

## “INTERRUPTION VOLONTAIRE DE MUTILATIONS”

Prévention de la mortalité néonatale et maternelle  
due aux mutilations génitales féminines  
et promotion de l'abandon de ces pratiques  
dans la zone 5 de la région Afar  
en Ethiopie



*Elèves de  
l'école de Adalile*

*Elèves de*

Rapport sur la visite de la mission de Médecins du Monde  
8 – 14 novembre 2015

Marc CHABERT  
Isabelle FELIX

## Introduction

C'est très logiquement que le Comité des donateurs avait inscrit à son programme de visites de missions internationales de Mdm une visite en Ethiopie.

D'une part la présence de l'association y est ancienne.

Elle se manifeste dans une zone géographique de l'Afrique soumise à des tensions très fortes et qui perdurent : les pays voisins de l'Ethiopie ne sont pas des pôles de grande stabilité, Erythrée, Somalie, Kenya, Soudan.

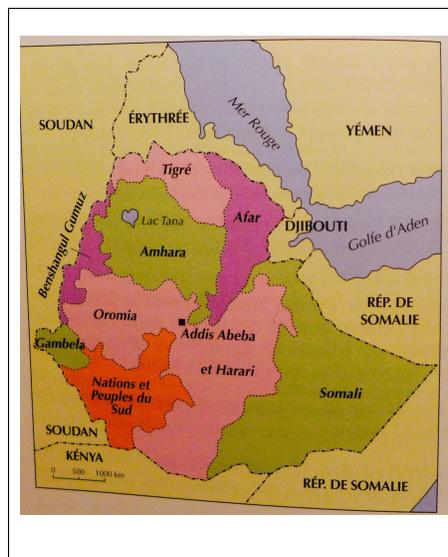
Mdm intervient dans un pays pauvre et où les enjeux de santé sont importants, et elle agit plus particulièrement aujourd'hui dans une région, la zone Afar, qui cumule difficultés et spécificités : un environnement semi-désertique, un éloignement des grands centres urbains, une population très attachée à ses traditions et dont beaucoup de membres ignorent la langue nationale. Dans une telle région, la volonté de Mdm d'agir auprès de ceux qui n'ont pas un accès facile aux soins de santé prend tout son sens.

D'autre part, bien qu'en 2015 une seule mission soit en cours, l'originalité de cette mission, consacrée au fléau des mutilations génitales féminines (MGF en français, FGM en anglais), justifiait en soi une visite du Comité.

C'est dans ce cadre que deux membres du Comité des donateurs (Isabelle Félix, Marc Chabert) se sont rendus, du 8 au 14 novembre 2015, à Addis Abeba, la capitale, où se trouve la base éthiopienne de Mdm, puis à Dawe, en pays Afar, où se trouve le siège de l'association partenaire, ACISDA (cf. infra).

On doit à la vérité de signaler que le bon déroulement de cette visite a été victime de quelques contre-temps ou difficultés : l'absence de la coordonnatrice générale (<sup>1</sup>); l'impossibilité de rencontrer le président de l'association partenaire ACISDA, absent de Dawe lors de notre passage ; le fait que nous n'ayons pas eu d'échanges avec des représentants des autorités sanitaires et sociales, nationales ou locales.

Mais ces quelques manques dans un programme dense et intéressant n'ont pas empêché les auteurs du présent rapport de découvrir cette mission originale, d'en comprendre les enjeux, et de trouver la réponse à la plupart des questions qu'ils ont pu se poser à son sujet.



1 Rappelée d'urgence en France le jour de notre arrivée pour des raisons familiales totalement indépendantes de sa volonté.

# 1. Historique de la présence de MdM en Ethiopie

La présence de MdM en Ethiopie est ancienne. L'association est arrivée après la grande famine des années 1980, venant renforcer les capacités du ministère de la santé dans plusieurs régions du pays, en équipant certains hôpitaux et des centres de soins de santé primaires, et en formant de nombreux infirmiers et quelques chirurgiens.

Le dernier de ces projets, en région somalie (proche de la frontière du Kenya) a été arrêté à la fin de 2011, victime de contraintes administratives et logistiques trop lourdes.

Au début de 2012, MdM Espagne est venue reprendre cette mission, ainsi que le siège d'Addis Abeba, mais n'est restée qu'un an. L'année 2013 a été marquée par l'absence de toute action sur le terrain, MdM ayant fait le choix de reprendre le bureau et d'y maintenir une présence minimale (un administrateur, un chauffeur - mémoire locale de l'association - et une femme de ménage), et les autorités éthiopiennes celui de ne pas retirer à MdM son agrément, en considération de son ancienneté dans le pays et en reconnaissance de son efficacité passée.

En 2012, une mission exploratoire avait eu lieu, et les contours de la future mission MGF avaient été définis, mission pour laquelle un financement de la Fondation Stern Stunden a été obtenu en octobre 2013. Fin 2013, le partenariat avec l'association ACISDA (Afar Community Initiative Sustainable Development Organization) a été mis sur pied.

Une coordonnatrice générale est arrivée à Addis Abeba en janvier 2014, et la convention liant MdM et ACISDA a été signée en mars 2014.<sup>(2)</sup>

En mai de la même année, une mission exploratoire a été conduite pour une action au profit des réfugiés érythréens, au Tigray et en pays Afar. L'autorisation à obtenir pour cela dépend de l'ARRA (Administration for refugee and returnee affairs) qui n'a accordé que celle pour le pays Afar. Dans les camps de la zone Afar, considérés comme des camps d'urgence, les réfugiés venus d'Erythrée sont en réalité présents parfois depuis 5 ou 6 ans, dans des conditions de vie épouvantables, et sans la moindre perspective. MdM a donc obtenu une autorisation d'intervenir en santé mentale, et a démarré en octobre-novembre, sur ses fonds propres. Deux psychologues ont pu travailler de novembre 2014 jusqu'en mai 2015, mais l'action a dû être abandonnée en juillet faute de financements extérieurs.

