être basée sur l'amélioration des services de santé de la reproduction, l'organisation de service pour accueillir les jeunes, la distribution de préservatifs, un encouragement du traitement rapide des IST et l'implantation de dépistages du VIH et de conseils visant spécifiquement les jeunes.

Atténuer les problèmes associés aux projets à court terme et au financement incertain: Une façon de minimiser les problèmes associés aux projets à court terme et au financement incertain serait de davantage canaliser l'aide offerte en un ou deux projets de plus grande et plus longue portée. Les projets d'une certaine taille et d'une certaine longueur peuvent mieux intégrer un système de suivi et

d'évaluation périodique des activités. Si l'USAID se concentrait seulement sur deux grands projets, leur administration par l'USAID serait plus simple et plus transparente, et les projets ne seraient pas aux prises avec l'incertitude du financement.

Continuer à promouvoir les CDV et autres mesures de préventions: Certaines interventions financées par l'USAID et d'autres donateurs ont encouragé l'utilisation du préservatif et les CDV chez les jeunes, cela devrait être poursuivi. Les CDV ont permis l'obtention de conseils individuels sur les IST et la transmission du VIH par des personnes ayant récemment commencé à avoir des relations sexuelles. Le financement devrait également être consacré à établir et à promouvoir des services de prévention et de traitement des IST et du VIH aux endroits où sont les travailleurs migrants. Les services devraient inclure des CDV, le traitement rapide, des conseils sur la prévention des IST et la fourniture d'ARV pour les personnes infectées par le VIH. La promotion et l'établissement des services devraient se réaliser en même temps. Le modèle de Soutoura de création de centres pour les travailleurs du sexe leur permettant de se rencontrer et de discuter des questions relatives au VIH et aux IST, ainsi que de traiter les maladies, le tout dans un endroit où ils ne sont pas stigmatisés, est un modèle qui pourrait être suivi de manière productive dans de nouveaux emplacements concernant les travailleurs migrants.

Effectuer des recherches complémentaires sur les différences de genre dans la programmation des campagnes de prévention du VIH: Les résultats de cette étude indiquent que les groupes cibles féminins (filles domestiques et vendeuses ambulantes) semblent avoir des tendances différentes que les groupes masculins (camionneurs et rabatteurs pour transports) dans l'acquisition des connaissances et les changements dans les comportements à risque. Ces tendances peuvent s'expliquer par des différences dans la façon dont les messages de prévention et les interventions ont ciblé les groupes féminins et les groupes masculins. Les faibles niveaux de connaissance et d'utilisation du préservatif chez les femmes interrogées pourraient aussi être dus à des rapports relationnels entre les sexes au Mali qui empêcheraient les femmes de négocier ou d'exiger l'utilisation du préservatif à leurs partenaires. D'autres recherches pourraient examiner les obstacles à l'utilisation du préservatif chez les femmes et se concentrer sur la meilleure façon de cibler les messages de prévention pour les différents groupes de risque, en se basant sur le sexe, mais aussi sur les risques spécifiques auxquels ces groupes sont confrontés.

