

REPUBLICQUE DU SENEGAL  
Un Peuple -Un But - Une Foi

13326

**AGENCE DU FONDS DE DEVELOPPEMENT SOCIAL**



Immeuble EPI Rue 1 x Boulevard du Sud Point E BP 16 324 Dakar – Fann  
Tel : 865 22 56 – Fax : 865 23 76

PROJET FONDS DE DEVELOPPEMENT SOCIAL  
Crédit IDA n° 3446-SE

**ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DU VIH / SIDA  
DES POPULATIONS BÉNÉFICIAIRES DU PROJET  
FONDS DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL**

**Rapport final**

**JUIN 2006**

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	3
LISTE DES FIGURES.....	4
RESUME.....	5
INTRODUCTION.....	9
I. OBJECTIF ET RESULTATS ATTENDUS.....	9
II. ORGANISATION DE LA COLLECTE.....	10
2.1. Outils et cibles.....	10
2.2. Méthodes.....	10
2.2.1. Volet quantitatif.....	10
2.2.2. Volet qualitatif.....	12
2.3. Déroulement prévu.....	12
III. RESULTATS DE L'ETUDE.....	14
3.1. Volet Quantitatif.....	14
3.1.1. Evolution des connaissances sur le VIH/SIDA.....	14
3.1.2. Niveaux de participation des communautés de base.....	28
3.1.3. Niveaux de connaissances des communautés de base du VIH/SIDA.....	30
3.1.4. IMPACT DES ACTIVITES DE FORMATION.....	37
3.2. Volet Qualitatif.....	40
3.2.1. Lieux d'enquête.....	40
3.2.2. Participation aux séances de sensibilisation.....	40
3.2.3. Supports utilisés lors des séances de sensibilisation et appréciations des membres d'OCB.....	41
3.2.4. Contenu des séances de sensibilisation.....	42
3.2.5. Perceptions / Compréhension des messages véhiculés lors des séances de sensibilisations.....	43
3.2.6. Appréciations portées sur le contenu des séances de sensibilisations.....	44
3.2.7. Appréciations portées sur la stratégie de communication.....	44
3.2.8. Représentations / perceptions que les communautés ont du VIH/SIDA.....	45
3.2.9. Pratiques traditionnelles en cours.....	46
3.2.10. Influence des pratiques traditionnelles sur la propagation du VIH/SIDA et changements de comportement observés.....	48
CONCLUSION.....	49
IV. RECOMMANDATIONS.....	51
ANNEXES.....	53

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Effectif des OCB et populations à enquêter.....	11
Tableau 2 : Rapport formations auxquelles ont pris part les cibles/formations organisées .....	29
Tableau 3 : Rapport sessions de recyclage auxquelles ont pris part les cibles/sessions de recyclage organisées.....	29
Tableau 4 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par région.....	53
Tableau 5 : Pratique de rapports protégés avec partenaires occasionnels par région .....	53
Tableau 6 : Utilisation de matériels non stérilisés par région.....	54
Tableau 7 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par type d'organisation .....	54
Tableau 8 : Utilisation de matériels non stérilisés par type d'organisation .....	55
Tableau 9 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par type de projet .....	55
Tableau 10 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par catégorie sociale (femme).....	56
Tableau 11 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par catégorie sociale (homme).....	56
Tableau 12 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par taille de l'organisation .....	56
Tableau 13 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par fonds propres .....	57
Tableau 14 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par classe d'âge.....	57
Tableau 15 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par sexe.....	57
Tableau 16 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par situation matrimoniale .....	58
Tableau 17 : Utilisation de matériel non stérilisé par situation matrimoniale .....	58
Tableau 18 : Pratique de rapports avec partenaire occasionnel par niveau d'instruction .....	59
Tableau 19 : Pratique de rapports protégés avec partenaire occasionnel par niveau d'instruction .....	60
Tableau 20 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par ethnie.....	60
Tableau 21 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par religion.....	61
Tableau 22 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par occupation .....	61
Tableau 23 : Utilisation de matériel souillé par occupation .....	62
Tableau 24 : Proportion de répondants formés par sexe.....	62
Tableau 25 : Proportion de répondants formés par âge .....	63
Tableau 26 : Symptômes du SIDA par région.....	63
Tableau 27 : Symptômes du SIDA par région (suite).....	64
Tableau 28 : Mode de transmission par région.....	64
Tableau 29 : Mode de transmission par région.....	65
Tableau 30 : Mode de transmission par région.....	65
Tableau 31 : Mode de transmission par région.....	66
Tableau 32 : Mode de transmission par région.....	66
Tableau 33 : Mode de transmission par région.....	67
Tableau 34 : Mode de transmission par région.....	67
Tableau 35 : Prévention par région .....	68
Tableau 36 : Nombre de formations organisées .....	68
Tableau 37 : Nombre de recyclage organisé .....	69
Tableau 38 : Nombre de personnes formées .....	69
Tableau 39 : Nombre personnes recyclées .....	70
Tableau 40 : Nombre de relais formés.....	70
Tableau 41 : Nombre d'activités de démultiplication.....	71
Tableau 42 : Nombre d'activités de sensibilisation.....	71

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon la région de résidence.....	15
Figure 2 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon le type d'organisation.....	16
Figure 3 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon le type de projet.....	16
Figure 4 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon la catégorie sociale.....	17
Figure 5 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon la taille de l'organisation.....	18
Figure 6 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon l'âge.....	19
Figure 7 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon la situation matrimoniale.....	20
Figure 8 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon le niveau d'instruction.....	20
Figure 9 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon l'occupation.....	21
Figure 10 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon l'ethnie.....	22
Figure 11 : Evolution de la pratique des rapports non protégés avec partenaires occasionnels selon la région de résidence.....	23
Figure 12 : Evolution de la pratique des rapports non protégés avec partenaires occasionnels selon le niveau d'instruction.....	24
Figure 13 : Evolution de l'utilisation de matériel non stérilisé selon la région de résidence.....	25
Figure 14 : Evolution de l'utilisation de matériel non stérilisé selon le type d'organisation.....	26
Figure 15 : Evolution de l'utilisation de matériel non stérilisé selon la situation matrimoniale.....	27
Figure 16 : Participation des populations aux formations dispensées.....	28
Figure 17 : Participation des populations aux sessions de recyclage dispensées.....	29
Figure 18 : Amaigrissement comme symptôme du SIDA selon la région de résidence.....	30
Figure 19 : Pratique de rapports sexuels non protégés comme mode de transmission de la maladie.....	32
Figure 20 : Pratique de multipartenariat comme mode de transmission de la maladie.....	33
Figure 21 : Transfusion sanguine comme mode de transmission de la maladie.....	33
Figure 22 : Utilisation de matériel non stérilisé comme mode de transmission de la maladie.....	34
Figure 23 : Utilisation de préservatif comme moyen de prévention de la maladie.....	35
Figure 24 : Fidélité comme moyen de prévention de la maladie.....	36
Figure 25 : Abstinence comme moyen de prévention de la maladie.....	36
Figure 26 : Nombre de formation organisée par OCB selon la région de résidence.....	38
Figure 27 : Nombre de relais formés par OCB selon la région de résidence.....	38
Figure 28 : Nombre d'activités de sensibilisation organisées par OCB selon la région de résidence.....	39

## RESUME

La présente étude tente d'évaluer les connaissances sur le VIH/SIDA des populations de base du projet Fonds de Développement Social (PFDS). Ce dernier a intégré un volet VIH/SIDA dans les projets financés, concourant aux objectifs du Gouvernement du Sénégal visant à contenir le taux de prévalence du VIH/SIDA à un niveau raisonnable. L'étude est structurée en 4 parties essentielles. La première partie rappelle les objectifs poursuivis. L'organisation de la collecte est ensuite évoquée dans la seconde partie. La troisième partie présente les résultats obtenus. La dernière partie dégage les recommandations retenues pour améliorer / pérenniser les actions entreprises dans le cadre du programme.

Pour la mise en oeuvre de l'étude, les outils de collecte de données quantitatives ont été combinés à ceux de collecte de données qualitatives. La population à enquêter est constituée des hommes, femmes et jeunes des zones d'intervention du Projet Fonds de Développement Social. Un échantillon représentatif de ces populations a été retenu en tenant compte de la répartition par sexe et du poids démographique des différentes entités de population cible du projet. Au travers d'un tirage aléatoire systématique avec probabilités inégales, 713 membres de 256 Organisations Communautaires de base (OCB) ont été enquêtés dans 5 régions dans le cadre du volet quantitatif. L'équilibre rural urbain a été respecté dans le choix des OCB. En ce qui concerne le volet qualitatif, il a été mis en oeuvre à travers des « focus group » organisés au niveau communautaire dans chaque localité cible (milieu urbain et milieu rural) à partir de groupes homogènes de 5 à 7 personnes. Il a été question de voir en quoi les aspects socioculturels ont pesé ou continuent à constituer une entrave au changement de comportement.

Les résultats présentés dans ce rapport sont significatifs à un seuil de 1 pour mille pour l'essentiel. Lorsque l'on considère les périodes avant et après la mise en place du projet, le multipartenariat, l'utilisation de matériel non stérilisé et l'utilisation de préservatifs durant les rapports sexuels avec les partenaires occasionnels, ont été de manière très significative liés à la plupart des variables sociodémographiques.

Les résultats de l'évaluation ont montré que des acquis notables ont été enregistrés par les populations et le projet du fait de la mise en oeuvre des actions de formation initiés par le PFDS. Les comportements à risque des populations de base par rapport au VIH/SIDA et leurs connaissances sur les symptômes, la transmission et la prévention de la maladie ont été notablement améliorés. Ces résultats positifs ont été notés chez les différentes catégories de la population. Il convient de souligner que les femmes ont été plus enclines à changer de comportements et à adopter une attitude plus appropriée, face à la maladie. Aussi, suivant le sexe ou l'âge, les connaissances des différents symptômes, modes de transmission et moyens de prévention ont varié.

La quasi totalité des OCB ont bénéficié au moins d'une session de formation sur le VIH/SIDA (95%) et au moins 69% des répondants ont affirmé avoir été formés sur la maladie. La proportion de la population formée est plus importante chez les jeunes (72%).

S'agissant des recyclages, ils ont été plus rares que les formations. En moyenne, une personne par OCB a participé aux sessions de recyclages. Néanmoins, 90 % des répondants ont pensé que leurs congénères n'ont pas été recyclés.

Les activités de démultiplication de la formation ont été plus importantes que les recyclages, chaque OCB en a organisé une moyenne de deux (2). Elles ont été moins importantes que les activités de sensibilisation. Chaque OCB a tenu une moyenne de 5 activités de sensibilisation. Des disparités régionales ont été notées dans l'organisation des activités de recyclage, démultiplication et de sensibilisation, tandis que le milieu de résidence (urbain/rural) n'a pas été un facteur discriminant dans la tenue de ces sessions.

En somme, l'impact des formations a été très positif au vu des résultats de l'évaluation. Une moyenne de 259 personnes ont été touchées par les activités de formation, recyclage et de sensibilisation, et 26% des répondants ont affirmé que les activités ont eu un impact sur toute l'étendue de leur village.

Du volet qualitatif de l'étude, il ressort que le contenu des formations a été jugé facile à comprendre par les communautés. Le contenu des brochures et affiches illustre les différentes phases d'évolution et de prévention de la maladie. Les supports utilisés étaient essentiellement visuels et jugés appropriés par les OCB: projections de films, brochures, affiches et ou cartes conseils. Des supports visuels ont été utilisés pour démultiplier l'information : sketch, podium pour des chansons "rap", radio crochet.

Le contenu des séances de sensibilisation a été axé sur les voies de contamination, les manifestations de la maladie et les mesures préventives. D'une manière générale, les membres d'OCB ont eu une appréciation positive des séances de sensibilisation. Néanmoins, ils ont exprimé des inquiétudes relativement à certaines informations, notamment le port du préservatif qui peut, selon eux inciter les jeunes au libertinage sexuel.

En matière de communication, les populations ont estimé que la cible doit être segmentée au regard des contraintes socioculturelles liées au caractère tabou de la sexualité. Aussi lors des séances de démultiplication, elles ont plutôt utilisé la communication de proximité et souvent interpersonnelle où la sensibilisation se faisait par groupe d'âge et par sexe.

Les perceptions / représentations que les populations ont du VIH/SIDA fondent en cas de maladie, le recours thérapeutique. Pour la plupart des membres d'OCB, notamment en zones rurales éloignées l'explication de la maladie est principalement magico religieuse. Selon eux c'est une malédiction divine pour non respect de la parole de Dieu qui quel que soit la religion révélée (Islam, Christianisme, Judaïsme) interdit formellement la fornication. Ces raisons qui relèvent du surnaturel ne sont pas partagées par les populations des zones suburbaines notamment de Yeumbeul et Sangalkam. A Kolda commune, Ziguinchor, Kaolack, Linguère, le marabout ou le guérisseur est le premier recours. Cette tendance est fondée sur les croyances, mais serait également liée à la conjoncture économique. A Sangalkam et Yeumbeul, l'hôpital demeure le premier recours.

Les pratiques traditionnelles perdurent dans certaines localités, mais pas avec la même prégnance. L'excision, le tatouage, le sororat et le lévirat sont pratiqués à des échelles différentes dans certaines localités. Dans la région de Kaolack (à Lour Escale, Koungheul), le lévirat constitue une stratégie de survie pour la femme. Elle serait liée à la pauvreté féminine et constitue en quel. A Sangalkam, le lévirat et sororat sont pratiqués, mais surtout à cause de la tyrannie des normes et valeurs instituées par la société. A Oussouye, non seulement la femme ne doit pas être excisée, mais elle ne doit pas voir les

circoncis. A Linguère, le tatouage, l'excision et dans une moindre mesure la scarification sont toujours en vigueur, mais de plus en plus modernisés.

En ce qui concerne l'influence des pratiques traditionnelles sur la propagation du VIH/SIDA et les changements de comportement observés, les réponses font état d'une conscience aigüe que l'excision et le tatouage constituent des voies de contamination du VIH/SIDA. En outre, la grande majorité de la population n'acceptent plus d'utiliser des instruments ayant déjà servi à d'autres. Les populations ont compris que le levirat et sororat peuvent être lourdes de conséquences dans un environnement socioculturel caractérisé par la polygamie. Désormais, certaines populations notamment les jeunes font vérifier le statut sérologique de leur futur époux.

Au vu des résultats de l'étude, les recommandations ci-après ont été faites pour améliorer l'impact des interventions :

- Organiser d'avantage de sessions de recyclage lors des prochaines phases du projet eu égard d'une part à la rareté des sessions de recyclage et d'autre part à la faiblesse des effectifs recyclés;
- Accroître les activités de démultiplication à assurer par les relais qui ont reçu la formation ;
- Etoffer davantage le contenu des sessions de formations en insistant tout particulièrement sur des aspects liés à la transmission et à la prévention qui ne sont pas encore maîtrisées par les populations. En effet, au plan des connaissances, des insuffisances ont été notées sur les symptômes du SIDA sur les mode de contagion de la maladie à partir des questions posées (salutations, fréquentation de toilettes publiques, partage de repas, etc.). En outre, des écarts ont été relevés par rapport aux possibilités de contamination à travers le lait maternel, les urines, la sueur, etc. Il serait également indiqué d'aborder le problème de la prévention de la transmission mère-enfant et de mettre l'accent sur le dépistage de la maladie qui s'est révélé un geste rare au niveau des populations enquêtées. Il convient aussi d'aborder dans les modules de formations les avantages liés aux ARV et les moyens d'y accéder, qui sont ignorés par les populations selon les résultats des enquêtes ;
- Revoir le mode d'organisation des séances de démultiplication des actions de sensibilisation en ciblant davantage les adultes et en tenant compte des questions de genre et de catégorie sociale. En effet, des barrières socioculturelles pourraient empêcher les jeunes relais de disséminer / démultiplier les connaissances acquises auprès des adultes en raison du caractère tabou des questions liées à la sexualité dans nos sociétés.
- Développer au plan institutionnel et programmatique un partenariat entre le Conseil National de Lutte Contre le SIDA et le Programme de Lutte Contre la Pauvreté, afin de tirer profit de l'expérience du CNLS, massifier ainsi les cibles et faire des économies d'échelle ;
- Organiser des évaluations périodiques afin d'identifier en temps réel le gap entre les résultats attendus et ceux obtenus durant la mise en œuvre du programme. Ces évaluations permettront de mieux ajuster les démarches d'interventions ;
- Sensibiliser davantage les cibles lors des évaluations à venir sur l'importance de ces dernières afin d'obtenir leur collaboration condition préalable à la réussite de toute étude à entreprendre;
- Accroître les ressources financières afin de permettre aux membres d'OCB de mener des activités de démultiplication de l'information ;

- Mettre à la disposition des membres d'OCB, des supports appropriés pour faciliter la compréhension du contenu des séances de sensibilisation par les populations ;
- Rendre effective la loi sur la décentralisation dans sa partie concernant le transfert de la compétence santé, afin d'inscrire le programme de sensibilisation dans la longue durée ;
- Faire du dépistage une priorité :
  - ✦ en mettant en place des centres de dépistage en milieu rural,
  - ✦ en instaurant une journée nationale de dépistage,
  - ✦ en initiant une caravane itinérante à travers tout le Sénégal.
- Mener une réflexion sur les stratégies d'interventions ;
- Saisir toutes les occasions qui rassemblent les populations notamment les manifestations culturelles pour mener des activités de sensibilisation ;
- Mener des actions de sensibilisations à tous les niveaux en impliquant les leaders religieux, les Imam, les leaders coutumiers ainsi que les chefs de quartier ;
- Mener des recherches sur les aspects socioculturels, afin d'affiner les messages utilisés lors des séances de sensibilisation ;
- Procéder à la segmentation des cibles dans les activités de communication / sensibilisation ;
- Concevoir les sketch et scénarii de films à partir des réalités sénégalaises ;
- Mettre en place des programmes à partir des stratégies d'interventions concertées entre responsables de programmes VIH/SIDA et élus locaux.

## INTRODUCTION

La présente étude tente d'évaluer les connaissances sur le VIH/SIDA des populations de base du projet Fonds de Développement Social (PFDS). Elle constitue une étape dans le cycle normal d'évolution des projets. Il s'agira de faire le point sur l'impact des actions mises en œuvre afin d'accroître l'efficacité des programmes / phases à venir. Les activités de formation réalisées dans le cadre des interventions du projet sont une partie intégrante du programme de lutte contre la pauvreté initié par le Projet Fonds de Développement Social. Ce dernier a intégré un volet VIH/SIDA dans les projets financés, concourant aux objectifs du Gouvernement du Sénégal visant à contenir le taux de prévalence du VIH/SIDA à un niveau raisonnable.

L'étude est structurée en 4 parties essentielles. La première partie rappelle les objectifs poursuivis. L'organisation de la collecte est ensuite évoquée dans la seconde partie. La troisième partie présente les résultats obtenus. La dernière partie dégage les recommandations, retenues pour améliorer / pérenniser les actions entreprises dans le cadre du programme.

## I. OBJECTIF ET RESULTATS ATTENDUS

L'objectif poursuivi à travers cette étude consiste à évaluer les connaissances des symptômes, de la transmission et de la prévention du VIH/SIDA par les communautés de base.

De manière spécifique, il s'agira de satisfaire aux attentes suivantes :

- Déterminer les niveaux de connaissance des différentes catégories des communautés de base du VIH/SIDA (manifestations, contamination, prévention) suivant les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques ;
- Dénombrer les personnes directement touchées par les modules d'IEC sur le VIH/SIDA et les séances de sensibilisation et de démultiplication dans les localités choisies ;
- Déterminer le niveau de perception des communautés cibles des dangers du VIH/SIDA et les écarts suivant les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques ;
- Vérifier la mise en œuvre et l'effectivité des engagements pris par les communautés à suivre les modules de formation et de sensibilisation sur l'IEC et le VIH/SIDA et les séances de démultiplication ;
- Déterminer le niveau de participation des communautés de base, en particulier celui des groupes vulnérables et groupes cibles à risque (femmes et jeunes) aux séances d'IEC sur le VIH/SIDA et les IST ;
- Apprécier les autres aspects particuliers du VIH/SIDA.