Il est à noter qu'un financement de l'Union Européenne a été trouvé pour 2016 et 2017 (356 000 euros, représentant 70% du coût de la mission). Pour 2016, les 30% manquants seront pris sur la dotation Stern Stunden, un financement complémentaire devant être trouvé pour 2017.

Au moment de notre visite, un seul projet était donc en cours, le projet MGF en pays Afar.

## 2. Présentation du projet MGF

### 2.1 *Le contexte sanitaire*

#### Le contexte sanitaire éthiopien.

La mortalité infantile (enfants de moins de 5 ans) a certes baissé (près de 20% des naissances en 1990), mais reste encore élevée (7,7% en 2011), surtout en ce qui concerne la néonatalité, qui représente un quart des décès.

2 « Partnership agreement between ACISDA and MdM France », convention signée le 1er mars 2014 par Ali Bore Ali, board director d'ACISDA, et Marie-Hélène Boko-Meaux, general coordinator de MdM en Ethiopie.

Les mutilations génitales féminines sont de pratique généralisée. On estime qu'environ 75% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi une forme ou plusieurs de ces mutilations (Type 1 : ablation du clitoris ; type 2 : ablation du clitoris et des petites lèvres ; type 3 : infibulation, c'est à dire rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris - définition OMS, février 2012).

### La zone Afar.

Comme dans beaucoup d'autres domaines (notamment celui de l'éducation : 75% des femmes afar sont illettrées), la situation sur ce point est encore plus difficile en zone Afar. La mortalité infantile y est de 12,7% (données 2011). La mortalité maternelle, qui représente 673 cas sur 100 000 naissances sur l'ensemble de l'Ethiopie, est en pays Afar nettement supérieure (801 cas) (données 2005).



Les FGM concernent 85% des filles, et parmi elles 74% ont été infibulées. Il est à noter qu'en pays Afar cette mutilation est pratiquée dans les premières 24 heures de la vie.

La zone Afar 5 est particulièrement touchée.

Dans cette zone très pauvre, peuplée d'environ 205 000 habitants, où les problèmes d'accès sont nombreux, et où les services sociaux et éducatifs sont rares, la situation sanitaire est difficile : 2 médecins (1 pour 45 000 habitants en moyenne en Ethiopie), 6 sages-femmes, 84 infirmières et 57 centres de soins pour plus de 200 000 personnes).

Concernant les MGF, l'infibulation est massivement pratiquée (plus de 80% des cas).

*Carte de la zone Afar peinte sur les murs d'une école (zone 5 en rose)*

## **2.2 Les objectifs du projet**

La lutte contre les mutilations génitales féminines doit permettre une réduction de la mortalité néonatale et infantile et de la mortalité maternelle à l'accouchement dans la zone 5 de la région Afar.

### *Mortalité néonatale*

Dans cette zone, 98 % des femmes accouchent à domicile. Les mutilations sont pratiquées dans les 24 h qui suivent la naissance de la petite fille par les exciseuses qui sont aussi les accoucheuses, sans que les conditions d'hygiène minimum soient respectées (l'approvisionnement en eau est limité aux chefs lieux de district). Les complications immédiates : hémorragie, tétanos, septicémie, transmission du VIH, sont fatales pour 3,3 % des nouveaux nés vivants (estimations 2011), soit un quart des décès d'enfants de moins de 5 ans. Selon l'OMS, l'infibulation augmente de 55 % le taux de mortalité néonatale.

### *Mortalité maternelle et santé des femmes*

Le rapport exploratoire cite l'estimation selon laquelle une femme sur 12 en âge de procréer meurt durant une grossesse ou des suites de l'accouchement. La grande majorité des femmes ne bénéficient pas de soins prénataux ni postpartum ; les structures de santé équipées pour les soins

obstétriques d'urgence et disposant de personnels formés sont très peu nombreuses et éloignées : la mortalité maternelle à l'accouchement en raison de complications dues aux MGF (surinfections, retard, obstruction, déchirure,...) est très élevée.

La gravité des conséquences à long terme sur la santé des femmes doit aussi être prise en compte (infections récidivantes de la vessie et des voies urinaires, kystes, écoulement des règles difficile, infections récidivantes des voies génitales, stérilité, rapports sexuels douloureux, traumatismes psychologiques) : ces souffrances qu'elles endurent en permanence dans la vie quotidienne fragilisent leur santé.

### *Objectifs*

Pour lutter contre ce problème de santé publique, le projet cible en trois ans une population estimée à 46 600 femmes en âge de procréer, 33 200 filles de 0 à 14 ans et 6 900 nouveau-nés filles.

L'objectif est de réduire la prévalence des MGF de sorte que

- moins de 50 % des filles nées dans l'année soient mutilées
- moins de 50 % des MGF effectuées soient de type III
- moins de 40 % des femmes de 15 à 49 ans pensent que la pratique des MGF doit continuer (65 % en 2005)
- et que parmi ces femmes ayant une fille vivante, la proportion de MGF chez les filles passe de 85 à 75 %.

### **2.3 Description du projet**

Pour atteindre ces objectifs, le projet s'appuie sur des actions de prévention primaire et secondaire menées en partenariat avec une association locale de la zone Afar 5, ACISDA (Afar Community Initiative Sustainable Development Association).



*Base MdM de Dawe*

L'équipe d'Addis Abeba, dimensionnée pour le pilotage de plusieurs projets, ne gère actuellement que le projet MGF en raison de l'abandon en juillet 2015 du programme consacré aux réfugiés érythréens.

La coordonnatrice générale et le responsable logistique se rendent périodiquement sur le terrain à Dawe, au centre de la zone Afar 5.

C'est là que se trouve la base de MdM et d'ACISDA qui intervient dans les 5 *wereda* (districts) : Dawe, Dalifage, Telalak, Hadele Ele, Sumu Robi, soit au total 57 *kebele* (villages)..

ACISDA est chargée d'implémenter le projet. MdM vient en appui technique, essentiellement pour renforcer les compétences du personnel de santé, en particulier sur les MGF. La sage-femme expatriée de MdM a une fonction de conseiller technique auprès d'ACISDA et rapporte à la coordonnatrice générale qui assure la supervision du partenaire.