APPENDICE A. LISTE DES DOCUMENTS EXAMINES

<u>Data Source</u>	<u>Year</u>	<u>Document Type</u>	<u>Description</u>
CDC	2003	CDC/USAID PASA SEMESTRIAL REPORT	Jan 2003–Sept 2003 USAID Indicators: Strategic Objective Level, IR Level, Impact Indicators, Process Indicators. Major Achievements, Lessons Learned, Problems and Constraints, and Next Semester Programming Plan
CDC	2004	CDC/USAID PASA SEMESTRIAL REPORT	Oct 2003–March 2004 Accomplishments, Lessons Learned, Obstacles/Challenges, Key Activities in next 6months, Key Indicators
CDC	2004	CDC/USAID PASA SEMESTRIAL REPORT	April 2004 – Sept 2004 Accomplishments, Lessons Learned, Obstacles/Challenges, Key Activities in next 6months, Key Indicators, Annual Narrative Summary, Annual Indicators Table
CDC	2005	CDC/USAID PASA SEMESTRIAL REPORT	April 2005 – Sept 2005 Accomplishments, Lessons Learned, Obstacles/Challenges, Key Activities in next 6months, Key Indicators, Annual Narrative Summary, Annual Indicators Table
CDC	2006	CDC/USAID PASA SEMESTRIAL REPORT	April 2006 – Sept 2006 FINAL REPORT Accomplishments, Lessons Learned, Obstacles/Challenges, Key Activities in next 6months, Key Indicators, Annual Narrative Summary, Annual Indicators Table
Government of Mali	multi	Mali National AIDS Strategy	2005–2010 Mali National AIDS Strategy with ANNEX
Government of Mali	multi	HIV/AIDS Indicators	Table of HIV/AIDS Indicators 2006–2010
Government of Mali	2009	Risk Mapping	Mapping HIV risk in Mali - epidemiology, risk zones
Government of Mali	multi	Mali - National Expenditure on Health	1995–2009 National Expenditure on Health
Government of Mali	multi	PDDSS 1998–2007	Development plan for prioritizing and addressing the health and development needs of Mali
Government of Mali	2010	Sentinel Surveillance Data	Annex - regional breakdown of epidemiologic results
Government of Mali	2009	Sentinel Surveillance Report on HIV and Syphilis	
Government of Mali	2011	Assessment Plan Summary	Summary of the Health and Social Development Assessment Plan for Mali
Mali Study	2011	Mali Indicator Overview	Presentation of Mali's performance on MCC's FY 2011 eligibility criteria
Other Study	2008	West Africa HIV/AIDS Epidemiology	The Global HIV/AIDS Program - The World Bank: West Africa HIV/AIDS Epidemiology and Response Synthesis (includes Mali)
Other Study	2011	USAID West Africa MARPS assessment	USAID West Africa - An assessment of policy toward most at risk populations for HIV/AIDS in West Africa (includes Mali)

Other Study	2009	AIDS behavior study	Common Factors in Effective HIV Prevention Programs
Other Study	2009	Document Analysis Study	Article that examines the function of document Analysis as a Qualitative Research Method
Other Study	2002	Integrated STI prevalence and behavior surveys	The feasibility of integrated STI prevalence and behavioral surveys in developing countries
Other Study	2010	HIV Modes of Transmission in West Africa	UNAIDS: New HIV Infections by mode of transmission in West Africa (Excludes Mali)
Care PKC	2003	CARE PKC Proposal	CARE technical application for Ciwara Project in Mali
Care PKC	2004	CARE Cooperative Agreement	ENGLISH Estimated project amount \$13,996,112 (\$18,588,376 with additional two years). Estimated duration of project: Aug 2003 to July 2006 with option for two, one year extensions.
Care PKC	2004	CARE PKC Partnership Protocol	FRENCH Discusses how the groups will engage with each other, how the budget will look, and any special provisions
Care PKC	2008	CARE PKC final report	Results achieved over the five years for each high impact service, cross cutting intervention achievements, lessons learned, conclusions and recommendations
Care PKC	2009	PKC II Year One Activities	excel document detailing planned activities
Care PKC	2009	PKC II First Semester Report	Oct 08–March 09: Narrative Report, List of Acronyms, Executive Summary, Introduction, Accomplishments over last six months, Lessons Learned, Obstacles/Challenges, Key activities for next six months, key process indicators, upcoming events
Care PKC	2009	PKC II Second Semester Report	April 09–Sept 09: Introduction; High Impact Services – Malaria, Reproductive Health/Family Planning, Diarrhea, HIV/AIDS/STIs; quality improvement; cross cutting issues And lessons learned, key targets, key activities planned in next 6 months
Care PKC	2010	PKC II Annual Report	Oct 09–Sept 10: Introduction; High Impact Services – Malaria, Reproductive Health/Family Planning, Diarrhea, HIV/AIDS/STIs; quality improvement; cross cutting issues and lessons learned, key targets, key activities planned in next 6 months
Group Pivot	2002	Final Program Report	ENGLISH June 2002–Sept 2003 - Introduction, Achievements, Narrative, Major Events, Setting up steering committee, capacity building of GP/SP, training NGO staff, monitoring activities, lessons learned
Group Pivot	2003	Annual Report	ENGLISH Jan 2003–Sept 2003 Introduction, Achievements, Narrative Report, Major Event, Selecting partner NGOs, Capacity Building Activities, training of NGO staff, monitoring activities, activities scheduled