## **II. ORGANISATION DE LA COLLECTE**

### **2.1. Outils et cibles**

Pour la mise en oeuvre de l'étude, les outils de collecte de données quantitatives ont été combinés à ceux de collecte de données qualitatives. Dans le cadre du volet quantitatif de cette étude, les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire précodé administré aux différentes catégories de la population : Femmes, jeunes et hommes, tandis que pour le volet le volet qualitatif, un guide d'entretien a été élaboré et administré dans le cadre d'un « focus group » .

La population à enquêter est donc constituée des hommes, femmes et jeunes des zones d'intervention du Projet Fonds de Développement Social. Un échantillon représentatif de ces populations a été retenu en tenant compte de la répartition par sexe et du poids démographique des différentes entités de population cible du projet.

### **2.2. Méthodes**

#### **2.2.1. Volet quantitatif**

##### **Base de sondage**

La base de sondage est conçue à partir des bases de données des activités financées au niveau des différentes régions (MP et AGR disponibles). Ces fichiers Excel nous présentent la liste de l'ensemble des OCB bénéficiaires du projet, réparties selon la région, le département, la CR. Le poids relatif des entités a été déterminé à partir du nombre d'COB financées dans chaque localité (urbain, rural).

##### **Echantillonnage**

La méthode d'échantillonnage proposée est une stratification à 2 degrés et à probabilités inégales pour tenir compte au mieux du poids démographique des différentes entités et répondre aux exigences de validité des résultats et des enseignements tirés. La région de résidence constitue le premier niveau de stratification. Ensuite, des OCB ont été choisies au niveau des Communes et des CR, pour distinguer le milieu de résidence, suivant un tirage systématique à probabilité proportionnelle à la taille.

La distribution des OCB (moyenne et dispersion) suivant les départements a finalement guidé notre choix de ne pas retenir le département comme niveau de stratification de notre échantillon.

Au niveau de chaque OCB retenu, un homme, une femme et un jeune ont été enquêtés. Ceux-ci sont des bénéficiaires directs des projets.

La taille de l'échantillon dans la zone d'intervention du projet devrait nous permettre d'apprécier la population à 15 % près, au seuil de 95%.

## Tirage des OCB

Le tirage est aléatoire systématique avec probabilités inégales

Tableau 1 : Effectif des OCB et populations à enquêter

<i>Région</i>	<i>Nbre total OCB</i>	<i>Nbre OCB enquêtées</i>	<i>Population totale enquêtée</i>
Fatick rural	233	74	216
Fatick urbain	39	12	36
Kolda rural	220	73	203
Kolda urbain	15	7	16
Kaolack rural	79	29	69
Kaolack urbain	7	4	12
Louga rural	128	21	60
Louga urbain	10	5	15
Ziguinchor rural	29	9	27
Ziguinchor urbain	2	4	11
Dakar rural	36	12	33
Dakar urbain	16	6	15
Ensemble	814	256	713

## Traitement et analyse

Les données ont été saisies avec les modules de SPSS. On a procédé à une vérification de 10 % des données pour corriger les erreurs de saisie. Le traitement et l'analyse des données ont été faits avec le logiciel spss. Les fréquences des données recueillies ont été faites pour vérifier leur complétude et cohérence. Les différents indicateurs retenus ont été croisés avec les caractéristiques sociodémographiques. Les méthodes statistiques univariées et bivariées ont été utilisées pour l'analyse. Les résultats analysés ont été significatifs à un seuil de 1 pour 1000 pour l'essentiel.

## 2.2.2. Volet qualitatif

La mise en œuvre d'activités de sensibilisation dans le cadre de ce projet ayant pour objectif, le changement de comportement, il a été retenu un volet qualitatif pour apprécier l'évolution des perceptions et ou représentations sur le VIH/SIDA. De manière plus spécifique, à travers des « focus group » qui ont été organisés au niveau communautaire, il a été question de voir en quoi les aspects socioculturels ont pesé ou continuent à constituer une entrave au changement de comportement.

Les focus group ont été organisés dans chaque localité cible (milieu urbain et milieu rural) à partir de groupes homogènes de 5 à 7 personnes autour des thèmes liés à :

- L'appréciation des séances de sensibilisation,
- Les représentations/perceptions de la maladie,
- Les attitudes en terme de changements de comportements face aux IST et au VIH/SIDA,
- L'itinéraire thérapeutique en cas de maladie IST, VIH/SIDA,
- L'influence de la religion, du marabout, ou du guérisseur traditionnel sur les décisions à prendre face aux IST, VIH/SIDA,
- La compréhension des messages véhicules lors des séances de sensibilisation.

## 2.3. Déroulement prévu

### Détails du déroulement

Les volets quantitatif et qualitatif de la collecte des données ont été coordonnés par un statisticien démographe et un sociologue. Ceux-ci ont formé les agents de collecte des données et assuré la supervision de l'opération. Les différentes étapes de l'étude ont été présentées sur les tableaux ci-dessous avec pour chaque étape: l'objet, la méthode, les résultats attendus, les ressources humaines/durée et le lieu.

Tache : Revue documentaire

Objet:	Recueillir des informations sur le projet et les activités de formation sur le VIH/SIDA
Méthode	Revue de documentation, entretiens
Résultats	Des informations pertinentes ont été recueillies sur le projet et les activités de formation
Ressources	Statisticien démographe, sociologue, sociologue/communicateur/media, spécialiste du VIH/SIDA
Lieu	Dakar

Tache : Conception de la méthodologie, du guide d'entretien, des questionnaires et échantillonnage

Objet:	Expliciter la méthodologie de l'étude et concevoir le support de collecte des données
Méthode	Conception de documents méthodologiques, supports de collecte
Résultats	La méthodologie a été comprise et acceptée par les parties et les supports de collecte de données ont été élaborés
Ressources	Statisticien démographe, sociologue, sociologue/communicateur/media, spécialiste du VIH/SIDA
Lieu	Dakar

Tache : Formation des enquêteurs et test du questionnaire

Objet:	Former les enquêteurs et valider le questionnaire
Méthode	Formation, coaching
Résultats	Le questionnaire et le guide d'entretien ont été validés et maîtrisés par les enquêteurs
Ressources	Statisticien démographe, sociologue
Lieu	Dakar

Tache : Collecte des données quantitatives et qualitatives

Objet:	Recueillir les informations nécessaires pour réaliser l'étude
Méthode	Enquête
Résultats	Les données ont été collectées
Ressources	Sociologue, statisticien démographe
Lieu	Régions de Dakar, Fatick, Kaolack, Kolda, Louga, et Ziguinchor

Tache : Saisie, traitement des données, exploitation et analyse

Objet:	Analyser les données recueillies sur le terrain
Méthode	Logiciels Spss
Résultats	Les données ont été saisies, épurées et analysées
Ressources	Opérateurs (trices) de saisie, statisticien démographe, sociologue
Lieu	Dakar

Tache : Rédaction du rapport provisoire et du rapport final

Objet:	Produire le rapport final
Méthode	Rédaction
Résultats	Le rapport final a été produit dans les délais
Ressources	Equipe de consultants
Lieu	Dakar

### III. RESULTATS DE L'ETUDE

#### 3.1. Volet Quantitatif

Les résultats présentés dans ce rapport sont significatifs à un seuil de 1 pour mille pour l'essentiel. Les comportements à risque des populations avant la mise en œuvre du projet ont été étudiés pour disposer d'une situation de référence, en vue de mettre en exergue les changements entraînés par la mise en œuvre du projet. Ces comportements reposent sur la pratique de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels, la non utilisation de préservatifs durant ces rapports sexuels et l'utilisation de matériel non stérilisé comme les rasoirs, les seringues, les couteaux et aiguilles pour les tatouages, la scarification, la coiffure, etc. Parmi ces comportements à risque, le multipartenariat s'avère la variable la plus significativement associée aux caractéristiques sociodémographiques, aux caractéristiques de l'organisation ou au type de projet.

En plus des changements de comportements identifiés, nous étudierons la participation des populations aux formations. Les connaissances des populations de base sur les symptômes, la transmission et la prévention de la maladie seront analysées, en mettant en exergue les disparités régionales, entre autres. Enfin, nous essayerons d'analyser l'impact des formations.

##### 3.1.1. Evolution des connaissances sur le VIH/SIDA

Lorsque l'on considère les périodes avant et après la mise en place du projet, le multipartenariat est de manière très significative liée à la région de résidence, au type d'organisation, à la taille de l'organisation, au type de projet, aux catégories sociales (homme, femmes et jeunes) et aux autres variables sociodémographiques (age, sexe, situation matrimoniale, niveau d'instruction, occupation, ethnie et religion).

L'utilisation de matériel non stérilisé est associée à la région de résidence, au type d'organisation, à la situation matrimoniale et à l'occupation.

Quant à l'utilisation de préservatifs durant les rapports sexuels avec les partenaires occasionnels, elle est significativement associée à la région de résidence et au niveau d'instruction. Cette faiblesse de la relation entre le port des préservatifs et les caractéristiques sociodémographiques ou celles de l'organisation et des projets, pourrait être expliquée par la faiblesse des rapports sexuels non-protégés entretenus avec des partenaires occasionnels.

Il convient de noter que les associations constatées entre les variables dépendantes et indépendantes pourraient résulter de relations directes entre variables indépendantes, donc cacher des relations fallacieuses.

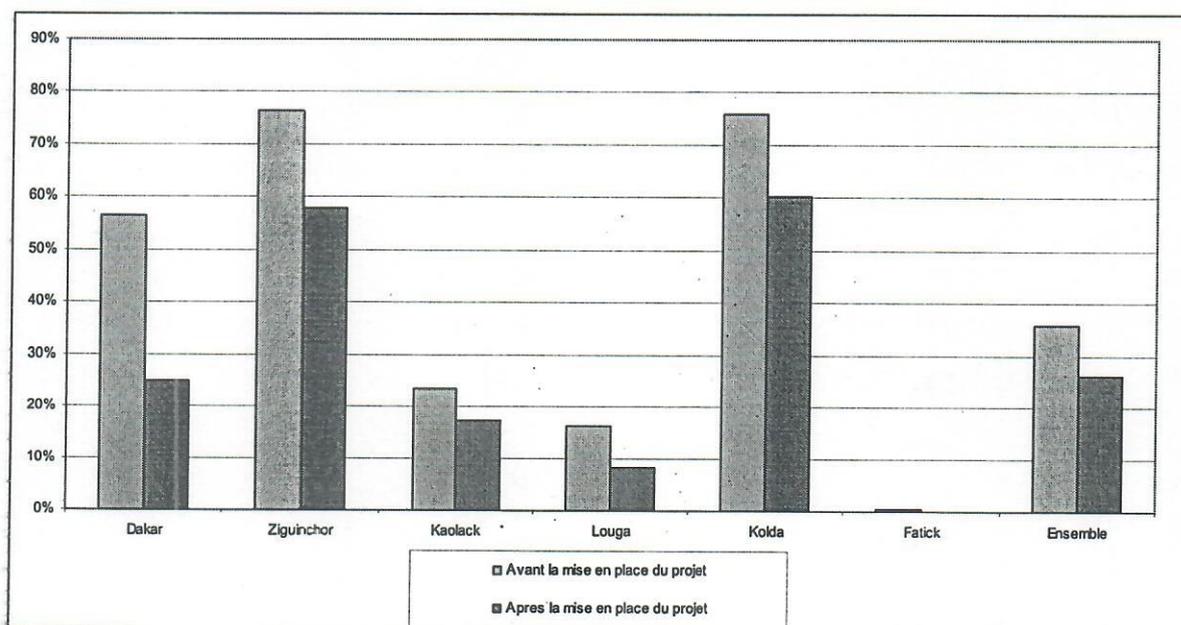
## a) Multipartenariat

Dans le cadre de notre étude, le multipartenariat est défini comme la pratique de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Nous entendons par partenaire occasionnel (le) toute personne avec qui on a eu des rapports sexuels de manière ponctuelle et qu'on a aucune intention de continuer. Il s'agit par exemple des professionnel (le) s du sexe ou de partenaires rencontrés de manière fortuite avec lesquels (les) les relations ne seront pas suivies. Le (la) partenaire occasionnel (le) s'oppose au (la) partenaire régulier (ere) [conjoint (e), concubine ou maîtresse) Le multipartenariat augmente le risque d'attraper la maladie lorsque les rapports sexuels sont pratiqués sans protection.

### *Multipartenariat et région de résidence*

Entre la période de référence et la mise en place du projet, le multipartenariat est passé de 36% à 26%, compte non tenu de la région de résidence, soit une baisse de 28%. Avec la mise en place du projet, ce comportement à risque est devenu moins fréquent. Avant la mise en place du projet, cette pratique était plus fréquente à Ziguinchor et à Kolda avec 76%, contre 16% à Louga et moins de 1% à Fatick. Le changement de comportement a été plus important à Fatick, à Dakar et à Louga.

Figure 1 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon la région de résidence

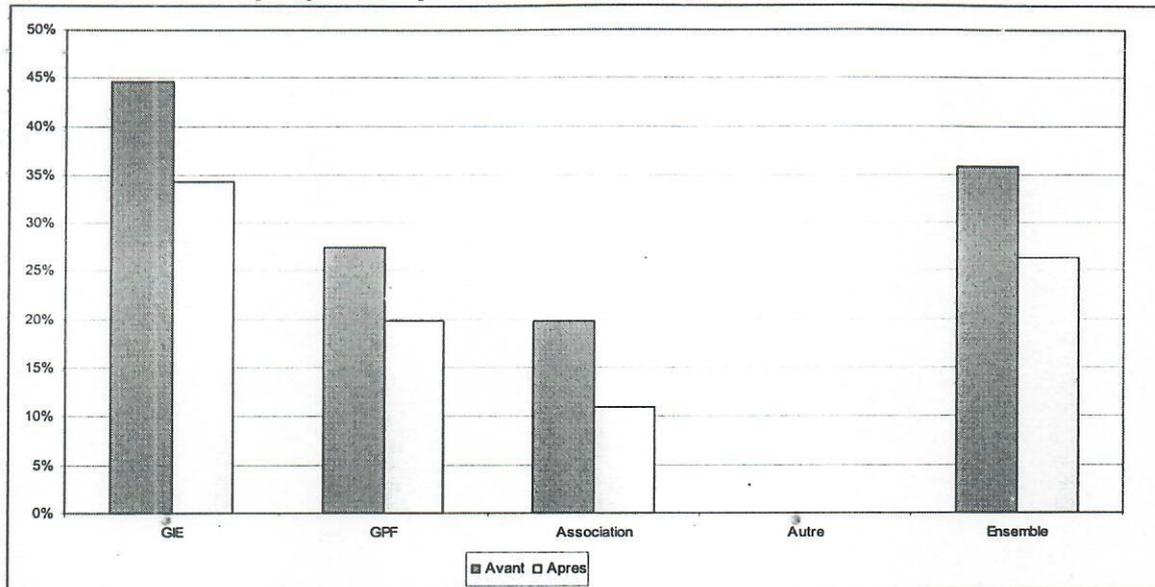


Source : Enquête quantitative

### *Multipartenariat et type d'organisation*

Comme pour la région de résidence, la pratique du multipartenariat a baissé durant la période considérée de 27% environ. Ici, le changement de comportement a été plus important au niveau des GPF (28%) qu'au niveau des GIE (23%) ou des associations (20%). Les GPF constitués uniquement de femmes pourraient avoir les meilleures dispositions à adopter de nouveaux comportements.

Figure 2 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon le type d'organisation

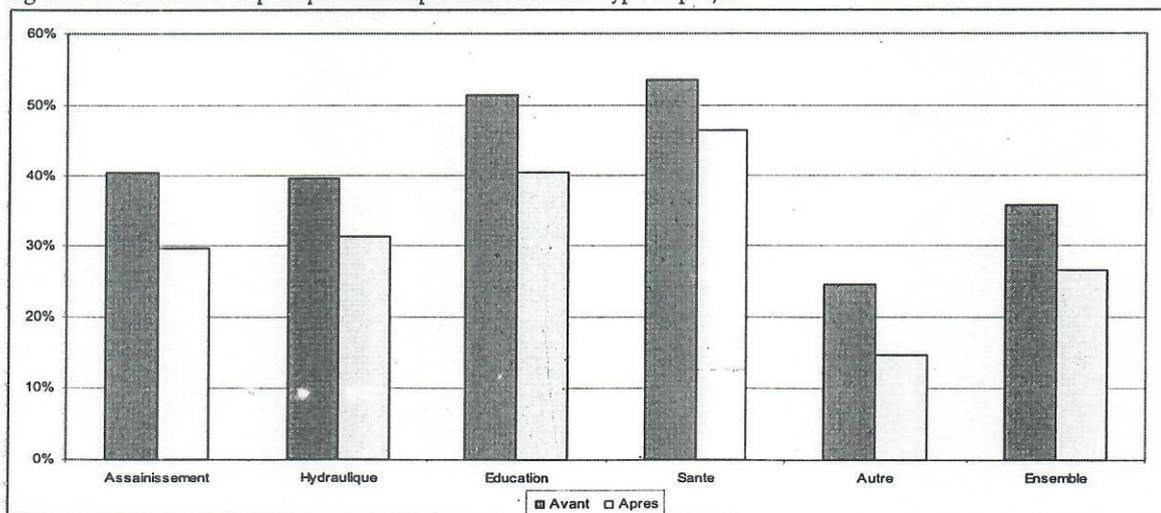


Source : Enquête quantitative

*Multipartenariat et type de projet*

Le secteur de l'embouche est un des domaines les plus pratiqués. C'est aussi le domaine où les bénéficiaires adoptent plus facilement un changement de comportement en ce qui concerne le multipartenariat. Paradoxalement, les changements ont été moins spectaculaires chez les bénéficiaires de projets de santé (13%). Aussi, au niveau de ces projets, les besoins étaient –il plus importants avant la mise en place du projet. Les secteurs de l'éducation et de l'hydraulique ont enregistré une baisse de 21%, contre 27% pour le secteur de l'assainissement.

Figure 3 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon le type de projet

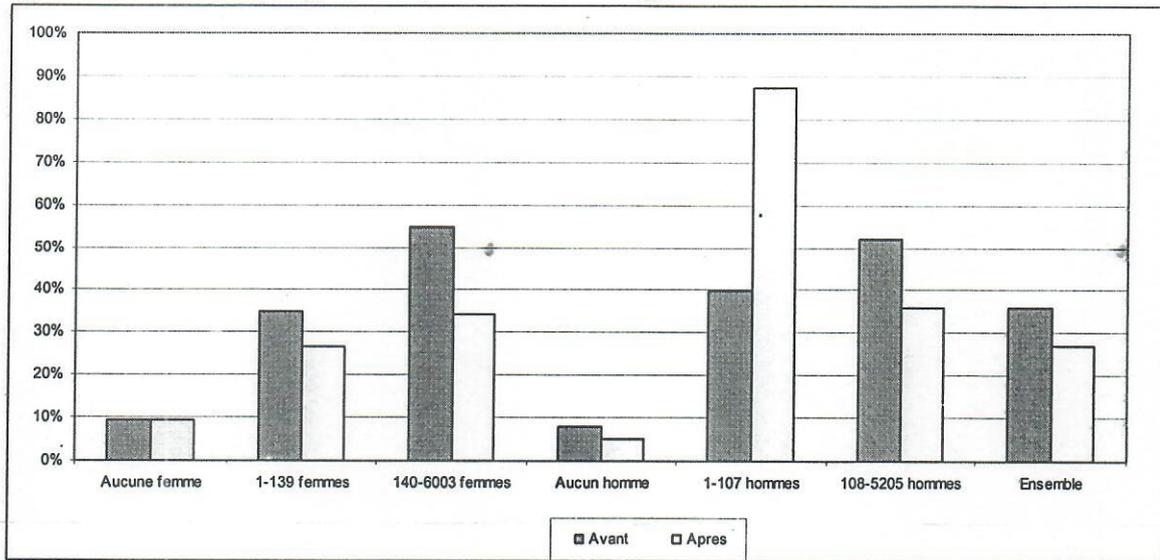


Source : Enquête quantitative

### *Multipartenariat et catégories sociales*

Dans les organisations féminines, le rythme de changement de comportement a été de 37% contre 20% dans les organisations masculines. Cette situation est confirmée par les niveaux de changement de comportements constatés chez les deux sexes. Le changement de comportement semble plus rapide dans les organisations de femmes.