Le dispositif mis en place à ACISDA comporte un coordinateur de projet et un superviseur, ainsi que 5 *community facilitators* recrutés pour la durée du projet pour animer des « comités anti MGF » dans les 5 districts, et 57 *community dialogue facilitators* (CDF) qui interviennent lors des sessions dans les 57 villages.

La prévention primaire comporte :



*Groupe de femmes enceintes et de jeunes mères de Kenadillo*

- des actions d'information, d'éducation et de communication (IEC) destinées à sensibiliser la population sur les conséquences néfastes des MGF et à promouvoir l'abandon de ces pratiques.

Ces actions s'adressent

- aux enfants des écoles,
- aux jeunes mères et femmes enceintes,
- aux hommes.

Dans les écoles, des « clubs anti MGF » sont animés par les institutrices (parfois instituteurs) formées et appuyées par MdM/ACISDA.

- des actions au niveau communautaire : pratique ancrée dans la culture Afar afin de préserver la virginité des filles, les MGF sont interdites par la loi éthiopienne et contrairement à une croyance largement répandue ne sont pas imposées par l'islam <sup>(3)</sup>. Des « comités anti MGF » comprenant deux représentants des autorités locales, un représentant du clan, deux représentants religieux, aidés par les *community facilitators*, visent à obtenir des déclarations d'abandon en s'appuyant sur les traditions de dialogue communautaire (*dagu*). Les déclarations seront rendues publiques. Les comités devront ensuite veiller au respect de ces déclarations d'abandon.

- dans les 57 centres de santé, la formation et l'accompagnement par MdM de personnels de santé expérimentés doivent permettre d'intégrer les MGF au continuum de soins : soins prénataux, soins obstétricaux, soins postpartum.

Un niveau de prévention secondaire est prévu. Il comporte trois types d'actions :

- la désinfibulation des femmes au 2ème trimestre de la grossesse, recommandation de l'OMS (dont l'application pose des problèmes sanitaires) ;
- le fait de ne pas recoudre après l'accouchement ;
- la formation technique du personnel de santé.

Le contrat liant MdM et ACISDA signé en mars 2014, décline les objectifs du projet tels que décrits ci-dessus.

Pour pallier l'absence de données épidémiologiques sur la zone Afar, le programme s'appuie sur une enquête "CAP" (connaissances, attitudes, pratiques) réalisée en début de programme. Une seconde étude en fin de programme permettra d'évaluer les progrès accomplis dans l'abandon des MGF.

## **2.4 Etat d'avancement du projet**

### *Mission exploratoire*

Début 2012, Pierre Beze-Beyrie, Responsable de mission Ethiopie est approché par un médecin de l'association « Mieux naître en Afrique » qui intervient depuis 2009 en zone Afar 5 aux côtés de l'association ACISDA, afin d'aborder la problématique des MGF en tant que déterminants de la mortalité néonatale et maternelle. Une mission exploratoire est menée en juin. Le rapport de

<sup>3</sup> Cette pratique existe depuis 27 siècles, a expliqué le Dr Pierre Foldes au groupe Afrique du 12 décembre 2015, qualifiant les MGF de crime.

mission très bien documenté <sup>(4)</sup>, propose un programme de trois ans dont l'objectif est de contribuer à réduire la mortalité néonatale et maternelle en limitant la prévalence et les conséquences des MGF par des interventions dans trois directions :

- campagne de sensibilisation auprès de la population
- formation et accompagnement du personnel de santé dans la prise en charge des MGF tout au long du continuum de soins
- facilitation du dialogue communautaire devant déboucher sur des déclarations collectives d'abandon des MGF.

### *Démarrage du projet*

Un financement de 858 K€ pour trois ans est obtenu de la fondation allemande Stern Stunden en octobre 2013. La mise en place du programme commence effectivement à l'arrivée de la nouvelle coordonnatrice générale en janvier 2014. En février 2014, un accord de partenariat est signé entre MdM France et ACISDA. Puis l'administration régionale Afar accorde à ACISDA l'autorisation d'opérer en zone 5 <sup>(5)</sup> et implique les bureaux régionaux de la Santé, de l'Education et des Affaires féminines dans la mise en œuvre du projet.

Une étude CAP est réalisée en juin 2014 afin de disposer de données qui permettront de mesurer les résultats à la fin du programme.

Un coordonnateur de projet de MdM (expatrié franco-djiboutien parlant Afar) s'installe à Dawe jusqu'en décembre 2014 pour assurer la liaison entre le terrain et Addis Abeba et accompagner ACISDA dans la mise en place des groupes et des outils méthodologiques de dialogue communautaire. Le projet bénéficie de l'expérience acquise par l'association Rohi Weddu qui est intervenue sur la même problématique en zone Afar 3.

Début 2015, la décision de recruter une sage femme expatriée pour Dawe est prise. Elle arrive en septembre. Entre-temps, les différents groupes de prévention commencent à fonctionner : écoliers, jeunes mères et femmes enceintes, hommes, cercles communautaires.

### *Fonctionnement actuel*

En novembre lors de notre visite à Dawe, nous avons brièvement expérimenté les conditions de vie spartiates de la sage-femme.

Accompagnés par les responsables d'ACISDA, le responsable logistique de MdM et la sage-femme, nous avons visité 5 écoles et pu constater la mobilisation des clubs scolaires anti MGF. Leurs prestations prenaient la forme de saynètes, quiz, poèmes, chants, engagement d'abandon, présentés devant l'ensemble des élèves des écoles.

Dans l'école de Kedabura par exemple, le scénario met en scène une famille de trois enfants, dont les deux qui ont été autorisés à aller à l'école réussissent à faire changer d'avis le père, favorable aux MGF lorsque la mère accouche d'une fille. Elle ne sera pas excisée. D'autres pièces mettent en scène le docteur et même la police pour convaincre de l'abandon des mutilations..