Group Pivot	2004	Annual Report	FRENCH Oct 03–Sept 04 Introduction, Status of Activities, Results, Narratives, difficulties encountered, proposed solutions, lessons learned, major challenges, conclusion
Group Pivot	2005	Annual Report	FRENCH Oct 04–Sept 05 Introduction, program activities, results, difficulties encountered, proposed solutions, lessons learned, challenges, activities for the next year
Group Pivot	2006	Annual Report	FRENCH Oct 05–Sept 06 Introduction, program activities, results, difficulties encountered, lessons learned, success stories, challenges, activities for the next year
Group Pivot	2007	Annual Report	FRENCH Oct 06–Sept 07 Introduction, project update, program activities, program results, difficulties encountered, lessons learned, success stories, challenges, activities for the next year, conclusion
Group Pivot	2008	Annual Report	FRENCH Oct 07–Sept 08 Introduction, project update, program activities, program results, difficulties encountered, lessons learned, success stories, challenges
Group Pivot	2009	Annual Report	FRENCH Oct 08–Sept 09 Introduction, Interventions and activities, lessons learned, obstacles and challenges, activities for the next year
Group Pivot	2011	Annual Report	FRENCH Oct 10–Sept 11 Introductions, Interventions, activities, lessons learned, obstacles/challenges, conclusion
PSI	2003	High Risk Group Research	PowerPoint presentation outlining results of a survey – Methodology, Principal results, programmatic implications
PSI	2003	Proposal	Pathways to Health: An Integrated Social Marketing Program Proposal - introduction, proposed activities, target groups, social marketing plan, HIV/AIDs context, family planning context, child survival context, Monitoring and Evaluation Plan
PSI	2003	Baseline Survey	Results of the Baseline survey in the northern cities and mining areas
PSI	2004	Annual Report	July 2003–Sept 2004, accomplishments, lessons learned, difficulties encountered, future plans, key indicators, other events
PSI	2004	Map of risk groups	Identification of sites and risk groups for HIV/AIDS
PSI	2004	Annex of Semester Report	BCC Frameworks for HIV and MCH/Malaria, Group Pivot Quarterly reports
PSI	2004	Technical Report	July 03–March 04, HIV accomplishments, TA to Group Pivot, BCC activities, VCT activities, advocacy activities, key indicators
PSI	2004	VCT Report	FRENCH April 04–Sept 04 data analysis from VCT clinics
PSI	2005	Technical Report	Oct 04–Sept 05 HIV prevention, community-based prevention activities, advocacy with religious and community leaders, BCC targeting youth, quality assurance and promotion of VCT, partnership with CAG, Monitoring and Evaluation