Figure 4 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon la catégorie sociale

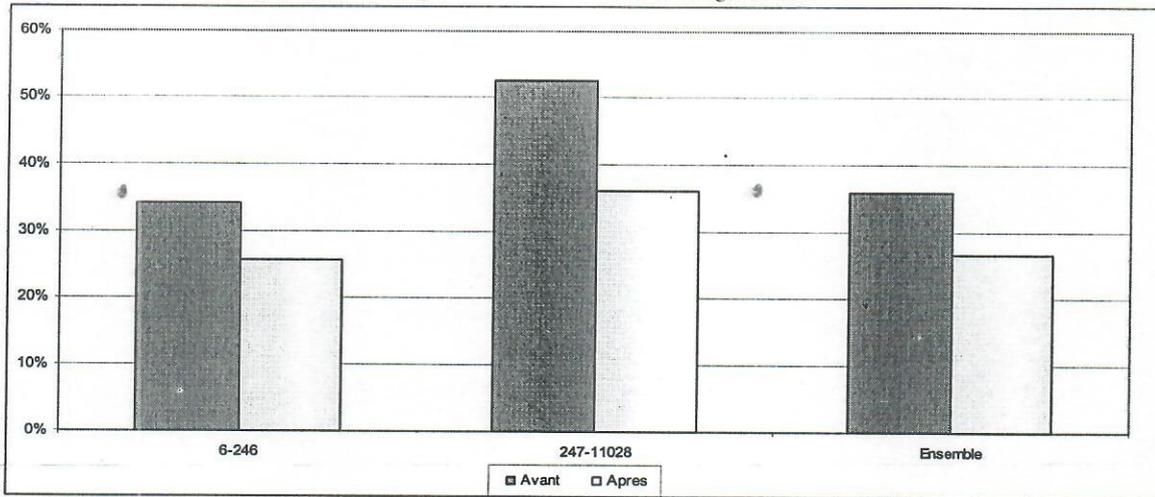


Source : Enquête quantitative

*Multipartenariat et taille de l'organisation*

La taille de l'organisation est positivement associée au changement de comportement. Les organisations les plus importantes ont enregistré les meilleurs scores dans le changement constaté. Lorsque la taille de l'organisation est comprise entre 6 et 246 personnes (taille moyenne), le changement de comportement a atteint 25%, contre 31% dans les organisations plus grandes.

Figure 5 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon la taille de l'organisation

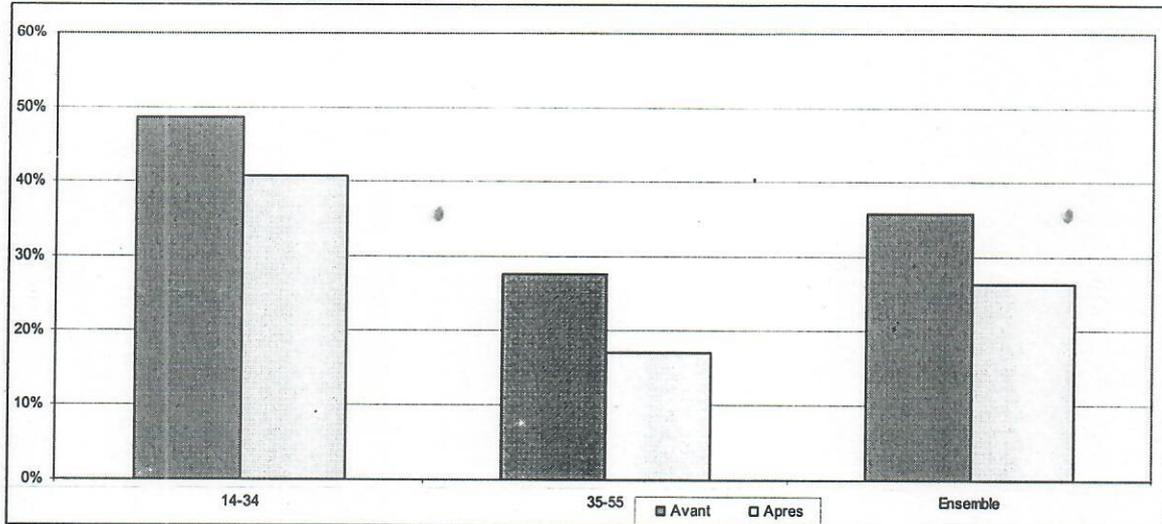


Source : Enquête quantitative

### *Multipartenariat et age*

Le multipartenariat a baissé avec l'âge. Le changement de comportement est passé de 16% chez les moins de 35 ans, à 38 % chez les 35-55 ans, et 50% chez les plus de 55 ans. Toutes catégories sociales confondues, l'âge est positivement associé au changement de comportement constaté.

Figure 6 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon l'âge

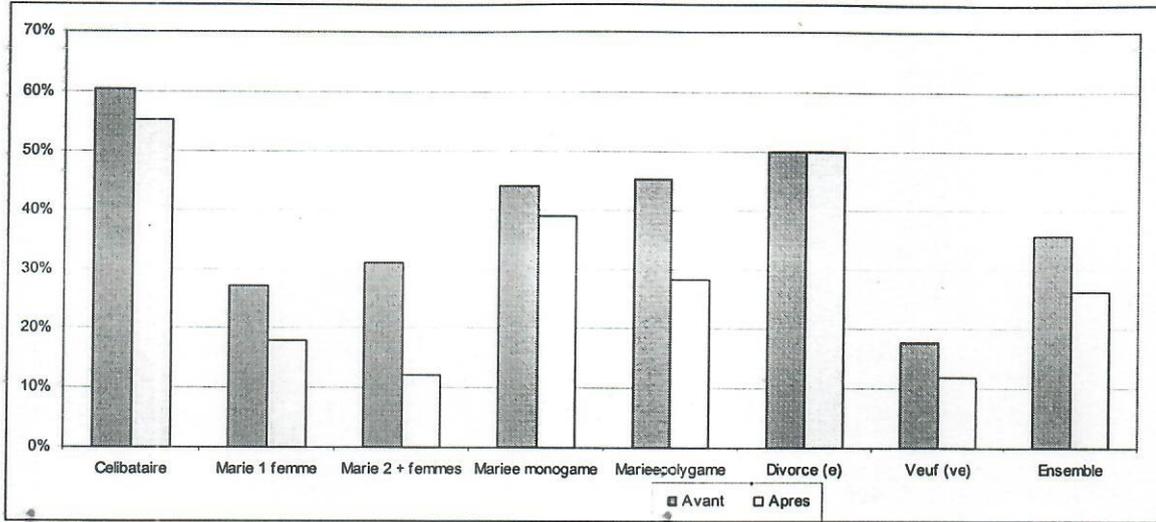


Source : Enquête quantitative

### *Multipartenariat et situation matrimoniale*

La situation matrimoniale est de toute évidence très significativement associée au multipartenariat. Avant la mise en place du projet, les célibataires et les divorcés (es) ont été les plus exposés à cette pratique avec respectivement 60,5% et 50%, contre 17,6% chez les veufs (ves). Aussi, les célibataires, les veufs (ves) et les divorcés (es) constituent-ils les groupes les plus réfractaires au changement, le multipartenariat étant resté constant chez les divorcés (es), et 9% seulement des célibataires ayant changé de comportement. Le niveau de changement constaté chez les veufs (ves) (4%) pourrait être dû à la rareté du comportement au sein du groupe. Chez les polygames, le changement de comportement a été plus intense avec 61 %. En outre, les femmes des polygames ont été très enclines à renoncer au multipartenariat.

Figure 7 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon la situation matrimoniale

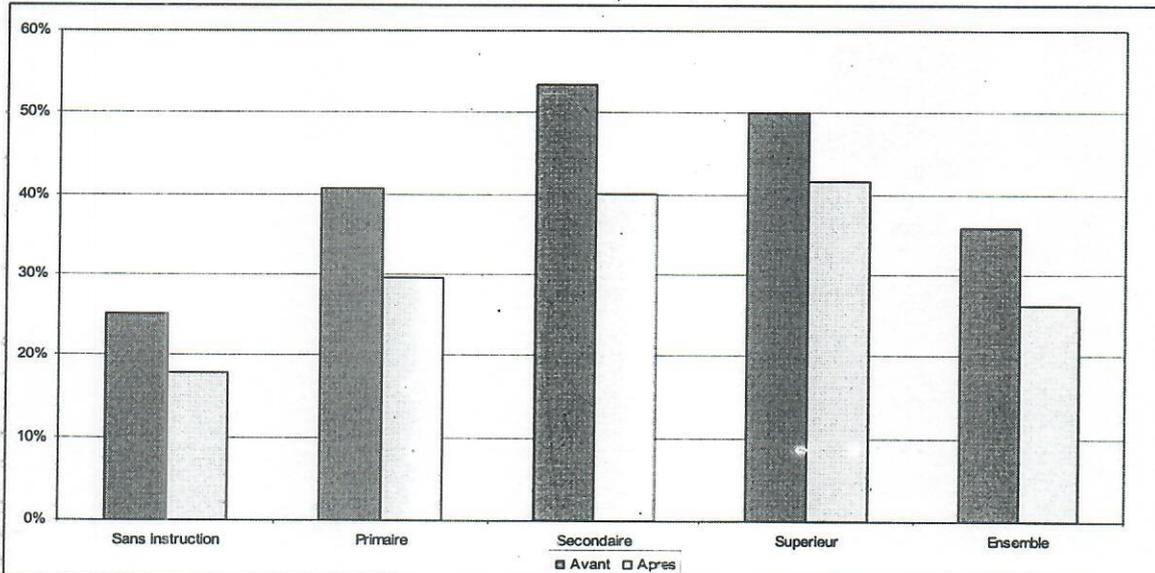


Source : Enquête quantitative

*Multipartenariat et niveau d'instruction*

Contrairement aux attentes, le niveau d'instruction semble favoriser le multipartenariat. Avant la mise en place du projet, les populations les moins instruites étaient les moins exposées à cette pratique, et c'est au niveau de ce groupe où le niveau de changement est le plus important. Toutefois, il faudrait noter que les populations les plus instruites sont plus enclines à utiliser des préservatifs avec leurs partenaires occasionnels. Ces populations ont tendance à entretenir des rapports sexuels protégés avec leurs partenaires non réguliers.

Figure 8 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon le niveau d'instruction

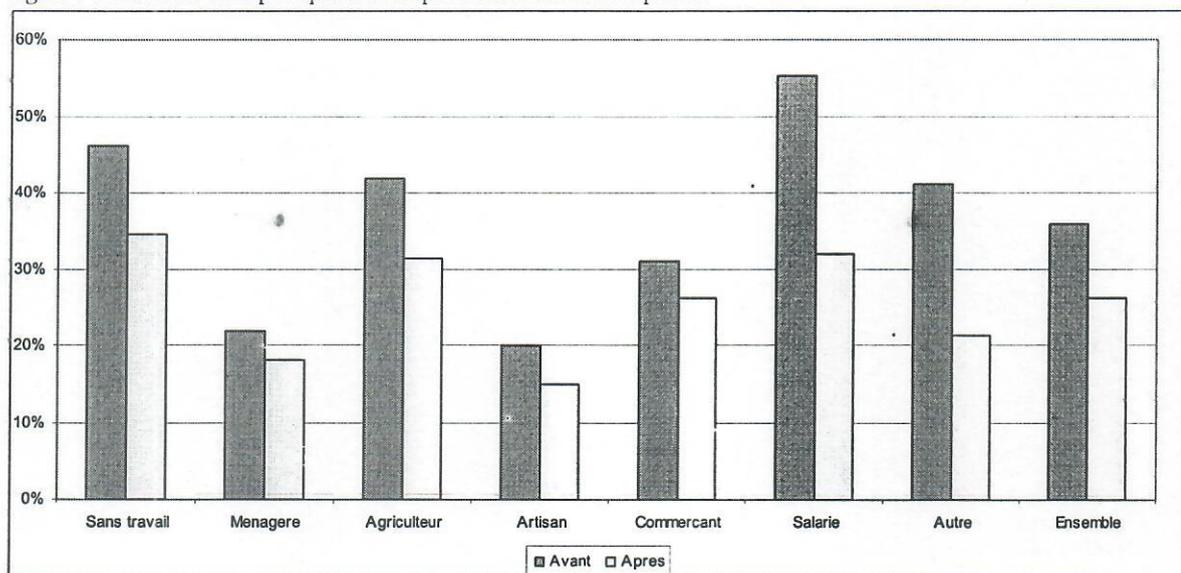


Source : Enquête quantitative

### *Multipartenariat et occupation*

L'occupation est faiblement associée au multipartenariat, le changement de comportement étant constant chez les chômeurs, les agriculteurs et les artisans (20%). Néanmoins, un changement de comportement plus intense a été noté chez les salariés (42%). Les ménagères ont été les moins enclines à adopter un nouveau comportement avec 17%.

Figure 9 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon l'occupation:

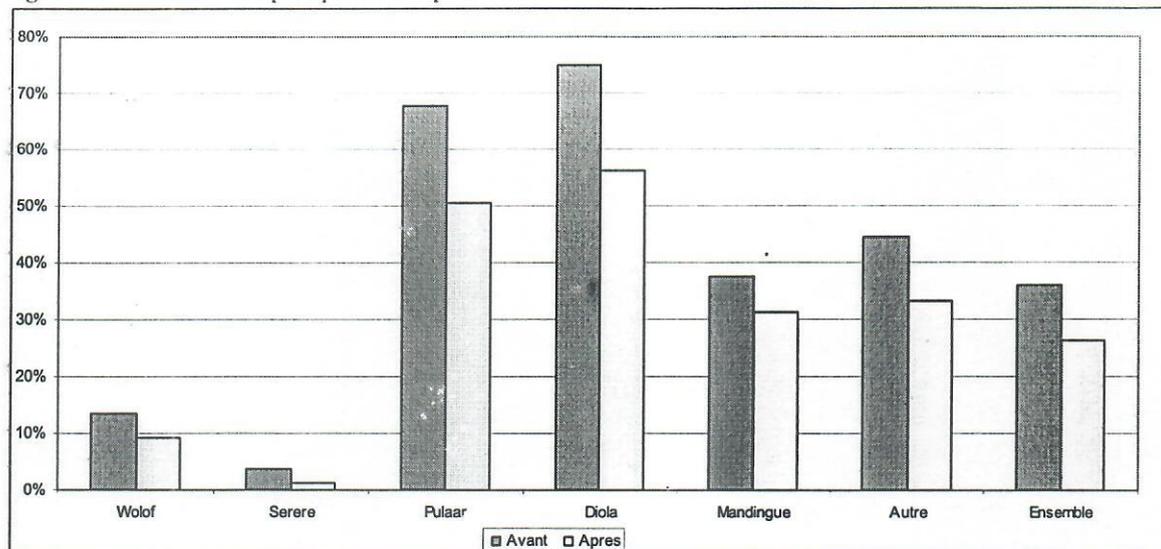


Source : Enquête quantitative

### *Multipartenariat, ethnie et religion*

Avec la mise en place du projet, le changement de comportements a été plus déterminant chez les sereres (66%) à majorité musulmane, et moins important chez les mandingues (16%). Ainsi, les musulmans ont été plus enclins à changer de comportement avec 29% contre 5% chez les chrétiens à majorité diola.

Figure 10 : Evolution de la pratique de multipartenariat selon l'ethnie



Source : Enquête quantitative

### **b) Utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels**

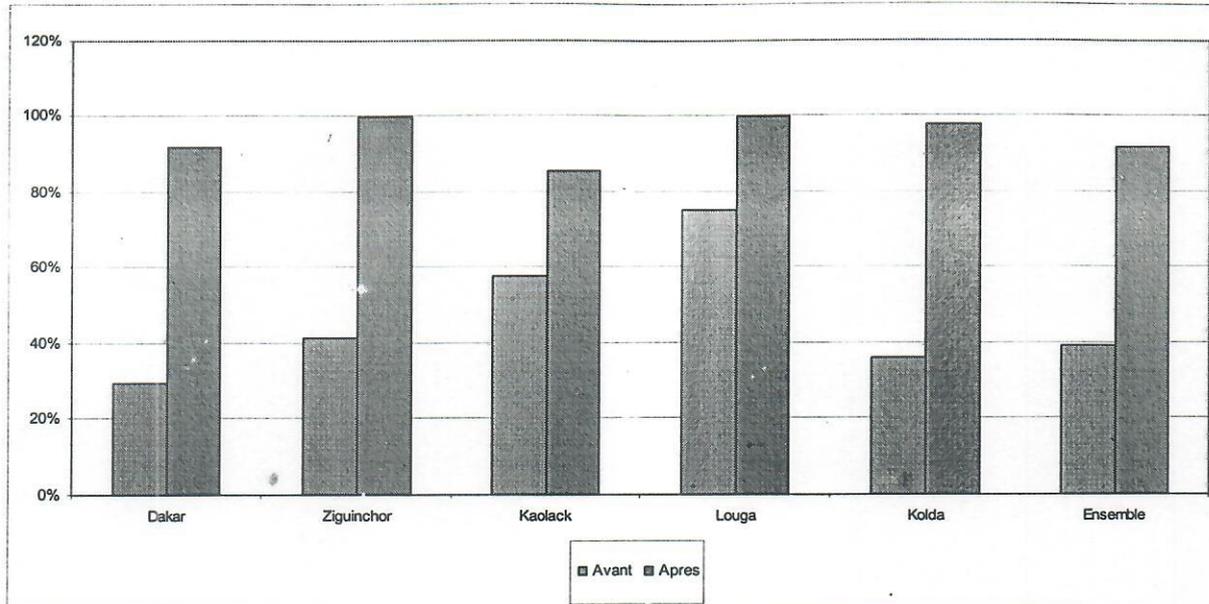
Lorsqu'il est correctement utilisé, le préservatif offre une protection de l'ordre de 98% contre le VIH. Il peut donc être considéré comme un moyen de protection contre la maladie.

La faiblesse de l'association entre les variables retenues et le comportement pourrait être expliquée par la proportion des individus ayant entretenu des relations avec des partenaires occasionnels.

#### *Rapports protégés avec partenaires occasionnels et région de résidence*

La région de résidence est une variable discriminante du port du préservatif lors des rapports sexuels avec les partenaires occasionnels. Avec des niveaux supérieurs à la moyenne régionale, les régions de Dakar, Fatick et Ziguinchor ont enregistré les plus forts taux de changement de comportement. A Ziguinchor et à Louga, toutes les populations antérieurement exposées au risque de contamination ont adopté le port du préservatif avec la mise en œuvre du projet.