*Ecole de Kedabura*

4 Mutilations génitales féminines dans la zone 5 de la région Afar, Ethiopie. Proposition d'intervention pour la prise en charge des complications/conséquences liées aux MGF et pour la promotion de l'abandon de la pratique. Rapport de mission exploratoire du 18 au 26 juin 2012 -Pierre Beze-Beyrie et Bertrand Brequeville.

5 Memorandum of understanding entre ACISDA et les autorités régionales Afar - Février 2014

Nous avons assisté à une séance de sensibilisation des femmes enceintes et jeunes mères : assises en cercle dans la poussière, leurs enfants sur les genoux, intimidées par notre délégation, n'ayant visiblement pas l'habitude de prendre la parole (à l'exception de l'accoucheuse traditionnelle). Il nous est difficile de rendre compte du contenu de la session.



Salle d'accouchement du centre de santé de Dawe

Lors de la visite du centre de santé de Dawe (salle de consultation, salle d'examen, laboratoire, salle d'accouchement), nous avons pris la mesure des difficultés pratiques sur le terrain (coupure d'eau courante, groupe électrogène déficient...). Nous avons pu consulter le registre sur les pratiques MGF mis en place par la sage-femme, dans lequel, à l'occasion des vaccinations ou consultations des petites filles de moins de 5 ans, l'infirmière note l'âge de l'enfant, l'existence ou non de mutilation, le type de mutilation, la possibilité ou non de l'examiner (les mères refusent fréquemment).

ACISDA estime qu'aujourd'hui les objectifs primaires sont bien engagés.

Les actions de sensibilisation ont démarré dans tous les villages et dans toutes les écoles. Plus de 550 enseignants et *community dialogue facilitators* (CDF) ont été formés et sont accompagnés par MdM et ACISDA.

Trois campagnes d'information impliquant les *kadi* ont été réalisées sur les marchés de Dawe et de Telalak pour expliquer que les MGF ne sont pas une prescription de la religion musulmane. Une table ronde sur les conséquences psychologiques et sociales des MGF a été diffusée sur la TV Afar.

Dans les 7 centres de santé, l'identification des besoins de formation et des besoins en équipement médical a été réalisée par la sage-femme. Outre son travail d'appui aux centres de santé, elle participe à de nombreux groupes de sensibilisation afin que les femmes se sentent en confiance.

Des indicateurs sont mis en place :

- les registres dans les centres de santé
- l'appui pédagogique de la sage-femme sur les mutilations
- le nombre de personnes sensibilisées.

Si à ce jour, aucune déclaration collective d'abandon n'a été enregistrée, il nous a été expliqué que c'est pour des raisons administratives : l'ajournement d'élections régionales a bloqué l'administration Afar qui doit enregistrer officiellement ces décisions.

### **3. Les points forts de la mission MGF**

L'examen de la mission de MdM en Ethiopie permet le constat de plusieurs points forts.

#### ***3.1 L'importance géopolitique de la corne de l'Afrique***

Le premier point fort est sans doute lié au fait que la présence de MdM dans cette région de la corne de l'Afrique s'impose un peu comme une évidence. Et il suffit pour s'en convaincre de regarder la carte de l'Ethiopie, et de voir quels sont ses pays voisins.

Au nord, l'Erythrée, dont l'accès au statut d'état indépendant a coupé à l'Ethiopie l'accès à la mer, à laquelle un conflit armé l'a opposée jusqu'en 2000, et dont la dictature est responsable de milliers de réfugiés arrivés sur le territoire éthiopien.

Au nord-est, Djibouti, dont l'Ethiopie est désormais dépendante pour accéder à la mer.

A l'est, la Somalie, ruinée par 20 ans de guerre civile, frappée par la sécheresse et la famine, victime aujourd'hui des exactions de groupes islamistes.

Au sud, le Kenya, miné par des affrontements inter-ethniques et un conflit avec la Somalie, et dont la partie nord, aux confins du lac Turkana, est particulièrement instable.

A l'ouest, enfin, le Soudan, dont les fragiles équilibres ont été rompus par l'affrontement entre le nord et le sud, et la partition du pays, entraînant de ce côté aussi l'afflux de nombreux réfugiés.

L'Ethiopie fait donc aujourd'hui figure, dans cette région géopolitique de l'Afrique sujette à la fois à des difficultés naturelles et humaines qui s'entremêlent et se renforcent (grande pauvreté, sécheresse, famine, conflits inter-ethniques, troubles politiques, conflits entre états) d'un îlot de stabilité relative et fragile.

La présence durable de MdM y est donc fortement souhaitable, ne serait-ce qu'au travers d'un programme circonscrit comme l'est le programme actuel.

#### ***3.2 La bonne image de MdM en Ethiopie***

Comme cela a été indiqué précédemment, MdM est présente en Ethiopie depuis une trentaine d'années, et a dans le passé conduit dans le pays des programmes importants.

L'ancienneté de cette implantation, la qualité des contacts noués avec les pouvoirs publics, et plus particulièrement les responsables des services de santé, la reconnaissance du savoir-faire de l'association, ont permis à MdM de conserver la confiance de l'Etat éthiopien, comme ce fut le cas récemment, durant la période 2012-2013, où l'agrément officiel ne fut pas retiré à l'association malgré le fait qu'elle n'ait plus d'activité, pour avoir dû clore certaines actions, et faute d'avoir obtenu les financements nécessaires pour en mettre en place de nouvelles. Elles lui permettent aujourd'hui de faire accepter un programme original.

#### ***3.3 Un programme intéressant et original.***

Ce programme MGF, consacré à un sujet précédemment peu abordé par l'association est intéressant et original pour plusieurs raisons.

La qualité de la réflexion préalable, sur un sujet sans doute peu exploré précédemment par MdM, a permis dès le départ de définir clairement les objectifs et les moyens de la mission. Il faut signaler ici la qualité remarquable du rapport fait par le responsable de mission et le desk Afrique après la mission exploratoire effectuée sur le terrain en 2012.

Il faut également noter l'originalité du projet, qui combine soins et prévention (6), pédagogie et support technique, action de court et de plus long termes, en collaboration avec un acteur local impliqué et avec l'appui des autorités éthiopiennes, non seulement des services de santé, mais aussi de celles de l'éducation et des services sociaux et affaires féminines (women affairs).