PSI	2006	Technical Report	Oct 05–Sept 06, HIV prevention, community-based prevention activities, advocacy with religious and community leaders, BCC targeting youth, quality assurance and promotion of VCT, partnership with CAG, Monitoring and Evaluation
PSI	2008	End of Project Report	Submitted Dec 08. HIV prevention, community-based prevention activities, advocacy with religious and community leaders, BCC targeting youth, quality assurance and promotion of VCT, partnership with CAG, Monitoring and Evaluation
PSI	2010	Follow on Technical Annual Report	Oct 09–Sept 10: Overview of Family Planning, HIV/AIDS Prevention, Malaria, and Diarrhea activities, Research
PSI	2011	Follow on Project Semester Report	Oct 10–March 11 Overview of Family Planning, HIV/AIDS Prevention, Malaria, and Diarrhea activities, Research
PSI	multi	End of Project Report	Oct 08–Sept 11 Overview of Family Planning, HIV/AIDS Prevention, Malaria, and Diarrhea activities
Soutoura	2004	activity report	April 04–Sept 04 Results per activity
Soutoura	2005	Activities and results	Jan 05–Dec 05 activities and their results
Soutoura	2005	activity report	Oct 04–March 05 Results per activity
Soutoura	2007	Results Reported	Feb 07–April 07 deliverables reported
Soutoura	2007	Results Reported	Oct 07–March 08 results reported
Soutoura	2007	Results Reported	Jun–07
Soutoura	2007	Results Reported	May–07
Soutoura	2008	Activities report	Oct 07–Sept 08 report of activities and results achieved on indicators
Soutoura	2010	Interim Progress Report	Oct 09–Sept 10 objectives and results achieved
Soutoura	2010	results reported	Oct 09–Sept 10 Results achieved, targets compared to actual performance
Soutoura	2010	Interim Progress Report	July 10–Sept 2010 Record of performance
Soutoura	2011	Results Reported	Oct 10–Sept 11 Results achieved, targets compared to actual performance
Soutoura	2011	Results Reported	Oct 10–March 11 Results achieved, targets compared to actual performance
Soutoura	2011	Results Reported	Jan 11–March 11 Results achieved, targets compared to actual performance
Soutoura	2011	Accomplishment Report	April 11–June 11 results achieved, targets compared to actual performance
Soutoura	multi	5 year indicator report	HIV Indicators from Oct 07–Sept 11 and summary of trends
USAID	2002	Annual Report	Program data sheets, performance narratives, resource requests – Annex included
USAID	2003	Recommendations for USAID Mali's HIV/AIDS Strategy	situational analysis, proposed ten year HIV/AIDS Strategic plan, results and reporting, budget and USAID management, special concerns
USAID	2003	CBJ	outline of USAID funded projects in 2003

USAID	2004	Annual Report	program performance summary, performance narratives, challenges, indicator table
USAID	2004	CBJ	outline of USAID funded projects in 2004
USAID	2004	Results Attained	FRENCH condom and ITN distribution achievements in 2004
USAID	2005	Annual Report	program performance summary, performance narratives, challenges, indicator table
USAID	2005	CBJ	Outline of USAID funded projects in 2005
USAID	2006	Annual Report	List of evaluations, program performance summary, performance narratives, challenges, indicator table
USAID	2006	CBJ	Outline of USAID funded projects in 2006
USAID	2007	HIV Indicators	Breakdown of HIV indicators for Mali
USAID	2007	HIV narrative	HIV performance narrative
USAID	multi	Performance Targets	2004, 2005, 2006, 2007 OU performance results
USAID	2008	PPR Health narrative	Health section of program area achievements
USAID	2008	indicator tables	Table of health indicators
USAID	2008	PPR HIV narrative	Program achievements in HIV narrative
USAID	2009	PPR Health narrative	Narrative of health section of PPR
USAID	2009	PPR HIV narrative	HIV specific narrative for PPR
USAID	multi	HIV/AIDS Strategic Plan	USG support of Mali's HIV/AIDS National Response: Strategic Plan 2010–2015, context, partners, implementation, strategic overview, oversight, inter-sectoral response, logistics
USAID	2010	Strategic Review for USAID	Prevalence in Mali, Current HIV/AIDS related activities and the identification of new highly vulnerable populations: A strategic review for USAID Mali
USAID	multi	social marketing program assessment	2000–2010 Mali Social Marketing Program Assessment of Progress
USAID	multi	USAID Mali HIV Strategy	USAID Mali HIV/AIDS Strategy 2003–2012
ISBS	multi	Analyses of ISBS	Analyses of the Integrated STI (Sexually Transmitted Infection) and Behavior Surveillance Survey (ISBS) 2000, 2003, 2006, and 2009
ISBS	multi	Bivariate Analyses	Variables, odds ratio, confidence interval
ISBS	2000	2000 ISBS Mali	Site specific HIV/STI Prevalence
Mali Study	multi	HIV by Year by group	2000 2003 2006 2009 HIV by Year by Group
Mali Study	?	HIV and STI by site	Breakdown of HIV and STI rates by site, year unknown
ISBS	?	HIV prevalence by MARPS group	Breakdown of HIV prevalence by high risk group, year unknown
ISBS	?	HIV and STI by MARPS group	Breakdown of HIV and STI rates by MARPS group, year unknown
ISBS	multi	mean monthly salaries of risk groups	2000, 2003, 2006, 2009 Mean monthly salaries of high risk-groups in Mali
ISBS	?	level of education and monthly income in risk	Years of schooling and monthly income of risk groups