Figure 11 : Evolution de la pratique des rapports non protégés avec partenaires occasionnels selon la région de résidence



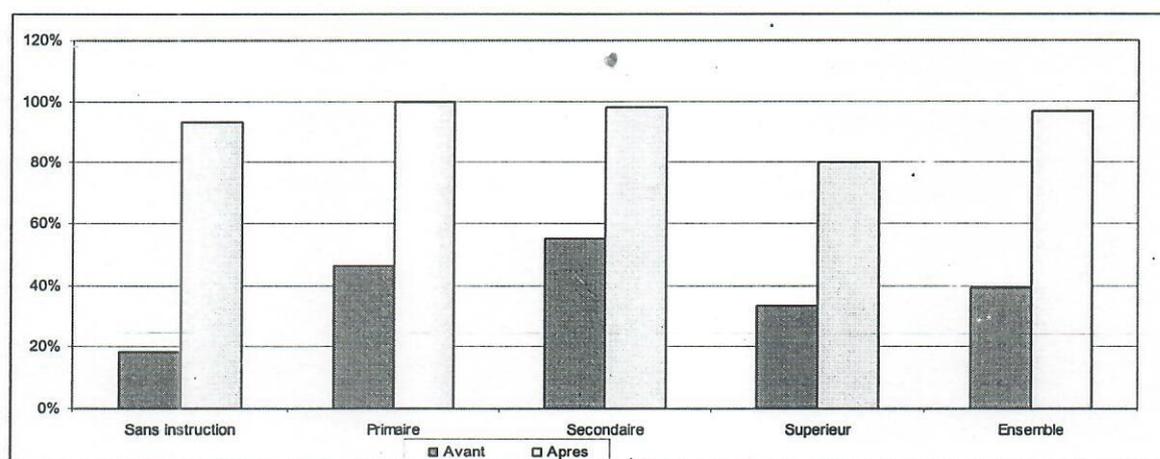
Source : Enquête quantitative

### *Rapports protégés avec partenaires occasionnels et niveau d'instruction*

Le niveau d'instruction est l'une des variables sociodémographiques significativement associées à cette pratique, lorsque nous considérons les périodes avant et après la mise en place du projet. Avant la mise en place du projet, les populations les moins instruites étaient les moins enclines à utiliser des préservatifs avec leurs partenaires occasionnels, avec 18,6% chez les non instruites contre 46% chez celles ayant atteint le primaire et 55% chez leurs congénères ayant atteint le secondaire.

L'adoption du port des préservatifs avec des partenaires occasionnels a été très significative durant la mise en œuvre du projet, la proportion passant de 39% à 97%, soit un accroissement d'environ 146%. Le changement de comportement a été plus intense chez les non instruites (de 19% à 93%) et les populations du niveau du supérieur (de 33% à 80%). Le changement de comportement a été généralisé chez les populations du niveau du primaire.

Figure 12 : Evolution de la pratique des rapports non protégés avec partenaires occasionnels selon le niveau d'instruction



Source : Enquête quantitative

### c) Utilisation de matériel non-désinfecté

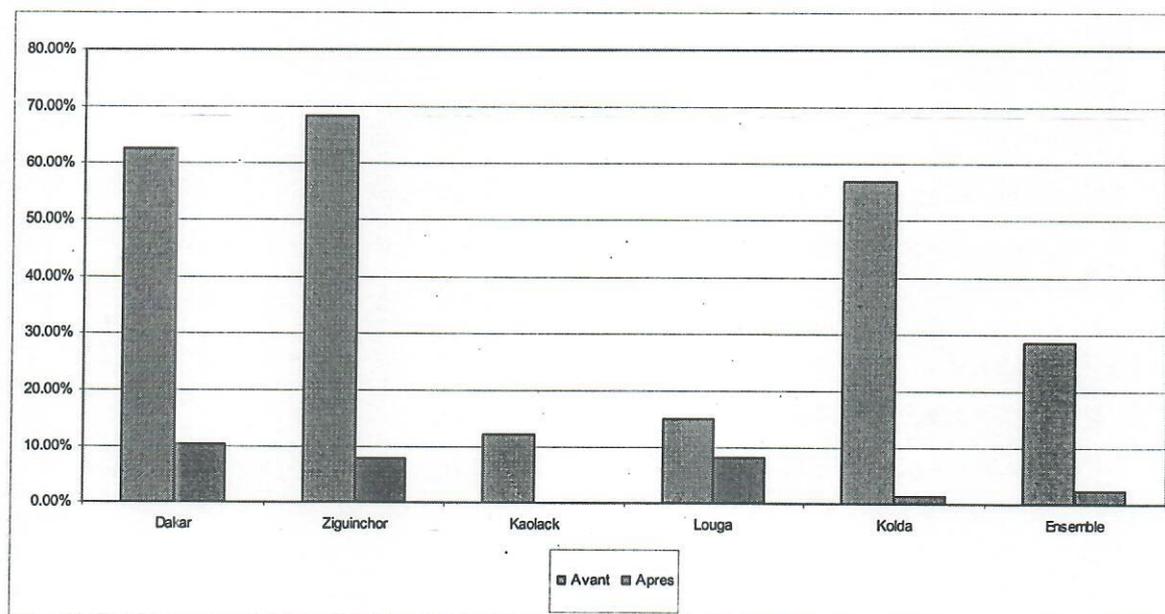
Il existe des risques que le VIH soit transmis par le biais de l'utilisation de matériel souillé lors d'un rasage, de scarifications, coiffure, etc. Nous étudierons dans cette section le comportement des populations par rapport à ce comportement à risque.

Lorsque l'on considère les périodes avant et après la mise en place du projet, l'utilisation de matériel non-stérilisé est significativement associée à la région de résidence, au type d'organisation et à la situation matrimoniale, parmi les variables sociodémographiques et les caractéristiques de l'organisations étudiées.

#### *Utilisation de matériels non stérilisés et région de résidence*

Avant la mise en place du projet, cette pratique était plus fréquente à Ziguinchor avec 68,4% et à Dakar, contre 15,1% à Louga, 12,3% à Kaolack et aucun cas à Fatick. Après la mise en place du projet, la pratique a reculé de 92% environ. Le changement de comportement a été plus important à Kaolack (100%), Kolda (98%), Ziguinchor (88%) et Dakar (83%).

Figure 13 : Evolution de l'utilisation de matériel non stérilisé selon la région de résidence

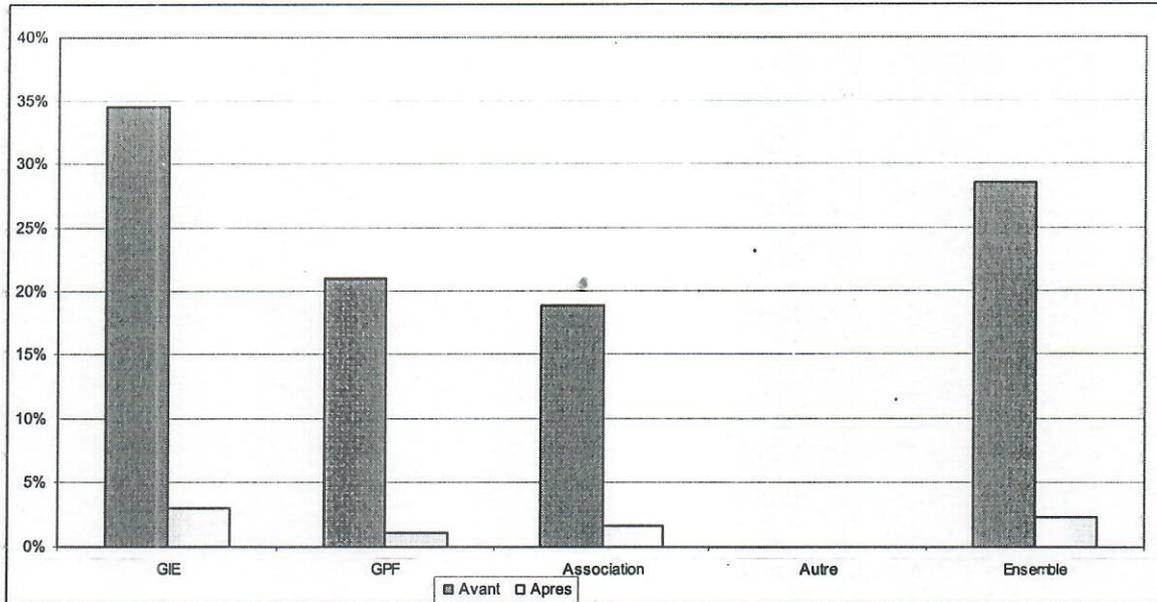


Source : Enquête quantitative

*Utilisation de matériels non stérilisés et type d'organisation*

Comme pour la pratique du multipartenariat, le changement de comportement est plus rapide au niveau des GPF et moins important au niveau des GIE. Les organisations féminines restent parmi les types d'organisation les plus favorables au changement de comportement.

Figure 14 : Evolution de l'utilisation de matériel non stérilisé selon le type d'organisation

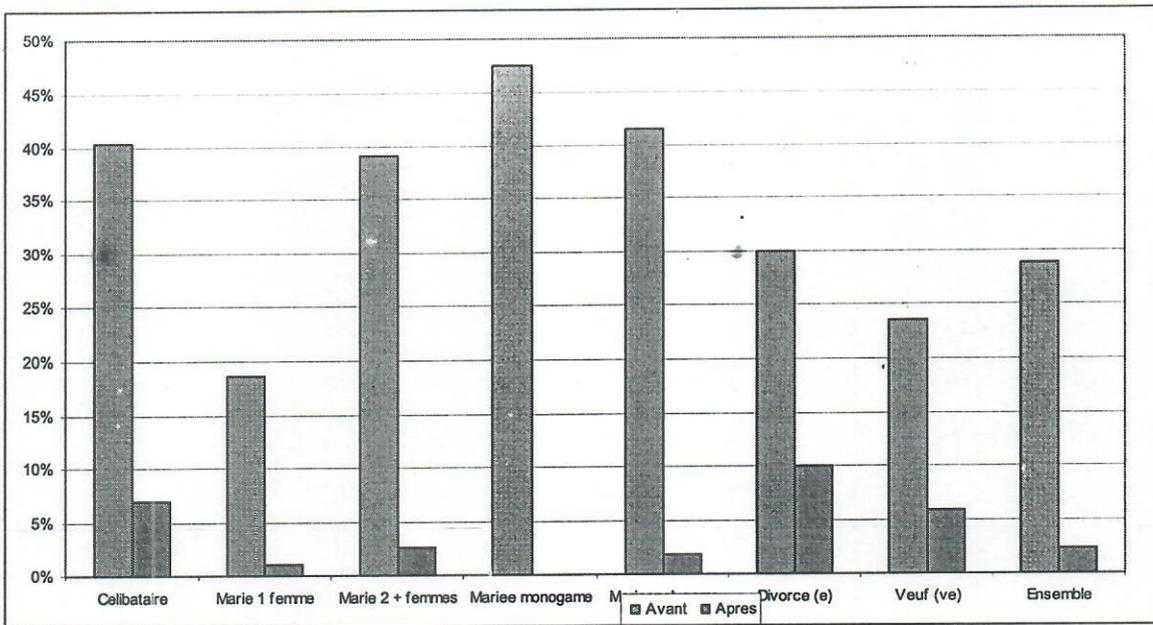


Source : Enquête quantitative

*Utilisation de matériels non stérilisés et situation matrimoniale*

Le changement de comportement est ici plus important chez les femmes mariées à un monogame où tout le groupe a adopté un nouveau comportement. Comme pour le multipartenariat, le changement de comportement est encore appréciable chez les mariées à un polygame et moins important chez les veufs (ves) et les divorcés (es).

Figure 15 : Evolution de l'utilisation de matériel non stérilisé selon la situation matrimoniale



Source : Enquête quantitative

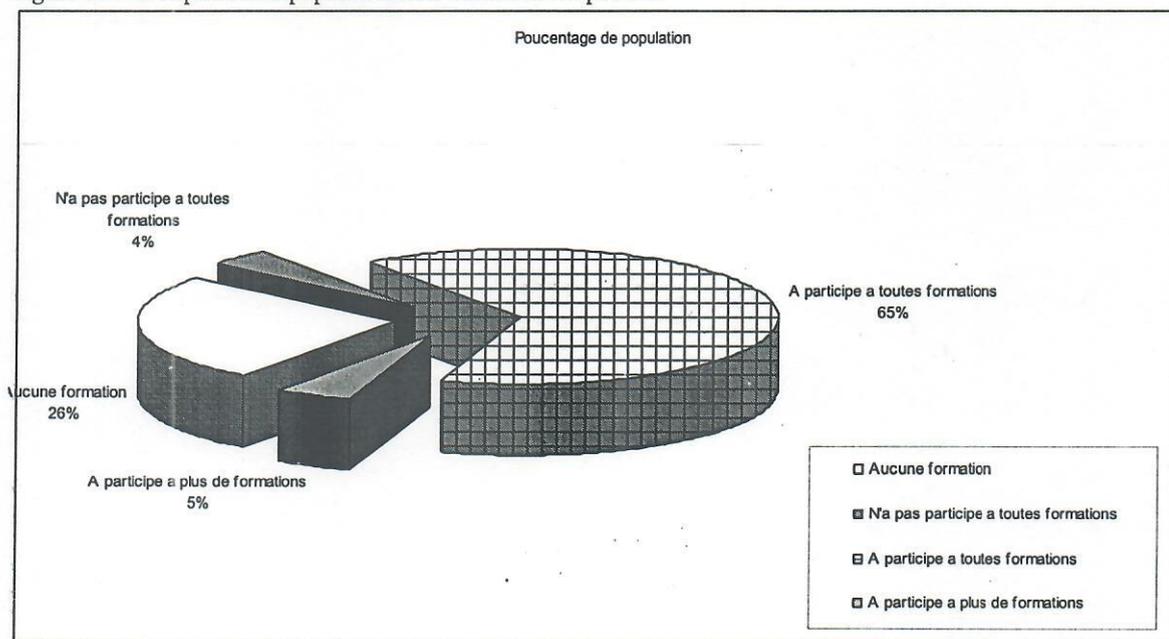
### 3.1.2. Niveaux de participation des communautés de base

Le niveau de participation des bénéficiaires aux formations est très important, seuls 4% des populations étudiées ont reconnu n'avoir pas participé à toutes les sessions dispensées à leurs organisations. Mieux 5% de cette population étudiée ont affirmé avoir participé à plus de sessions dispensées à leurs organisations. Néanmoins, au moins 26% des OCB n'ont pas été formées.

La participation a été moins importante pour les activités de recyclage. Parmi la population étudiée, 23% des individus ont reconnu n'avoir pas participé à toutes les sessions dispensées à leurs organisations. Les individus n'ayant reçu aucun recyclage représentent 28% de la cible étudiée. Cette performance constatée pourrait être expliquée par le choix des populations enquêtées généralement constituées de personnes bien impliquées dans les activités de l'organisation.

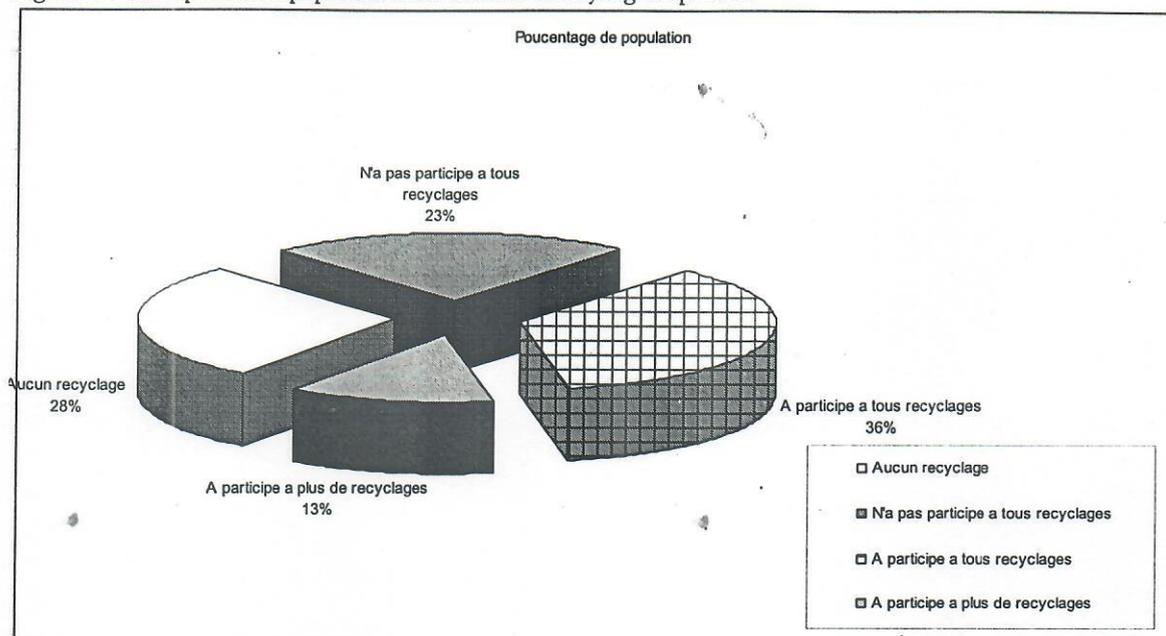
L'association entre la participation aux activités de formation et de recyclage et le sexe ou l'âge n'a pas été significative. Nous pouvons croire que le fait d'être plus ou moins assidu aux sessions n'est pas lié au sexe ou à l'âge de la personne.

Figure 16 : Participation des populations aux formations dispensées



Source : Enquête quantitative

Figure 17 : Participation des populations aux sessions de recyclage dispensées



Source : Enquête quantitative

Tableau 2 : Rapport formations auxquelles ont pris part les cibles/formations organisées

Rapport nbre formation dispensée/formation participée	Effectif	Proportion
0	173	26%
Moins 1	27	4%
1	441	65%
Plus 1	34	5%
Total Forme	675	100%
Manquant	38	
Total enquête	713	

Tableau 3 : Rapport sessions de recyclage auxquelles ont pris part les cibles/sessions de recyclage organisées

Rapport recyclage dispense/participe	Effectif	Proportion
0	11	28%
Moins de 1	9	23%
1	14	36%
Plus de 1	5	13%
Total forme	39	100%
Manquant	674	
Total enquête	713	

### 3.1.3. Niveaux de connaissances des communautés de base du VIH/SIDA

#### a) Connaissance des symptômes du SIDA

Parmi les populations enquêtées, 4 seulement ont répondu avoir ignoré les symptômes de la maladie, soit moins de 1% de la cible.

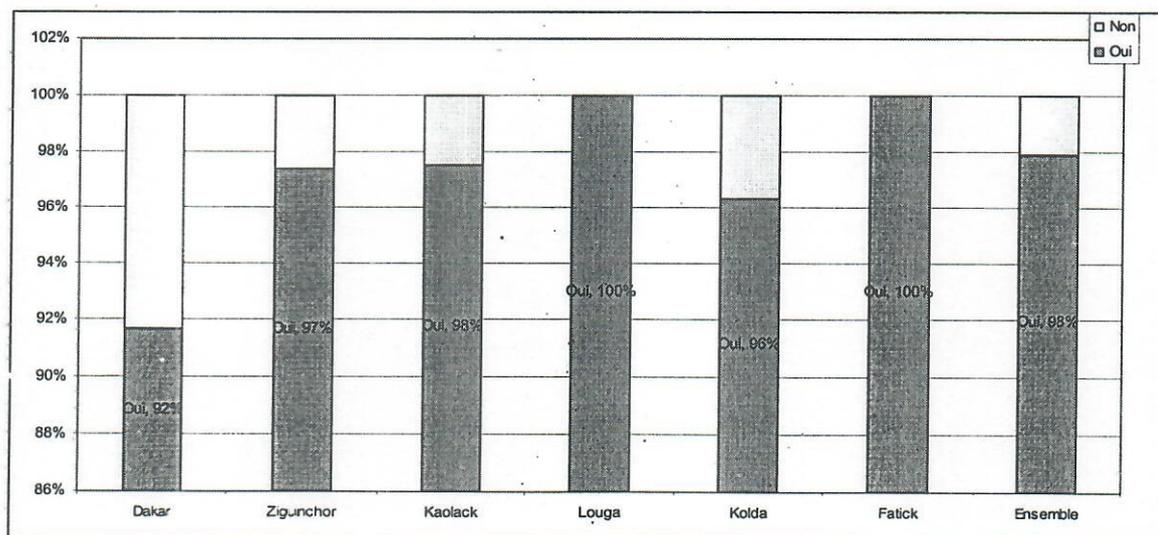
L'amaigrissement a été avancé comme signe de la maladie par 98% des répondants. Les différences entre les régions ont été insignifiantes, excepté Dakar avec 92% et Louga où toutes les cibles enquêtées ont cité le signe. L'amaigrissement n'a pas été associé à l'âge et au sexe.