On peut ajouter que le sujet, les mutilations génitales féminines, abordé ici dans une région d'Ethiopie particulièrement touchée, devrait permettre à MdM de développer un savoir-faire qui trouverait à s'appliquer dans de nombreuses autres régions de l'Afrique, où les MGF sont également très pratiquées.

Ce qui paraît intéressant dans ce programme, c'est surtout son aspect global : agir sur le terrain pour réduire, par la lutte contre la pratique des MGF, la mortalité néonatale et la mortalité maternelle à l'accouchement, en intervenant à la fois pour promouvoir l'abandon de cette pratique traditionnelle (et pour cela cibler d'une part les leaders d'opinion, chefs tribaux ou responsables religieux, et de l'autre les intéressé(e)s, jeunes mères, femmes en âge de procréer, jeunes hommes), pour alerter et former les éducateurs (et pour cela cibler les instituteurs -trices), et pour appuyer les personnels de santé, par des interventions dans les centres de soins et des actions de formation.

Si original soit le programme, il s'inscrit ainsi parfaitement, aussi bien par son volet médical que par son volet social, dans une des grandes thématiques priorisées par MdM : la santé sexuelle et reproductive.(SSR) (7)

## 4. Risques et faiblesses

Ces points forts, qui justifient sans doute le maintien de la présence de MdM en Ethiopie, ne peuvent occulter certains risques et certaines faiblesses, que la visite a permis de constater.

### *4.1 Les risques liés au déséquilibre entre le coût de la structure et le coût des actions menées sur le terrain*

En l'état actuel, avec un seul projet en cours dans le pays, le déséquilibre entre le poids de la structure et le poids du terrain est très important.

#### **Ce déséquilibre s'explique par l'organisation de la mission MdM en Ethiopie.**

Il convient de préciser que la description faite ci-dessous est celle de la situation constatée à la fin de l'année 2015, à un moment où MdM n'a aucun programme d'action, ni dans la capitale, ni dans une autre région d'Ethiopie, à l'exception du programme FGM conduit en pays Afar.

Cette situation rend inévitable d'examiner l'organisation de la mission, qui implique l'entretien

---

6 Le rôle de sensibilisation et d'éducation sur les conséquences médicales des MGF est important : les femmes étant infibulées dès leur naissance ne font pas le lien entre leurs problèmes de santé et ces pratiques.

7 En luttant contre les conséquences immédiates ou lointaines que les MGF ont sur la santé des femmes, mortalité infantile élevée, complications uro-génitales nombreuses et lourdes, fort risque maternel à l'accouchement, le programme s'inscrit pleinement dans la thématique SSR.

On notera au passage que la dimension Droits de l'homme (droits de la femme !), évidemment présente dans le projet, ne peut officiellement être soulignée, l'Etat éthiopien interdisant aux ONG étrangères de s'immiscer dans ces problématiques.

d'une base dans la capitale, l'installation d'une antenne dans la bourgade de Dawe, centre de la zone ciblée par le programme, et le soutien apporté à Dawe à l'association ACISDA pour le fonctionnement de sa structure (local, personnel, matériel, etc).

L'organisation d'une base à Addis Abeba implique des dépenses importantes en fonctionnement (locaux, voitures, matériel informatique, etc) et les dépenses de personnel liées :

1 coordonnateur(trice) général(e) expatrié(e), avec les dépenses induites (logement, gardiennage, etc) et 1 responsable administration et comptabilité et son assistant,  
1 logisticien et 2 chauffeurs,  
à qui il faut ajouter 2 agents de nettoyage, 1 gardien-chef et 6 gardiens.

Rapproché du coût du seul projet mené actuellement en pays Afar, le poids d'une telle structure ne peut qu'interpeler.

Il convient toutefois de rappeler deux faits.

Tout d'abord, on sait que jusqu'à une période relativement récente, la présence de MdM en Ethiopie a été beaucoup plus forte, avec des projets plus nombreux, et l'on ne peut exclure que dans la période à venir, ce soit à nouveau le cas.

D'autre part, il faut noter que l'Ethiopie, pays de structure apparemment fédérale, reste en réalité un pays très centralisé, et que l'administration centrale se montre souvent exigeante, voire tâtilonne. Un pilotage à partir de la seule base de Dawe serait impensable.

Naturellement, la mise en oeuvre du programme implique aussi des dépenses de structure et de personnel en pays Afar.

A Dawe, la présence de la sage-femme se traduit par la location d'un logement et d'une voiture avec chauffeur. Pour des raisons liées au terrain, il s'agit d'une expatriée (difficulté de trouver sur place les compétences nécessaires, nécessité de ne pas choisir quelqu'un appartenant à une autre ethnie, etc).

Egalement à Dawe, c'est MdM qui finance le logement et l'entretien du siège de l'association partenaire, ACISDA, qui n'a d'autre ressource que les fonds ciblés sur le programme MGF : locaux, voitures (2), motos (3 prévues, 1 seule en service pour l'instant), personnel (coordonnateur de projet, superviseur communautaire, comptable, *community facilitators* (5), chauffeurs, gardiens, agents d'entretien).

Au total, on a donc pour une seule mission deux structures à faire vivre, l'une à Addis Abeba et l'autre à Dawe, dont le coût total peut paraître lourd au regard des dépenses faites en bout de chaîne sur le terrain.

S'il est inévitable que lorsqu'il s'agit d'actions essentiellement tournées vers l'information, la formation et l'éducation, les coûts de fonctionnement soient plus élevés que lorsqu'il s'agit d'actions limitées à des apports matériels sur le terrain, on ne peut cependant s'empêcher de penser que le déséquilibre serait moins criant si avec la même structure MdM animait plusieurs projets en Ethiopie, et si ACISDA était à même de conduire plusieurs programmes en pays Afar.

## **L'examen du budget prévisionnel pour la période 2014-2016 illustre bien ce déséquilibre.**

Ses grandes lignes peuvent être résumées ainsi :

Pour les trois années prévues pour la mission, le budget total est de **858 347 euros** .