groups

ISBS	?	selected variables	Variable selection list
ISBS	multi	variable description	2000 2003 2006 2009 variable description
Mali Study	?	list of target regions	List of target regions
USAID	?	Increased Utilization of High Impact Services and Healthy Behaviors	Mapping of results and illustrative activities
ISBS	2000	ISBS report 2000 Mali	Part 1, rest missing
ISBS	2006	ISBS Report 2006 Mali	Part 1, Part 2, Part 3
ISBS	2009	ISBS Report 2009 Mali	Full report
ISBS	1999	Castle High Risk groups in Mali	Identification of high risk groups in Mali
ISBS	2010	Castle High Risk groups in Mali	Identification of high risk groups in Mali
ISBS	2003	ISBS report 2003	Parts 1–12

APPENDICE B. GUIDES D'ENTRETIEN

A. Conversation Guide for Policy Experts

Guide d'entretien pour expert en planification et/ou finance

Introduction:

Salutations d'usage

Nous venons vous voir dans le cadre d'une évaluation rétrospective sur la prévention du VIH/ SIDA au Mali; nous voulons parler de votre participation auprès des projets d'intervention. Vos avis nous sont très importants, mais comprenez bien que :

- Votre participation est libre et volontaire; aucune obligation
- Vos réponses et les prises de notes seront confidentielles
- On vous offre l'anonymat à 100%
- Donc vous pouvez parler à votre aise

Ces entretiens durent moins d'une heure normalement.

Est-ce que vous avez des questions à me poser?

Pour avoir d'amples informations, vous pourriez joindre Mr Jean Marie N'Gbichi de MEASURE Evaluation dont le numéro est : 20 73 02 80 et 76 72 36 38.

Avec votre permission, est ce que nous pouvons enregistrer?

Objectifs

Les entretiens se feront avec des personnes qui ont participé à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets et programmes dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA.

Nous voulons comprendre la mise en œuvre des différents projets/programmes des ONGs et Ministère favorisant la prévention du VIH/SIDA.

Guide d'entretien pour expert en planification et/ou finance

1) Quelles sont vos occupations actuelles dans ce service ?

Combien de temps ?

Devoirs et responsabilités ?

Connaissances et spécialisations ?

Phrase de transition : On nous a dit que vous étiez un planificateur, financeur ou expert de la politique de la prévention du VIH/SIDA pendant les récentes années.

2) S'il vous plaît parlez-nous de votre implication dans ce projet/programme?

Rôle ;

Activités principales ;

Quelles sont les aspects qui vous ont le plus marqués.

3) Quelles étaient les stratégies du projet/programme au tout début?

*Objectifs ;
Population cible ;
Zones d'intervention ;
Temps d'intervention;
Activités/méthode ;
Contrainte/défis.*

4) Les résultats/ déroulement du projet/programme?

*Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre ;
Différentes solutions trouvées ;
Points forts et les points à améliorer ;
Objectifs atteints ;
Perception du projet/programme par la population.*

5) Suggestions et recommandations

*Amélioration de la stratégie ;
Population cible ;
Services fournis par le projet/programme.*

B. Conversation guide for program experts

Guide d'entretien pour les gérants de programmes/projets

Introduction :

Salutations d'usage

Nous venons vous voir dans le cadre d'une évaluation rétrospective sur la prévention du VIH/ SIDA au Mali; nous voulons parler de votre participation auprès des projets d'intervention. Vos avis nous sont très importants, mais comprenez bien que :

- Votre participation est libre et volontaire; aucune obligation
- Vos réponses et les prises de notes seront confidentielles
- On vous offre l'anonymat à 100%
- Donc vous pouvez parler à votre aise

Ces entretiens durent moins d'une heure normalement.