En ce qui concerne le vomissement, la situation a été moins uniforme. 60% des répondants ont retenu le vomissement parmi les signes de la maladie. Ce taux varie de 21% à Kolda, à 78% à Louga et 91% à Fatick. Suivant le sexe, les réponses sont passées de 56% chez les hommes à 65% chez les femmes. S'agissant des jeunes (moins de 35 ans), 49% ont cité le vomissement parmi les signes, contre 67% chez les 35-55 ans et 62% chez les plus 55 ans.

La fièvre a été citée parmi les symptômes de la maladie par 69% de la population cible. Ce taux varie de 19% à Louga, à 98% à Fatick. Suivant le sexe, les réponses sont passées de 60% chez les jeunes, 75% chez les 35-55 ans et 62% chez les plus 55 ans.

Pour 59% des répondants, la toux est un symptôme de la maladie. Le plus faible taux de réponses injustes a été enregistré à Louga (15%) et à Kaolack (35%). Par contre, Ziguinchor a enregistré 50% de réponses fausses et Fatick 96%. Les réponses ont été plus bonnes chez les hommes avec 57% contre 63% chez les femmes. Aussi, les connaissances ont-elles été plus bonnes chez les jeunes avec 47%, contre 67% chez les 35-55 ans et 69% chez les plus 55 ans.

Figure 18 : Amaigrissement comme symptôme du SIDA selon la région de résidence



Source : Enquête quantitative

## b) Connaissance de la transmission

La quasi totalité des répondants ont affirmé avoir connu les modes de transmission de la maladie. Dans 95% des cas, les répondants ont cité les rapports sexuels non protégés parmi les moyens d'attraper la maladie. Les résultats ont été encore plus satisfaisants à Ziguinchor (97%) ou à Dakar, Kolda et Fatick où tous les répondants ont cité ce mode de transmission de la maladie. La différence selon le sexe est négligeable.

Les résultats ont été un peu moins intéressants avec le multi partenariat sexuel, cité par 75% des répondants parmi les modes de la transmission de la maladie. Cette proportion varie d'environ 100% à Fatick à 37% à Ziguinchor, et entre 72% chez les hommes, contre 80% chez les femmes. Ce mode a été moins fréquent dans les réponses des plus jeunes.

Comme pour le multipartenariat, 95% de la population enquêtée ont retenu la transmission sanguine parmi les modes de transmission. Les extrêmes ont été enregistrés à Fatick (100%) et à Kolda (32%). Dans les autres régions; les réponses varient entre 83% et 92%. Suivant l'âge, elles sont passées de 67% chez les jeunes, à 80% chez les 35-55 ans et 85% chez les plus de 55 ans.

En ce qui concerne l'utilisation de matériel souillé, elle a été citée par 78% des répondants. Comme pour le multipartenariat les extrêmes ont été enregistrés à Fatick (100%) et à Kolda (48%). Plus l'individu est âgé, plus ce mode de transmission est apparu dans les réponses.

La transmission mère-enfant via l'accouchement a été avancée comme un autre mode de transmission de la maladie par 54% des populations enquêtées. Excepté Fatick où ce moyen de transmission a été cité à l'unanimité, les autres régions accusent des insuffisances par rapport à ce mode de transmission. 58% des femmes ont cité ce mode de transmission, contre 51% chez les hommes. Les jeunes ont été moins informés sur ce phénomène.

En outre, une infime minorité des répondants ont fourni des réponses fausses sur les risques de contraction de la maladie. Par exemple, seuls 2% des populations ont affirmé que partager une assiette avec un séropositif constitue un risque. Ce taux, très faible dans les autres régions, est nul à Dakar.

Néanmoins, les piqûres de moustiques ont été citées par 18% des répondants comme un risque. Cette proportion de réponses incorrectes a atteint 27% à Kaolack, 34% à Ziguinchor et 30% à Dakar. Les réponses fausses ont été plus fréquentes chez les femmes (21% contre 16%) et chez les jeunes (34%).

S'agissant du partage des toilettes publiques, seuls 8% des répondants pensent qu'il augmente le risque d'attraper la maladie. Cette proportion faible à Kolda est nulle à Dakar et à Louga. Ici, les connaissances ont été relativement plus bonnes chez les hommes et chez les jeunes.

Les réponses ont été un peu plus satisfaisantes, en ce qui concerne le contact physique par le biais des salutations comme un moyen d'augmenter le risque d'attraper la maladie. Seuls 3,5% des répondants ont montré des insuffisances, avec des réponses plus satisfaisantes à Louga et à Dakar.

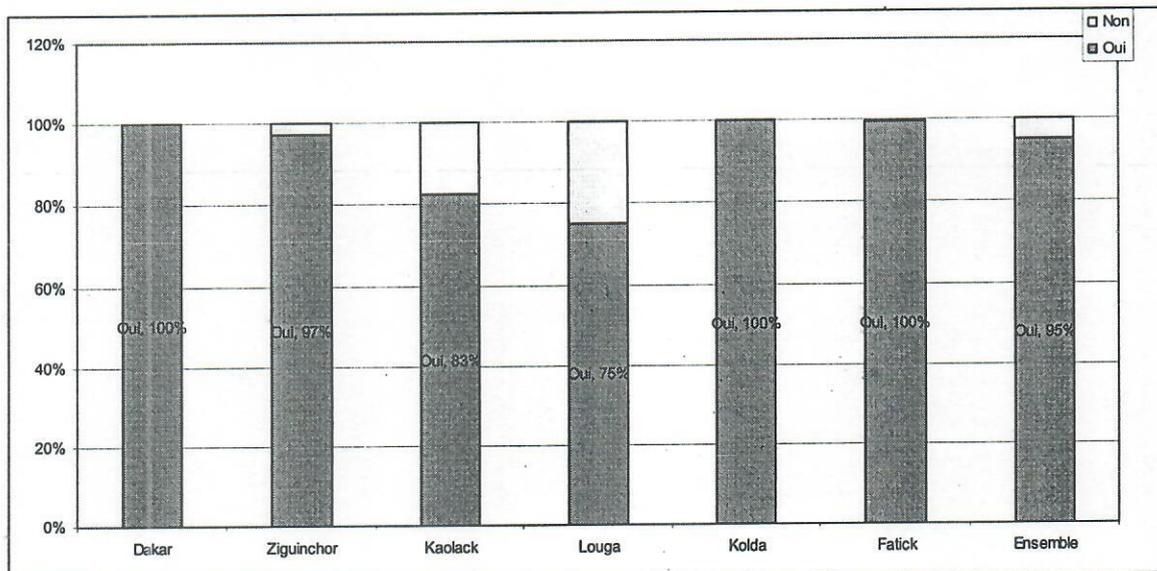
La situation est quasiment la même en ce qui concerne le sang comme un liquide pouvant véhiculer le virus (4%). Excepté Ziguinchor (16%), les autres régions ont affiché des proportions de réponses justes très satisfaisantes, notamment Dakar, où l'ignorance est nulle par rapport la question.

Les résultats ont été moins reluisants, en ce qui concerne le choix des urines comme un liquide pouvant transmettre la maladie. 20% des répondants ont affiché leur ignorance par rapport à la question. Des disparités ont été notées entre les réponses fournies par les populations. La proportion de réponses justes est maximale à Dakar et inférieure à 58% à Fatick. Elle a été plus importante chez les hommes et les jeunes où les connaissances ont été plus bonnes.

Le lait maternel a été cité comme un liquide pouvant véhiculer le virus par 61% des populations enquêtées, avec des réponses satisfaisantes à Dakar (81%), Fatick (85%) et Ziguinchor (92%). Il est apparu plus fréquemment dans les réponses des adultes.

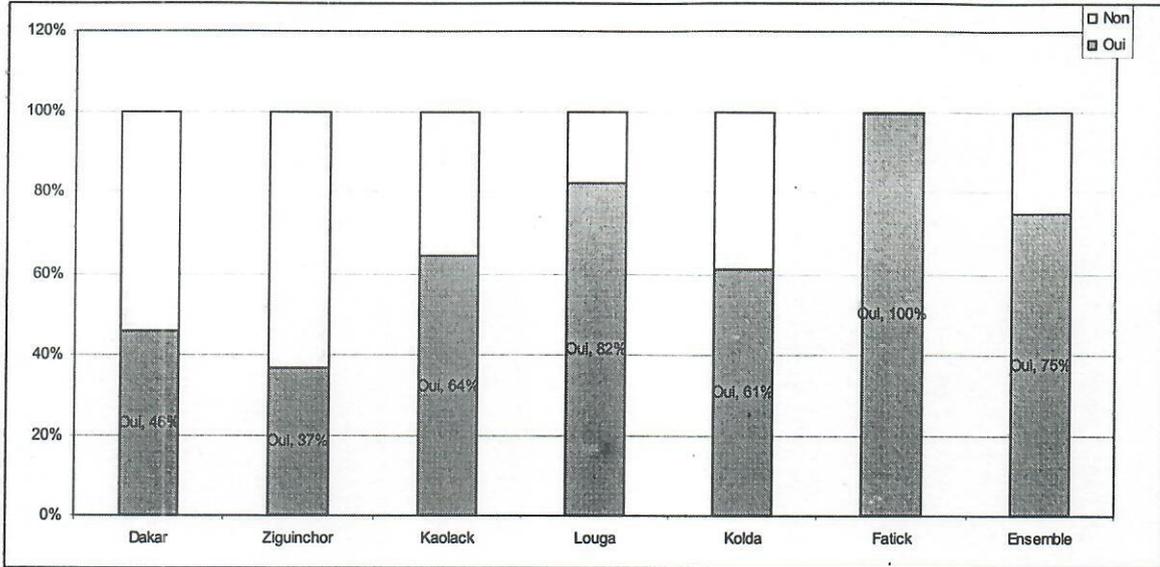
Pour 79% des répondants la maladie peut se transmettre par le biais des liquides vaginaux. Excepté Kolda où le taux de réponses justes est de 50%, les autres régions ont relativement bien retenu que les liquides vaginaux pouvaient véhiculer le virus et transmettre la maladie.

Figure 19 : Pratique de rapports sexuels non protégés comme mode de transmission de la maladie



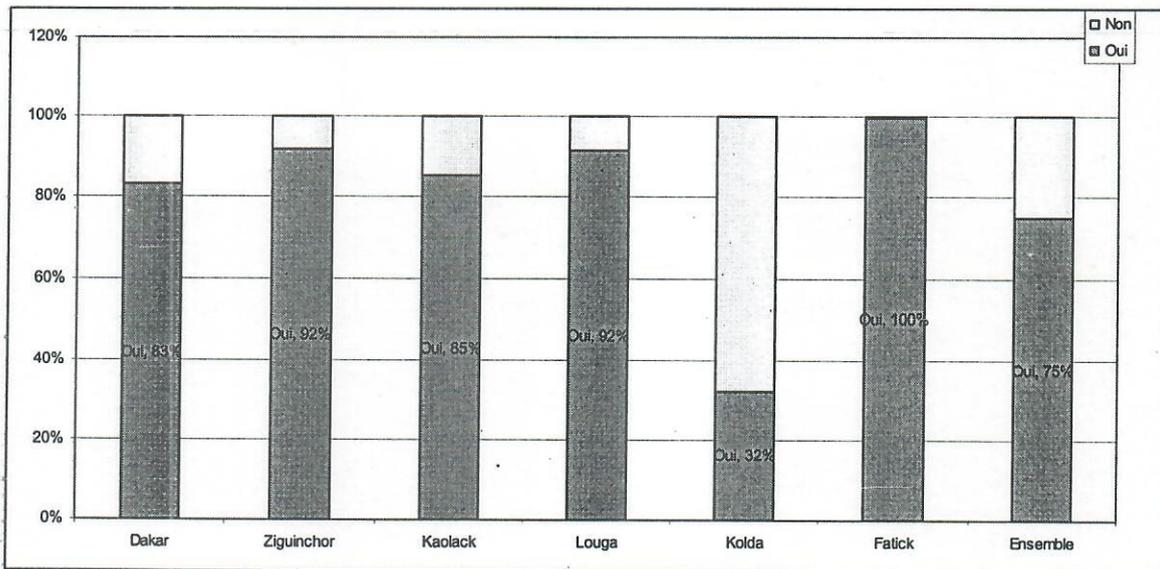
Source : Enquête quantitative

Figure 20 : Pratique de multipartenariat comme mode de transmission de la maladie



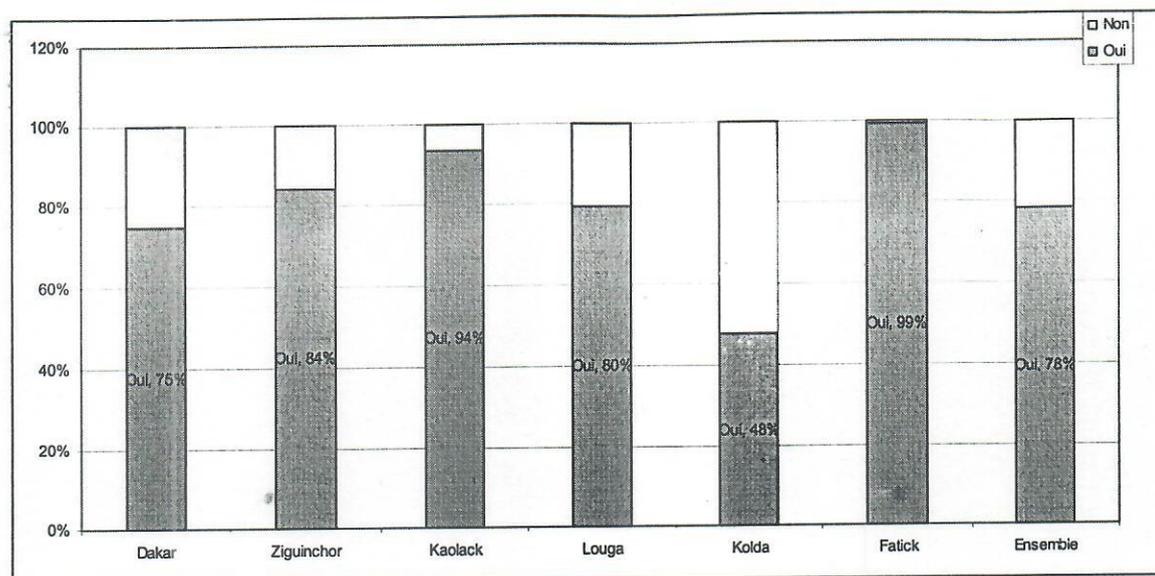
Source : Enquête quantitative

Figure 21 : Transfusion sanguine comme mode de transmission de la maladie



Source : Enquête quantitative

Figure 22 : Utilisation de matériel non stérilisé comme mode de transmission de la maladie



Source : Enquête quantitative

### c) Connaissance de la prévention

Comme pour les signes de la maladie, la quasi totalité des répondants ont affirmé connaître les moyens de prévention de la maladie. Dans l'ordre, les rapports sexuels protégés, la fidélité et l'abstinence ont été cités par les répondants comme des moyens de prévention. 93% des populations ont proposé les rapports sexuels protégés comme un moyen de prévention, contre 88% pour la fidélité et 68% pour l'abstinence.

A Kolda, tous les répondants ont cité les rapports protégés comme moyen de prévention. Une forte proportion de réponses satisfaisantes a été aussi enregistrée à Fatick (99%), Ziguinchor (97%) et Dakar (94%). Suivant le sexe, les réponses ont varié entre 95% chez les hommes et 89% chez les femmes. Ce moyen de prévention a été plus cité par les jeunes (95%) que les adultes (91-92%).

En ce qui concerne la fidélité, elle a été mise en relief plus à Fatick (99%), Louga (96%), Kaolack (93%) et Kolda (91%). Les femmes ont cité ce moyen pour 92%, contre 85% chez les hommes. La fidélité est apparue plus fréquemment dans les réponses des adultes. Tous les plus de 55 ans ont proposé ce moyen, contre 84% chez les jeunes et 91% chez les 35-55 ans.

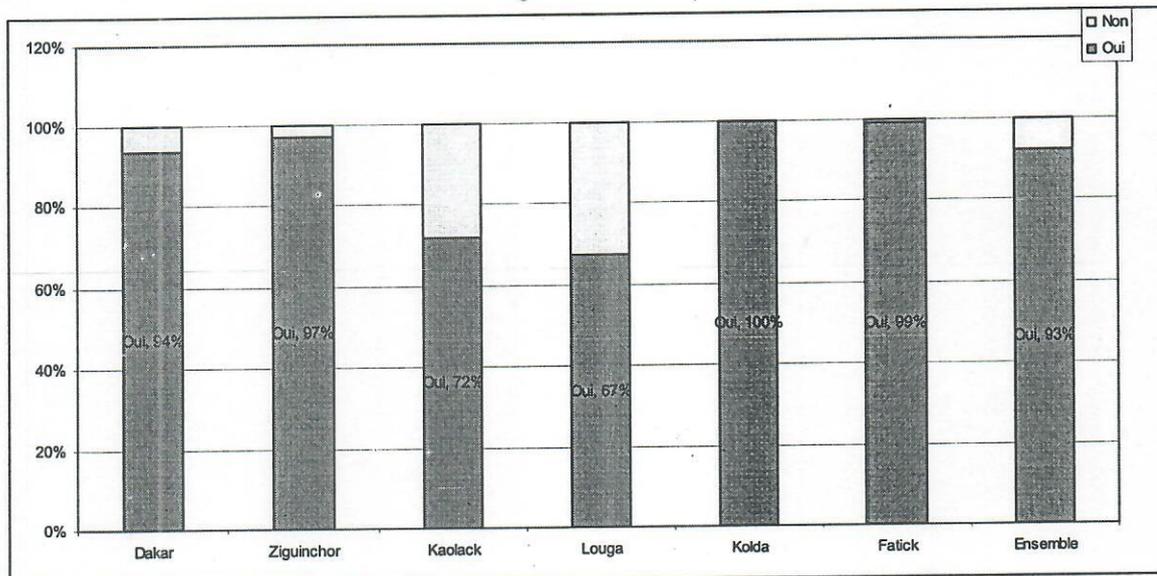
L'abstinence comme moyen de prévention de la maladie a été plus avancée à Fatick (99%), Ziguinchor (79%) et Dakar (71%). L'abstinence n'a pas été associée avec le sexe mais plutôt avec l'âge. Plus le répondant est âgé, plus il a eu un penchant pour l'abstinence : 57% chez les jeunes, 75% chez les 35-55 ans et 77% chez les plus de 55ans.

Le dépistage du VIH/SIDA constitue une étape essentielle dans le processus de la prévention de la maladie. La majorité des répondants ont affirmé avoir connu un lieu de dépistage avec un maximum

de 98% à Kolda et un minimum de 67% à Louga. Toutefois, une minorité des populations ont effectué un dépistage de la maladie. Dans l'ensemble, 13% des répondants ont affirmé avoir effectué un dépistage. Cette catégorie de la population a atteint un maximum à Dakar (27%). Les cas de dépistage sont plus nombreux en ville avec 22% contre 12% en milieu rural.