Ce budget se décompose de la façon suivante :

Dépenses liées au projet (« project activities ») **168 432 euros** (cela inclut notamment les fournitures de terrain, le matériel d'enseignement, l'achat de T shirts - pour 21 300 euros -, les salaires des supervisors - intervenants de terrain -, etc).

Dépenses de personnel (« all staff costs ») : **470 859 euros** (cela inclut les salaires et les frais annexes des expatriés et des salariés locaux, à Addis Abeba et à Dawe).

Autres dépenses administratives (« other administration costs ») : **138 201 euros** (cela inclut la logistique et le transport, les locaux, la communication, etc).

Enfin, une rubrique « monitoring and evaluation » : **80 854 euros**, dont l'essentiel est lié au coût des études CAP (KAP Survey, étude préparatoire et bilan d'étape) et à celui de l'évaluation finale, pour respectivement 52 000 euros et 15 000 euros.<sup>(8)</sup>

*S'il n'était pas corrigé, ce déséquilibre pourrait condamner le projet.*

Cela pourrait advenir soit du fait d'une décision administrative des autorités éthiopiennes, soit du fait d'une décision financière et/ou politique du siège.

Ce déséquilibre pourrait en effet être sanctionné par les autorités éthiopiennes.

Le gouvernement éthiopien impose une norme à toutes les ONG, qu'elles soient étrangères, ou éthiopiennes dès lors qu'elles reçoivent des subventions venant de l'étranger : 70% au moins des dépenses doivent être consacrées aux coûts opérationnels, et 30% au plus à des coûts administratifs. La rigidité de la norme est d'autant plus grande qu'aux yeux des autorités éthiopiennes, les dépenses de formation sont considérées comme des dépenses administratives. Un bureau spécial (Federal Charities and Societies Agency) est chargé du contrôle. L'agrément de MdM a été renouvelé en 2013, pour une période de 3 ans, et la question se posera donc à nouveau en cette année 2016.

Cette faiblesse n'a pas échappé au commissaire aux comptes (le Cabinet d'expertise comptable Tadele Gebeyehu and Co). Le rapport établi pour les exercices 2012, 2013 et 2014, outre qu'il pointe certaines négligences dans l'établissement des comptes, appelle l'attention de l'association sur le non respect de la règle des 70%/30% (« CSA laws and regulations »), soulignant qu'en 2012 et en 2013, 100% des dépenses ont été consacrées aux frais administratifs, et qu'en 2014, c'est encore une proportion de 54,5%, encore très éloignée de la norme de 70%<sup>(9)</sup>.

8 Les rapporteurs se sont interrogés sur le coût de ces études au regard de la dimension du programme. Elles leur ont été présentées comme indispensables. Il aurait par ailleurs été décidé de réduire le nombre des interventions CAP de 3 à 2.

9 On pourra noter que, au vu de l'ensemble du budget prévisionnel, ce pourcentage calculé sur l'exercice 2014 est flatteur. Mais quels que soient les choix de présentation comptable qui peuvent être faits pour optimiser la présentation, le rapport entre les dépenses de terrain et les dépenses de structure ne peut en l'état des missions

Certes, comme on l'a vu plus haut, le contexte particulier des années 2012 et 2013 a permis à MdM de surmonter jusqu'à présent ce risque administratif, mais la persistance de ce déséquilibre fragiliserait l'obtention de l'agrément nécessaire pour continuer d'intervenir sur le terrain éthiopien.

Dans une période marquée par une volonté affichée de retour à l'équilibre budgétaire, le décalage entre le coût de la structure et le poids des interventions sur le terrain pourrait être jugé trop lourd ou trop voyant par le siège parisien, et ce d'autant plus que les fonds propres consacrés par MdM à la mission sont importants, et consacrés aux deux tiers à financer la "coordination" (voir annexe 3).<sup>10</sup>

#### *4.2 Les difficultés intrinsèques du projet*

L'observation de la mise en oeuvre du programme sur le terrain montre également certaines faiblesses.

La première est liée à la localisation de Dawe, simple village éloigné de tout (deux mosquées, l'ancienne et la neuve, quelques maisons en « dur » – bois crépi de torchis, toit de tôle – et des huttes de branchage et de peau ; une journée de voiture pour aller à Addis Abeba, de longues heures pour se rendre à Dessié ou à Semara, dont de grandes parties sur des pistes parfois difficiles). Pour une sage-femme, seule expatriée sur la base, l'isolement et un confort très sommaire (l'électricité solaire, installée à la base MdM par Electriciens sans frontière, n'était disponible que depuis une semaine à notre arrivée ; quant à l'alimentation en eau, elle est parfois interrompue, l'eau devant alors être livrée par camion) peuvent faire paraître le temps long même à des personnalités solides. Ces conditions de vie peuvent être un obstacle à une présence durable, seule pourtant à même de permettre à la sage-femme de nouer de vrais liens avec les personnels de santé locaux et de mener à bien son travail d'observation, de formation et de persuasion. Un turn-over important sur le poste serait contre-productif.

En effet, et c'est la deuxième faiblesse observée, la réussite de la mission nous semble liée à la force du volet santé du projet, peut-être sous-estimée actuellement. Le choix de remplacer l'agent de liaison initialement prévu (et présent à Dawe en 2014) par une sage-femme (désormais seul représentant de MdM sur place) constitue un progrès évident<sup>(11)</sup>.

Mais sans doute faudrait-il renforcer les moyens mis à sa disposition. La sage-femme doit être ... une femme (on est en pays musulman), elle doit être totalement disponible (ce qui signifie qu'elle doit être totalement déchargée des tâches matérielles, des tâches d'organisation et de gestion), pour pouvoir répondre autant que possible aux demandes des acteurs locaux en formation, en aide technique et en conseil.