Est-ce que vous avez des questions à me poser?

Pour avoir d'amples informations, vous pourriez joindre Mr Jean Marie N'Gbichi de MEASURE Evaluation dont le numéro est : 20 73 02 80 et 76 72 36 38.

Avec votre permission, est ce que nous pouvons enregistrer?

Objectifs

Les entretiens se feront avec des personnes qui ont participé à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets et programmes dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA.
Nous voulons comprendre la mise en œuvre des différents projets/programmes des ONGs et Ministère favorisant la prévention du VIH/SIDA.

Guide d'entretien pour les gérants de programmes/projets

1) Quelles sont vos occupations actuelles dans ce service ?

Combien de temps ?

Devoirs et responsabilités ?

Connaissances et spécialisations?

Phrase de transition : On nous a dit que vous étiez un gestionnaire de programme de la prévention du VIH/SIDA pendant les années récentes.

2) S'il vous plaît parlez-nous de votre implication dans ce projet/programme?

Rôle ;

Activités principales ;

Quelles sont les aspects qui vous ont le plus marqués.

3) Quelles étaient les stratégies du projet/programme au tout début?

Objectifs ;

Population cible ;

Zones d'intervention ;

Temps d'intervention;

Activités/méthode ;

Contrainte/défis.

4) Résultats/déroulement du projet/programme?

Quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre ;

Différentes solutions trouvées ;

Points forts et les points à améliorer ;

Objectifs atteints ;

Perception du projet/programme par la population.

5) Suggestions et recommandations

Amélioration de la stratégie ;

Population cible ;

Services fournis par le projet/programme.

C. Conversation guide for peer educators (PS)

Guide d'entretien pour les Paires Educatrices/Animatrices

Introduction :

Salutations d'usage

Nous venons vous voir dans le cadre d'une évaluation rétrospective sur la prévention du VIH/ SIDA au Mali; nous venons vous voir pour parler de votre participation auprès du projet paires éducatrices. Vos avis nous sont très importants, mais comprenez que :

- Votre participation est libre et volontaire; aucune obligation
- Vos réponses et les prises de notes seront confidentielles
- On vous offre l'anonymat à 100%
- Vous pouvez arrêter la conversation à tout moment
- Donc vous pouvez parler à votre aise

Ces entretiens durent moins d'une heure normalement.

Est-ce que vous avez des questions à me poser?

Si vous voulez avoir d'amples informations, vous pourriez joindre Mr Jean Marie N'Gbichi de MEASURE Evaluation dont le numéro est : 20 73 02 80 et 76 72 36 38.

Avec votre permission, est ce que nous pouvons enregistrer?

Objectifs

Nous voulons comprendre la mise en œuvre des différents projets/programmes des ONGs et Ministère favorisant la prévention du VIH/SIDA, donc le projet de paires éducatrices.

Les entretiens se feront avec des personnes qui ont participé à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets et programmes dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA.

Guide d'entretien pour les Paires Educatrices/Animatrices

Introduction

Comme vous le savez, nous sommes en train de parler avec les gens qui ont été impliqués d'une manière ou d'une autre dans les programmes de la prévention du VIH pendant les dix dernières années. Avant que nous n'abordions ces sujets, s'il vous plaît, **expliquez nous pourquoi vous avez décidé d'être paire éducatrice ?**

1) Quelles sont vos expériences en tant que paire éducatrice ?

Critères de sélection ;

Formation suivie ;

La durée ;

Les devoirs et responsabilités ;

Bénéfices.

2) Est-ce que vous pouvez nous décrire le projet de paire éducatrice ?

*Description ;
Objectifs ;
Services rendus ;
Nombre de femmes touchées.*

3) Résultats

*Obstacles rencontrées
Solutions différentes trouvées ;
Points forts et les points à améliorer ;
Objectifs atteints ;
Perception du projet/programme par la population.*

4) Suggestions/recommandations ?

Amélioration de la stratégie ;

5) Autres idées ?