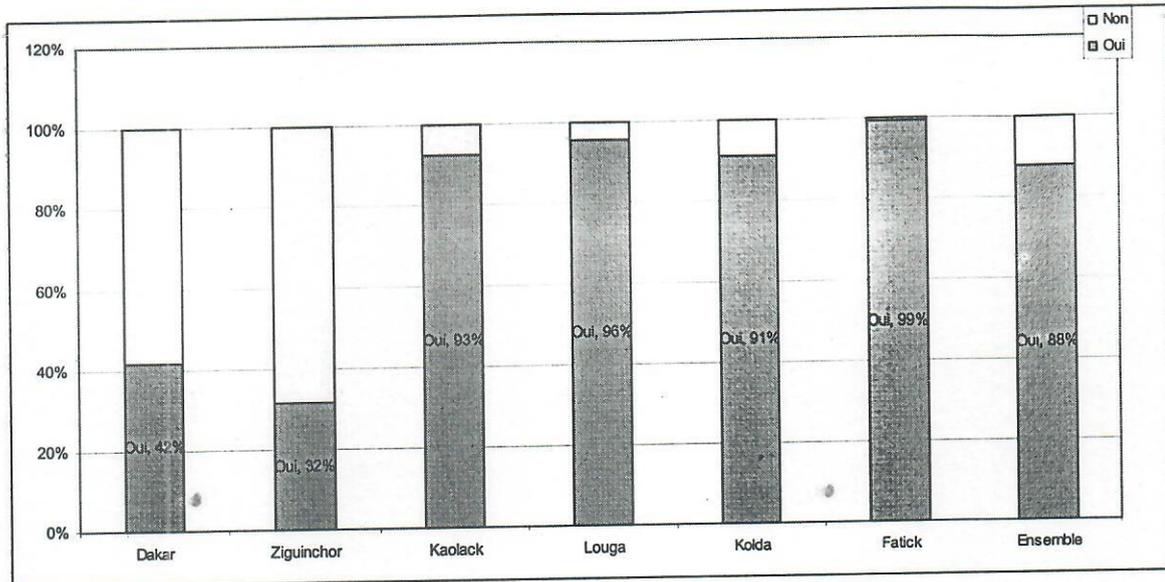
Les médicaments anti-rétroviraux (ARV) permettent aux malades du SIDA d'avoir une vie plus longue, plus saine et plus productive, en ralentissant la croissance du VIH dans le corps. Ils aident à améliorer le système immunitaire pour permettre au corps de se protéger contre les maladies liées au SIDA. En l'absence de traitement pouvant éradiquer la maladie, ils constituent actuellement une solution qui permet de soulager les patients. Comme pour le dépistage, des insuffisances ont été révélées sur les (ARV). Seules 8% des populations ont affirmé connaître les ARV. Ces connaissances déjà très faibles à Fatick sont nulles à Ziguinchor et à Kolda. Des déséquilibres ont été notés entre les milieux urbain et rural. Les populations urbaines ont eu une longueur d'avance sur leurs homologues des campagnes.

Figure 23 : Utilisation de préservatif comme moyen de prévention de la maladie



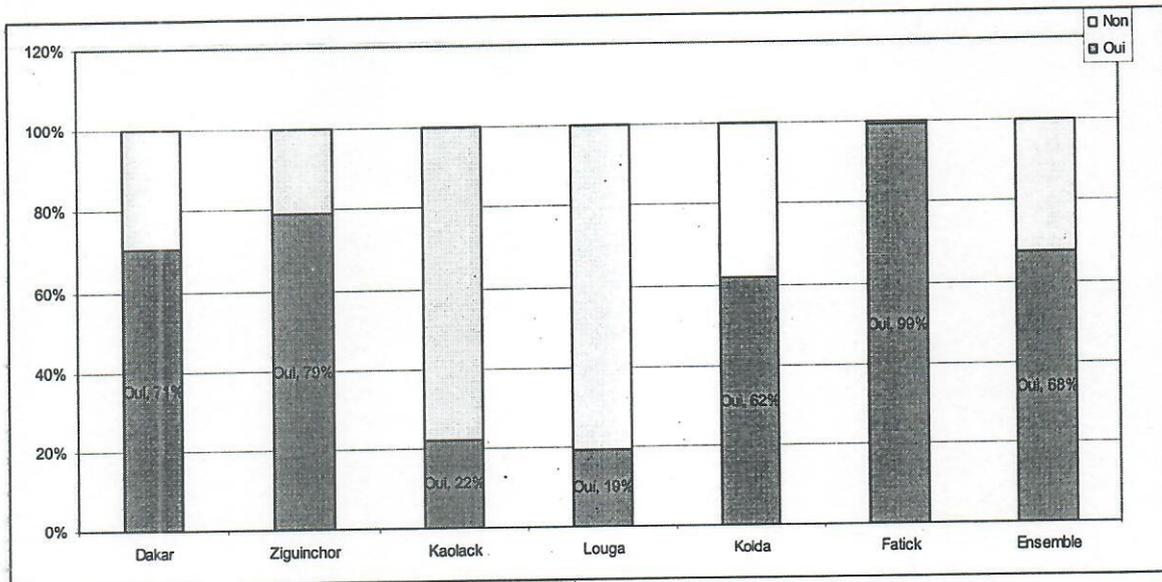
Source : Enquête quantitative

Figure 24 : Fidélité comme moyen de prévention de la maladie



Source : Enquête quantitative

Figure 25 : Absténence comme moyen de prévention de la maladie



Source : Enquête quantitative

### 3.1.4. IMPACT DES ACTIVITES DE FORMATION

L'impact des activités de formation pourrait être apprécié à travers les résultats analysés dans cette section. En moyenne, chaque OCB a bénéficié d'une session de formation. La proportion d'organisation n'ayant pas participé aux formations est très faible avec 5% environ. Cette proportion est comprise entre 22% à Louga et 0,5% à Kolda. Excepté les organisations de Louga, 4% des OCB ont bénéficié entre 2 et 9 formations. Cette proportion passe de 10% à Fatick à 32% à Ziguinchor.

Une moyenne de 6 personnes par OCB ont participé aux formations. Toutefois, 10% de la population enquêtée ont pensé que leurs congénères n'ont pas été formés. Cette proportion varie entre 67% à Louga et 1% à Kolda. Par ailleurs, 69% des répondants ont affirmé avoir été formés. Cette proportion est de 72% chez les hommes et 66% chez les femmes. Parmi les jeunes enquêtés, 76% ont affirmé avoir été formés, contre 66% chez les 35-55 ans et 42% chez les plus de 55 ans..

Dans l'ensemble, une moyenne de 3 relais ont été formés par organisation. Cette moyenne cache des disparités régionales. A Fatick, 22% des populations enquêtées pensent qu'aucun relais n'a bénéficié de formation, contre 1% à Kaolack.

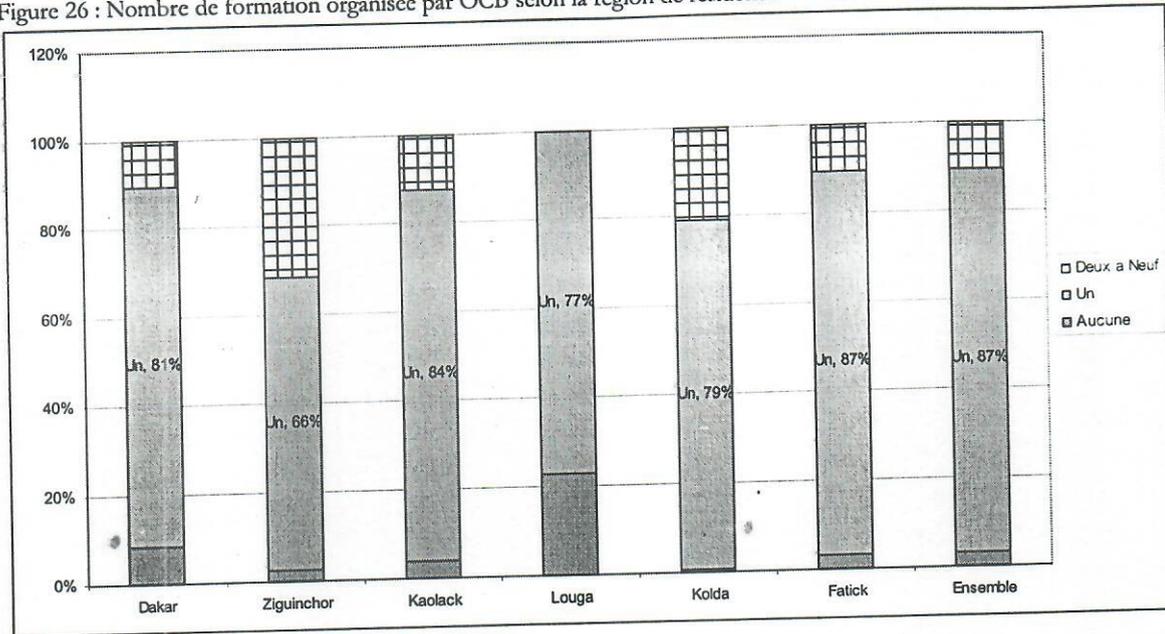
En ce qui concerne les sessions de recyclage, une moyenne d'1 personne par OCB y a pris part. Néanmoins, de fortes disparités ont été notées entre les OCB. Le nombre de personnes recyclées est nul pour 90% des enquêtés. Excepté Dakar et Ziguinchor, les activités de recyclage sont très rares. En effet, 94% des enquêtés pensent qu'aucune session n'a été organisée.

Le nombre d'activités de démultiplication tourne autour de la moyenne de 2 activités par OCB. Comme pour les recyclages, la situation des régions est très déséquilibrée. Les activités de démultiplication ont été plus importantes à Kaloack et à Fatick. 41% des répondants ont pensé qu'aucune activité de démultiplication n'a été organisée.

S'agissant des sessions de sensibilisation, chaque OCB en a organisé une moyenne de 5. Ces sessions ont été plus rares à Fatick et plus nombreuses à Kolda. Pour 21% des répondants, le nombre d'activités de sensibilisation a varié entre 6 et 60. Néanmoins, 38% des répondants ont affirmé qu'aucune session n'a été organisée.

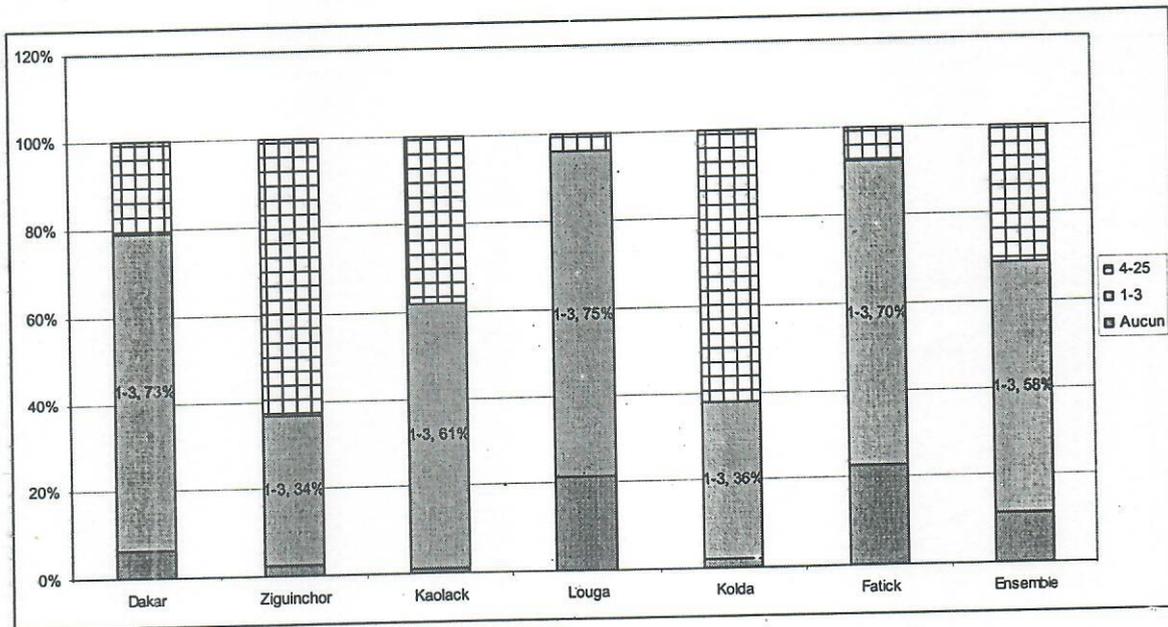
En définitive, selon les répondants une moyenne de 259 personnes ont été touchées par les activités de formation, recyclage, sensibilisation, et 188 répondants ont pensé que l'impact de ces activités s'est étendu sur leur village.

Figure 26 : Nombre de formation organisée par OCB selon la région de résidence



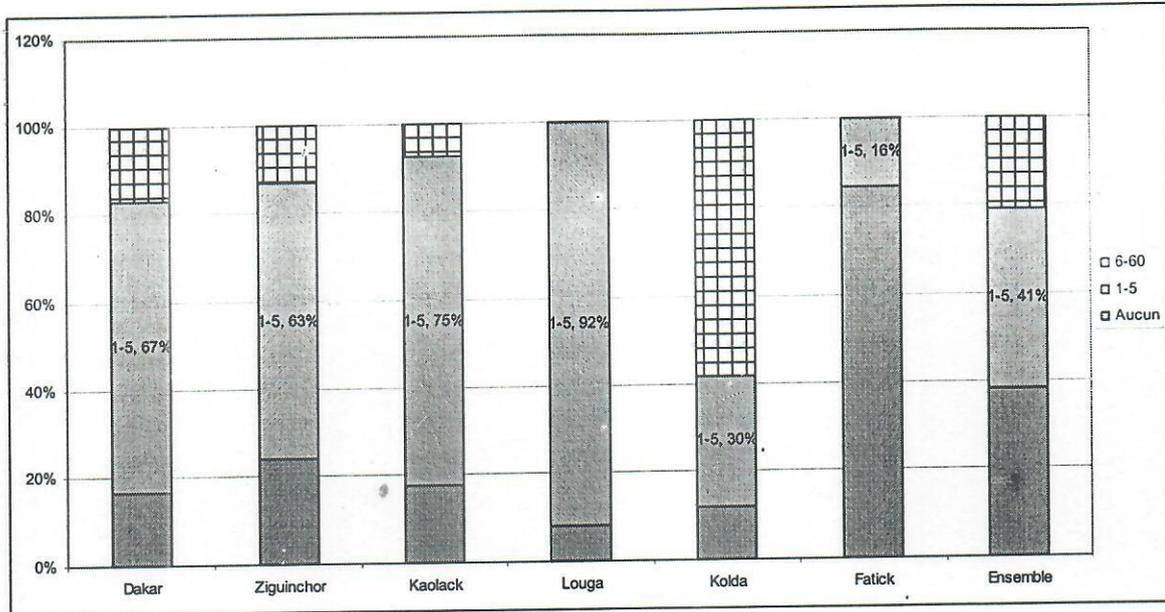
Source : Enquête quantitative

Figure 27 : Nombre de relais formés par OCB selon la région de résidence



Source : Enquête quantitative

Figure 28 : Nombre d'activités de sensibilisation organisées par OCB selon la région de résidence



Source : Enquête quantitative

### **3.2. Volet Qualitatif**

Pour compléter l'étude quantitative, il a été retenu de mener une enquête sur les aspects qualitatifs afin d'avoir un éclairage sur les comportements et attitudes des personnes qui ont eu à bénéficier du programme mis en œuvre par l'AFDS.

#### **3.2.1. Lieux d'enquête**

Les enquêtes ont eu lieu dans les régions de Kolda (commune de Kolda et communauté rurale de Sare Bidji), région de Fatick (commune de Fatick et communauté rurale de Diossong), région de Kaolack (Koungheul et Lour Escalé), région de Dakar (communautés rurales de Sangalkam et Yeumbeul), région de Ziguinchor (commune de Oussouye et communauté rurale de Bignona).

#### **3.2.2. Participation aux séances de sensibilisation**

Pour chaque micro-projet financé, il avait été prévu un volet sensibilisation sur le VIH/SIDA qui devait être pris en charge par l'AFDS. Il ressort des enquêtes menées auprès des membres d'OCB des différentes localités ci-dessus ciblées qu'elles ont bénéficié presque tous d'un renforcement de capacité. D'une manière générale, ce dernier s'est fait sous la forme d'une formation de trois jours organisée par l'AFDS portant sur l'essentiel sur des activités de VIH/SIDA. Après la formation, les membres d'OCB ont eu à leur tour à démultiplier la formation reçue. Il convient cependant, de souligner pour la région de Fatick, qu'à Diossong, la démultiplication est en cours, tandis qu'à Fatick commune, du fait que la formation a été faite tout récemment, les activités de démultiplication de l'information n'ont pas encore démarré. Un autre élément qui mérite d'être relevé concerne la prise en compte de groupes vulnérables comme les handicapés qui ont fait partie de ceux qui ont reçu la formation. Ceci montre le respect par l'AFDS d'une directive qu'elle a appliquée tout au long de la mise en œuvre de son programme.

### 3.2.3. Supports utilisés lors des séances de sensibilisation et appréciations des membres d'OCB

Les supports utilisés étaient essentiellement des supports visuels. Ils consistaient en des projections de films, lesquel's, étaient suivis de débats, de brochures, d'affiches et ou de cartes conseils, illustrées par des dessins montrant des personnes malades du SIDA ou ayant des IST. A leur tour les membres des OCB, pour démultiplier l'information ont utilisé des supports visuels. Ils ont eu à projeter des films, à jouer des sketch et à monter des podium où des chansons "Rap" ont permis de faire passer les messages. Des radio crochet avec questions / réponses ont été également utilisées. Par ailleurs, les séances de "set setal" et les cérémonies familiales ont été des occasions saisies par les femmes membres d'OCB pour sensibiliser les populations sur les questions liées aux IST/SIDA. La communication interpersonnelle a été utilisée en direction des personnes d'un certain âge en raison surtout des tabous qui entourent ces questions et qui les empêchent d'assister à certaines séances de sensibilisation.

D'une manière générale, les membres d'OCB ont trouvé que les supports utilisés sont appropriés. Il reste que la plupart, ont exprimé le souhait de disposer de plus de supports pour une meilleure démultiplication de l'information. Dans la région de Kaolack, plus précisément dans la localité de Kounghoul, des membres d'OCB ont jugé insuffisant les supports et ont estimé qu'il serait d'une grande utilité pour eux, d'avoir des films et des boîtes à images.

Les membres d'OCB de Fatick, se prononçant sur l'appréciation qu'ils ont des supports ont porté leur préférence sur les affiches, projection de films et sketch qui sont plus appropriés selon eux pour faire comprendre les messages. Cette idée est également partagée par les membres d'OCB de Diossong qui trouvent les films et sketch très captivants pour l'auditoire. D'autres membres d'OCB, mais cette fois de Sangalkam, ont trouvé que la projection de film à la fin de leur formation a permis de mieux fixer les idées et d'avoir une idée précise du phénomène.

Cet engouement constaté dans toutes les localités pour les supports explique en partie, pourquoi, ils ont été considérés comme insuffisants un peu partout.

### 3.2.4. Contenu des séances de sensibilisation

L'enquête menée auprès des membres d'OCB a permis d'apprécier quel a été le contenu de la formation qui leur a été dispensée.

Pour les membres d'OCB, le contenu des séances de sensibilisation était articulé autour des aspects ayant trait aux IST/VIH/SIDA. Il s'agissait notamment :

↓ ***Des voies de contamination :***

Sur ce point les membres d'OCB ont retenu que le SIDA se transmet par les rapports sexuels, l'utilisation commune d'objets tranchants ou pointus (aiguilles, seringues, couteaux, lames, ciseaux) mais aussi de la mère à l'enfant (lors d'accouchement ou par la tétée).