Pour cela, il convient de prendre en compte les difficultés linguistiques. La plupart des femmes afars ne parlent aucune autre langue, ni l'amharique, langue officielle du pays, ni encore moins l'anglais. Le travail de la sage-femme dépend actuellement du truchement de quelques membres d'ACISDA, qui ne peuvent évidemment l'accompagner partout, qui sont des hommes, et qui ne

---

être fondamentalement modifié.

10 Pour ne prendre que l'exemple de l'année 2015, les sources de financement de la mission MGF proviennent majoritairement de l'association (189 965 €, dont 122 636 € pour les dépenses de "coordination" et 67 329 € pour le "terrain"). Dans le même temps, le bailleur (Stern) accorde 141 416 €, dont 88 714 € pour la "coordination" et 52 702 € pour le "terrain".

11 « La sage-femme remplacera le responsable de projet (MdM project officer) et sera de nationalité étrangère pour éviter tout conflit ethnique entre les gens des hauts plateaux (highlanders) et la population afar. Malheureusement il est très difficile de recruter du personnel qualifié parmi la population afar, et tout spécialement une sage-femme » (Interim Progress Report, septembre 2014-janvier 2015).

maîtrisent pas nécessairement toute la chaîne linguistique souhaitable.

Pour pouvoir réussir dans sa mission, la sage-femme devrait avoir à ses côtés la « perle rare » que constituerait une femme afar, connaissant bien les us et coutumes locales, parlant la langue officielle, et maîtrisant correctement le français ou l'anglais. La recherche d'un tel profil semble une nécessité urgente.

Capable de nouer ainsi des relations de confiance avec ces acteurs, la sage-femme peut être une pièce maîtresse du dispositif. Elle est la seule dans le cadre du programme à pouvoir asseoir la légitimité de MdM, et à pouvoir, par sa présence sur le terrain, mesurer la réalité et l'efficacité de l'action d'ACISDA.

Ce point du contrôle nous semble une autre faiblesse du fonctionnement actuel du programme.

Le lecteur ne verra dans cette observation aucun soupçon à l'égard du partenaire de MdM, dont la rapidité de notre séjour ne permet évidemment pas d'évaluer le travail (et tel n'est d'ailleurs pas le rôle du Comité des donateurs).

Mais en termes d'analyse de risques, il semble évident qu'un contrôle purement formel, fondé sur la lecture des rapports produits par ACISDA, ne saurait valoir le regard porté par un acteur accompagnant le travail de l'association locale sur le terrain (quelle que soit la confiance accordée par MdM à son partenaire). Un tel contrôle ne peut être fait depuis Addis Abeba, aussi fréquents soient les déplacements ponctuels faits sur place.

Un exemple suffira à illustrer l'insuffisance d'un contrôle limité au contrôle des pièces.

La convention (« partnership agreement ») signée entre MdM et ACISDA stipule qu'un rapport mensuel, financier et opérationnel, doit être établi par le coordonnateur général d'ACISDA. Les rapports qui nous ont été produits sont en fait beaucoup plus rares : pour l'année 2014, année de démarrage du projet, deux rapports, l'un pour la période de janvier à août, le second pour la période de septembre à janvier 2015. La première période a été consacrée à la mise en place des équipes et des moyens (choix des *community dialogue facilitators*, rédaction de manuels, etc). La fin d'année voit le vrai démarrage de l'action. Or le rapport fait état de 6 réunions sur quatre mois :

- le 6 septembre, une séance de formation de 37 *community health workers* ;
- le 16 septembre, une réunion de responsables des services locaux concernés (Education, Health, Women affairs, 12 participants) pour un échange d'expériences ;
- le 6 octobre, une réunion dans chaque *woreda* (partie d'une zone : la zone Afar 5 en contient 5) des responsables locaux concernés ;
- les 21 et 22 octobre, dans chaque *woreda*, « anti FGM committee review meeting », pour piloter l'action des *Community dialogue facilitators (CDF)* ;
- le 28 octobre, réunion de tous les responsables ACISDA, y compris les 5 CDF pour faire le point sur le projet ;
- le 3 novembre, dans chaque *woreda*, formation réservée aux instituteurs (trices) (137 présents au total).

On peut penser que le travail des responsables de l'association ne s'est pas limité à la préparation, à l'organisation et la conduite de ces six réunions en quatre mois, mais le rapport ne permet pas d'en savoir davantage, comme on ignore également le nombre et la teneur des actions conduites en aval, par les personnes concernées, facilitateurs communautaires ou enseignants.

On peut donc estimer qu'une proximité suffisante avec les acteurs de santé liée à une présence sur le terrain peut permettre de mesurer plus concrètement l'efficacité du programme.

## Conclusion

Avec la prudence qu'imposent les limites d'une visite rapide et forcément incomplète, le Comité souhaite conclure ce rapport en exprimant l'idée que le programme MGF mérite d'être soutenu, et qu'il convient d'assurer sa pleine réussite en renforçant le volet santé, et en développant dans les meilleurs délais d'autres actions pilotées par l'association en Ethiopie.

Si le projet mérite d'être soutenu, au-delà des qualités du programme déjà soulignées, c'est parce qu'il s'inscrit dans ce qui caractérise le mieux l'action de MdM : une intervention auprès de populations pauvres et oubliées, sur un sujet peu ou pas abordé par d'autres, en appui à des acteurs locaux, et en plein accord avec eux.

Ce soutien passe sans doute par un renforcement de la capacité d'intervention de MdM sur le terrain, auprès de l'association partenaire, afin que le volet santé, mieux assuré sur le court et le moyen termes, soit un véritable bras de levier pour l'action pédagogique à plus long terme engagée par ACISDA.

Enfin, pour pouvoir pérenniser la présence de MdM en Ethiopie, et pour que l'effort demandé par le financement d'un bureau à Addis Abeba, d'une base en zone Afar, et de toute la logistique d'un partenaire éthiopien ait tout son sens, il faudrait pouvoir rapidement mettre en chantier de nouveaux projets dans le pays.



*Ecole de Namelefen*

## **Remerciements**

Les auteurs du présent rapport tiennent à remercier tous ceux qui ont permis que leur visite se déroule dans les meilleures conditions.