↓ ***Les manifestations de la maladie :***

De la formation reçue, les membres d'OCB ont noté que le SIDA se manifeste par de la fièvre surtout la nuit, par la diarrhée, l'amaigrissement, les problèmes dermatologiques. Il entraîne aussi une perte immunitaire qui fait le lit de toutes les maladies opportunistes.

↓ ***Les mesures préventives :***

Selon les membres d'OCB interrogés, certaines précautions doivent être de rigueur notamment le port du préservatif, l'abstinence ou la fidélité, la non utilisation d'objets tranchants ou pointus servant à plusieurs personnes à la fois. Sur le comportement à adopter devant les personnes porteuses de SIDA, les membres d'OCB ont retenu que la maladie ne se transmet pas en partageant le repas avec une personne atteinte de la maladie, encore moins en fréquentant les mêmes lieux d'aisance. En outre, non seulement, il faut bannir la stigmatisation mais on a le devoir moral de soutenir et d'accepter les malades au sein de la famille et de la société.

Le type d'apprentissage s'est fait sous le mode interactif et un spécialiste en communication, a permis à travers des jeux de rôles, de renforcer la capacité des membres d'OCB à relayer l'information auprès des populations.

### 3.2.5. Perceptions / Compréhension des messages véhiculés lors des séances de sensibilisations

Selon les membres d'OCB, ils n'ont eu aucune difficulté à bien comprendre les messages du fait : que les supports utilisés étaient appropriés, notamment les films qui expliquaient clairement le mode de contagion des IST/VIH/SIDA. Quant aux brochures et affiches, leur contenu illustre parfaitement les différentes phases d'évolution de la maladie, ainsi que les mesures préventives à observer pour ne pas la contracter.

Les membres d'OCB ont également affirmé que lors des séances de sensibilisation à leur intention, les formateurs se sont souciés d'utiliser les langues locales, tant au niveau de la communication orale, qu'au niveau de l'écrit. En retour les membres d'OCB, ont utilisé les brochures et affiches, à l'occasion de leurs activités de démultiplication de l'information auprès des populations.

Interrogés sur les aspects qui ont le plus retenu leur attention, les membres d'OCB ont cité tour à tour:

- le fait que le SIDA soit une maladie incurable; et qu'on peut être un porteur sain sans manifestation de la maladie;
- la possibilité de contracter la maladie par d'autres voies que celle sexuelle, notamment à travers les objets tranchants ou pointus utilisés sans asepsie par plusieurs personnes;
- la possibilité de retarder la maladie par les traitements anti-rétroviraux;
- le fait de savoir qu'on peut vivre avec un sidéen sans être contaminé, d'où l'inutilité de sa stigmatisation et marginalisation.

### **3.2.6. Appréciations portées sur le contenu des séances de sensibilisations**

D'une manière générale les membres d'OCB ont eu une appréciation positive des séances de sensibilisation dans la mesure où les informations leur ont permis de connaître les voies de contamination de la maladie et les moyens permettant de l'éviter. Ils ont cependant relevé que certaines images montrées de manière crue dans les films étaient quelque peu décalées par rapport à leur contexte socioculturel. En effet, selon eux dans une société où tout ce qui touche au sexe est tabou, certaines images peuvent choquer. A titre d'exemple à Saré Bidji (Région de Kolda), la pudeur qui est une constante de l'ethnie peulh, empêche certains pères de familles d'assister en même temps que leurs enfants au visionnage de certains films qui manifestement installaient un malaise dans l'assistance. Les membres d'OCB ont également exprimé leur crainte face à certaines informations, notamment le port du préservatif qui peut, selon eux inciter les jeunes au libertinage sexuel.

### **3.2.7. Appréciations portées sur la stratégie de communication**

De façon unanime, les membres d'OCB ont jugé les films et les sketches plus appropriés pour faire passer les messages. En matière de communication, ils ont estimé que la cible doit être segmentée au regard des contraintes socioculturelles liées au caractère tabou de la sexualité. C'est ainsi que lors des séances de démultiplication qui ont fait suite à la formation, les membres d'OCB ont plutôt utilisé la communication de proximité et souvent interpersonnelle où la sensibilisation se faisait par groupe d'âge et par sexe, ceci pour respecter le caractère hiérarchique des relations en vigueur dans ces localités. Ainsi les gens étaient plus à l'aise pour débattre de toutes les questions ayant trait aux IST/VIH/SIDA.

Les membres d'OCB ont estimé que les responsables de programmes doivent faire des efforts pour adapter le contenu de la communication au niveau et profil des destinataires de la formation, en prenant en compte la langue de communication et les mentalités. Ils ont suggéré la production de film dont les scénarii seraient tirés du substrat socioculturel sénégalais.

### 3.2.8. Représentations / perceptions que les communautés ont du VIH/SIDA

Les perceptions / représentations que les populations ont du VIH/SIDA déterminent par la suite en cas de maladie, le recours thérapeutique. Pour la plupart des membres d'OCB surtout ceux des zones rurales éloignées l'explication de la maladie est d'essence magico religieuse. En effet, pour eux c'est une malédiction divine pour non respect de la parole de Dieu qui, quel que soit la religion révélée (Islam, Christianisme, Judaïsme) interdit formellement la fornication. Quant aux autres qui ont contracté la maladie autrement que par voie sexuelle, ils sont victimes des effets collatéraux pour n'avoir pas dénoncé une situation condamnée par toutes les religions. Ces raisons qui relèvent du surnaturel ne sont pas partagées par les populations des zones suburbaines notamment de Yeumbeul et Sangalkam.

Les membres des OCB des localités de Kolda commune, Ziguinchor, Kaolack, Linguère relèvent que les populations ont d'abord recours au marabout et guérisseur, cette tendance n'a pas pour seul fondement les croyances, mais serait également dictée par la conjoncture économique qui constitue un obstacle à l'accès aux médicaments et aux soins en milieu hospitalier. Il reste qu'à Sara Bidji, localité rurale s'il en est, la situation est tout autre, puisque les populations ont pour premier recours les structures sanitaires et ne se tournent vers les guérisseurs qu'en cas d'échec. Ce changement de comportement serait le résultat des actions de sensibilisations menées par les relais de santé de cette localité.

Concernant les populations de Sangalkam et Yeumbeul, peut être en raison de leur proximité avec la capitale et l'existence d'une information multimédia sur les questions de santé en cas de maladie, l'hôpital demeure le premier recours.

### 3.2.9. Pratiques traditionnelles en cours

Les pratiques traditionnelles perdurent, mais elles n'ont pas la même prégnance d'une localité à l'autre. Si nous prenons la région de Kaolack (Koungheul, Lour Escale), on est dans une zone multi ethnique où, cohabitent les haal pular, les bassari, les cognadjé et les mandjngues. Aussi existe t-il différentes pratiques dans la localité. L'excision est toujours pratiquée à Koungheul surtout chez les haal pular et les socé, cette mutilation génitale perdure en dépit des actions de sensibilisation sur ses conséquences néfastes. Pour comprendre les résistances au changement, il convient de replacer la pratique dans la culture de ces groupes ethniques pour qui l'excision ne se limite pas à une simple mutilation, mais relève d'un rite de passage qui insère la jeune fille dans son groupe lignager. Pour ces groupes ethniques, une femme non excisée n'est pas une femme et trouvera difficilement un mari dans son clan ou ethnie.

A Lour Escale, l'excision n'est pas pratiquée. Ceci est peut être dû au fait que l'ethnie Ouolof compose majoritairement la population de cette localité. Quant au levirat, il est très pratiqué aussi bien à Koungheul qu'à Lour escale. D'après les membres d'OCB, la survivance de cette pratique répond à des contraintes économiques et constitue une stratégie de survie pour la femme qui autrement ne disposerait d'aucune source de revenus pour elle et sa progéniture. Cette pratique est donc liée à la pauvreté féminine et constitue en quelque sorte une sécurité sociale. La pratique répond aussi au souci de raffermir les liens familiaux et de minimiser les conflits qui surviendraient avec l'arrivée d'un homme sans lien de parenté avec la famille surtout si le défunt a laissé de grands enfants. Concernant le sororat, il est pratiqué à petite échelle et tendrait même à disparaître à Lour Escale.

Le tatouage est encore pratiqué à Koungheul et Lour escale et au delà de l'aspect esthétique (faire apparaître les dents plus blanches par contraste avec la noirceur de la gencive), il aurait un effet sur le saignement des gencives. La scarification qui avait surtout pour objet l'identification sociale n'est plus de mise dans ces localités.

Dans la région de Kolda, l'excision, le levirat, le sororat et le tatouage sont toujours pratiqués dans Kolda commune, tandis que la pratique de la scarification a disparu de la localité. A Saré Bidji, en dehors du levirat les autres pratiques traditionnelles telles le Sororat, le tatouage, la scarification, l'excision sont en nette régression. Ce changement de comportement serait selon les membres d'OCB le résultat des actions de sensibilisations menées sur ces thèmes. Ainsi les populations font aujourd'hui le lien entre ces pratiques traditionnelles et la propagation du VIH/SIDA.

Dans la région de Fatick (commune de Fatick et communauté rural de Diossong), l'excision n'est pas une pratique connue dans ces localités. Selon les membres d'OCB, cette pratique n'est pas dans les coutumes des ethnies qui composent la population constituée essentiellement de Wolof et Sérères. La scarification quant à elle, pratiquée par une minorité de la population à Fatick (peulh, bambara), est quasiment abandonnée. Le tatouage et le sororat sont toujours pratiqués mais à petite échelle, tandis que le levirat est une pratique courante aussi bien à Fatick qu'à Diossong.

Dans la région de Dakar, certaines pratiques traditionnelles sont de nature à favoriser la propagation du VIH/SIDA. A Sangalkam, le tatouage est une pratique très courante qui concerne également les hommes. Le levirat et sororat sont aussi pratiqués, mais surtout à cause de la tyrannie des normes et

valeurs instituées par une société qui n'hésite pas à pratiquer l'exclusion sociale de ceux qui refusent de se plier aux règles par elle édictées. A Yeumbeul le tatouage, le sororat et le levirat sont encore de pratique courante, tandis que la pratique de l'excision et de la scarification ont nettement perdu du terrain.

Dans la région de Casamance (Département Bignona, village de Flinkin) l'excision a encore de beaux jours devant elle, mais actuellement elle se fait plutôt dans la clandestinité. Le tatouage a complètement disparu tandis que le sororat et le levirat même si ce ne sont plus des pratiques aussi répandues continuent à avoir leurs adeptes. A Oussouye selon la coutume, non seulement la femme ne doit pas être excisée, mais elle ne doit pas voir les circonscriés qui sont confinés dans le bois sacré. La pratique du levirat existe, elle est même fréquente, par contre, le sororat est inexistant.

Dans la région de Louga précisément à Linguère, les pratiques traditionnelles telles que le tatouage, l'excision et dans une moindre mesure la scarification sont toujours en vigueur mais avec des méthodes de plus en plus modernisées. Par contre, à Barkedji, si les pratiques traditionnelles comme le levirat, le sororat et la scarification se font au grand jour, l'excision quant à elle, se fait dans la plus grande discrétion.

### **3.2.10. Influence des pratiques traditionnelles sur la propagation du VIH/SIDA et changements de comportement observés**

Suite à la mise en oeuvre du volet SIDA du programme AFDS, la question de savoir si les populations font le lien entre pratiques traditionnelles et propagation du VIH/SIDA, et en quoi les comportements ont changé, a été posée. Les réponses font état d'une conscience aigüe que les pratiques telles que l'excision et le tatouage sont des voies de contamination du VIH/SIDA. Aussi les populations n'acceptent plus d'utiliser des instruments ayant déjà servi à d'autres. En conséquence, il a été constaté un net recul des cas de contamination.

Selon les membres d'OCB, suite aux différentes actions de sensibilisations, les populations ont compris que le levirat et sororat qui ont toujours la vie dure, sont des pratiques qui peuvent être lourdes de danger surtout dans un environnement socioculturel où la polygamie est la règle et la monogamie l'exception. C'est pourquoi, de plus en plus, certaines personnes exigent désormais avant tout mariage le dépistage. En outre, avec la fréquence de mariages mixtes favorisés par le tourisme, les jeunes n'acceptent plus de convoler en justes noces sans vérifier le statut sérologique de leur futur époux. Les membres d'OCB ont également relevé un plus grand usage du préservatif. Quant à la prostitution qui avait pris d'importantes proportions, elle a nettement diminué au sein des marchés et loumas. Au niveau des salons de coiffure, les femmes refusent d'utiliser les mêmes lames pour se faire épiler, tandis que les hommes sont de plus en plus regardants quand il s'agit de se faire coiffer avec des tondeuses pour le tout venant.

## CONCLUSION

Les résultats de l'évaluation ont montré que des acquis notables ont été enregistrés par les populations et le projet du fait de la mise en œuvre des actions de formation initiés par le PFDS. Durant la mise en œuvre du projet, les comportements à risque des populations de base par rapport au VIH/SIDA et leurs connaissances sur les symptômes, la transmission et la prévention de la maladie ont été notablement améliorées. Ces résultats positifs ont été notés chez les différentes catégories de la population. Il convient de souligner que les femmes ont été plus enclines à changer de comportements et à adopter une attitude plus appropriée, face à la maladie. Aussi, suivant le sexe ou l'âge, les connaissances des différents symptômes, modes de transmission et moyens de prévention ont varié.

La quasi totalité des OCB ont bénéficié au moins d'une session de formation sur le VIH/SIDA (95%) et au moins 69% des répondants ont affirmé avoir été formés sur la maladie. La proportion de la population formée est plus importante chez les jeunes (72%).

S'agissant des recyclages, ils ont été plus rares que les formations. En moyenne, une personne par OCB a participé aux sessions de recyclages. Néanmoins, 90 % des répondants ont pensé que leurs congénères n'ont pas été recyclés.

Les activités de démultiplication de la formation ont été plus importantes que les recyclages, chaque OCB en a organisé une moyenne de deux (2). Elles ont été moins importantes que les activités de sensibilisation. Chaque OCB a tenu une moyenne de 5 activités de sensibilisation. Des disparités régionales ont été notées dans l'organisation des activités de recyclage, démultiplication et de sensibilisation, tandis que le milieu de résidence (urbain/rural) n'a pas été un facteur discriminant dans la tenue de ces sessions.

En somme, l'impact des formations a été très positif au vu des résultats de l'évaluation. Une moyenne de 259 personnes ont été touchées par les activités de formation, recyclage et de sensibilisation, et 26% des répondants ont affirmé que les activités ont eu un impact sur toute l'étendue de leur village.

Le contenu des formations a été jugé de facile à comprendre par les communautés. Le contenu des brochures et affiches illustre les différentes phases d'évolution et de prévention de la maladie. Les supports utilisés étaient essentiellement visuels et jugés appropriés par les OCB: projections de films, brochures, affiches et ou cartes conseils. Des supports visuels ont été utilisés pour démultiplier l'information : sketch, podium pour des chansons 'RAP', radio crochet.

Le contenu des séances de sensibilisation a été axé sur les voies de contamination, les manifestations de la maladie et les mesures préventives. D'une manière générale les membres d'OCB ont eu une appréciation positive des séances de sensibilisation. Néanmoins, ils ont relevé que certaines images montrées de manière crue dans les films étaient quelque peu décalées par rapport à leur contexte socioculturel. Les communautés ont également exprimé des inquiétudes relativement à certaines informations, notamment le port du préservatif qui peut, selon eux inciter les jeunes au libertinage sexuel.

En matière de communication, les populations ont estimé que la cible doit être segmentée au regard des contraintes socioculturelles liées au caractère tabou de la sexualité. Aussi lors des séances de démultiplication, elles ont plutôt utilisé la communication de proximité et souvent interpersonnelle où

la sensibilisation se faisait par groupe d'âge et par sexe. Ils ont appelé les responsables de programmes à faire des efforts pour adapter le contenu de la communication au niveau et profil des destinataires de la formation, en prenant en compte la langue de communication et les mentalités. Elles ont suggéré la production de films dont les scénarii seraient tirés du substrat socioculturel sénégalais.

Les perceptions / représentations que les populations ont du VIH/SIDA fondent en cas de maladie, le recours thérapeutique. Pour la plupart des membres d'OCB, notamment en zones rurales éloignées l'explication de la maladie est principalement magico religieuse. Selon eux c'est une malédiction divine pour non respect de la parole de Dieu qui quel que soit la religion révélée (Islam, Christianisme, Judaïsme) interdit formellement la fornication. Ces raisons qui relèvent du surnaturel ne sont pas partagées par les populations des zones suburbaines notamment de Yeumbeul et Sangalkam. Les membres des OCB des localités de Kolda commune, Ziguinchor, Kaolack, Linguère relèvent que le marabout ou le guérisseur est le premier recours. Cette tendance est fondée sur les croyances, mais serait également liée à la conjoncture économique. A Sara Bidji, les populations ont d'abord recours aux structures sanitaires et se tournent vers les guérisseurs en cas d'échec. A Sangalkam et Yeumbeul, l'hôpital demeure le premier recours.

Les pratiques traditionnelles perdurent, mais leur prégnance varie d'une localité à l'autre. L'excision, le tatouage et le levirat sont toujours pratiqués à Lour Escale, Kounghoul. Le levirat constitue une stratégie de survie pour la femme. Elle serait liée à la pauvreté féminine et constitue en quelque sorte une couverture sociale. La pratique répond aussi au souci de raffermir les liens familiaux. Le sororat est pratiqué à petite échelle et tendrait même à disparaître à Lour Escale. La scarification qui avait surtout pour objet l'identification sociale n'est plus pratiquée dans ces localités. A Kolda, l'excision, le levirat, le sororat et le tatouage sont toujours de mise dans Kolda commune, tandis que la pratique de la scarification a disparu de la localité. A Saré Bidji, en dehors du levirat les autres pratiques traditionnelles telles le Sororat, le tatouage, la scarification, l'excision sont en nette régression. A Diossong, l'excision n'est pas une pratique connue de ces localités, constituées essentiellement de Wolof et Sérères. La scarification pratiquée par une minorité de la population à Fatick (peulh, bambara), est quasiment abandonnée. Le tatouage et le sororat sont toujours pratiqués mais à petite échelle, tandis que le levirat est une pratique courante aussi bien à Fatick qu'à Diossong. A Sangalkam, le tatouage est une pratique très courante qui concerne également les hommes. Le levirat et sororat sont aussi pratiqués, mais surtout à cause de la tyrannie des normes et valeurs instituées par la société. A Yeumbeul le tatouage, le sororat et le levirat sont encore de pratique courante, tandis que l'excision et la scarification n'ont plus la même ampleur. A Elinkin, l'excision est pratiquée dans la clandestinité. Le tatouage a complètement disparu tandis que le sororat et le levirat sans être répandues perdurent. A Oussouye, non seulement la femme ne doit pas être excisée, mais elle ne doit pas voir les circoncis. La pratique du levirat existe, par contre, la pratique du sororat a disparu. A Linguère, le tatouage, l'excision et dans une moindre mesure la scarification sont toujours en vigueur, mais de plus en plus modernisées. Par contre, à Barkedji, le levirat, le sororat et la scarification se font au grand jour, l'excision quant à elle, se fait dans la plus grande discrétion.

En ce qui concerne l'influence des pratiques traditionnelles sur la propagation du VIH/SIDA et les changements de comportement observés, les réponses font état d'une conscience aigüe que l'excision et le tatouage constituent des voies de contamination du VIH/SIDA. En outre, la grande majorité de la population n'acceptent plus d'utiliser des instruments ayant déjà servi à d'autres. Les populations ont compris que le levirat et sororat peuvent être lourdes de conséquences dans un environnement socioculturel caractérisé par la polygamie. Désormais, certaines populations notamment les jeunes font vérifier le statut sérologique de leur futur époux.

## IV. RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats de l'évaluation, les mesures ci-après ont été identifiées pour améliorer l'impact des activités mises en œuvre. :

- Organiser d'avantage de sessions de recyclage lors des prochaines phases du projet eu égard d'une part à la rareté des sessions de recyclage et d'autre part à la faiblesse des effectifs recyclés. Ces sessions de recyclage permettront d'assurer le suivi des formations ;
- Accroître les activités de démultiplication à assurer par les relais qui ont reçu la formation ;
- Etoffer davantage le contenu des sessions de formations en insistant tout particulièrement sur des aspects liés à la transmission et à la prévention qui ne sont pas encore maîtrisées par les populations. En effet, l'exploitation des données a révélé au plan des connaissances des insuffisances sur les symptômes du sida sur les mode de contagion de la maladie à partir des questions posées (salutations, fréquentation de toilettes publiques, partage de repas, etc.). Les résultats ont aussi montré des écarts par rapport aux possibilités de contamination à travers le lait maternel, les urines, la sueur, etc. Il serait également indiqué d'aborder le problème de la prévention de la transmission mère-enfant. Un autre élément sur lequel il faudra mettre l'accent concerne le dépistage de la maladie qui s'est révélé un geste rare au niveau des populations enquêtées. Ce dépistage est une étape importante de la prévention sur lequel les populations devraient être sensibilisées. En outre, les modules de formations devraient aborder les avantages liés aux ARV et les moyens d'y accéder, qui sont ignorés par les populations selon les résultats d'enquêtes ;
- Revoir le mode d'organisation des séances de démultiplication des actions de sensibilisation en ciblant davantage les adultes. En effet, des barrières socioculturelles pourraient empêcher les jeunes relais de disséminer / démultiplier les connaissances acquises auprès des adultes en raison du caractère tabou des questions liées à la sexualité dans nos sociétés. Ces sessions de formation doivent tenir compte des questions de genre et de catégorie sociale ;
- Développer au plan institutionnel et programmatique un partenariat entre le Conseil National de Lutte Contre le Sida et le Programme de Lutte Contre la Pauvreté, afin de tirer profit de l'expérience du CNLS et massifier ainsi les cibles. Ce partenariat devrait permettre de faire des économies d'échelle en vue d'optimiser les résultats des interventions ;
- Organiser des évaluations périodiques afin d'identifier en temps réel le gap entre les résultats attendus et ceux obtenus durant la mise en œuvre du programme. Ces évaluations permettront de mieux ajuster les démarches d'interventions ;
- Sensibiliser davantage les cibles lors des évaluations à venir sur l'importance de ces dernières afin d'obtenir leur collaboration qui est un préalable à la réussite de toute étude à entreprendre ;
- Accroître les ressources financières afin de permettre aux membres d'OCB de mener des activités de démultiplication de l'information ;
- Mettre à la disposition des membres d'OCB, des supports appropriés pour faciliter la compréhension du contenu des séances de sensibilisation par les populations ;
- Rendre effective la loi sur la décentralisation dans sa partie concernant le transfert de la compétence santé, afin d'inscrire le programme de sensibilisation dans la longue durée ;

- Faire du dépistage une priorité :
  - ✦ en mettant en place des centres de dépistage en milieu rural,
  - ✦ en instaurant une journée nationale de dépistage,
  - ✦ en initiant une caravane itinérante à travers tout le Sénégal.
- Mener une réflexion sur les stratégies d'interventions ;
- Saisir toutes les occasions qui rassemblent les populations notamment les manifestations culturelles pour mener des activités de sensibilisation ;
- Mener des actions de sensibilisations à tous les niveaux en impliquant les leaders religieux, les Imam, les leaders coutumiers ainsi que les chefs de quartier ;
- Mener des recherches sur les aspects socioculturels, afin d'affiner les messages utilisés lors des séances de sensibilisation ;
- Procéder à la segmentation des cibles dans les activités de communication / sensibilisation ;
- Concevoir les sketch et scénarii de films à partir des réalités sénégalaises ;
- Mettre en place des programmes à partir des stratégies d'interventions concertées entre responsables de programmes VIH/SIDA et élus locaux.

## ANNEXES

## 1. Evolution des comportements à risques durant la mise en oeuvre du projet

Tableau 4 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par région

REGION		AVANT LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET			APRES LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET		
		OUI	NON	ENS	OUI	NON	ENS
Dakar	Effectif	27	21	48	12	36	48
	%	56.3%	43.8%	100.0%	25.0%	75.0%	100.0%
	%	10.6%	4.6%	6.8%	6.5%	6.9%	6.8%
Ziguinchor	Effectif	29	9	38	22	16	38
	%	76.3%	23.7%	100.0%	57.9%	42.1%	100.0%
	%	11.4%	2.0%	5.4%	11.8%	3.1%	5.4%
Kaolack	Effectif	19	62	81	14	67	81
	%	23.5%	76.5%	100.0%	17.3%	82.7%	100.0%
	%	7.5%	13.7%	11.5%	7.5%	12.9%	11.5%
Louga	Effectif	12	61	73	6	67	73
	%	16.4%	83.6%	100.0%	8.2%	91.8%	100.0%
	%	4.7%	13.5%	10.3%	3.2%	12.9%	10.3%
Kolda	Effectif	166	53	219	132	87	219
	%	75.8%	24.2%	100.0%	60.3%	39.7%	100.0%
	%	65.4%	11.7%	31.0%	71.0%	16.7%	31.0%
Fatick	Effectif	1	247	248		248	248
	%	.4%	99.6%	100.0%		100.0%	100.0%
	%	.4%	54.5%	35.1%		47.6%	35.1%
ENS	Effectif	254	453	707	186	521	707
	%	35.9%	64.1%	100.0%	26.3%	73.7%	100.0%
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tableau 5 : Pratique de rapports protégés avec partenaires occasionnels par région

REGION		AVANT LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET			APRES LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET		
		OUI	NON	ENS	OUI	NON	ENS
Dakar	Effectif	8	19	27	11	1	12
	%	29,6%	70,4%	100,0%	91,7%	8,3%	100,0%
	%	8,0%	12,3%	10,6%	6,1%	16,7%	6,5%
Ziguinchor	Effectif	12	17	29	22		22
	%	41,4%	58,6%	100,0%	100,0%		100,0%
	%	12,0%	11,0%	11,4%	12,2%		11,8%
Kaolack	Effectif	11	8	19	12	2	14
	%	57,9%	42,1%	100,0%	85,7%	14,3%	100,0%
	%	11,0%	5,2%	7,5%	6,7%	33,3%	7,5%
Louga	Effectif	9	3	12	6		6
	%	75,0%	25,0%	100,0%	100,0%		100,0%
	%	9,0%	1,9%	4,7%	3,3%		3,2%
Kolda	Effectif	60	106	166	129	3	132
	%	36,1%	63,9%	100,0%	97,7%	2,3%	100,0%
	%	60,0%	68,8%	65,4%	71,7%	50,0%	71,0%
Fatick	Effectif		1	1	180	6	186
	%		100,0%	100,0%	96,8%	3,2%	100,0%
	%		,6%	,4%	100,0%	100,0%	100,0%
ENS	Effectif	100	154	254	11	1	12
	%	39,4%	60,6%	100,0%	91,7%	8,3%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	6,1%	16,7%	6,5%









Tableau 16 : Pratique de rapports avec partenaires occasionnels par situation matrimoniale

Situation matrimoniale		AVANT LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET			APRES LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET		
		OUI	NON	ENS	OUI	NON	ENS
Célibataire	Effectif	69	45	114	63	51	114
	%	60.5%	39.5%	100.0%	55.3%	44.7%	100.0%
	%	27.4%	10.0%	16.2%	34.2%	9.8%	16.2%
Mariée 1 femme	Effectif	102	273	375	67	308	375
	%	27.2%	72.8%	100.0%	17.9%	82.1%	100.0%
	%	40.5%	60.7%	53.4%	36.4%	59.5%	53.4%
Mariée 2+femmes	Effectif	23	51	74	9	65	74
	%	31.1%	68.9%	100.0%	12.2%	87.8%	100.0%
	%	9.1%	11.3%	10.5%	4.9%	12.5%	10.5%
Mariée monogame	Effectif	26	33	59	23	36	59
	%	44.1%	55.9%	100.0%	39.0%	61.0%	100.0%
	%	10.3%	7.3%	8.4%	12.5%	6.9%	8.4%
Mariée polygame	Effectif	24	29	53	15	38	53
	%	45.3%	54.7%	100.0%	28.3%	71.7%	100.0%
	%	9.5%	6.4%	7.5%	8.2%	7.3%	7.5%
Divorce (e)	Effectif	5	5	10	5	5	10
	%	50.0%	50.0%	100.0%	50.0%	50.0%	100.0%
	%	2.0%	1.1%	1.4%	2.7%	1.0%	1.4%
Veuf (ve)	Effectif	3	14	17	2	15	17
	%	17.6%	82.4%	100.0%	11.8%	88.2%	100.0%
	%	1.2%	3.1%	2.4%	1.1%	2.9%	2.4%
ENS	Effectif	252	450	702	184	518	702
	%	35.9%	64.1%	100.0%	26.2%	73.8%	100.0%
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tableau 17 : Utilisation de matériel non stérilisé par situation matrimoniale

Situation matrimoniale		AVANT LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET			APRES LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET		
		OUI	NON	ENS	NON	OUI	ENS
Célibataire	Effectif	46	68	114	8	106	114
	%	40.4%	59.6%	100.0%	7.0%	93.0%	100.0%
	%	22.8%	13.6%	16.2%	47.1%	15.5%	16.2%
Mariée 1 femme	Effectif	70	305	375	4	371	375
	%	18.7%	81.3%	100.0%	1.1%	98.9%	100.0%
	%	34.7%	61.0%	53.4%	23.5%	54.2%	53.4%
Mariée 2+femmes	Effectif	29	45	74	2	72	74
	%	39.2%	60.8%	100.0%	2.7%	97.3%	100.0%
	%	14.4%	9.0%	10.5%	11.8%	10.5%	10.5%
Mariée monogame	Effectif	28	31	59		59	59
	%	47.5%	52.5%	100.0%		100.0%	100.0%
	%	13.9%	6.2%	8.4%		8.6%	8.4%







Tableau 23 : Utilisation de matériel souillé par occupation

Occupation		AVANT LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET			APRES LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET		
		OUI	NON	ENS	NON	OUI	ENS
Sans travail	Effectif	8	18	26		26	26
	%	30.8%	69.2%	100.0%		100.0%	100.0%
	%	4.0%	3.6%	3.7%		3.8%	3.7%
Managere	Effectif	45	148	193	4	189	193
	%	23.3%	76.7%	100.0%	2.1%	97.9%	100.0%
	%	22.3%	29.4%	27.3%	23.5%	27.4%	27.3%
Agricult	Effectif	98	205	303	4	299	303
	%	32.3%	67.7%	100.0%	1.3%	98.7%	100.0%
	%	48.5%	40.7%	42.9%	23.5%	43.4%	42.9%
Artisan	Effectif	2	18	20	3	17	20
	%	10.0%	90.0%	100.0%	15.0%	85.0%	100.0%
	%	1.0%	3.6%	2.8%	17.6%	2.5%	2.8%
Commer	Effectif	12	49	61		61	61
	%	19.7%	80.3%	100.0%		100.0%	100.0%
	%	5.9%	9.7%	8.6%		8.9%	8.6%
Salarie (e)	Effectif	17	30	47	2	45	47
	%	36.2%	63.8%	100.0%	4.3%	95.7%	100.0%
	%	8.4%	6.0%	6.7%	11.8%	6.5%	6.7%
Autre	Effectif	20	36	56	4	52	56
	%	35.7%	64.3%	100.0%	7.1%	92.9%	100.0%
	%	9.9%	7.1%	7.9%	23.5%	7.5%	7.9%
	Effectif	202	504	706	17	689	706
	%	28.6%	71.4%	100.0%	2.4%	97.6%	100.0%
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## 2. Participation des populations

Tableau 24 : Proportion de répondants formés par sexe

Sexe		OUI	NON	ENS
Hommes	Effectif	300	119	419
	%	71,6%	28,4%	100,0%
	%	61,5%	54,8%	59,4%
Femmes	Effectif	188	98	286
	%	65,7%	34,3%	100,0%
	%	38,5%	45,2%	40,6%
ENS	Effectif	488	217	705
	%	69,2%	30,8%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%











## 5. Prévention de la maladie

Tableau 35 : Prévention par région

REGION		Préservatif			Fidélité			Abstinence		
		OUI	NON	ENS	OUI	NON	ENS	OUI	NON	ENS
Dakar	Effectif	45	3	48	20	28	48	34	14	48
	%	93,8%	6,3%	100,0%	41,7%	58,3%	100,0%	70,8%	29,2%	100,0%
	%	6,9%	5,7%	6,8%	3,2%	33,3%	6,8%	7,1%	6,1%	6,8%
Ziguinchor	Effectif	37	1	38	12	26	38	30	8	38
	%	97,4%	2,6%	100,0%	31,6%	68,4%	100,0%	78,9%	21,1%	100,0%
	%	5,7%	1,9%	5,4%	1,9%	31,0%	5,4%	6,3%	3,5%	5,4%
Kaolack	Effectif	58	23	81	75	6	81	18	63	81
	%	71,6%	28,4%	100,0%	92,6%	7,4%	100,0%	22,2%	77,8%	100,0%
	%	8,9%	43,4%	11,5%	12,0%	7,1%	11,5%	3,8%	27,5%	11,5%
Louga	Effectif	49	24	73	70	3	73	14	59	73
	%	67,1%	32,9%	100,0%	95,9%	4,1%	100,0%	19,2%	80,8%	100,0%
	%	7,5%	45,3%	10,3%	11,2%	3,6%	10,3%	2,9%	25,8%	10,3%
Kolda	Effectif	218		218	199	19	218	134	83	217
	%	100,0%		100,0%	91,3%	8,7%	100,0%	61,8%	38,2%	100,0%
	%	33,3%		30,8%	31,9%	22,6%	30,8%	28,1%	36,2%	30,7%
Fatick	Effectif	247	2	249	247	2	249	247	2	249
	%	99,2%	,8%	100,0%	99,2%	,8%	100,0%	99,2%	,8%	100,0%
	%	37,8%	3,8%	35,2%	39,6%	2,4%	35,2%	51,8%	,9%	35,3%
ENS	Effectif	654	53	707	623	84	707	477	229	706
	%	92,5%	7,5%	100,0%	88,1%	11,9%	100,0%	67,6%	32,4%	100,0%
	%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%			100,0%

## 6. Impact de la formation

Tableau 36 : Nombre de formations organisées

Region		Aucun	Un	2-9	ENS
Dakar	Effectif	4	39	5	48
	%	8,3%	81,3%	10,4%	100,0%
	%	11,8%	6,7%	5,1%	6,8%
Ziguinchor	Effectif	1	25	12	38
	%	2,6%	65,8%	31,6%	100,0%
	%	2,9%	4,3%	12,2%	5,4%
Kaolack	Effectif	3	68	10	81
	%	3,7%	84,0%	12,3%	100,0%
	%	8,8%	11,8%	10,2%	11,4%
Louga	Effectif	17	58		75
	%	22,7%	77,3%		100,0%
	%	50,0%	10,0%		10,6%
Kolda	Effectif	1	172	46	219
	%	,5%	78,5%	21,0%	100,0%
	%	2,9%	29,8%	46,9%	30,8%
Fatick	Effectif	8	216	25	249
	%	3,2%	86,7%	10,0%	100,0%
	%	23,5%	37,4%	25,5%	35,1%
ENS	Effectif	34	578	98	710
	%	4,8%	81,4%	13,8%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 37 : Nombre de recyclage organisé

Région		Aucun	1-19	ENS
Dakar	Effectif	36	12	48
	%	75,0%	25,0%	100,0%
	%	5,4%	30,8%	6,8%
Ziguinchor	Effectif	29	9	38
	%	76,3%	23,7%	100,0%
	%	4,3%	23,1%	5,4%
Kaolack	Effectif	73	8	81
	%	90,1%	9,9%	100,0%
	%	10,9%	20,5%	11,4%
Louga	Effectif	74	1	75
	%	98,7%	1,3%	100,0%
	%	11,0%	2,6%	10,6%
Kolda	Effectif	212	7	219
	%	96,8%	3,2%	100,0%
	%	31,6%	17,9%	30,8%
Fatick	Effectif	247	2	249
	%	99,2%	,8%	100,0%
	%	36,8%	5,1%	35,1%
ENS	Effectif	671	39	710
	%	94,5%	5,5%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 38 : Nombre de personnes formées

Région		Aucun	1-6	7-85	ENS
Dakar	Effectif	2	44	2	48
	%	4,2%	91,7%	4,2%	100,0%
	%	2,9%	8,5%	1,6%	6,8%
Ziguinchor	Effectif	3	34	1	38
	%	7,9%	89,5%	2,6%	100,0%
	%	4,3%	6,6%	,8%	5,4%
Kaolack	Effectif	4	70	7	81
	%	4,9%	86,4%	8,6%	100,0%
	%	5,8%	13,6%	5,6%	11,4%
Louga	Effectif	50	22	3	75
	%	66,7%	29,3%	4,0%	100,0%
	%	72,5%	4,3%	2,4%	10,6%
Kolda	Effectif	2	180	36	218
	%	,9%	82,6%	16,5%	100,0%
	%	2,9%	34,9%	29,0%	30,7%
Fatick	Effectif	8	166	75	249
	%	3,2%	66,7%	30,1%	100,0%
	%	11,6%	32,2%	60,5%	35,1%
ENS	Effectif	69	516	124	709
	%	9,7%	72,8%	17,5%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 39 : Nombre personnes recyclées

Région		Aucun	Un	2-87	ENS
Dakar	Effectif	25	1	22	48
	%	52,1%	2,1%	45,8%	100,0%
	%	3,9%	18,7%	34,4%	6,8%
Ziguinchor	Effectif	19		19	38
	%	50,0%		50,0%	100,0%
	%	3,7%		29,7%	5,4%
Kaolack	Effectif	28		12	80
	%	85,0%		15,0%	100,0%
	%	10,7%		18,8%	11,3%
Louga	Effectif	74		1	75
	%	98,7%		1,3%	100,0%
	%	11,6%		1,6%	10,6%
Kolda	Effectif	210		8	218
	%	96,3%		3,7%	100,0%
	%	32,9%		12,5%	30,8%
Fatick	Effectif	242	5	2	249
	%	97,2%	2,0%	,8%	100,0%
	%	37,9%	83,3%	3,1%	35,2%
ENS	Effectif	638	6	64	708
	%	90,1%	,8%	9,0%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 40 : Nombre de relais formés

Région		Aucun	1-3	4-25	ENS
Dakar	Effectif	3	35	10	48
	%	6,3%	72,9%	20,8%	100,0%
	%	3,7%	8,6%	4,5%	6,8%
Ziguinchor	Effectif	1	13	24	38
	%	2,6%	34,2%	63,2%	100,0%
	%	1,2%	3,2%	10,8%	5,4%
Kaolack	Effectif	1	49	31	81
	%	1,2%	60,5%	38,3%	100,0%
	%	1,2%	12,1%	14,0%	11,4%
Louga	Effectif	16	56	3	75
	%	21,3%	74,7%	4,0%	100,0%
	%	19,8%	13,8%	1,4%	10,6%
Kolda	Effectif	4	79	135	218
	%	1,8%	36,2%	61,9%	100,0%
	%	4,9%	19,5%	60,8%	30,7%
Fatick	Effectif	56	174	19	249
	%	22,5%	69,9%	7,6%	100,0%
	%	69,1%	42,9%	8,6%	35,1%
ENS	Effectif	81	406	222	709
	%	11,4%	57,3%	31,3%	100,0%
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%