Ils expriment leur gratitude à toute l'équipe de Mdm basée à Addis Abeba. Merci à Haimanot et à Bete, qui nous ont donné beaucoup de leur temps et toute leur gentillesse. Elles nous ont donné toutes les explications nécessaires. Merci à Asfaw, qui s'est débrouillé, au pied levé, pour nous accompagner à Dawe malgré les probables difficultés que cela lui a causées, à lui et à sa famille. Il a été un agréable compagnon de route, et il a fait tout ce qu'il fallait pour assurer la réussite de notre visite. Et nous avons eu avec lui des échanges très intéressants. Merci à Melaku, non seulement parce qu'il est la mémoire de Mdm en Ethiopie, non seulement parce qu'il est un chauffeur sûr et prudent (aucune peur pour nous, même quand il nous a fallu côtoyer de si près le ravin sur la piste ravagée par l'orage !), mais aussi pour son imperturbable bonne humeur.

Merci à Marie-Hélène, qui avait si bien préparé notre visite, et qui malheureusement a dû nous quitter avant notre départ pour Dawe.

Merci à Pakiza, et avec elle à tous ceux qui en pays Afar font vivre le programme conduit avec ACISDA et nous l'ont fait découvrir. Et un grand merci à toute l'équipe d'ACISDA, et plus particulièrement à Ashenafi et à Amin, sans qui les contacts avec les afars n'auraient pu se faire.

\* \* \*

## **ANNEXES**

### **Agenda de la visite**

### **Liste des personnes rencontrées**

### **Données financières**

## **Agenda de la visite**

### **Dimanche 8 novembre**

Vol Paris - Addis Abeba

### **Lundi 9 novembre**

Bureaux MDM : présentation de l'équipe et du programme

### **Mardi 10 novembre**

Addis Abeba - Dawe en voiture  
Réunion avec ACISDA

### **Mercredi 11 novembre**

Groupe de jeunes mères et de femmes enceintes, Kenadillo  
Clubs anti MGF des écoles de  
Kedabura  
Belladullo  
Woderagi  
Centre de santé de Dawe

### **Jeudi 12 novembre**

Clubs anti MGF des écoles de  
Adalile  
Namelefe

Groupe Anti MGF de jeunes hommes, Adalile  
Dawe – Samara en voiture

### **Vendredi 13 novembre**

Vol Samara – Addis  
Réunion avec les responsables administration finance de MDM

### **Samedi 14 novembre**

Vol Addis Adebba - Paris

## **Liste des personnes rencontrées**

### **Equipe MdM - Addis Abeba**

Marie Hélène, General coordinator  
Asfaw, Logistic manager  
Haimanot, Finance and Admin manager  
Bete, Finance and Admin assistant  
Melaku, senior driver

### **Dawe**

Pakiza, MdM, sage-femme, Technical advisor,  
Ashenafi, ACISDA, Project coordinator  
Amin, ACISDA, Project supervisor  
des Community facilitators et community dialogue facilitators

Les directeurs, instituteurs et institutrices des écoles

Kedabura  
Belladullo  
Woderagi  
Adalile  
Namelefen

Le personnel du centre de santé de Dawe

## Données financières

All figures are in €

	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTAL 2014	TOTAL 2015 - up to Nov 30, 2015	TOTAL 2015 Estimated	TOTAL 2016 Budget
Ch. 61 International personnel	-585	10 058	108 215	85 272	100 988	161 613
Ch. 62 National pers & incentives	7 309	20 866	43 376	68 771	74 606	120 393
Ch. 63 Monitoring & Evaluation	808	1 658	25 134	8 273	11 846	37 567
Ch. 64 Conferences & Seminars	0	0	1 357	-288	511	6 298
Ch. 65 Programmes	0	0	73 097	98 687	98 687	54 828
Ch. 67 Logistics & Transport	83	2 330	36 211	50 847	54 605	41 571
Ch. 68 Admin costs & communication	1 154	19 633	26 931	31 720	34 361	49 172
Ch. 69 Other	0	0	1 775	2 297	2 297	0
<b>TOTAL ANNUAL EXPENSES</b>	<b>8 769</b>	<b>54 545</b>	<b>316 096</b>	<b>345 580</b>	<b>377 902</b>	<b>471 442</b>
<b>TOTAL - Coordination</b>	<b>7 961</b>	<b>50 610</b>	<b>-1 630</b>	<b>186 326</b>	<b>211 350</b>	<b>266 819</b>
<b>TOTAL - FGM Project</b>	<b>0</b>	<b>3 522</b>	<b>300 306</b>	<b>112 733</b>	<b>120 031</b>	<b>204 623</b>
<b>TOTAL - Refugees Project</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14 933</b>	<b>46 521</b>	<b>46 521</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL - Exploratory Mission (Afar 2012)</b>	<b>808</b>	<b>413</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL - Exploratory Mission (Refugees 2014)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 487</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Source of Funding	TOTAL 2012	TOTAL 2013	TOTAL 2014	TOTAL 2015 - up to Nov 30, 2015	TOTAL 2015 Estimated	TOTAL 2016 Budget
MdM Fund Cores - Coordination	7 961	50 610	-1 630	109 123	122 636	158 818
MdM Fund Cores - FGM Project	0	3 522	169 466	63 388	67 329	50 902
MdM Fund Cores - Refugees Project	0	0	14 933	46 521	46 521	0
MdM Fund Cores - Exploratory Mission (Afar 2012)	808	413	0	0	0	0
MdM Fund Cores - Exploratory Mission (Refugees 2014)	0	0	2 487	0	0	0
Donor STERN - Coordination	0	0	0	77 203	88 714	87 185
Donor STERN - FGM Project	0	0	130 840	49 345	52 702	54 511
Donor EuropeAid - Coordination	0	0	0	0	0	20 816
Donor EuropeAid - FGM Project	0	0	0	0	0	99 210
<b>TOTAL ANNUAL FUNDING</b>	<b>8 769</b>	<b>54 545</b>	<b>316 096</b>	<b>345 580</b>	<b>377 902</b>	<b>471 442</b>